

Helse Midt-Norge RHF's nyhetsartikler

Årgang 2018

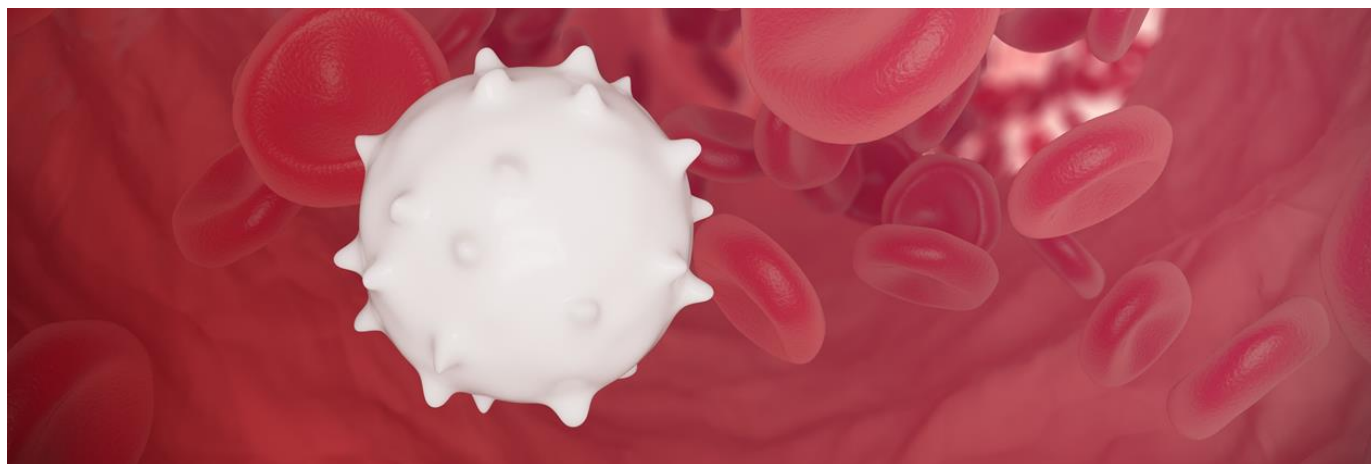
Ja til ny leukemibehandling

Tre av åtte metoder fikk ja i desembermøtet til Beslutningsforum for nye metoder. Legemidler til stamcelletransplantasjon, nyrekreft, hemofili A, leukemi, stoffskiftesykdom og autoimmun hudsykdom ble besluttet. To prinsipp saker ble også besluttet.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 18.12.2018

Sist oppdatert 18.12.2018



Illustrasjon: Colourbox

For første gang har Beslutningsforum tatt stilling til et legemiddel som er en form for genterapi. Dette gjelder medikamentet Tisagenlecleuce (Kymriah).

Tisagenlecleuce (Kymriah) kan innføres i tråd med godkjent preparatomtale til behandling av pediatriske og unge voksne pasienter opptil 25 år med akutt blymfoblastisk B-celleleukemi (B ALL) som er refraktær, i residiv etter transplantasjon eller med to eller flere tilbakefall.

Dette forutsetter at prisen er lik eller lavere den prisen som er grunnlag for denne beslutningen.

Merkostnaden per vunnet kvalitetsjusterte leveår er sannsynligvis innenfor det som kan anses som kostnadseffektiv behandling. Det er likevel usikkerhet knyttet til analysene og pasientgruppen er liten.

Les om denne og de andre beslutningene på Nye metoder sin egen nettside [her](#).



Ja til salg av Lundavang

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte 18. desember godkjent salg av Molde sykehus og tilknyttede eiendommer.

Publisert 18.12.2018

Sist oppdatert 18.12.2018

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet spørsmålet om salg av eiendom i sitt novembermøte. I samsvar med føringene i samhandlingsreformen er det kommunen som tilbys kjøp av dagens Molde sjukehus - sykehusområdet Lundavang. Området omfatter Sagbakken, tidligere sykehus hotell (Bjørnstjerne Bjørnsons veg 42) og boliger på Stuevollen. Salgsinntektene skal inngå i finansiering av nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR).

[Protokoller fra foretaksmøtene finner du her](#)

Historisk satsing på samiske helsetjenester

De fire helseregionene, ledet av Helse Nord RHF, er i gang med jobben som skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 13.12.2018

Sist oppdatert 13.12.2018



Styringsgruppas første møte var i Bodø den 31. august. I januar møtes de i Trøndelag. Foto: Helse Nord RHF

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) påpekes det at nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen.

Nå er det satt i gang et nasjonalt prosjekt, ledet av Helse Nord RHF, som skal sikre nettopp dette: «Videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen».

I dag møter samiske pasienter ulike typer utfordringer i møte med behandlingstilbud på grunn av manglende kunnskap om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal være med på å bidra til at den samiske befolkningen får et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud, tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn.

Prosjektet har som mål å utarbeide en strategisk og overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester, som er tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn.

[Les hele saken på Helse Nord RHF sine nettsider](#)

[Les mer på prosjektets nasjonale nettside](#)

Regional utviklingsplan vedtatt

Digitalisering, standardisering og å utnytte de muligheter som samarbeid og regionale fellestjenester kan skape. Det er hovedgrepene i den regionale utviklingsplanen 2019-2022 med horisont fram mot 2035, som nå er vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 13.12.2018

Sist oppdatert 13.12.2018



Regional utviklingsplan ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF torsdag denne uka.

- Vi kan ikke løse framtidens behov med å jobbe på samme måte som vi gjør i dag. Store endringer vil være nødvendig. Å skape pasientenes helsetjeneste innebærer at ressursene må prioriteres slik at de gir best mulig nytte for pasientene, sier styreleder Tina Steinsvik Sund i Helse Midt-Norge RHF. Hun fortsetter:

- Målet er at det skal bli enklere å være pasient, i tillegg til at ansatte får gjort jobben sin på best mulig måte. Vi må rett og slett bli enda mer samordnet og helhetlig.

Utviklingsplanen bygger på strategi 2030 hvor det beskrives hva Helse Midt-Norge skal satse på for å utvikle pasientenes helsetjeneste; ta i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse; rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell; og være gode lagspillere.

Digitalisering gir nye muligheter

De viktigste virkemidlene det pekes på i regional utviklingsplan er:

- Digitalisering av helsetjenesten, med Helseplattformen som hovedsatsing
- Standardisering for å styrke kvaliteten, redusere uønsket variasjon, skape et likeverdig helsetilbud og sikre effektiv ressursbruk.

- Utvikling av virksomheten og sørge for at hvert helseforetak fremstår som en samlet enhet.
- Utnytte muligheter til å skape regionale fellesløsninger der dette kan styrke kvalitet og effektivitet, blant annet innen bildediagnostikk, laboratorievirksomhet og patologi.

Det pekes også på at kommunene er en viktig samarbeidspartner, og at de fleste oppgavene må løses i et styrket samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene i regionen.

Digitalisering av helsetjenesten gir nye muligheter til å løse store oppgaver på en effektiv måte. Dette handler ikke bare om å innføre nye digitale verktøy, men først og fremst om å endre organisasjonen og måten vi jobber på for å kunne hente gevinster i form av kvalitet og effektivitet.

Bred høringsrunde

Helseplattformen, et felles journal- og pasientdatasystem for hele helsetjenesten i regionen, er det største digitaliseringsprosjektet de kommende årene.

Utviklingsplanen har vært ute på en bred høringsrunde, og vi har mottatt 49 høringsuttalelser fra kommuner, offentlige organer, ansattes organisasjoner, brukerorganisasjoner og andre.

LES OGSÅ:

[Regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge 2018-2022 \(2035\)](#)

[Saksframlegg om regional utviklingsplan \(des. 2018\)](#)

[Temaside om arbeidet med utviklingsplaner i Helse Midt-Norge RHF](#)

Sakspapirer styremøte i desember

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 13. desember er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Av Helse Midt-Norge RHF
Publisert 07.12.2018
Sist oppdatert 07.12.2018



Illustrasjon: Colourbox

Møtet finner sted på Quality Airport Hotell Værnes i Stjørdal sentrum torsdag 13. desember klokken 10.00.

Dagen før, onsdag 12. desember, avholdes styreseminar på samme hotell fra klokken 17.00. Tema for seminaret vil være Helseplattformen.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Vil justere sykehusenes opptaksområder

Flere kommunesammenslåinger i Midt-Norge skjer på tvers av dagens grenser mellom helseforetakene. Det gjør det nødvendig å vurdere foretaksinndelingen.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 06.12.2018

Sist oppdatert 06.12.2018



Nils Kvernmo, direktør for eierstyring ved Helse Midt-Norge RHF, ønsker å gå i dialog med kommunene og helseforetakene når de nye kommunene skal inn under ett helseforetak. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Med kommunereformen vil flere av kommunene i Midt-Norge bli slått sammen. Enkelte av de berørte kommunene hører til ulike helseforetak.

Helse Midt-Norge RHF mener det er mest hensiktsmessig at hver kommune samles under ett helseforetak, og setter nå i gang en prosess for å finne en god løsning på dette, i dialog med kommunene og helseforetakene.

- Kommunene har vært opptatt av å få gjennomført dette, men vi ville vente på den endelige oversikten over kommunesammenslåingene. Dette ble først klart i mai i år. Selv om vi ønsker å samle enkeltkommunene under ett helseforetak, har vi ikke konkludert hvordan dette skal skje, sier Nils Kvernmo, direktør for eierstyring ved Helse Midt-Norge RHF.

Fem nye kommuner er berørt

Følgende sammenslåinger berører HF eller AMK-områder i regionen:

- Tidligere Rissa og Leksvik kommune er allerede slått sammen til Indre Fosen kommune, med virkning fra 1. januar i år.
- Hemne kommune og deler av Snillfjord kommune i Trøndelag, og Halså kommune i Møre og Romsdal slås sammen til Heim kommune 1. januar 2020.
- Åfjord og Roan kommune slås sammen til Nye Åfjord kommune 1. januar 2020.
- Kommunene Volda i Møre og Romsdal og Hornindal i Sogn og Fjordane slås sammen til Nye Volda 1. januar 2020.
- I tillegg er det vedtatt en grensejustering mellom Trøndelag og Møre og Romsdal som medfører at Rindal skifter fylkestilhørighet fra 1. januar 2019.

Konsekvensene for akuttberedskapen tilsier at det ikke er aktuelt å dele ansvaret for AMK-sentral og ambulanseberedskap i en kommune mellom to helseforetak. Det er sterke argumenter som taler for at et helseforetak bør ha helhetsansvar for tilbudet i én kommune. Konsekvensene for samhandling og administrative prosesser drar i samme retning.

- Med den informasjonen vi har i dag fremstår det samlet sett som klart mest fordelaktig å ha som hovedprinsipp at én kommune samles under ett helseforetak, sier Kvernmo.

Kommunene har til dels omfattende samarbeid med andre kommuner på helseområdet. De har selv lagt vekt på at det er viktig å ha mest mulig samsvar mellom grensene for helseforetak og funksjonelle kommuneregioner.

Ønsker dialog med kommunene og HF-ene

Overføring av ansvaret for deler av befolkningen kan også ha betydelige konsekvenser for økonomien til helseforetakene og aktivitetsgrunnet ved sykehusene. Dette må vurderes sammen med øvrige hensyn.

- Nå ønsker vi å gå i dialog med helseforetakene og kommunene for å finne en best mulig løsning på dette. Strukturendringer i kommuner og i helseforetak påvirker hverandre, så det er viktig at vi involverer hverandre i endringsprosesser. Hva vi bestemmer oss for avhenger av helheten hos helseforetakene, økonomiske konsekvenser og den samfunnsmessige betydningen, sier Nils Kvernmo.

Målet er å få tatt en beslutning før sommeren, sier han, slik at dette kan ha en effekt når de nye sammenslåingene trer i kraft 1. januar 2020.

Mandat og premisser for prosessen behandles i styret i Helse Midt-Norge RHF 13. desember 2018.

- Midt-Norge i front på ultralyd og kunstig intelligens

Helsepolitisk seminar:

Komplekse algoritmer som skal løse kreftgåter, medisinsk avstandsoppfølging og bruken av kunstig intelligens i helsesektoren.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 04.12.2018

Sist oppdatert 05.12.2018



For 11. gang arrangerte Legeforeningens Regionutvalg Midt-Norge og Helse Midt-Norge RHF og helsepolitisk seminar.
Foto: Helse Midt-Norge RHF

- Hvordan kan vi ved hjelp av ultralyd få til å ta det samme snittet av hjertet hver gang? Det kan kunstig intelligens hjelpe oss med. I Trondheim ligger vi helt i front på ultralyd og kunstig intelligens, sa Thomas Langø.

Langø er sjefsforsker ved Sintef og var en av flere innledere på helsepolitisk seminar mandag denne uka.

Tema for seminaret var digitalisering, og forskeren hadde fått i oppgave å gi tilhørerne et innsyn i innovasjonen i helsesektoren. Han kom med mange eksempler. Blant annet mener han kunstig intelligens kan bidra til å løse sepsis-gåten.

- Kunstig intelligens kan hjelpe oss å lage beslutningssystemer der vi tidligere kan oppdage sepsis (blodforgiftning), før organene begynner å svikte. Kanskje kan digital patologi diagnostisere kreft på et tidligere tidspunkt, og i tillegg underkategorisere kreftformene så tidlig som mulig så vi vet hva vi snakker om, sa Langø.

Hovedutfordringen, mener forskeren, er å begynne å ta i bruk teknologien.

- Vi har allerede masse teknologi på plass, og mer er på vei inn, men vi har ennå ikke kommet dit vi ønsker.



Administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF Stig Slørdahl, prosjektdirektør i Teknologirådet Hilde Lovett og sjefsforsker i Sintef Thomas Langø svarte på spørsmål fra engasjerte tilhørere. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Behov for å jobbe smartere

Først ute blant innlederne var Stig Slørdahl, administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF (HMN). Slørdahl snakket om digitalisering i et HMN-perspektiv, og ga tilhørerne et bakteppe for noen av de utfordringene norsk helsevesen står overfor – og hvorfor vi i fremtiden har behov for å jobbe smartere:

Aldrende befolkning og helsepersonell, økning i kroniske sykdommer, informasjonsrevolusjonen, teknologiske og medisinske fremskritt og «den nye tjenestemottakeren».

- Vår hovedutfordring er at vi ikke kan forvente at økonomi og tilgangen på personell vil stige i takt med behovet. Å fortsette som i dag er ikke et alternativ. Hvordan skal vi gjøre ting på en annen måte i fremtiden, spurte Slørdahl forsamlingen.

Etisk bruk av maskinlære

Hilde Lovett er prosjektdirektør i Teknologirådet, et uavhengig, offentlig organ som skal gi innspill om teknologi til Stortinget og øvrige myndigheter.

Tidlig i november ga Teknologirådet ut en omfattende rapport som gjennomgår hva kunstig intelligens og maskinlære er. Rapporten beskriver mulige fallgruver og bruksområder, deriblant helse, og foreslår 14 punkter som bør være med i en ambisiøs strategi for kunstig intelligens i Norge. [Her kan du lese rapporten i sin helhet.](#)

Lovett fortalte om hvordan teknologien blant annet kan brukes til å diagnostisere foflekkreft, og på sikt kanskje kan oppdage Alzheimer langt tidligere enn vi gjør i dag. Samtidig var hun veldig opptatt av at vi må bygge etikken inn i algoritmene helt fra starten.

- Maskinlæring kan for eksempel brukes av Nav for å sjekke om en pasient er støtteverdig, men er det en utvikling vi ønsker oss? Innsyn i algoritmer er ekstremt viktig. Når staten kjøper inn maskinlære bør det være en hovedregel at det er innsyn i algoritmene. Skal dere ta dette i bruk, må dere vite hvordan det fungerer, sa Lovett.



Lindy Jarosch-von Schweder, leder i Sør-Trøndelag legeforening. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Helseplattformen signerer kontrakt i mars

Før lunsj var det programdirektør Torbjørg Vanviks tur til å snakke om Helseplattformen.

- Dette er det største innovasjonsprosjektet vi har hatt knyttet til digitalisering. Det vil radikalt endre måten vi arbeider på, sa Vanvik.

Hun fortalte at Helseplattformen sannsynligvis vil skrive kontrakt med leverandør i mars 2019 – og da vil få full tilgang på den løsningen vi skal ha i Midt-Norge.

- Jeg tenker at vi står foran de to viktigste årene, for nå skal vi jobbe med å implementere løsningen. St. Olavs, Trondheim kommune og to fastlegekontor skal ta systemet i bruk i 2021 – før forhåpentligvis resten av regionen følger etter, sa Vanvik.

Helseplattformen har lært mye av danske Sundhetsplattformen, som har fått mye kritikk og som benytter seg av samme leverandør, Epic.

- Vi er så heldig at vi kommer *etter* Sundhetsplattformen, og vi har lært mye av det som har skjedd i Danmark. En dansk lege vi snakket med sa at systemet er godt, men at det er satt opp på feil måte. Vi jobber for at mange skal delta i konfigureringsarbeidet, både tverrfaglig og i spesialistgrupper. Vi ønsker å etablere felles prosedyrer og rutiner, og å standardisere det som er egnet til standardisering, sa Vanvik.

Spørsmål om Helseplattformen

Det ble også satt av tid til diskusjon mellom innleggene. Blant annet kom det spørsmål fra salen om hvordan Helseplattformen vil ta vare på de gamle pasientopplysningene, og hvordan man kan ta ut helsegevinstene fra det nye systemet.

- Vi har kommet langt med datamigrasjon. Vi er lovpålagt å ta vare på disse dataene, og en plikt til å levere dette til et nasjonalt arkiv. Samtidig vil pasientene selv kunne bestemme hvem som skal ha tilgang til hvilken informasjon. Ansatte på sykehus vil ikke ha tilgang til legens del av journalen, forsikret Vanvik.

- Plattformen tilbyr muligheten til å sette opp en superenkel løsning for fastlegene, med den informasjonen legen trenger til enhver tid. Dere er selve krumtappen i systemet. Sykehusene er veldig opptatte av å henge sammen med dere, sa hun.

Etter lunsj var det innlegg fra Espen Remme, administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF som snakket om digitalisering i sykehus. Videre var det innlegg fra rådmann i Kristiansund Arne Ingebrigtsen, høyskolelektor ved BI Frode Solberg og Marit Hermansen, president i Den norske legeforening – før leder i Sør-Trøndelag legeforening Lindy Jarosch-von Schweder og Stig Slørdahl oppsummerte dagen.

Det var Legeforeningens Regionutvalg Midt-Norge i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF som sto som arrangør av seminaret.

- Tilskuddet halverer kostnadene på våre arrangement

1. desember er siste frist for å søke tilskudd til brukerorganisasjoner i 2019. MS-forbundet Midts medlemmer nyter godt av ordningen, mener Anne Gina Lie-Pedersen.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 26.11.2018

Sist oppdatert 26.11.2018



- Vi har ikke kunnet vært ordningen foruten, sier Anne Gina Lie-Pedersen, leder for MS-forbundet Midt, om tilskuddet til brukerorganisasjoner. Foto: Helse Midt-Norge RHF

MS-forbundet Midt er en samling av MS-foreninger i Midt-Norge. De har eksistert i cirka 10 år og har ti lokallag med om lag 1600 medlemmer.

Deres oppgave er å ivareta og fremme interessene til personer med multipel sklerose (MS). Nasjonalt har forbundet 9000 medlemmer og 47 lokallag.

- Regionens hovedoppgave er å være et forum for våre lokallagsledere og hjelpe hverandre med erfaringer, så vi slipper å sitte alene på hver vår tue. Derfor arrangerer vi MS-konferanser hvert år, én i Møre og Romsdal og én i Trøndelag, sier regionleder Anne Gina Lie-Pedersen.

Arbeidet er basert på frivillig innsats, forteller hun.

- Kunne ikke vært det foruten

Som mange andre brukerorganisasjoner som driver helsefremmende arbeid i regionen, har MS-forbundet søkt støtte fra Helse Midt-Norge. I 2018 fikk de 75 000 kroner i tilskudd. Pengene kommer forbundets medlemmer til gode.

- Vi har brukt å søke om en todelt støtte, der den ene delen har gått til sponing av medlemsavgiften på våre konferanser, den andre delen til å få videreutdannet vårt lederapparat. Vi sponser hvert medlem med om halvparten av kostnadene. Uten tilskuddet hadde vi ikke kunnet arrangere konferanser, sier Lie-Pedersen.

Hun forteller at tilskuddet også er motiverende for lederne i forbundet, som føler de i større grad blir sett og satt pris på.

- Det er en ordening som gjør det lettere for oss å drive organisasjonen, og det hjelper fellesskapet. Det blir litt byråkrati for oss rundt det, men jeg skjønner at det må til. Vi har ikke kunnet vært ordningen foruten – da har vi ikke kunnet gjort det vi gjør i dag, og vi hadde blitt sittende på hver vår øy rundt omkring, sier Lie Pedersen.

Tilskudd på 8,9 MNOK

Helse Midt-Norge ønsker å bidra til utvikling av brukerorganisasjoner som kan hjelpe oss med å skape en bedre spesialisthelsetjeneste.

For 2018 kom det inn søknader på til sammen 19,1 MNOK fra midtnorske brukerorganisasjoner. Til sammen ble det delt ut midler for 8.905.000 kroner.

Helse- og Omsorgsdepartementet stiller strenge krav om økonomisk balanse. Dette betyr påbud om nøkternhet i alle ledd, også i forhold til alle gode tiltak som det hadde vært ønskelig å gjennomføre.

Søknadsfrist for tilskudd i 2019 er 1. desember. [Her er det du trenger å vite for å kunne søke.](#)

[Her kan du se hvem som fikk tilskudd i 2018.](#)

[Les mer om brukervedvirkning på våre nettsider.](#)

De vanskelige, men nødvendige beslutningene

Som leder i Beslutningsforum for nye metoder innrømmer Stig A. Slørdahl at han stadig tviler. Men én ting er han helt sikker på: Det viktigste er en likeverdig helsetjeneste.

Publisert 23.11.2018

Sist oppdatert 23.11.2018



Stig A. Slørdahl, leder i Beslutningsforum for Nye metoder og administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF. Foto: Terje Visnes.

– Det er en krevende og vanskelig jobb, men samtidig nødvendig og viktig for å sikre at vi bruker felleskapets midler på best mulig måte, sier Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge.

Tidligere i år tok helsedirektøren over et verv få misunner ham. Som leder av Beslutningsforum for nye metoder er det Slørdahl som fronter beslutningene i media når en pasientgruppe ikke får ta i bruk en ny medisin. Avgjørelser som han vet oppleves som et spørsmål om liv eller død for enkeltmennesker.

Stig Arild Slørdahl

- Administrerende direktør i Helse Midt-Norge siden 2015.
- Leder i Beslutningsforum for Nye metoder siden mai 2018.
- Professor i medisin og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer.
- Tidligere overlege ved St. Olavs hospital og dekan ved det medisinske fakultet ved NTNU.

Vanskelige prioriteringer

– Det er ikke vanskelig å forstå reaksjonene som kommer når vi sier nei til en ny metode. Alle vil selvsagt det beste for seg og sine. Vi er alle potensielle pasienter eller pårørende, men som helsetjeneste vil vi alltid måtte prioritere innenfor de rammene vi forvalter på vegne av fellesskapet, understreker han.

For det er det det hele dreier seg om: Å vurdere nye medisiner og metoder opp mot de tre kriteriene nytte, alvorlighet og ressurs – og så gjøre de vanskelige valgene.

– Når jeg snakker direkte med folk så forstår de aller fleste at vi ikke har ubegrensede midler og at vi må prioritere.

Å ta de vanskelige samtale med pasienter har vært en del av jobben hans gjennom en lang yrkeskarriere som lege, og er noe Slørdahl er godt vant med. Men én ting er å snakke med folk ansikt til ansikt, noe annet er å være den som skal fronte en sak i offentligheten.

– Det er mye vanskeligere. Uten den direktekontakten med mottakeren får du ikke muligheten til å rette opp hvis noe misforstås. Da kan det være enkelt pasienter som lytter og som lurer på hvorfor de ikke får medisinen, uten at du får svart dem direkte, sier Slørdahl.

Skal lytte til alle pasientgrupper

Møter med pårørende og pasienter gjør stort inntrykk, ikke minst historiene til SMA-pasientene i forbindelse med saken rundt den svært omdiskuterte Spinraza-medisinen. Samtidig er Slørdahl opptatt av at alle pasientgrupper skal bli lyttet til, ikke bare dem som høres best.

– Som leder må jeg ivareta alle, også dem som ikke har like sterke stemmer i offentligheten. Likevel har jeg forståelse for at man vil kjempe høylytt til for sin sak, men det er vår oppgave å balansere dette, sier han.

Slørdahl er selv professor i medisin, og selv om sakene som kommer inn til Beslutningsforum allerede er vurdert av et fagutvalg, kjenner han at bakgrunnen hans kommer godt med.

– Når jeg må sette meg inn i bakgrunnsdata er det nyttig å ha erfaring fra forskning. Det er også fint å få komme tettere på faget jeg er utdannet til, understreker han.

LES OGSÅ: [Systemet for Nye metoder har egne nettsider. Her finner du mer om beslutninger som tas og metoder som vurderes](#)

Økende antall saker

I 2017 hadde Nye metoder over 200 saker til vurdering. Antallet saker er økende. Ved utgangen av august i år var det lagt fram 100 saker for Beslutningsforum.

Et ja til et nytt preparat eller metode betyr at alle i Norge får likeverdig tilgang på ny, og ofte kostbar, behandling. Unntaksordningen gir også rom for individuell vurdering i spesielle tilfeller, men Nye metoder som system skal sikre at det offentlige både kan forhandle fram gode avtaler og gi befolkningen tilgang på det beste og mest effektive innen medisinsk behandling.

– Jeg tviler jo kontinuerlig, det tror jeg er helt nødvendig. Men tvilen må ikke gjøre deg handlingslammet. Personlig tviler jeg selvsagt mest når vi har sagt nei, selv om det for helsetjenesten nok kan by på de største utfordringene når vi sier ja.

For det er en kjent sak at medisinene det er snakk om ofte er svært kostbare. Med listepriiser på rundt en million kroner for en dose for enkelte nye medisinerer det ikke bare å gi grønt lys, samme hvor sterkt en skulle ønske det. Da blir det avgjørende å forhandle fram en pris som helseforetakene kan leve med.

– Spinraza-saken har vært frustrerende fordi vi syntes prissettingen var over det som var akseptabelt. Samtidig mener jeg at legemiddelindustrien skal tjene på arbeidet de gjør. Det stimulerer til utvikling av nye medikamenter og driver industrien framover, noe vi er helt avhengige av.

– Dere har fått en del kritikk for hemmelighold av priser, har du forståelse for det?

– Jeg ser svakheter ved det, og i en ideell verden ønsker jeg full offentlighet rundt alle priser vi ender opp med. Listepriisene er jo offentlige, det er kun rabattene vi forhandler frem som er hemmelige. Det er fordi de er konkurransesensitive, sier Slørdahl og legger til:

– Dette er et dilemma, men alternativet er at legemiddelindustrien ikke vil prioritere Norge hvis de opplever at de konkurransemessige fordelene trues. Det må vi forholde oss til hvis vi skal sikre at vi får tatt i bruk de medisinene som er tilgjengelige. I tillegg er det også viktig å huske på at de rabattene vi forhandler fram kan utgjøre store beløp, og det bidrar til at vi får mest mulig ut av hver helsekrone.



Slørdahl er opptatt av hvordan helsetjenesten stadig kan bli bedre. Foto: Terje Visnes.

Økte forventinger

Slike besparelser kommer godt med i en tid der helsetjenesten er i kraftig endring. Vi lever lengre og har stadig større forventinger – ikke minst til å alltid kunne få den beste behandlingen tilgjengelig.

– Vi er nok på vei mot et samfunn der individuelle rettigheter og muligheter får større betydning. Jeg er opptatt av at vi fortsatt skal ha en likeverdig og solidarisk helsetjeneste som prioriterer samfunnets ressurser til det beste for alle.

– **Bør vi som befolkning bli flinkere til å justere ned forventningene til helsetjenesten, er vi for kravstore?**

– Jeg er usikker på om det er Beslutningsforum sin jobb å legge føringer på hva folk skal forvente. Alle må ta et ansvar for samfunnsutviklingen, både politikere og borgere.

Og skal vi sikre en likeverdig helsetjeneste i framtida må Beslutningsforum henge med i svingene. Nå snakker «alle» om persontilpasset medisin, altså diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte.

– Ved persontilpasset medisin blir gruppene veldig små. Da må vi rigge Beslutningsforum slik at vi kan håndtere de sakene. Det krever mye kunnskap om befolkningen, og der har vi i Norge en fordel siden vi har flere gode register, påpeker han.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

Bekymret for klasseskille

Men persontilpasset behandling kan også by på flere utfordringer. I en doktorgradsavhandling av Isabelle Budin-Ljøsne ved Folkehelseinstituttet kommer det fram at mange ikke er i stand til å bruke slik kunnskap for å oppnå bedre helse. Hun frykter derfor at «det først og fremst er de med mest penger, kunnskap, og andre ressurser som vil dra nytte av den medisinske revolusjonen». Det er en bekymring Slørdahl tar på alvor.

– Persontilpasset medisin og behandling kan utfordre hvordan vi prioriterer framover, men vi ønsker ikke at slik behandling skal være avhengig av den enkeltes ressurser eller kunnskap, og vi tar med oss disse innspillene i arbeidet vårt. Vi vet at et samfunn med store økonomiske forskjeller også påvirker helse, og derfor er det viktig at vi prøver å utjevne samfunnets goder for å sikre en likeverdig helsetjeneste.

Og den helsetjenesten skal være for alle, og den skal også være god. Så hva med helselederen selv, har han privat helseforsikring, sånn for sikkerhets skyld?

– Nei, det ser jeg på som unødvendig. Jeg føler meg trygg på at den offentlige helsetjenesten i Norge tar godt vare på meg, avslutter Slørdahl.

FAKTA:

Nasjonalt system for innføring av Nye metoder

- Etablert i 2013.
- Disse utfører metodevurderinger: Statens Legemiddelverk og Folkehelseinstituttet.

- Andre involverte: Sykehusinnkjøp, Helsedirektoratet og Statens Strålevern.
- Bestillerforum RHF tar stilling til og igangsetter metodevurderinger.
- Sekretariat for Nye metoder er administrativt hos Helse Sør-Øst RHF.

Bestillerforum RHF

- Har som oppgave å vurdere innkomne forslag til metodevurderinger.
- Består av fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene og to representanter fra Helsedirektoratet.
- Avgjør hvilke metodevurderinger som gjøres nasjonalt for medisinsk utstyr eller andre metoder, og gir deretter oppdrag til Folkehelseinstituttet og/eller Statens legemiddelverk.

Beslutningsforum for Nye metoder

- Består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.
- En representant fra brukerutvalgene og direktør i Helsedirektoratet er observatører og har talerett.
- Statens legemiddelverk og fagdirektørene i de regionale helseforetakene er bisittere.
- Helse Midt-Norge RHF er sekretariat.
- I fjor ble totalt 121 saker behandlet av Beslutningsforum, hvor 57 saker omhandlet Nye metoder. 38 metoder/legemidler fikk ja, 15 fikk nei og 4 fikk utsatt behandling for innhenting av mer informasjon.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som ble utgitt i midten av oktober. [Magasinet er tilgjengelig på web](#)

**Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka?
[Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)**

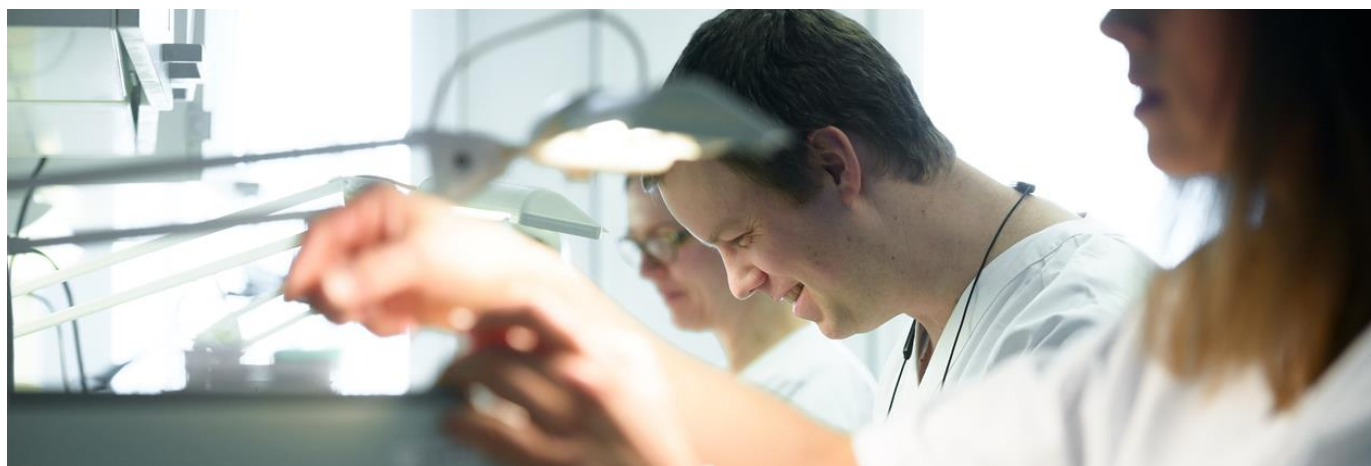
**Vil du motta nyheter fra Nye metoder?
[Registrer deg her og motta nyhetsbrev fra Nye metoder](#)**

Syv prosjekter får store forskningsbevilgninger

Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning (KLINBEFORSK) har tildelt forskningsmidler på til sammen 135 millioner kroner til syv store prosjekter. To av prosjektene koordineres fra St. Olavs hospital i Trondheim, fire fra Oslo universitetssykehus, og ett fra Helse Bergen. Hvert prosjekt får mellom 15 og 20 millioner kroner.

Publisert 22.11.2018

Sist oppdatert 22.11.2018



Illustrasjonsbilde: Ved avdeling for paologi på St. Olavs hospital gjøres mange analyser.

- Vi er svært glade for at to av prosjektene skjer i regi av St. Olavs hospital. Midlene som KLINBEFORSK deler ut har stor betydning for å gjøre helsetjenesten enda bedre og vi har store forventninger til prosjektene som mottar midler, sier administrerende direktør Stig A. Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Flere pasienter skal delta

KLINBEFORSK er etablert for å bidra til at flere norske pasienter får tilbud om deltagelse i utprøvende behandling gjennom klinisk behandlingsforskning. Prosjekter finansiert av programmidlene skal legge vekt på deltagelse av pasienter fra alle helseregioner. Brukerne skal medvirke i prosjektene.

- Pasienter i og utenfor regionen kan delta. Målet med klinisk behandlingsforskning er å forbedre og utvikle eksisterende behandlinger eller utprøve og evaluere nye. Prosjektene

skal på den måten bidra til helsetjenester av god kvalitet og møte morgendagens krav til pasientbehandling, sier Stig A. Slørdahl.

Internasjonal vurdering av 32 søknader

En internasjonal fagkomité har vurdert 32 søknader etter kriterier for vitenskapelig kvalitet og forventet nytteverdi. Komiteen har bestått av fageksperter med lang erfaring innen klinisk behandlingsforskning. De fire administrerende direktørene for de regionale helseforetakene vedtok komiteens innstilling 19. november.

[Her kan du se hvilke prosjekter som fikk støtte ved årets tildeling fra KLINBEFORSK.](#)

Flere kvinner bør ta celleprøve fra livmorhalsen

Livmorhalskreft rammer kvinner i alle aldre, 20 prosent er under 35 år. En enkel celleprøve hvert tredje år reduserer risikoen betydelig – og kan redde liv.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 21.11.2018

Sist oppdatert 21.11.2018



Illustrasjonsbilde: Colourbox

For få jenter tar celleprøve fra livmorhalsen, fastslår [krefregisteret](#).

Norske helsemyndigheter anbefaler at alle kvinner mellom 25 og 69 år tar livmorhalsprøve regelmessig. Likevel er det bare cirka 70 prosent som tar testen som anbefalt. Målet er å passere 80 prosent.

Hvorfor er det viktig at du tar celleprøve, selv om du er frisk?

Celleforandringer er ikke det samme som kreft og gir oftest ikke symptomer. En livmorhalsprøve kan oppdage alvorlige celleforandringer som kan behandles med et enkelt inngrep for å unngå utvikling til livmorhalskreft. Halvparten av kvinnene som får livmorhalskreft har sjelden eller aldri tatt prøve.

Alvorlige celleforandringer og livmorhalskreft skyldes en langvarig infeksjon med Humant Papillomavirus (HPV), som overføres ved sex. HPV er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen. 70 til 80 prosent smittes i løpet av livet. 90 prosent av infeksjonene går over av seg selv innen to år. Kondom beskytter kun delvis mot smitte.

Det er fortsatt viktig å ta livmorhalsprøve regelmessig selv om du har tatt HPV-vaksine.

Hva gjør du?

- Bestill time hos fastlegen din for å ta celleprøve.
- Ikke ta prøven når du har menstruasjon. Blod i prøven kan gi feil svar.
- Unngå tamponger, fødselspreventivt skum, vaginale geléer, kremer etc et døgn før prøven. Det kan gi feil svar.
- Du vil få informasjonen du trenger på kreftregisteret.no/livmorhals

Tips! Det er mer lettvtint å ha på kjole. Ta gjerne med deg noen hvis du ønsker.

Ved normal prøve

De fleste har normal livmorhalsprøve. Kvinner mellom 25 og 33 år skal ta prøve hvert tredje år. For kvinner mellom 34 og 69 år innføres det nå en ny screeningtest (HPV-test) og da er det nok å ta prøve hvert femte år.

Innføring av ny test-metode skjer gradvis og legen din kan fortelle deg hvordan prøven din blir analysert. Du kan lese mer om ny testmetode på kreftregisteret.no/livmorhals. Livmorhalsprogrammet sender brev med påminnelse når det er tid for ny prøve. Oppretter du digital postkasse på norge.no får du varsel om påminnelsen på e-post og SMS.

Ingen tester er 100 prosent sikre. Ta derfor kontakt med fastlegen din dersom du får uregelmessige blødninger, blødninger etter samleie eller etter overgangsalderen, unormal utflod, og/eller vedvarende smerter i underlivet.

Hva skjer dersom du har celleforandringer?

Ved lette celleforandringer kaller legen deg inn til kontrollprøve etter 12-24 måneder. Ventetiden kan kjønes lang, men ofte forsvinner celleforandringene av seg selv. Er celleforandringene alvorlige, vil du henvises videre til gynekolog som tar flere prøver. Noen kan føle engstelse og uro frem til svaret på prøven kommer. Dette er veldig normalt. Snakk med legen din om fordeler og ulemper ved screening.

Kilde: [Kreftregisteret.no/livmorhals](https://kreftregisteret.no/livmorhals)

Innfører nytt medikament til plakkpsoriasis

Beslutningsforum for nye metoder innfører iksekizumab (Taltz) til behandling av plakkpsoriasis. Til sammen besluttet Beslutningsforum seks ulike legemidler til sju ulike indikasjoner på møtet 19. november.

Publisert 20.11.2018

Sist oppdatert 20.11.2018



Illustrasjonsbilde

1. Iksekizumab (Taltz) kan innføres til behandling av plakkpsoriasis.
2. En innføring forutsetter at prisen blir lik eller lavere enn dagens pris(nivå) og at legemiddelet skal inngå i fremtidige LIS-anbud. Legemiddelet vil bli tilgjengelig på denne indikasjonen fra 15. desember 2018.

Prisen er fortsatt høy, men den er lavere enn brodalumab som allerede er besluttet innført.

Les om denne og de andre beslutningene på Nye metoder sin egen nettside [her](#).

- Viktig at vi også får presentert noen motforestillinger

Interessant, nyttig og viktig, sier deltakerne om temaene på Regional brukerkonferanse som ble arrangert på Stjørdal denne uka.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 15.11.2018

Sist oppdatert 15.11.2018



Fra venstre: Anne Furseth, brukerutvalget St. Olavs hospital og Toril Indergård, diagnosegruppa for revmatikere og representant for Pensjonistforbundet Trøndelags helseutvalg. Foto: HMN RHF

Brukerrepresentanter fra hele den midtnorske regionen var til stede på konferansen som ble arrangert på Scandic Hell Hotell Værnes tirsdag og onsdag.

Stig Slørdahl, administrerende direktør for Helse Midt-Norge (HMN), satte tonen ved å snakke om prioriteringer og om helseregionens to viktigste prosjekter akkurat nå: Byggingen av nytt sykehus på Hjelset og Helseplattformen.

Han understreket viktigheten av brukerperspektivet.

- Med Helseplattformen skal vi få et journalsystem som skal være det samme i alle deler av helsetjenesten. 83 kommuner og over 700 fastleger skal med. Da er vi avhengig av at brukerne har en tydelig stemme overfor kommunesektoren. For dere som brukere er dette viktig. Det vil bety en helt annen dynamikk og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, sa Slørdahl.

- Tidligere var brukerperspektivet mindre vektlagt, men det har endret seg. Det er viktig at vi har god brukermedvirkning, understreket han.

Må påvirke den teknologiske utviklingen

Konferansen fortsatte med utdeling av Forskningsprisen 2017 – som gikk til overlege og professor Marit Sæbø Indredavik for forskningsprosjektet Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatri (Hel-BUP) ved St. Olavs hospital.



Om lag 70 brukerrepresentanter deltok på konferansen.

Sæbø Indredavik presenterte forskningsprosjektet sitt for tilhørerne, før psykiater ved St. Olav Lindy Jarosch-von Shweder snakket om utfordringer i barne- og ungdomspsykiatrien i Midt-Norge.

Seniorrådgiver ved HMN Gaute Nilsen avsluttet første konferansedag med et foredrag om hva som gjøres av satsning innen psykisk helse i HMN, blant annet ved å peke på aktuelle tiltak for å få ned ventetiden.

Digitalisering og standardisering var temaet i eierdirektør i HMN Nils Kvernmos foredrag onsdag morgen.

- Helsetjenesten er en så stor samfunnsstruktur at vi kan være med på å påvirke den teknologiske utviklingen. Vi bestemmer selv hvilken teknologi vi skal ta i bruk av alle mulighetene som ligger der. Det er stor motivasjon for å ta i bruk medisinsk teknologi i diagnostisering og behandling, sa Kvernmo, og pekte på ulike former for automatisert robotstøtte som finnes allerede i dag.

«Trønderopprøret»

- Vi må være offensive, drive innovasjon og utvikle den teknologien som vi trenger. Den nye generasjonen tenker digitalt på en helt annen måte. Vi må være i front når det gjelder å bruke disse mulighetene. Vi står foran en stor endring, og mitt hovedbudskap til dere er at all endring må være forankret, avsluttet Kvernmo.

Mangeårig fastlege og professor i sosialmedisin Steinar Westin tok opp et tema som vakte engasjement og diskusjon: Om overbehandling og overdiagnostikk kan bidra til å destabilisere helsetjenesten.

- Vi er veldig opptatt av noen kostbare medikamenter, men det er svært få som får disse, og regner man på det så betyr det lite i den store sammenhengen. Det er mye mer penger i hverdagsmedisinens praksis, sa Westin, og viste til internasjonal forskning rundt tematikken.

Tilfeldigvis var det Westins datter, fastlege Johanna Austgulen Westin, som sto for det neste innslaget, sammen med fastlege Harald Sundby. De to snakket om nettopp fastlegeordningen og det som i mediene er blitt kalt «Trønderopprøret».



Far og datter. Mens fastlege og professor Steinar Westin holdt foredrag om overbehandling og overdiagnostikk i helsetjenesten, snakket datteren Johanna Austgulen Westin om situasjonen for fastlegene i regionen og det såkalte trønderopprøret. Foto: HMN RHF

- Kan ikke erstatte varme hender

De refererte til en forskningsrapport som viser at en fastlege jobber i gjennomsnitt 56 timer i uka. 60 prosent har det siste halvåret tenkt på å slutte i jobben, og 50 prosent ser ikke for seg en fremtid som fastlege om fem år, gitt dagens situasjon.

Rådgiver i psykisk helsevern ved St. Olav Arild Carlsen og nestleder i Regionalt brukerutvalg (RBU) Arne Lyngstad avsluttet konferansen med å snakke om utfordringer for brukerrepresentasjon.

- Det har vært flere interessante foredrag og problemstillinger som er blitt løftet. Kanskje spesielt det som har handlet om satsning innen psykisk helse og digitalisering. Forskning er viktig for helsesektoren, og det er nyttig å få et innblikk i hva som foregår, sa Ingrid Løset og Anne Helene Skare fra brukerutvalget Helse Møre og Romsdal.

De synes konferansen er bra for brukerorganisasjonene, ikke minst det å få diskutert saker med andre brukerrepresentanter, som RBU-medlem Steinar Waksvik. Alle tre er spent på Helseplattformen som de tror vil bli et stort løft.



Ingrid Løset og Anne Helene Skare fra brukerutvalget Helse Møre og Romsdal, sammen med Steinar Waksvik i RBU. Foto: HMN RHF

- Samtidig tror jeg det er viktig at arbeidsmiljøet også settes på dagsorden. Det er vel og bra med teknologi, men det vil aldri kunne erstatte de varme hendene. Det er viktig at vi også får presentert noen motforestillinger, som Steinar Westins innlegg, og ikke bare Helse Midt-Norges syn, sa Waksvik.

- Rom for motforestillinger

Rådgiver i Kreftforeninga Kaja Hovde Bye synes også innlegget til Westin var interessant.

- Spesielt for meg som jobber en del med kampanjer i Kreftforeninga. Jeg kunne tenkt meg enda mer diskusjon om hvordan kampanjer skal være for at de skal slå an. Og så var det interessant å høre mer om Marit Sæbø Indredaviks forskningsprosjekt, sa Hovde Bye.



Kaja Hovde Bye, Kreftforeninga og Arne Lyngstad, nestleder i RBU. Foto: HMN RHF

Anne Furseth, fra brukerutvalget ved St. Olav, og Toril Indergård, fra diagnosegruppa for revmatikere, kaller konferansen inspirerende og aktuell. De synes også det er fint at det er rom for motforestillinger.

- Fokuset på psykisk helsevern og det løpet som legges, var spesielt interessant. Man får fram noen brukerperspektiver og får heftet det på noen knagger. Psykiatri og skole er noe vi skulle ha snakket mye mer om, sa Indregård, som også er representant for Pensjonistforbundet Trøndelags helseutvalg.

- Fastlegene er veldig viktig for pensjonistene. Da vi hadde landsmøte i juni gikk vi enstemmig inn for å støtte fastlegeoppøret.

Leder for RBU, Snorre Ness, mener konferansen har lyktes i valg av tematikk og aktuelle problemstillinger.



Leder Snorre Ness og nestleder Arne Lyngstad i Regionalt brukerutvalg (RBU). Foto: HMN RHF

- Vi har blant annet satt fokus på psykisk helse som både er et regionalt og nasjonalt viktig anliggende for tiden. Jeg synes det er veldig bra at de som er med på konferansen er positive og ønsker å mene noe om utviklingen.

[Her kan du se presentasjonene fra konferansen](#)

Antikorrupsjonsprogram vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge har i dag vedtatt et antikorrupsjonsprogram. Programmet skal gjelde for hele foretaksgruppen, og målet er å forebygge korrupsjon og misligheter og sikre at felles retningslinjer etterleves.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 15.11.2018

Sist oppdatert 15.11.2018

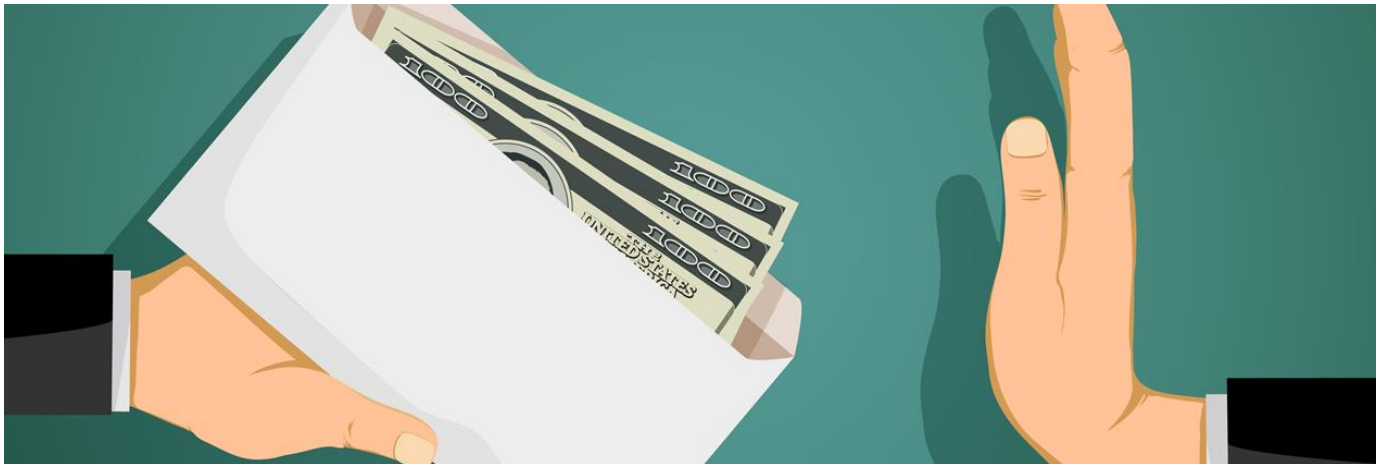


Foto: Colourbox

- Helse Midt-Norge arbeider aktivt for at det ikke skal forekomme misligheter og korrupsjon i virksomheten. Ved å etablere et felles antikorrupsjonsprogram i foretaksgruppen, får vi et rammeverk som er gjenkjennbart og sikrer felles rutiner for rapportering på dette arbeidet, sier Stig A. Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge.



Stig A. Slørdahl, AD i Helse Midt-Norge.

Korrupsjon kan gå utover kvaliteten på helsetjenestene

Korrupsjon og misligheter kan føre til at ressurser anvendes til andre formål enn det de er ment for. Det er risiko for at økonomiske verdier går til berikelse eller gunst for parter som ikke har rett til det, og for helseforetakene kan løsninger bli mer kostbare, noe som igjen går ut over muligheten til å løse viktige oppgaver eller sikre god kvalitet på tjenestene.

Gode varslingsrutiner og retningslinjer

Antikorrupsjonsprogrammet omfatter ikke bare den strafferettslige definisjonen av korrupsjon, men også misligheter og brudd på etiske retningslinjer. Man ser ofte at starten på en sak som involverer økonomisk kriminalitet, er små etiske brudd. Dersom disse ikke korrigeres, legger man grobunnen for en ukultur, noe som igjen øker faren for korrupsjon. Sentrale elementer i programmet er derfor skriftlige rutiner og retningslinjer, blant annet knyttet til anskaffelser og samarbeid med leverandører. Gode varslingsrutiner er nødvendig i et antikorrupsjonsprogram, samt gjennomføring av jevnlig risikoanalyser.

Verktøykasse og dilemmatrening

En felles regional plan for implementering og oppfølging er en grunnleggende del av antikorrupsjonsprogrammet. Et sentralt element i antikorrupsjonsprogrammet er en verktøykasse som består av ulike case og dilemmatrening. Etiske retningslinjer og regler gir ikke svar på alle problemstillinger og dilemmaer man som ansatt i Helse Midt-Norge kan komme opp i. Derfor kreves det god dømmekraft for å avgjøre om en bestemt handling eller beslutning er etisk forsvarlig, og gjennom dilemmatrening skal denne evnen trenes.

Antikorrupsjonsprogrammet oversendes nå helseforetakene for styrebehandling og videre oppfølging og implementering.

Inntektsfordeling 2019 vedtatt

Inntektsrammen for Helse Midt-Norge i 2019 er nå fordelt. Basert på forslaget til Statsbudsjett, er det snakk om 20,5 milliarder kroner. I beløpet inngår basisfinansiering og aktivitetsbaserte inntekter til helseforetakene.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 15.11.2018

Sist oppdatert 16.11.2018



Veksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal hver for seg være høyere enn veksten innenfor somatikken. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at det enkelte helseforetak innretter driften slik at mål knyttet til den gyldne regel innfris.

Sammenlignet med rammen etter vedtatt Revidert Nasjonalbudsjett 2018 er realendringen 1,5 prosent. I tillegg til inntekstpostene er det lagt inn lån og tilskudd til Helseplattformen på til sammen 575 millioner kroner i forslag til statsbudsjett 2019. Tilskuddet utgjør 110 millioner kroner og skal dekke kommunenes og fastlegenes investeringskostnad. Tilskuddet er etablert for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge. Det er også foreslått lån til nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) på 217 millioner kroner for 2019.

Inntektsrammen fordeler seg slik:

5,9 mrd.	Helse Møre og Romsdal HF
3,0 mrd.	Helse Nord-Trøndelag HF
9,6 mrd.	St. Olavs hospital HF
0,025 mrd.	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
2,0 mrd.	Helse Midt-Norge RHF

Opptatt av økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene

Helseminister Bent Høie viste stort engasjement for de medisinske kvalitetsregistrene da han åpnet presentasjonen av nye resultater tirsdag.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 14.11.2018

Sist oppdatert 14.11.2018



- Vi ser at kvalitetsregistrene hvert år bidrar til forbedring i kvaliteten på helsetjenestene. Fagfolk er opptatt av å gjøre en god jobb. Ved å gi fagfolk kunnskap om egen tjeneste, vil dette føre til forbedringer, sa Høie under arrangementet.

[Se resultater fra alle de 53 kvalitetsregistrene her](#)

Totalt er det 53 nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Kvalitetsregistrene samler informasjon om behandlingskvalitet og forskjeller i behandlingstilbud ved sykehusene i Norge. Tirsdag ble nye resultatene for nasjonale medisinske kvalitetsregistrene presentert på Kreftforeningens vitensenter i Oslo. Helseminister Bent Høie åpnet arrangementet.

Innfører insentivordning som prøveprosjekt

God dekningsgrad og god datakvalitet er helt avgjørende for at resultatene skal være representative for pasientgruppen. Dekningsgraden blir stadig bedre, men det er fortsatt bare 24 av 53 nasjonale medisinske registre som har over 80 prosent dekningsgrad på individnivå, sa Høie i sin åpningstale.

Helseministeren ønsker at det skal lønne seg for helsetjenesten å rapportere inn data til helseregistrene, og har i lengre tid jobbet for en insentivordning som kan bidra til dette.

– Jeg har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å innføre økonomiske incentiver for bedre dekningsgrad. Fra neste år skal 12 registre delta i en toårig prøveordning der de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon (innsatsstyrt finansiering) for hver pasient som registreres i kvalitetsregistrene.

Høy dekningsgrad i de medisinske kvalitetsregistrene bidrar til at resultatene er mer egnet til å avdekke faktiske forskjeller i behandlingstilbud- og kvalitet, og vil gjennom det bidra til at man kan identifisere områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

Ny forskrift ute på høring

Tirsdag ble også forslag til ny forskrift for medisinske kvalitetsregistre sendt på høring. Dersom den nye forskriften blir godkjent, vil helsepersonell være pliktige til å melde inn opplysninger til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status.

– At helsepersonell nå har plikt til å melde inn til registrene, er også et virkemiddel for å bidra til økt dekning i registrene, sier Høie.

I dag er de aller fleste kvalitetsregistrene samtykkebaserte, noe som betyr at pasienten må samtykke i å bli registrert inn i registeret. I forslaget til ny forskrift åpnes det for unntak fra kravet om samtykke når det er nødvendig av hensyn til datakvalitet og grad av dekning i registrene. Dette vil kunne bidra til å forenkle prosessen med innregistrering for helsepersonell.

Bent Høie mener kvalitetsregistrene bidrar til bedre helsetjeneste og trekker fram at data fra Norsk hjerneslagregister viser at 10 av 11 indikatorer har høyere måloppnåelse i 2017 enn i 2016. Data fra Norsk hjerteinfarktregister viser at 8 av 10 kvalitetsindikatorer har høyere måloppnåelse i 2017 enn året før.

Fikk Forskningsprisen 2017 for sitt arbeid for barn med psykiske vansker

- Det er ingen som vil se sine barn lide, sa Marit Sæbø Indredavik da hun mottok Forskningsprisen 2017 på Regional brukerkonferanse tirsdag.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 13.11.2018

Sist oppdatert 15.11.2018



- Denne prisen setter jeg høyt, sa overlege og professor Marit Sæbø Indredavik da hun mottok Forskningsprisen 2017 tirsdag. Leder i Regionalt brukerutvalg Snorre Ness delte ut prisen. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Overlege og professor Marit Sæbø Indredavik mottok prisen for forskningsprosjektet Helseundersøkelsen i Barne- og ungdomspsykiatri (Hel-BUP) ved St. Olavs hospital.

- Tusen hjertelig takk! Denne prisen varmer virkelig. Jeg tar det som et uttrykk for at arbeidet vi har gjort betyr noe nettopp for de unge. Så denne prisen setter jeg høyt, sa Sæbø Indredavik da hun mottok prisen på Scandic Hell Hotell Værnes tirsdag ettermiddag.

Mange unge med psykiske vansker

Hun understreket at forskningsprosjektet er et teamarbeid og ga honnør til flere av sine kolleger. Det e itjnå som kjem tå seg sjøl, sa hun.

- Vi bor i et av verdens rikeste og mest likestilte land, med gode pedagogiske tilbud og gode muligheter til arbeid. Foreløpig har vi også gode velferdsordninger. Likevel er det en høy andel barn som har psykiske vansker. Det gjør at vi må forske for å finne løsninger for hvordan disse barna kan få det bedre. Det er ingen som vil se sine barn lide.

- Med utdelingen av denne prisen setter Regionalt brukerutvalg fokus på barns helse. Dere gir oppmerksomhet og viktighet til et underforsket og viktig felt, og med det viser dere vei. Jeg håper det vil gi ringvirkninger fremover, sa Sæbø Indredavik, før hun ga tilhørerne en gjennomgang av forskningsprosjektet.

Fremmer god helse

Det var leder for Regionalt brukerutvalg Snorre Ness som delte ut prisen. Ness fortalte at det er helseforetakene som foreslår kandidater, og at disse blir gitt en grundig vurdering med pasientfokus som utgangspunkt.

Noen av momentene som det blir lagt vekt på i utvelgelsen, fortalte Ness, er at prosjektene er forankret i Helse Midt-Norge, at de har dokumentert resultat, at prosjektet kommer pasienter og pårørende til gode og at det holder høy vitenskapelig kvalitet.

- Derfor er det en ære å gi prisen til Marit, for et arbeid som er viktig for unge mennesker i en sårbar livsfase, sa Ness før han delte ut prisen.

Han understreket at forskningsprosjektet har bidratt til økt kompetanse vedrørende klinisk metodikk, og at arbeidet har støttet seg på klinisk relevant pasientsentrert forskning.

- Forskningsprosjektet har hatt et langtidsperspektiv og har holdt det gående i ti år. Det har høy vitenskapelig kvalitet, det fremmer god helse og har aktiv brukermedvirkning. Det har ført til økt kunnskap, og formidlingen skal sikre at resultatene skal barn og voksne til gode. De har i det hele tatt hatt stor utholdenhet i planlegging og gjennomføring, sa Ness.

Diplom og 150 000 kr

Forskningsprisen er stiftet av styret i Helse Midt-Norge RHF etter anbefaling fra [Samarbeidsorganet](#). Prisen kan gå til enkeltpersoner eller forskergrupper innen relevante fag eller tverrfaglige disipliner.

Prisen har vært delt ut hvert år siden 2004. Dette var 14. gangen at prisen ble delt ut. I tillegg til en diplom består prisen av 150 000 kroner.

[I fjor gikk prisen til Marit Kvangarsnes \(NTNU Ålesund\) og klinikkssjef Torstein Hole \(Helse Møre og Romsdal\).](#)

[Her kan du lese om alle de tidligere prisvinnerne](#)

Regional brukerkonferanse 2018 foregår tirsdag og onsdag denne uka. [Her kan du lese hele programmet for konferansen.](#)

Kvalitet og relevans i praksisstudier - utlysning av midler

Driver du et prosjekt som har til mål å bedre praksisstudier i helse- og sosialfagsutdanning? Da kan du søke inntil en million i støtte hos oss. Frist er 3. januar 2019

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 13.11.2018

Sist oppdatert 13.11.2018



Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) lyser ut inntil 5 millioner kroner til prosjekter som **har som mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier** for studenter ved helse- og sosialfagutdanningene i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Prosjektperioden er for 1-3 år med oppstart i 2019. Midlene tildeles av [Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon mellom HMN RHF, universitet og høyskoler](#).

Det kan søkes om inntil kr. 1 million per prosjekt.

Prosjektene må ha som mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier, slik at studentene oppnår forventet læringsutbytte og forberedes til å møte dagens og framtidens behov i helsetjenesten.

Søknadene forventes å falle inn under ett eller flere satsingsområder:

- Utvikling og evaluering av nye veilednings- og praksismodeller inkl. modeller som kan bidra til
 - økt veiledningskompetanse,
 - gode løsninger når flere studentgrupper gjennomfører praksisstudier samtidig,
 - å legge til rette for et økende antall studenter under utdanning.
- Utprøving og evaluering av nye praksisarenaer, som ivaretar utdanningenes krav til læringsutbytte
- Prøve ut og evaluere modeller for kombinerte stillinger eller samarbeidsstillinger som metode for samarbeid mellom utdanning og helseforetak (merk at dette satsningsområdet kun gjelder de treårige helse- og sosialfagutdanningene med tilhørende videre- og masterutdanninger).

[Utlysningsbrevet finner du her](#)

Den vanskelige samtalen

- Samtalen med pårørende om organdonasjon kan ikke løses ved hjelp av et spørreskjema, sier Sven Haakon Urving, donoransvarlig lege ved Nordlandssykehuset.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 12.11.2018

Sist oppdatert 12.11.2018



Sven Haakon Urving, donoransvarlig lege ved Nordlandssykehuset, bruker mye tid på samtalen med de pårørende når spørsmålet om organdonasjon skal stilles. Foto: Randi Angelsen, Nordlandssykehuset

Situasjonen er vanskelig å forstå, hvis du ikke har opplevd det selv. En av dine nærmeste er i ferd med å dø, og midt i sorgen og sjokket stiller legen spørsmålet det nesten er umulig å forberede seg på: Hvordan stiller du deg til organdonasjon?

- Å få et slikt spørsmål til å høres fornuftig ut er et c-moment, sier Sven Haakon Urving. I 18 år har han vært donoransvarlig lege ved Nordlandssykehuset, og han har vært gjennom mange slike samtaler.

Hvert tilfelle – hver samtale – er unik, det finnes ikke et standardskjema med spørsmål som fungerer for alle. Urving bruker mye tid på å sette seg inn i hver enkelt situasjon.

- Først skal du fortelle de pårørende at deres kjære ikke kommer til å overleve. Deretter skal du formidle at det finnes en måte å hedre vedkommende på, men da må vi ta organene. Her må man være svært nøye med ordvalgene.

Noen blir sinte

Tid er vesentlig. Å snakke med mennesker i sjokk om organdonasjon kan ikke gjøres i en bisetning, dette må man ta seg tid til å snakke ordentlig om. Sven Haakon Urving legger aldri skjul på alvoret i spørsmålet, men vektlegger at dette er et ønske, og samtidig et tilbud til de pårørende om å hedre et menneske som har kjempa en håpløs kamp.

Reaksjonene på spørsmålet varierer veldig.

- Noen har tenkt gjennom dette på forhånd, og tar det opp på eget initiativ. Andre synes det er ubehagelig og vanskelig, mens noen går i lås og blir sint. Alle reaksjonene er helt naturlig, og jeg har full forståelse for at de som nettopp har fått beskjed om at en de er glad i kommer til å dø synes det er provoserende når vi spør om donasjon

- Men hva gjør du da, hvis noen blir sinte?

- Jeg gir dem tid til å tenke på saken. Det gjør jeg egentlig uansett hvilket svar de gir. Dette må ikke avgjøres med en gang, og vi lar ofte de pårørende dra hjem. Så kommer vi tilbake til dem når de har tenkt seg litt om. Vi maser ikke, og respekterer naturligvis et nei. Men vi ønsker å gi dem en mulighet til å tenke ordentlig over spørsmålet, slik at de forstår at donasjon kan hjelpe dem til å akseptere det faktum at pasienten er død. Organene kan hjelpe andre, og sånn sett gi pårørende en følelse av at ikke alt var forgjeves.

Empati er nøkkelen

Urving har alltid med seg en eller flere sykepleiere som har spesialkompetanse innen donasjon når han snakker med pårørende. I tillegg til god tid er empati det viktigste nøkkelordet.

- Jeg hadde en kollega en gang som hadde prøvd to-tre ganger å stille spørsmålet, men vedkommende greide ikke servere det med empati, og kom ingen vei. Så forståelse for den unike situasjonen – og evne til å vise medfølelse - er helt avgjørende, sier Urving, som legger til at både kjønn, alder, nasjonalitet og kulturell bakgrunn kan være med å legge rammene for hvordan temaet skal bringes på banen.

- Hender det at du blir kontaktet av pårørende i ettertid?

- Vi har alltid oppfølgingssamtaler med pårørende etter en organdonasjon. Men det hender også at pårørende tar kontakt på eget initiativ. Ofte takker de for at vi stilte spørsmålet. Og noen ganger angret de på – og ber om unnskyldning for - at de avslø.

LES OGSÅ:

[Rekordhøyt antall pasienter som venter på nyretransplantasjon](#)

[Organdonasjon: Informasjon og opplæring er viktig](#)

[Hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor?](#)

[Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

[Helseministeren krever tiltak for å øke antallet donorer](#)

Les mer om organdonasjon på [NORODSs nettside](#)

Rekordhøyt antall pasienter som venter på nyretransplantasjon

Norge er blant de fremste i Europa når det gjelder nyretransplantasjoner. Til tross for dette er antall pasienter på venteliste rekordhøyt.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 12.11.2018

Sist oppdatert 12.11.2018



Det er alltid førsteprioritet å undersøke om man kan bruke levende giver, sier Overlege Anna Varberg Reisæter, leder ved nyreseksjonen, avdeling for transplantasjonsmedisin, på OUS Rikshospitalet. Foto: Oslo universitetssykehus/Hedda Holth

Per utgangen av september i år var det transplantert 54 nyrer med levende giver og 117 med avdød giver i Norge, mens 351 sto på venteliste for nyre fra avdød giver.

Tilsvarende tall for 2017 var 55 nyrer med levende giver og 151 med avdød giver og 326 på venteliste.

Overlege Anna Varberg Reisæter, leder ved nyreseksjonen, avdeling for transplantasjonsmedisin, på OUS Rikshospitalet, forteller at det alltid er førsteprioritet å undersøke om man kan bruke levende giver. Dette gir bedre resultater på sikt, forteller hun. I Norge er det brukt nyre fra levende giver siden 1970.

Hvem kan gi nyre?

Transplantasjon med levende giver kalles ofte familietransplantasjon siden det vanligste er at et familiemedlem gir nyre til et annet familiemedlem. I de senere år har også nære venner blitt akseptert som givere.

En viktig forutsetning for å være giver er at en har god fysisk og mental helse. I Norge finnes ingen øvre aldersgrense for levende givere. Giver kan være forelder, søsken, barn, tante/onkel, fetter/kusine eller besteforelder. I tillegg kan ektefelle eller samboer gi nyre til sin partner. Inngiftede familiemedlemmer samt nære venner kan også være nyregiver.

Krevende prosess

- Det er en krevende prosess å utrede levende givere, det er ofte mange personer som må kontaktes og undersøkes, forteller Reisæter.

Det nasjonale transplantasjonstemaet ved Oslo universitetssykehus (OUS) samarbeider med 25 nyresentra i landet. Nyrepasientene blir utredet ved lokal nyreavdeling, og det er også her eventuelle levende givere utredes.

Årlig avholdes et samarbeidsmøte for nyretransplantasjon ved OUS der alle de samarbeidende nyreavdelingene er representert.

Etablerte arbeidsgruppe

Nyretransplantasjon er et felles nasjonalt prosjekt, der en må finne løsninger. Det er nå etablert en arbeidsgruppe for transplantasjon med levende givere. Gruppen har representanter fra nyreavdelinger i hver helseregion, Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte og transplantasjonsmiljøet ved sykehuset, sier Reisæter.

Gruppen arbeider med medisinske problemstillinger, informasjon, logistiske utfordringer og diskuterer etiske spørsmål. Det arrangeres også seminar om transplantasjon med levende giver åpent for leger, sykepleiere og sosionomer en til to ganger årlig ved Rikshospitalet, OUS.

De koordinerende sykepleierne for nyretransplanterte er til disposisjon for sykepleiere som driver med utredning. Koordinatorene mottar 10-40 telefoner daglig og reiser også ut til sentrene for å holde kurs eller bistå på andre måter. Det er nå etablert kontakt lege og sykepleier for transplantasjon med levende giver ved hver av de 25 samarbeidende nyreavdelingene. Dette vil styrke nettverket for dette arbeidet.

Les mer om levende giver av nyre på [Oslo universitetssykehus sine nettsider](#)

LES OGSÅ:

[Organdonasjon: Informasjon og opplæring er viktig](#)

[Hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor?](#)

[Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

Helseministeren krever tiltak for å øke antallet donorer

Les mer om organdonasjon på [NORODSs nettsider](#)

Se programmet for Regional brukerkonferanse 2018

Denne uka arrangeres Regional brukerkonferanse 2018 på Stjørdal. Barne- og ungdomspsykiatri og standardisering er blant temaene i år.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 12.11.2018

Sist oppdatert 12.11.2018



Illustrasjonsbilde: Colourbox

Tirsdag er det barne- og ungdomspsykiatri som blir satt på dagsorden. Psykiater Lindy Jarosch-von Shweder ved St. Olavs skal snakke om utfordringer i barne- og ungdomspsykiatrien i Midt-Norge, mens seniorrådgiver i Helse Midt-Norge RHF (HMN) Gaute Nilsen skal snakke om hva som gjøres av satsing innen psykisk helse i regionen.

Tirsdag vil også Helse Midt-Norges forskningspris for 2017 deles ut.

[Ljor gikk prisen til Marit Kvangarsnes \(NTNU Ålesund\) og klinikkjef Torstein Hole \(Helse Møre og Romsdal\).](#)

Standardisering, digitalisering og brukermedvirkning

Onsdag vil det handle om standardisering, digitalisering og brukermedvirkning. Eierdirektør ved HMN Nils Kvernmo, professor og fastlege Steinar Westin og fastlege Johanna Austgulen Westin er blant foredragsholderne.

[Se hele programmet for konferansen her](#)

Målgruppe for konferansen er alle brukerorganisasjoner og institusjoner med interesse for området brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene.

Reise dekkes av det lokale brukerutvalget eller brukerorganisasjonen. Opphold for øvrig dekkes av regionalt brukerutvalg.

Konferansen arrangeres den 13. og 14. november på Scandic Hell Hotell Værnes på Stjørdal.

De regionale forskningsmidlene er blitt fordelt

Helse Midt-Norge RHF lyser hvert år ut regionale midler til forskning gjennom Samarbeidsorganet. Les resultatet av årets tildeling her.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 09.11.2018

Sist oppdatert 09.11.2018



Illustrasjonsbilde: Colourbox

Til sammen 59 forskningsprosjekter er blitt tildelt midler etter tildelingen som ble vedtatt av Samarbeidsorganet 8. november 2018.

Det regionale samarbeidsorganet er et rådgivende organ for saker innen utdanning, forskning og innovasjon, og er et samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og universiteter og høyskoler i regionen.

[Resultatet av årets tildeling kan du lese her](#)

[Og her kan du lese mer om Samarbeidsorganet](#)

Sakspapirer styremøte i november

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. november er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 09.11.2018

Sist oppdatert 09.11.2018



Illustrasjonbilde

Møtet starter kl. 0900 og finner sted på Quality Airport Hotell Værnes i Stjørdal sentrum.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Organdonasjon: Informasjon og opplæring er viktig

I løpet av de første ni månedene i år er det registrert en markant nedgang i antall realiserte donorer. - Vi undrer oss over hvorfor, det har ikke skjedd noe som kan forklare nedgangen.

Publisert 08.11.2018

Sist oppdatert 08.11.2018

Det sier Per Arne Bakkan, ledende transplantasjonskoordinator ved Oslo universitetssykehus.

Men en ting vet Bakkan, som er en av 15 [NOROD](#)-representanter; det er viktig å ha organdonasjon høyt oppe i bevisstheten i sykehusene – hele tiden.

NOROD, eller norsk ressursgruppe for organdonasjon, er Norges eneste faglige instans for organdonasjon, og er en tverrfaglig gruppe med formål å øke kunnskap og kompetanse hos helsepersonell som jobber med organdonasjon. Organisasjonen ble grunnlagt i 1993 etter initiativ fra transplantasjonsmiljøet på Rikshospitalet og donasjonsmiljøet på Haukeland.

Stort potensiale

Per 30. september i år har det vært meldt 224 potensielle donorer, av dem ble 68 realisert. I tillegg til de realiserte har pårørende i 37 tilfeller vært positive til donasjon, men i disse tilfellene lot ikke donasjon seg gjennomføre av medisinske årsaker. Tilsvarende tall for 2017 var 251 meldte potensielle og 87 realiserte donorer.

Bakkan tror potensialet er mye større. Sammen med sine kollegaer i NOROD jobber han kontinuerlig med å utdanne helsepersonell.

- Effekten er tydelig. Hver gang vi har hatt et seminar et sted, så kommer det plutselig en donor eller to. Det har vi sett mange ganger opp igjen årene, sier han.

Kursvirksomhet

Fire ganger i året holder NOROD et todagers kurs for leger og sykepleiere i relevante avdelinger i landets helseforetak. Gjennom disse kursene loses deltakerne gjennom hele prosessen; fra identifisering av potensiell donor til organuttak og transplantasjon. Deltakerne får også møte transplanterte og pårørende til avdøde donorer.

- Noe av det viktigste ved disse kursene er å øve seg på å kommunisere med pårørende, understreker Bakkan.

Han vet at noen behandlingsteam avslutter behandling uten å vurdere donasjon. Årsaken til dette, kan være at helsepersonell vegrer seg mot å ta spørsmålet opp med pårørende.

- Gjennom kurset forsøker vi å gjenskape de situasjonene der vi presenterer organdonasjon for familien. Vi prøver å gi deltakerne ord og begreper slik at de skal være i stand til å håndtere den krevende oppgaven, forteller han.

Forankring

Opplæring av helsepersonell er en kontinuerlig prosess, fordi det stadig kommer nye ansatte i sykehusene. Oppmøtet på kursene NOROD arrangerer er bra, men Bakkan skulle gjerne sett flere leger på kurs. God ledelsesforankring rundt kursene, men også generelt større oppmerksomhet om organdonasjon i sykehusledelsen står på ønskelisten.

- Det vi ønsker er et litt større miljø på de forskjellige sykehusene slik at det ikke bare er donoransvarlig lege og sykepleier som drar lasset alene. I noen av helseforetakene har donoransvarlig lege noen ressurser i ryggen og støtte i miljøet. Men i andre foretak er de helt alene, nesten selvtnevnt, og jobber med donorsaken på ideell basis, sier han.

Livreddende behandling

I disse dager gjennomføres en kampanje ute i helseforetakene i regi av de fire regionale helseforetakene. Formålet er å spre informasjon rundt og øke oppmerksomheten om organdonasjon. Det gjøres mye godt informasjonsarbeid ut mot befolkningen, men Bakkan tror økt bevisstgjøring i helseforetakene er vel så viktig for å øke antall donorer. Det er viktig at ansatte ute i helseforetakene er bevisste på at organdonasjon er livreddende behandling.

- Organtransplantasjon er den beste behandlingen ved varig organsvikt, og for mange pasienter er dette den eneste tilgjengelige behandlingen, sier han.

LES OGSÅ:

[Hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor?](#)

[Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

[Helseministeren krever tiltak for å øke antallet donorer](#)

Les mer om organdonasjon på [NORODSs nettsider](#)

Nytt helseatlas for dagkirurgi - fortsatt stor variasjon

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har lansert et oppdatert helseatlas om dagkirurgi tre år etter at det første kom. De geografiske forskjellene er fortsatt store, tross fokuset i årene etter.

Publisert 07.11.2018

Sist oppdatert 07.11.2018



I det nye helseatlasets beskrives utviklingen i omfang og variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder for de samme tolv inngrepene i perioden 2013–2017.

Det grunnleggende spørsmålet som belyses i helseatlasene er om helsetjenestene er likeverdig fordelt, uavhengig av bosted. Det første norske helseatlas ble publisert 13. januar 2015, og ga oversikt over tolv av de vanligste inngrepene som normalt gjøres dagkirurgisk i Norge. Helseatlasets «Dagkirurgi 2011-2013» viste stor variasjon for de fleste inngrepene.

I det nye helseatlasets beskrives utviklingen i omfang og variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder for de samme tolv inngrepene i perioden 2013–2017. Hoveddatakilden er Norsk pasientregister som inneholder informasjon om offentlig finansiert aktivitet ved offentlige og private sykehus og hos avtalespesialister.

Hva har skjedd siden 2013?

De geografiske forskjellene som Dagkirurgiatlasets fra 2015 avslørte fikk oppmerksomhet både i fagmiljøene, i media og fra helseminister Bent Høie. Til tross for dette er variasjonen i bruk av dagkirurgiske inngrep fortsatt stor mellom helseforetakenes opptaksområder.

For en del inngrep, og særlig for skulderkirurgi, ventilasjonsrør i trommehinnen og tunge øyelokk, økte variasjonen mellom opptaksområdene.

Generelt var omfanget av dagkirurgiske inngrep relativt stabilt i perioden 2013–2017. For de to inngrepene som i størst grad ble diskutert, skulderkirurgi og inngrep på menisk, har nedgangen i antall inngrep vært betydelig de siste årene. For disse inngrepene eksisterte det allerede en faglig debatt om nytte, og nedgangen var begynt før Dagkirurgiatlasets fra 2015 var lansert.

Det nye dagkirurgiatlasets viser en betydelig økning fra 2013 til 2017 i omfang av inngrep for hemoroider og tunge øyelokk.

- [Les rapporten Dagkirurgi i Norge 2013-2017 her](#)
- [For interaktivt kart og faktaark med beskrivelser av variasjonen, besøk \[www.helseatlas.no\]\(http://www.helseatlas.no\).](#)

Etterlyser styringsmessige tiltak

Dagkirurgiatlasets bidro til å sette variasjon i bruk av helsetjenester på dagsorden, og ble fulgt opp både i stortingsmeldinger og i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. SKDE finner i liten grad at det er gjort styringsmessige tiltak for å redusere variasjon på bakgrunn av Dagkirurgiatlasets.

I Helse Sør-Øst var arbeidet med å redusere skulder og meniskkirurgi startet før publiseringen. I Helse Vest ble fagmiljøene invitert til å velge blant en rekke pasientutvalg, inngrep og indikatorer som viste variasjon med formål å etablere tiltak for å redusere variasjonen, men ingen av prosjektene som ble initiert i helseforetakene var rettet mot dagkirurgiske inngrep. Etter publiseringen av Dagkirurgiatlasets har Helse Midt-Norge monitorert utviklingen i bruk av dagkirurgiske inngrep og brukt informasjonen i dialog med sine helseforetak, med private sykehus og med avtalespesialister.

Det finnes noen eksempler på at fagmiljø i ulike helseforetak har endret praksis etter at variasjonen ble kjent. Det synes som om praksisendringer først og fremst har fremkommet på bakgrunn av faglige diskusjoner nasjonalt eller lokalt.

Oppfordrer til kloke valg

Det er nå gått tre år siden det første Dagkirurgiatlasets ble publisert og variasjon i bruk av helsetjenester kom på den nasjonale helsepolitiske dagsorden. Endringer tar tid. Resultatene fra atlasene brukes i større grad nå enn tidligere, blant annet i de regionale helseforetakenes planarbeid.

Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg!» representerer et viktig program for å diskutere nytteverdi ved ulike utredninger og behandlinger. Dette kan også bli en konstruktiv tilnærming til mer systematisk arbeid for å redusere uberettiget variasjon i helsetjenesten.

Hvis spørsmålet ikke hadde blitt stilt - ville det ikke blitt noe av

For fem år siden mistet Anne Stine Eger Mollestad sin mann Niels i en sykkelulykke. - Sorgen er intens, knapt til å holde ut. Det finnes ingen trøst, men det å si ja til organdonasjon, og gjennom det, bidra til at andre liv redde føles meningsfullt. Hvis vi ikke hadde blitt spurt den gangen så ville det ikke blitt noe av.

Publisert 05.11.2018

Sist oppdatert 06.11.2018



For fem år siden mistet Anne Stine Eger Mollestad sin mann Niels i en sykkelulykke. Foto: Privat

Anne Stine tenkte at mannen var for gammel. Hun hadde ingen formening om aldersgrense, men visste fra før at det var aldersgrenser for blant annet blodgivning og benmargstransplantasjon. Med bakgrunn i den kunnskapen, trodde hun de bare trengte unge givere.

- Derfor er det synd om helsepersonell ikke bringer temaet på banen, det er jo avgjørende, sier Mollestad.

Hendelsen:

I en sykkelulykke på Frognerstranda sommeren for fem år siden stupte Anne Stines ektemann over sykkelstyret. I møtet med asfalten hadde en arterie innenfor skallen, men utenfor hjernehinnen, røket, og skapte en massiv blødning. Det var ikke mulig å operere. Det var ikke håp.

- Legen kom inn. Satte seg ned. Jeg visste hva det betød. Leger som kan redde liv, sitter ikke med de pårørende, sier hun.

LES OGSÅ: For de fleste er det en trøst at organene fra deres avdøde mor eller far, sønn eller datter får leve videre i et annet menneske, sier donorlege Johan-Arnt Hegvik



Det siste bildet som ble tatt før familien dro ut på den fatale sykketuren. Foto: Privat

Spørsmålet:

Det ble snakk om organdonasjon. Familien snakket sammen. Alle måtte være enige. De visste at Niels hadde villet. Men brått når det virkelig gjelder, er det også en del uavklarte spørsmål.

- Sentralt for mitt valg var at det var romslig med tid til å snakke om, og venne seg til, tanken, samtidig som vi ikke ønsket at Niels skulle holdes tilbake for lenge etter at vi hadde sagt ja.

Anne Stine understreker også hvor viktig det var for henne at helsepersonellet aldri forsøkte å fjerne eller redusere sorgen hennes.

- Mange synes det er tøft, de vil gjerne si noe som kan lette eller fjerne sorgen. Men det gjør vondt å miste, og det er ingen snarvei ut sorg. Derfor var det avgjørende at de aldri sa at det å si ja til organdonasjon ville lette sorgen. Tvert imot lå det en anerkjennelse i den enorme smerten sorgen var. I stedet vektla de at jeg gjennom å si ja, kunne bidra til at andre fikk slippe en slik sorg.

Ja:

Niels hadde gitt nærmere 80 liter blod gjennom sine år. Da hans far ble alvorlig syk og måtte ha blodoverføring, bestemte Niels seg for å betale tilbake hver dråpe. Han var en giver. Tryggheten de hadde for at Niels ville ha sagt ja, om de kunne ha spurt ham, gjorde valget enkelt.

- Det ville på et vis være et overgrep mot ham om vi hadde sagt nei. Hva var vel forskjellen på å amputere et ben eller miste en finger i levende live, eller å gi fra seg verdifulle organer til andre når man selv ikke lenger kan nyttiggjøre seg dem? Sjelen sitter ikke i den enkelte kroppsdel. Man mister ikke seg selv gjennom å redde andre.

Etterpå:

Etter at de hadde sagt ja, syntes Anne Stine og sønnene det var godt at transplantasjonen skjedde fort. For dem fremsto det som ubehagelig om han skulle holdes kunstig i live lenge, når han faktisk var død.

- Fordi vi ikke visste noe om prosedyrene i forkant, var et skrekksenario at han skulle bli liggende på Ullevål i dager og uker i påvente av at noen kunne nyttiggjøre seg hans organer. Det føltes galt og ville blitt en merbelastning. Derfor var det godt at vi fikk den tid vi trengte til å bestemme oss og ta et verdig farvel. Da vi følte oss rede til å forlate sykehuset, gikk det fort frem til han var fraktet til Rikshospitalet. Det var også særdeles godt å kjenne på at jeg ble holdt orientert hele veien, og at omsorgen for oss var en viktig del av hele løpet.

Om valget:

Den tilliten som lå mellom familien og personalet på sykehuset var viktig. De var trygge på at Niels ikke kunne reddes, men at andre kunne reddes som følge av hans brå død.

- Å vite at fem mennesker lever videre kjennes godt. I møte med lege og sykepleier på Ullevål noen måneder senere, fikk vi bekreftet at det hadde vært vellykket. Jeg kjente ikke glede over det. Jeg ville ikke vite noe om hvem de var. Jeg ville vite minst mulig utover vissheten om at det ar vellykket. At Niels gjennom sin død bidro til å redde andres liv. Det var godt. Det var alt jeg trengte å vite. Det var alt jeg ville vite, sier hun

Kilde: Stiftelsen Organdonasjon/Helse Sør-Øst

Les også:

[Hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor?](#)

[Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

[Helseministeren krever tiltak for å øke antallet donorer](#)

- Fint med en felles verktøykasse

Vibeke Veie-Rosvoll ser frem til å få pakkeforløp innen psykisk helse og rus, så lenge det også er rom for å gå bort fra standarden.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



- Standarden skal bare være en ramme man kan boltre seg innenfor, sier Vibeke Veie-Rosvoll. Foto: Terje Visnes

Nylig ble de første av flere pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lansert.

Fra og med 1. januar 2019 vil disse kunne tilbys pasientene.

Vibeke Veie-Rosvoll, avdelingsleder ved rusavdelingen i Verdal kommune, tror ikke det i stor grad vil endre måten avdelingen jobber på.

- Pakkeforløp handler om å ha brukeren i sentrum og at brukeren skal kunne mene noe om hvordan behandlingen skal være. Det skal være god samhandling og vi skal følge opp før, under og etter behandling. Det er ganske likt slik vi allerede jobber i dag, sier Veie-Rosvoll.

Positivt med variasjon

Hun sier avdelingen er positiv til tjenesteutvikling, men hun har en liten bekymring for at tjenestene skal bli for like.

- Det har skjedd utrolig mye innen rusbehandling de siste 20 årene, og det meste har vært veldig bra. Samtidig har det vært positivt å ha variasjon i tilbudet. Det blir fint å ha en felles verktøykasse som sikrer likebehandling, en standard som sier noe om den beste måten å jobbe på, men det vil være variasjoner utenom det. Da må det være rom for å gå bort fra standarden, sier hun.

Utgangspunktet må være å jobbe med hver enkelt pasients behov.

God samhandling viktig

- Jeg har stor tro på nærhet, både mellom brukerne og samarbeidspartnerne. Det er viktig at systemet ikke blir for rigid. Standarden skal bare være en ramme man kan boltre seg innenfor.

LES OGSÅ:

Kristian Onarheim: - [Forbereder oss på å møte den digitale fremtiden](#)

Kathinka Meirik: - [Vil bety bedre behandling til flere](#)

Snorre Ness: - [Viktig å ta vare på gullkundene](#)

Jorun Bøyum: - [Hever kvaliteten på kreftomsorgen](#)

God samhandling blir viktig for å lykkes med innføringen av de nye pakkeforløpene, mener hun.

- Vi har mye god samhandling allerede i dag, både internt i kommunen, med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten, både på individ- og systemnivå. Vi har ingen brukerorganisasjoner innenfor rus, men vi har en pårørendeforening som vi samarbeider godt med. De er viktig for oss når vi skal lage nye tjenester, sier hun.

- Samtidig håper jeg vi klarer å ivareta variasjonene innenfor tjenestene. Det blir selve spenningsmomentet i innføringen av pakkeforløpene, sier Vibeke Veie-Rosvoll.

Saken er hentet fra magasinet HELSE. Du kan lese hele magasinet på pdf [her](#).

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

- Forbereder oss på å møte den digitale fremtiden

Standardiserte pakkeforløp gir bedre pasientsikkerhet og likeverdig behandling av høy kvalitet, sier Kristian Onarheim. Ikke minst forbereder det oss på digitaliseringen av helsesektoren.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



- Økt standardisering er en forutsetning for å lykkes med og å hente ut gevinstene i Helseplattformen, sier Kristian Onarheim. Foto: Terje Visnes

Siden implementeringen av de første pakkeforløpene i 2015 har ordningen vært en suksess både nasjonalt og regionalt.

- Pakkeforløp er utvilsomt den beste måten å sikre likeverdig behandling av pasienter med kreft i regionen, mener Kristian Onarheim, assisterende fagdirektør i Helse Midt-Norge og faglig ansvarlig for prosjektgruppa for standardisering.

- Det har vært lagt ned et godt arbeid med standardiserte pasientforløp både lokalt på sykehusene og regionalt, med fokus på kontinuerlig å forbedre hvordan vi jobber. Nå har vi en satsing på digitalisering av helsesektoren som stiller noen krav til hvordan vi beskriver forløpene slik at de snakker «journalisk», sier han.

Bakteppet for standardiseringsarbeidet er de utfordringene norsk helsevesen står overfor i årene som kommer, med en befolkning som blir eldre og en urbaniseringstrend som er blitt sterkere. Mens de unge flytter til byen, blir de eldre igjen i kommunene. Hvis helsetjenesten drives som i dag i 2035, trenger vi 25 prosent flere årsverk enn i dag, noe som ikke er bærekraftig. Teknologi og tjenesteinnovasjon kan redusere kostnader og behovet for flere ansatte.

Gir økt fleksibilitet

Standardisering vil gi muligheter til å få teknologi til å understøtte det som oppfattes som beste praksis i regionen, sier Onarheim.

- Dette er en laginnsats både mellom klinikere, de som forstår seg på teknologi og virksomhetsarkitektur og de som utøver andre funksjoner i helsetjenesten. Noe av suksessen med digitalisering avhenger av hvordan vi som organisasjon klarer dette sammen. Forløpsarbeidet må evne å treffe teknologien vi trenger for at vi skal kunne bli et digitalt helsevesen.

LES OGSÅ:

Kathinka Meirik: [- Vil bety bedre behandling til flere](#)

Snorre Ness: [- Viktig å ta vare på gullkundene](#)

Jorun Bøyum: [- Hever kvaliteten på kreftomsorgen](#)

Vibeke Veie-Rosvoll: [- Fint med en felles verktøykasse](#)

Onarheim understreker at standardisering er et vidt begrep og kan brukes til å beskrive både forløpet og behandlingen som gis, men også enkeltelementer i et slikt forløp. Det er heller ikke alt som skal standardiseres.

- Klinisk behandling må tilpasses etter behovet til den enkelte pasient. Grunnlaget for å kunne være fleksibel legges ved at vi har standardisert det som trengs for å få bedre tid til det som er viktig, sier han.

Forutsetning for Helseplattformen

Økt standardisering er en forutsetning for å lykkes med og å hente ut gevinstene i Helseplattformen. Fremover vil det være behov for å jobbe med utgangspunkt i forløpene og se på hvilke prosesser som kan trenge standardisering for å oppnå mest mulig verdi for pasienten.

- I tiden fram mot at vi skal ta i bruk Helseplattformen må vi prioritere det som gir mest nytte for de ansatte som skal bruke systemet. Helseplattformen står igjen med én leverandør som vi er trygg på kan gi oss den tekniske løsningen. Vi vil jobbe tett opp mot organisasjonene for å sikre at det blir en så god løsning som mulig for dem som skal bruke den. Helseplattformens behov vil være førende for framdriften, sier Onarheim.

Hva som er beste praksis i regionen avgjøres til dels av nasjonale retningslinjer og god praksis basert på kunnskapsoppsummeringer. Utover det ser fagfolk i organisasjonen på hva som finnes av tilgjengelig fagkunnskap og avgjør hva som er beste kunnskapsbaserte praksis.

- Det er vesentlig at de som kan faget er med på å bestemme. Det vil være områder der det ikke er mulig å enes om en kunnskapsbasert praksis. Gjennom å jobbe aktivt med fagledernetverk og støtte opp om det lokale arbeidet vil vi likevel jobbe med å komme fram til beste praksis i Helse Midt-Norge, sier Onarheim.

Alle sykehusene i regionen tilbyr i dag standardiserte pakkeforløp innen en rekke ulike diagnoser. Bare innen kreftbehandling finnes det flere titalls nasjonale pakkeforløp. I høst implementeres de sju første av til sammen 22 pakkeforløp for psykisk helse og rus. Og flere er på vei.

Vil kreve tilpasning

Onarheim sier alle ansatte som yter helsehjelp må være innstilt på at det å ta i bruk ny teknologi og Helseplattformen vil kreve tilpasning i måten man jobber på. Standardiseringsprosjektet er et viktig bidrag for å forberede oss på et nytt journalsystem.

- Det er helt avgjørende at vi får beskrevet måten vi jobber på i dag slik at det lar seg omsette til den arbeidshverdagen vi kommer til å få når Helseplattformen blir innført. I en fase må alle bidra inn i standardiseringsarbeidet gjennom sin ekspertise på helsehjelp. Da vil overgangen være med på å bidra til å løse problemene man har i dag, heller enn å være en stor omveltning, sier han.

For pasientens del skal Helse Midt-Norge fortsatt kunne tilby fremragende helsetjenester som skal være tilgjengelige, likeverdige og ansvarlige.

- Vi mener forutsetningene for å få til dette er at vi har god oversikt over hvordan vi driver, slik at vi kan fortsette å forbedre oss. Standardisering for pasientene er garantien for å få beste tilgjengelige helsehjelp, uavhengig av hvor og hvordan du møter helsetjenesten.

Sterke miljøer i Midt-Norge

Standardisering har vært en av de viktigste forutsetningene for å lykkes med å få til bærekraftig helsetjeneste både i USA og hos de helsetjenestene i Europa som ligger i front på forskning og utnyttelse av store datamengder, forteller Onarheim. Han nevner Mayo Clinic i USA som eksempel.

- Vi er i startgropa med å bygge en helhet for dette og vil gjennom samarbeid med dyktige organisasjoner dra nytte av deres erfaringer. I Midt-Norge har vi sterke miljøer innen dette på NTNU, men også bedrifter som Kongsberggruppen, Telenor og Sintef innehar relevant kompetanse for helsetjenesten. Standardisering og digitalisering vil danne et utmerket utgangspunkt for innovasjoner, og gjøre oss til en attraktiv samarbeidspartner.

Onarheim er enig i at ord som «standardisering» og «pakkeforløp» kan ha en litt negativ klang. Han understreker at det ikke er pasienten som er pakken; pasienten kommer inn i et standardisert pasientforløp, et pakkeforløp.

God utnyttelse av helsekronene

- Vi gjør mye av gammel vane i helsetjenesten i dag, uten at det nødvendigvis gir noe ekstra verdi for pasientene. Vi ønsker å sette fokus på pasientens reise gjennom helsetjenesten, i samarbeid med våre fremste klinikere, for å kunne standardisere de tingene som er viktigst: Pasientsikkerhet, kvalitet og at vi benytter helsekronene på en best mulig måte.

Alle skal heller ikke inn i et standardisert forløp, understreker Onarheim. Forløpet skal tilpasses hver enkelt, men det skal finnes definerte standarder som man vet gir god kvalitet og som sikrer at helsehjelpen blir som forventet. Det gir de ansatte større forutsigbarhet og sikrer pasienten et likeverdig tilbud.

- Standardiseringsprosjektet handler primært om hva vi er nødt til å kunne gjøre i spesialisthelsetjenesten for å kunne ta i bruk ny teknologi, sier Onarheim.

- For pasientene vil det gi en mer helhetlig helsetjeneste. Det arbeidet vi nå fortsetter skal være med på å forsterke harmoniseringen av prosedyrer i regionen, samtidig som det skal danne grunnlaget for de endringene som må ligge til grunn for å kunne ta i bruk ny teknologi, og etter hvert Helseplattformen.

Pakkeforløp:

- Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som skal bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid.
- Formålet med pakkeforløpene er at pasientene skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.
- I pakkeforløpene er det definert hvor mange dager de enkelte delene av utredningen bør ta, hvor lang tid det bør gå fra du møter på sykehuset første gang og til mistanken om sykdom er bekreftet eller avkreftet, og når en eventuell behandling skal starte.
- Det legges stor vekt på at pasienten skal få god informasjon og mulighet til brukermedvirkning.
- Det finnes i dag standardiserte pakkeforløp for en rekke ulike diagnoser, og det kommer stadig nye. I høst implementeres de sju første pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
- Pakkeforløpene for kreft trådte i kraft 1. januar 2015, og i dag finnes det 30 nasjonale pakkeforløp for kreft.

Kilder:

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)

Pakkeforløp for kreft, Helsenorge.no

<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft>

Helseplattformen

- Helseplattformen skal anskaffe og innføre ny, felles pasientjournal for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge.
- Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet «Én innbygger - én journal».
- Journalen setter pasienten i sentrum på alle nivå i helsetjenesten.

Kilde:

Helseplattformen.no

Saken er hentet fra magasinet HELSE. Du kan lese hele magasinet på pdf [her](#).

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

- Hever kvaliteten på kreftomsorgen

Standardiserte pasientforløp er en garanti for at pasientene i Møre og Romsdal får lik behandling på linje med dem som bor i Oslo eller Trondheim, sier Jorun Bøyum.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Jorun Bøyum ser standardiseringen som noe positivt. Det tror hun også fagmiljøene gjør. Foto: Hege Hegle

Avdelingssjef for kreftavdelingen i Helse Møre og Romsdal, Jorun Bøyum, har stort sett bare positive erfaringer med innføringen av standardiserte pasientforløp.

- Vi har mange forløp innen kreft, og de fungerer veldig bra. De gir forutsigbarhet, trygghet og en mer lik behandling. Vi er et sykehus i utkants-Norge og vi er opptatt av å kunne gi lik behandling som i resten av landet. For pasientene er standardiserte pasientforløp en forsikring om at de får den samme behandlingen uansett hvor de bor, sier Bøyum.

Har skapt noe uro

Hun forteller at pakkeforløpene er blitt godt mottatt av de ansatte, selv om innføringen har skapt noe uro.

- Utfordringen var at det kom så mange pakkeforløp på en gang. Det vil alltid skape litt uro når man må lære seg noe nytt, og vi har måttet sette av ekstra ressurser som må tas fra noe annet. Men det har ikke vært noen stor motbør. Jeg tror både behandlerne og pasientene føler på en større trygghet ved at de har en mal å forholde seg til; det gir større forutsigbarhet for alle parter. Personlig tror jeg dette vil heve kvaliteten på kreftomsorgen.

Et likeverdig tilbud, trygghet for behandler og pasient og god felles praksis, er åpenbare gevinster fra standardiseringen, mener Bøyum.

Mer koordinert og planlagt behandling

- Nå er behandlingen mer koordinert og planlagt. Pasientene er mer sikret når de kommer inn til undersøkelsene, de vet hva de skal forholde seg til. Det bedrer dialogen mellom behandler og pasient, og gir trygghet begge veier. Ikke minst sparer det oss for mange telefonhenvendelser til sykehuset.

LES OGSÅ:

Kristian Onarheim: - [Forbereder oss på å møte den digitale fremtiden](#)

Kathinka Meirik: - [Vil bety bedre behandling til flere](#)

Snorre Ness: - [Viktig å ta vare på gullkundene](#)

Vibeke Veie-Rosvoll: - [Fint med en felles verktøykasse](#)

Bøyum ser standardiseringen som noe positivt. Det tror hun også fagmiljøene gjør.

- Det er sikkert noen justeringer som kan gjøres underveis for å få det enda bedre, og etter hvert må vi få bedre samhandling med kommunene i disse løpene. Dette er bare begynnelsen, sier hun.

- Men vi må selvsagt ikke bli så standardiserte at vi mister det individuelle og kreative. Det kan være en fare, legger hun til.

Saken er hentet fra magasinet HELSE. Du kan lese hele magasinet på pdf [her](#).

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

- Viktig å ta vare på gullkundene

Standardisering kan bidra til at vi tar bedre vare på storforbrukerne av helsetjenester i Norge, mener Snorre Ness.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Snorre Ness mener det er viktig å få til standardiserte pasientforløp som gjør at pasientene får de tjenestene og omsorgen de skal ha uavhengig av hvor de bor. Foto: Terje Visnes

- Vi har en tendens til å bruke mest energi på dem som bruker helsetjenesten minst, sier Snorre Ness, leder for regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge.

Over 50 prosent av pasientene i Norge i dag har mer enn én lidelse, påpeker han. Fem prosent forbruker mellom 45 og 50 prosent av ressursene, mens ti prosent av pasientene forbruker over 70 prosent av ressursene.

- Vi må ha et system som ivaretar disse gullkundene. Storforbrukerne må slippe å fortelle hvilke utfordringer de har på hver eneste post, men få riktig behandling ut fra sine behov. Det tror jeg standardisering kan bidra til, sier Ness.

- Av og til har jeg inntrykk av at vi er i gang med å bygge opp et helsevesen for dem som trenger det minst, legger han til.

Trenger bedre samhandling

Ness sier det er viktig å få til standardiserte pasientforløp som gjør at pasientene får de tjenestene og omsorgen de skal ha uavhengig av hvor de bor. Det er utgangspunktet, og dessuten en sikkerhet og trygghet for pasienten. En godkjent tilgjengelig standard – standardiserte retningslinjer for hvordan helsetjenesten skal utføres, vil også gjøre det enklere å individualisere tjenestene ut fra hver enkelt pasients behov.

Men for å lykkes med dette må samhandlingen med omgivelsene bli enda bedre.

- Det gjelder alt fra å ta vare på de pårørende, at det finnes parkeringsplasser på sykehuset og overnatting for familien, til god flyt mellom fastlege og de ulike avdelingene på et sykehus. Alt må fungere på en god måte. Et standardisert pasientforløp starter en plass og avsluttes et annet sted. Midt imellom er spesialisthelsetjenesten. Med Helseplattformen kommer vi til å få bedre flyt mellom nivåene, sier Ness.

Baner vei for Helseplattformen

Det er enkelt hvis man har brudd i en fot, sier han. Da drar man til sykehuset, tar røntgen, får gips og blir sendt hjem til familien. Noen er innom sykehuset kanskje bare én gang hele livet. Diagnosegrossistene derimot, storforbrukerne, pendler fram og tilbake mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

- Det finnes kreftpasienter som er hjemme på nåde. De må innom sykehuset og få medisiner eller hjelp slik at de kan leve noen dager til. Det finnes mange gode løsninger, men de kan ikke være bygd på enkeltpersoner eller kameratskap. Det må være et system som fungerer. Man må standardisere, sier Ness.

LES OGSÅ:

Kristian Onarheim: - [Forbereder oss på å møte den digitale fremtiden](#)

Kathinka Meirik: - [Vil bety bedre behandling til flere](#)

Jorun Bøyum: - [Hever kvaliteten på kreftomsorgen](#)

Vibeke Veie-Rosvoll: - [Fint med en felles verktøykasse](#)

Helseplattformen, mener han, vil være med på å bidra til at rett info er på rett plass til den tiden den skal brukes, til hver enkelt pasients beste. For at infoen skal være tilgjengelig er det en forutsetning med standardiserte system, slik at en er fri til å bruke de verktøyene som finnes.

- Fastlegen er navet

En annen forutsetning for at systemet skal virke er fastlegeordningen.

- En god fastlege er utrolig viktig for pasienten. Spesialisthelsetjenesten er et virkemiddel for at pasienten skal få rett behandling, men fastlegen må være navet rundt pasienten i et standardisert system, sier Ness.

Han betrakter standardiseringen som en del av samfunnsutviklingen. Det handler om at en må tilpasse seg.

- Det må være et system rundt pasienten der vedkommende får mulighet til å delta i samfunnet, med den behandlingen han eller hun trenger og med den infoen som er nødvendig. Hvis en pasient sliter med demens må omgivelsene få den infoen som er nødvendig slik at personen kommer seg til timen sin. Det er alltid noen som faller utenfor. Når vi standardiserer må vi ha et system der alle får mulighet til å delta, med en eller annen form for bistand. På et tidspunkt trenger vi alle tilrettelegging. Det er ikke menneskene som skal standardiseres, sier Ness.

- Endring er bra

Han sier folk både er fornøyd og misfornøyd med dagens helsetjeneste.

- Jeg bruker å si at vi er stolt av spesialisthelsetjenesten, men vi er ikke fornøyd. Det finnes alltid muligheter til forbedring. Vi må bli enda flinkere til å ta i bruk ny teknologi i helsevesenet. Digitaliseringen som kommer nå fremover er helt riktig. Det henger sammen med Helseplattformen. Når teknologi kommer inn må det henge sammen; det må være standardisert, sier Ness.

- Det tar lang tid fra forskning blir gjort og godkjent, til det blir en realitet i pasientbehandling. Det tar lang tid fra å vedta nasjonale standarder, til de gjelder ute i helsevesenet. Systemet er krevende å omstille. Det er som å skulle snu en supertanker inn i en smal fjord; man kjører seg fort fast. Endring for forbedring er bra. Det er mange fantastiske fagfolk i helsevesenet, som tar vare på kunnskap, selv om noen kanskje hegner om sitt eget hegemoni. Man må akseptere at man skal standardisere for å få bedre pasientsikkerhet og bedre behandling, sier Snorre Ness.

Saken er hentet fra magasinet HELSE. Du kan lese hele magasinet på pdf [her](#).

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

- Vil bety bedre behandling til flere

Helse Nord-Trøndelag er en pioner innen pakkeforløp i psykiatrien. Standardisering gir trygghet til fagfolkene og myndiggjør pasientene i mye større grad, mener Kathinka Meirik.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Kathinka Meirik tror pakkeforløp innen psykisk helse og rus vil fange opp enda flere. Foto: Terje Visnes

Lenge før de nasjonale forløpene kom, utviklet Klinikk for psykisk helse og rus i Levanger sine egne standardiserte pasientforløp.

Inspirert av de danske forløpene laget de pakkeforløp for psykose, bipolar lidelse og ADHD, før de la arbeidet på is i påvente av det nasjonale arbeidet.

- Vi jobbet mye med standardisering etter at vi ble ISO-sertifisert i 2005. Vi hadde ikke et ord for det, men laget det som i dag kalles standardisert pasientforløp. Vi så for oss at det var en fin måte å systematisere enda bedre det vi holdt på med, sier klinikkleder Kathinka Meirik, som også har vært med på å lage et av de nasjonale forløpene.

Hun forteller om en artig prosess med stor grad av engasjement der både pasientene og kommunene har vært delaktige. Meirik tror standardisering vil være til stor hjelp for pasientene, og at det vil bli enklere å gi riktig tilbud.

Rammer gir trygghet

- Vi er veldig positivt innstilt. Standardisering vil gi mulighet til å gi bedre behandling til flere. Det vil myndiggjøre pasienter i mye større grad når de vet hva som er rimelig å forvente. Fagfolkene blir tvunget til å ta opp også de vanskelige tingene i evalueringen, det tror jeg er bra, sier Meirik.

Da klinikken ble ISO-sertifisert i 2005, var det en stor omstilling, forteller hun. Enkelte mente at «nå forsvinner kunsten, nå blir vi som en bilfabrikk». Meirik var fersk LIS-lege og innså snart at de nye rammene var til stor hjelp for henne.

- Det ble mye tydeligere hva som var forventet av meg. Jeg jobbet i et ålreit miljø, men hadde en million spørsmål. Da jeg ble tryggere på hva jeg skulle gjøre, ble jeg også en bedre terapeut for pasientene mine. Det er en utfordring at faget er så fritt, at man kan velge så mange ulike metoder. Å få all den friheten når du ikke aksler det, det er ingen gave, det, sier hun.

Da hun ble mer erfaren, og etter hvert overlege, så hun også fordelene med å ha klare standarder.

- Det ble lettere å utøve kunsten i faget fordi jeg visste at grunnplanken var på plass. Faget er komplisert, det er tusen ting å huske. At jeg fikk hjelp til grunnleggende struktur, frigjorde mental kapasitet til det som må være individualisert. Ikke minst er det til hjelp når man skal veilede andre.

Vil passe 90 prosent

Meirik tror en standard utredningspakke vil passe om lag 90 prosent av pasientene. For dem den ikke passer til er det laget en utvidet utredningspakke med flere verktøy som leter i flere retninger.

- Jeg tror vi vil fange opp enda flere, selv om det fortsatt vil være noen der man ikke kommer til målet. Men det vil være tydeligere på et tidlig tidspunkt hvem som trenger ekstra utredning. Man har muligheten til å tenke ut av boksen med de få. I dag kan de veldig spesielle pasientene flagge under en annen diagnose ganske lenge, og dermed kaste bort både sin og vår tid med en behandling som ikke adresserer det som er kjerneproblemet, sier Meirik.

LES OGSÅ:

Kristian Onarheim: - [Forbereder oss på å møte den digitale fremtiden](#)

Snorre Ness: - [Viktig å ta vare på gullkundene](#)

Jorun Bøyum: - [Hever kvaliteten på kreftomsorgen](#)

Vibeke Veie-Rosvoll: - [Fint med en felles verktøykasse](#)

Det har også vært rettet kritikk mot pakkeforløpene i psykiatrien, og da spesielt fra to hold: Fra fagfolk som mener det reduserer deres autonomi, at det er en del av en new public management-tankegang som vil ta kunsten ut av faget. Og fra pasienter med traumbakgrunn som mener de vil havne på samleband og bli behandlet som en diagnose heller enn en person, med for stramme og korte behandlingstilbud.

Venter på Helseplattformen

Mye av kritikken handler om måten pakkene var designet på i Danmark, tror Meirik.

- Pakkene åpnet ikke for noen fleksibilitet. Hadde man fått en pakke på 12 timer, ble det 12 timer uansett om det viste seg at problemene var større eller annerledes enn slik en hadde trodde da en startet opp. Det psykoterapeutiske var for dårlig utbygd og det var for mange som bare fikk medisin. Det kommer ikke til å bli slik her. De fleste bruker intervjumalen som en huskeliste, noe som gir trygge terapeuter.

For å lykkes med standardiseringsprosjektet er spesialisthelsetjensten avhengig av god samhandling med kommunene.

- Vi samarbeider med mange kommuner og opplever god vilje, men også de er presset på økonomi. Kommunene vi samarbeider med er stort sett veldig små til middels store, og de blir veldig avhengig av enkeltpersonene de har. Ulike datasystemer gjør det også utfordrende å bruke forløpene, derfor venter vi spent på Helseplattformen som forhåpentligvis skal komme og løse dette, sier Kathinka Meirik.

Saken er hentet fra magasinet HELSE. Du kan lese hele magasinet på pdf [her](#).

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Finansieringsmodellen ligger fast

Det foreligger ingen planer for endring av inntektsfordelingen mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge. Oppspill rundt dette i diverse medieoppslag har ingen rot i virkeligheten.

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018

Helse- og omsorgsminister Bent Høie måtte torsdag rykke ut med en korrigerende avklaring av et nyhetsoppslag hos NRK Møre og Romsdal der man ga inntrykk av at statsråden åpnet for endringer.

- Det er ikke tilfelle. Regjering og Storting bestemmer fordelingen mellom de fire helseregionene, mens styrene i de fire regionene står fritt til å bestemme fordelingen mellom sykehusene i regionene. Jeg har ingen planer om å endre på dette, sier statsråden.

Adm.dir. Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge sier at finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge ligger fast og at det ikke foreligger planer om å endre denne.

- Fordeling av inntekter til helseforetakene våre bygger på de samme kriterier som for basisfinansieringen av helseregionene. Begrunnelsen er å sikre en best mulig fordeling av økonomi ut fra relevante kriterier for å sikre befolkningen likeverdige spesialiserte helsetjenester, sier Slørdahl.

I Helse Midt-Norge bygger vi opp likviditet i fellesskap for å kunne ta store investeringer, påpeker han. Dette er et solidarisk prinsipp der alle helseforetakene skal bidra. Sammen med statlige lån gir dette oss som region mulighet til å gjøre store investeringer i den rekkefølge vi har prioritert – og som vi har økonomisk bærekraft til å forsvare. De neste årene handler det om finansiering av nytt sykehus på Hjelset (SNR) og ny journalløsning for helsetjenesten (Helseplattformen).

For at denne solidariske modellen skal fungere, må helseforetakene styres innenfor de økonomiske rammene de tildeles. Går man med underskudd i en periode kan det gis driftskreditt, men også det er penger som skal betales tilbake. Tar man opp lån for å gjøre investeringer, må man på samme måte være i stand til å betale renter og avdrag.

Hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor?

Den nye transplantasjonsloven fra 2016 pålegger deg som helsepersonell å ta opp spørsmålet om donasjon når døden er konstatert, eller når det er svært sannsynlig at døden vil inntreffe.

Publisert 02.11.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Transplantasjonskoordinatorene spiller en viktig rolle i donasjonsprosessen. Her representert ved fire av dem. Fra venstre: Ingebjørg Kvangarsnes, Stein Foss, Per Arne Bakkan og Urs Christen.

Men hva gjør du hvis du står overfor en potensiell donor? For mange helsearbeidere er dette et svært vanskelig spørsmål.

Den nye transplantasjonsloven trådte i kraft 1. januar 2016, og i paragraf 11 står det som følger:

Når døden er konstatert, eller når det er svært sannsynlig at døden vil inntreffe innen kort tid og videre livreddende behandling er formålsløs, skal det vurderes om pasienten kan være aktuell som donor.

Den samme lovens paragraf 13 er også klar på at det er avdødes vilje som gjelder:

Når avdøde har gitt samtykke, kan pårørende ikke nekte donasjon. Når den døde ikke har gitt et samtykke, kan donasjon gjennomføres dersom det ikke ligg føre forhold som tilsier at den døde ville ha motsatt seg.

Melding av potensiell donor

Pårørende til den døde skal spørres om det foreligger slike forhold. Donasjon kan likevel ikke gjennomføres dersom en av de nærmeste pårørende nekter.

Donasjon kan heller ikke gjennomføres dersom det ikke er mulig å få kontakt med pårørende eller når avdøde ikke har pårørende.

Jobber du på sykehus og ønsker å melde fra om en potensiell donor? Alt du behøver å gjøre er å ringe transplantasjonskoordinatorene, så vil de i samarbeid med deg bidra til å føre donasjonsprosessen videre.

Slik går du frem:

- Ta kontakt med vakthavende transplantasjonskoordinator med Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Dette gjelder uansett hvilket sykehus du jobber ved.
- Vakthavende transplantasjonskoordinator kan nås hele døgnet via sentralbordet på Rikshospitalet. Telefonnummeret er 23 07 00 00.
- Ring selv om du er i tvil om vedkommende kan egne seg som donor. Transplantasjonskoordinatorene ved rikshospitalet vil avklare det.
- Ta gjerne kontakt i god tid før spørsmålet om organdonasjon stilles, og helst før diagnostiske prosedyrer er igangsatt.

Kilde: [Norod \(Norsk ressursgruppe for organdonasjon\)](#)

LES OGSÅ:

[Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

[Helseministeren krever tiltak for å øke antallet donorer](#)

Ekspertpanelet er etablert

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten skal gi alvorlig syke pasienter med kort tid igjen å leve en mulighet til å få en ny medisinsk vurdering. Ekspertpanelet er nå lansert, og åpner for å ta imot henvendelser.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 01.11.2018

Sist oppdatert 01.11.2018



Ekspertpanelets medlemmer og sekretariat sammen med helseministeren: Fra venstre; Jan Norum, Tone Skeie-Jensen, Daniel Heinrich, helseminister Bent Høie, koordinator for sekretariatet Borghild Helene Sandøy Straume og leder Bjørn Henning Grønberg.

- Jeg er glad for at vi nå har en ordning som vil få stor betydning for pasienter og pårørende i en fortvilet situasjon. Pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom skal være trygge på at alle muligheter er vurdert. Ekspertpanelet har påtatt seg et viktig oppdrag, sier helseminister Bent Høie, som deltok på Ekspertpanelets første møte i Bergen torsdag.

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten skal hjelpe pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom med å få en ny og grundig vurdering av behandlingsmulighetene sine, etter at etablert behandling er prøvd og ikke lenger har effekt.

Skal vurdere pasienten på nytt

- Ekspertpanelet skal på forespørsel fra pasient og behandlende lege vurdere om det finnes annen etablert eller utprøvende behandling som er aktuell for pasienten. Dette inkluderer kliniske studier i Norge eller i utlandet. Vi vil gå grundig igjennom all dokumentasjon i saken. Deretter er det opp til pasienten og legen om de vil følge panelets anbefalinger, sier lederen for Ekspertpanelet Halfdan Sørbye.

Sørbye er onkolog ved Haukeland universitetssykehus. De øvrige medlemmene i ekspertpanelet er seks kreftspesialister og en kirurg, fra hele landet. I tillegg vil 17 fagpersoner fra ulike medisinske områder konsulteres ved behov.

Pasienter skal føle seg sikre

- I noen tilfeller kan Ekspertpanelets vurdering være at alt er prøvd, og det ikke er noe mer å gjøre. Dette vil være en tung beskjed å få. Men hele hensikten med panelet er at pasienter og pårørende skal føle seg sikre på at all relevant behandling er vurdert. Kanskje vil dette bidra til at noen unngår å bruke dyrebar tid og ressurser i siste del av livet på behandling som ikke virker, sier Høie.

Helseministeren ba helseregionene om å utrede den nasjonale ordningen med ekspertpanel for spesialisthelsetjenesten i 2017. I utredningen så man til det danske ekspertpanelet, som ble etablert i 2003. Rapporten ble lagt frem høsten 2017, og helseregionene ble i 2018 bedt om å etablere ordningen, under ledelse av Helse Vest.

Selv om hver sak vurderes individuelt og ikke på gruppenivå, omfatter definisjonen som regel sykdom med forventet levetid under ett år. Det betyr at pasienter med langvarig kronisk sykdom ikke er i målgruppen for Ekspertpanelet.

Kommer i tillegg til godt etablert praksis

- Det er viktig for meg å presisere at Ekspertpanelet kommer i tillegg til en godt etablert praksis der leger på tvers av sykehus ber hverandre om råd i utfordrende enkeltsaker og i noen tilfeller henviser pasienter til behandling ved andre sykehus i Norge ved behov. Denne praksisen skal videreføres, selv om vi nå får et ekspertpanel som skal behandle saker for en avgrenset gruppe, sier Høie.

- [Mer informasjon om Ekspertpanelets sammensetning og prosedyrer](#)
- [Mer informasjon om Ekspertpanelet og hvordan man går frem for å få saken sin vurdert](#)

Ekspertpanelets medlemmer:

Halfdan Sørbye, Overlege og professor, GI onkolog, Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssykehus

- Bjørn Henning Grønberg, Overlege og professor, Lunge onkolog, Kreftklinikken, St. Olavs Hospital og Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU
- Pål Dag Line, Overlege og professor, Kirurg, Avd for Transplantasjonsmedisin, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

- Tormod Guren, Overlege, GI og Fase 1 onkolog, Utprøvningsenheten, Avd for kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet
- Olav Engebråten, Overlege, Brystkreft onkolog, Avd for kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål
- Daniel Heinrich, Overlege, Uro- onkolog, Kreftavdelingen, Akershus Universitetssykehus
- Tone Skeie-Jensen, Overlege, Gyn- onkolog, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet
- Jan Norum, Overlege og professor, Onkolog, UiT, Norges arktiske universitet.

Konferanse for akutt- og mottaksmedisin i Stavanger

Vil du være med på å etablere det beste spesialiseringsløpet for ny LIS-utdannelse? Nasjonal konferanse for akutt- og mottaksmedisin arrangeres i februar.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 01.11.2018

Sist oppdatert 01.11.2018



Linjeledere, leger og fagsykepleiere i akuttmottak er målgruppen for konferansen. Foto: Helse Vest

7. og 8. februar arrangerer Helse Vest Nasjonal konferanse for akutt- og mottaksmedisin i Stavanger.

Arrangøren lover gode faglige innlegg på tvers av profesjon, med linjeledere, leger og fagsykepleiere i akuttmottak som målgruppe.

Det foreløpige programmet ser slik ut:

- Ny spesialitet – hvilke muligheter gir dette for utdanning, organisering og fag?
- Hvordan kan ny spesialitet brukes inn mot små og store sykehus?
- Forskningsmuligheter.
- Klinisk ledelse i team i akuttmottak.
- Rus, psykiatri og somatikk – hvorfor og hvordan blir felles akuttmottak?

- Pasienters erfaring fra akuttmottak.

Komplett program og nærmere informasjon om påmelding kommer.

- Gjør det vanvittige litt mindre vanvittig

For de fleste er det en trøst at organene fra deres avdøde mor eller far, sønn eller datter får leve videre i et annet menneske, sier donorlege Johan-Arnt Hegvik.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 31.10.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Donoransvarlig lege ved St. Olavs hospital Johan-Arnt Hegvik er full av beundring overfor de pårørende som sier ja til organdonasjon. Så langt i år er det transplantert 319 organer

- Dersom det er mulig med organdonasjon når jeg dør, og organene mine ikke blir brukt, kommer jeg til å spøke i sykehusgangene, sier Johan-Arnt Hegvik, anestesilege ved Hovedintensiv og donoransvarlig lege ved St. Olavs hospital.

Som donorlege er det hans ansvar å minne kollegene om å se etter potensielle donorer, og å gå gjennom alle dødsfall på avdelingen og se hvorfor vedkommende ikke ble valgt som donor. Det er viktig at systemet er i orden og tåler dagens lys, sier han.

For noen ganger er alle forsøk på å redde pasientens liv fånyttede. De fleste som blir organdonorer har hatt en hjerneblødning eller et slag. Eller det kan være en tenåring som har fått en bolle i vrangstrupen, en MC-ulykke eller en henging.

Må unngå at hjernen hovner opp

- Pasientene kommer inn veldig dårlige. Det er en sterk mistanke om at hjernecellene er veldig utsatte og de blir lagt på pustemaskin, respirator. Vi setter inn enorme krefter for å unngå at hjernen begynner å hovne opp. Alt handler om det. De fleste får vi igjennom, sier Hegvik.

Hvis det går så langt at hjernen blir så svullen at den ikke får blod, kalles det en tamponering. Da er kroppen uten overordnet styring. Hypofysen produserer ikke lenger bremsehormonet til nyrene, og pasienten begynner å tisse veldig mye, kanskje så mye som en liter i timen. Blodkarene utvider seg, pulsen synker. Kroppen taper varme, pupillene utvides.

Mest sannsynlig er pasienten død neste morgen.

- Parallelt med at vi har hatt fullt fokus på pasienten, har vi hatt kontakt med de pårørende. Vi er nødt til å gi dem den dårlige nyheten, at vi er redd for at hjernen ikke får blod og at pasienten kan være død. Og så må vi gå inn spesifikt for å se etter liv, sier Hegvik.

LES OGSÅ: [Krever tiltak for å øke antall donorer](#)

Nærmeste pårørende har vetorett

Responderer pasienten heller ikke på smertestimuli, må legen overbringe budskapet om at pasienten vil dø.

- Det er forferdelig når noen mister en av sine nærmeste, sin mor eller far, sønn eller datter. Da er det gråt og tenners gnissel. Jeg må også ut og tørke tårene innimellom. Men det er greit. Jeg tror det er bedre enn å sitte der med steinansikt, sier Hegvik.

Det er på dette tidspunktet spørsmålet om organdonasjon tas opp. De pårørende har to valg: Enten at de sier farvel og at pustemaskinen kobles fra slik at hjertet slutter å slå. Eller organdonasjon.

- Vi spør om pasienten har sagt noe positivt om organdonasjon, om han er positiv eller negativ. Den nærmeste pårørende har alltid vetorett. Når din nærmeste dør får du ansvaret for huset, boet og bilen – men du får også ansvaret for organene. Hvis pasienten selv ikke har sagt noe, er det greit, men du som pårørende har lov å nekte. Det er veldig få som gjør det.

Sterkt dokumentasjonskrav

Går det mot organdonasjon, stilles det et dokumentasjonskrav. Pasienten må på en undersøkelse som viser at det er opphevet blodtilførsel til hjernen. I Helse Midt-Norge gjøres dette ved at man setter røntgenkontrast i de fire blodkarene opp til hjernen, eller i hovedpulsåre-buen.

Går ikke kontrastvæsken inn i hjernen, erklæres pasienten for død.

- Da kjører vi den avdøde tilbake. Kroppen er varm og hjertet slår, men det er likevel et lik. Et varmt lik. Det kan være vanskelig å forstå for de pårørende.

Samtidig med alt dette har Rikshospitalet fått beskjed om at det finnes en potensiell donor. De sjekker om vedkommende er mulig å bruke og leter etter mottakere, mens sykehuset gjør de kliniske testene. Har pasienten hatt en sykdom som gjør at organene ikke kan brukes, vil heller ikke de pårørende få spørsmål om donasjon.

Kan organene brukes og man finner mottakere, rykker personell fra Rikshospitalet ut til sykehuset for å hente den avdøde. I beste fall kan både nyrer, lever, bukspyttkjertelen, hjertet og lungene benyttes. Ulike vev som hornhinne, benvev, sener, hjerteklaffer og blodårer kan enkelte ganger også doneres.

LES OGSÅ: [Organdonasjon: - Vi må tore å spørje](#)

10 til 18 donorer i året ved St. Olav

Ved St. Olavs hospital har de mellom 10 og 18 donorer i året, forteller Hegvik.

- Det er et mål at det skal være multiorgandonorer. Det er viktig at vi ivaretar den gaven vi får – og som skal formidles videre – så godt som mulig, slik at det er best mulig kvalitet, sier han.

De siste årene har det vært en enorm utvikling innen leverdonasjoner. Det skyldes mer viten og at lever-transplantasjon ikke er så krevende som man før trodde.

- Det som er så fint med leveren, er at den i motsetning til de andre organene ikke ser ut til å bli eldre. Den bibelske figuren Metusalen, farfaren til Noa, ble over 900 år. Hvis han hadde blitt innlagt, hadde vi tatt leveren hans, sier Hegvik.

Han mener vi er i en fantastisk situasjon i Norge der vi har ett senter – Rikshospitalet – som står for transplantasjoner. I motsetning til andre land der det er flere tilbydere og organene blir spredt utover. Øvelse gjør tross alt mester.

- Våre største helter

Seks til ti uker etter dødsfallet blir de pårørende ringt opp av sykehuset. Både for å høre hvordan det går med dem og for å spørre om de vil vite hvordan det går med organene.

- I min verden er disse familiene noen av de største heltene i Norge. De er i en enormt sårbar situasjon – det finnes ikke noe verre enn å miste sønnen eller datteren sin – og så er de så hensynsfulle at de sier ja til organdonasjon. De tillater at vilt fremmede skal få organene, uten at de får vite hvem det er eller at de får noen som helst oppmerksomhet.

- Kanskje gikk det en høyre nyren til en mann på 30 år med sukkersyke som kunne ha dødd. Kanskje reddet handlingen deres fem andre liv. Jeg liker at de pårørende kjenner på dette. Døden tok gutten deres, men det gode i ham lever videre. De fleste sier at det er en trøst. Det gjør det vanvittige litt mindre vanvittig.

Fakta:

- Organdonasjon er en prosess der et organ eller del av et organ gis fra et menneske i den hensikt å bli transplantert til et annet menneske.
- Kreft, diabetes, virussykdom, forgiftning, cardiomyopati, medfødt hjertefeil, cystisk fibrose (CF) og KOLS er sykdommer og tilstander som kan føre til organsvikt og gjøre transplantasjon nødvendig.
- Det er størst behov for nyrer. Deretter lever, hjerte, lunger, bukspyttkjertel og tarm.
- Ulike vev, som hornhinne, benvev, sener, hjerteklaffer og blodårer kan også doneres med tanke på transplantasjon.
- Den første vellykkede nyretransplantasjon mellom mennesker skjedde i Boston i 1954.
- De fleste organdonasjoner er fra avdøde givere, men i Norge utføres nå cirka 25 prosent av alle nyretransplantasjoner med nyre fra levende giver.
- Det står til enhver tid mellom 400 og 500 pasienter på venteliste i Norge.
- Det er ingen begrensninger i forhold til alder eller kjønn for hvem som kan donere organer.
- Fra 1. januar til og med utgangen av september 2018 er det transplantert 319 organer til 290 pasienter i Norge.

Kilde: Norod.no

Organdonasjon: - Vi må tore å spørje

I dag markerte helseminister Bent Høie starten på den nasjonale organdonasjonskampanjen som er retta mot tilsette i helseføretaka. Så langt i år er det gjennomført færre organdonasjoner enn på same tid i fjor.

Av Helse Møre og Romsdal

Publisert 30.10.2018

Sist oppdatert 02.11.2018



Dei pårørande ga eit viktig ja. F.v: Intensivsjukepleiar Merete Gjerdsbakk, anestesilege Terje Takle, Dagunn Aase Grimeland (mor), Ronny Grimeland (far), donoransvarleg lege Molde Bardo Driller, helseminister Bent Høie.

No ønskjer helseminister Bent Høie auka merksemd om organdonasjon både i befolkninga og blant helsepersonell.

På intensivavdelinga ved Ålesund sjukehus blei helseministeren tatt imot av legar og sjukepleiarar samt pårørande til ein ung gut som for 2 år sidan mista livet berre 22 år gamal. På sin aller tyngste dag som foreldre, valde dei å seie ja til organdonasjon. Det førte til at tre personar fekk livet i gåve.

- Det var til hjelp for oss at vi hadde vore innom temaet sjølve, då vi fekk spørsmålet om organdonasjon frå sjukehuset, seier Dagunn Aase Grimeland som er mor til Tor-Erik som døde.

Meining i det meiningslause

Historia til ekteparet var sterk og rørte ved dei som fekk høyre den.

- Å miste ein ung gut gir ikkje meining. Organdonasjon kan gi ei meining i det meiningslause, seier Høie og takka dei pårørande for at dei ville dele si historie slik at det gir merksemd til eit viktig tema.



Helseminister Bent Høie fekk høyre kva tankar dei tilsette har rundt den vanskelege, men viktige samtalen med pårørande. F.v: Helseminister Bent Høie, seksjonsleiar Greta Solnørdal og anestesilege Terje Takle.

- Vi blir alle eldre og det er mykje større sjanse for at du treng eit organ enn at det blir aktuelt å gi eit organ, seier Ronny Grimeland far til Tor-Erik som meiner at hvis du vil motta eit organ, så må du også vere villig til å gi.

Les også: [Krever tiltak for å øke antall donorer](#)

Torer vi å spørje?

Nasjonale tal viser at sjølv om det er dei største sjukehusa som har flest donorpasientar, så betyr bidrag frå dei små sjukehusa mykje. Donoransvarleg lege ved Molde sjukehus Bardo Driller og anestesilege Terje Takle ved Ålesund sjukehus ser heilt klart at ein donor ekstra frå dei mindre sjukehusa utgjør mange på landsbasis.

- Å ta opp tematikken er krevjande, og det må vere eit tidsvindu frå du har fått informasjon til spørsmålet kjem, men mi erfaring er at vi må tore å spørje, seier Takle.



Møtte pårørande: f.v. Grethe Andersen, Merethe Gjerdsbakk, Terje Takle, Kjersti Bergjord, Dagunn Aase Grimeland (mor), Ronny Grimeland (far), Greta Solnørdal, Espen Remme.

Tilbakemeldingar frå pårørande viser også at dei er positive til at temaet organdonasjon blir tatt opp, uansett om svaret deira blir ja eller nei.

Intensivsjukepleiarane Grethe Andersen og Merete Gjerdsbakk frå donorgruppa ved Ålesund sjukehus, meiner dei tilsette har tematikken langt framme i tankegangen allereie.

- Vi har informasjonsmøter og opplæring internt, og vi deltek på kurs nasjonalt som mellom anna tar opp kommunikasjon med pårørande. Vi opplever også at det i samfunnet er mange som er meir bevisst spørsmålet og som har tenkt tanken, seier Andersen.

Helseministeren håper kampanjen vil nå både tilsette og pasientar, og bidreg til at fleire seier ja.

- Kvar enkelt ja betyr så mykje for den som får organet, seier Høie.

Fakta

Kvifor er organdonasjon viktig?

- Organdonasjon redder liv.
- Til ei kvar tid står fleire hundre menneske på venteliste for eit nytt livreddande organ i Noreg.
- Organdonasjon er for mange menneske einaste utveg frå ein dødlig sjukdom.
- Behovet for organ aukar og målet er at fleire menneske som treng det, skal få tilbod om organtransplantasjon.

Korleis bli organdonor?

- Viss du ønsker å vere organdonor, er det viktig at dine næraste pårørande kjenner til det.
- Det er di vilje til organdonasjon som gjeld.
- Du kan opprette eit digitalt donorkort i kjernejournalen din. Logg på helsenorge.no

Kjelde: helsenorge.no/organdonasjon

Endret pasientreisetilbud for Åfjord, Rissa og Røros

Fra 1. januar 2019 blir det endringer i pasientreisetilbudet på strekningene Åfjord – Rissa – Trondheim og Røros – Trondheim. Gjeldende avtaler om helseekspressbuss blir ikke videreført. Bakgrunnen er vurdering av behov.

Publisert 29.10.2018

Sist oppdatert 29.10.2018

- På de aktuelle strekningene har det i flere år eksistert to ordninger med helseekspress betjent av spesialinnredede busser og som er registrert som ambulanser. Helse Midt-Norge har vurdert behovet for ordningen og er kommet til at det ikke er behov for prolongering av de to avtalene, sier fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt-Norge RHF.

Pasientreisetilbudet skal oppleves som godt og forutsigbart. Helse Midt-Norge RHF har vurdert at det er hensiktsmessig å opprettholde faste ruter på disse strekningene for de pasientene som har behov for tilrettelagt transport. Denne transporten vil utføres av transportør med avtale og innenfor betingelsene i avtalen.

Endringen gjennomføres på bakgrunn av en totalvurdering der antall passasjerer, behovet for bære plass, behovet for rullestolbil og miljøperspektivet. Helseekspressen er registrert som ambulanse, og det har ikke vært behov for bære plass og utnyttelsen av rullestolplass har vært svært begrenset. Omleggingen betyr økt fleksibilitet og et transporttilbud som blir rimeligere og dekker det reelle behovet for tilrettelagt transport.

Pasienter som ikke har behov for tilrettelagt transport skal benytte kollektiv transport eller privat kjøretøy, og få refundert sine utlegg iht gjeldende regelverk. Dette er en rettighet som gjelder alle pasienter i hele landet. Det er for øvrig gode ruteforbindelser mellom Åfjord og Trondheim og mellom Røros og Trondheim. Helse Midt-Norge RHF har vært dialog med Fylkeskommunen om kapasitet på de ordinære rutene, og det er ønskelig at denne kapasiteten blir utnyttet. Av miljøhensyn er det også viktig at kapasiteten i rutegående kjøretøy blir utnyttet mest mulig.

Helse Midt-Norge RHF informerte så tidlig som mulig leverandørene av de to helseekspressrutene om at vi skulle gjøre en vurdering av om ordningen skulle videreføres. Sandbu beklager at det ikke ble informert om denne prosessen overfor brukerutvalg eller de berørte kommunene. I ettertid ser vi at dette burde vært gjort, sier han.

Helsepersonell som rekvirerer tilrettelagt transport vil motta detaljert informasjon om endringen fra oss, publikum som ønsker bistand til reiseplanlegging kan kontakte Pasientreiser på telefon 915 05515.

Lager framtidens sykehus

Kulturbygging og involvering er to av de viktigste stikkordene for å lykkes når fagmiljøene ved sykehusene i Molde og Kristiansund nå skal bli til ett.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 24.10.2018

Sist oppdatert 24.10.2018



Samarbeid. Fra venstre: Tor Nygaard, Monicha Strand Isaksen, Sigurd Torvik Heian, Hilde Gustad, Chris Mari Rodrigues Olsen, Gry Rønning, Gudrun Karlsen, Renate Kleive og Petter Rangnes.

– Å få en bra arbeidsplass er viktig, men det aller viktigste, også for oss ansatte, er å styrke behandlingen og tilbudet til pasientene. Det er det fort gjort å glemme å si høyt, sier Sigurd Torvik Heian, overlege ved klinikk for akuttbehandling ved sjukehuset i Molde.

LES OGSÅ: [Langt fra noen «plasterbu»](#)

Involvering og eierskap

Som tillitsvalgt har Torvik Heian fulgt SNR-arbeidet tett. Sammen med flere andre ansatte i dagens sykehus i Kristiansund og Molde, har han bidratt i arbeidet med å utvikle den nye organisasjonen som nå skal på plass. To miljø skal snart bli til ett, og det kan være krevende.

– Dette er snakk om to sykehusmiljø som har vært i kamp i mange år, og det er nok fortsatt litt sårt for en del. Vi som allerede har begynt å jobbe litt sammen ser nok litt annerledes på det, og er mer positive. Derfor er

det helt avgjørende at folk blir involvert og begynner å få et eierskap, sier avdelingssjef for klinikk for akuttbehandling i Kristiansund, Monica Strand Isaksen, som også leder et prosjekt om innføring av korttidspost som nytt konsept i nye SNR.

– Det å se for seg at alle sår var grodd etter den konflikten som har vært, er nok en utopi. Men min følelse er at det er meget god stemning blant dem som faktisk har begynt å jobbe konkret med sammenslåingen. Vi har et veldig konstruktivt og godt samarbeid, og mitt inntrykk er at de enkeltpersonene som har vært involvert er flinke til å snakke med sine kolleger og overføre informasjon også til dem, supplerer Gry Rønning, seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling i Molde.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

Må prioritere kulturbygging

For Helse Møre og Romsdal handler arbeidet de er i gang med blant annet om å hente det beste fra begge steder og videreutvikle en felles kultur som skal virke samlende både for pasienter og ansatte.

– For å lykkes med det må kulturbygging komme på agendaen. Alle ledere må skolerer slik at det ikke bare blir de seksjonene med sterke ledere som tar tak i dette. Det må være en overordnet plan og det må være vilje til å prioritere det, for det koster litt å bygge kultur, sier Strand Isaksen. Hun får støtte fra Chris Mari Rodrigues Olsen, seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling i Kristiansund.

– Kulturbygging er det største suksesskriteriet og den største potensielle fiaskofellen vi kan gå i. Vi vet av erfaring at det kan være vanskelig å få til, det har jo vært utfordrende nok bare å slå sammen seksjoner innenfor samme hus. Det positive er at nå har vi en unik mulighet til å være i forkant, og den må vi gripe, sier Rodrigues Olsen, som også deltar i organisasjonsutviklingsprosjektet om korttidspost.

LES OGSÅ: [Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjønt enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene](#)

Gode sammen

– Jeg tror den største utfordringen med å samle to miljøer til ett ligger innenfor det organisatoriske området. Foreløpig er det mange bra initiativ fra grasrota og fra de små miljøene, men vi trenger et sterkere blikk for helheten. Noen som løfter blikket for å se det totale bildet, sier Torvik Heian. Han mener det er avgjørende å bli godt kjent – og øve sammen – for å kunne bli gode sammen.

– Vi må øve oss på å samarbeide før det nye sykehuset står klart. Hos oss venter vi i alle fall litt på at noen skal komme og si at nå skal dere jobbe litt på tvers og ha litt utveksling. Det er noe vi forventer at vi skal i gang med i løpet av året som kommer, sier han.

Moderne pasientbehandling

Gry Rønning har også vært gruppeleder for en medvirkningsgruppe i planleggingen av SNR. Hun mener noe av det beste med sammenslåingen er å slippe å ha to funksjonsdelte sykehus.

– Det er positivt både for drift og pasientene. Vi får sterkere fagmiljø og mer komplette funksjoner. Og så er det selvsagt bedre for pasientene å slippe å fly mellom, sier hun.

For selv om det naturlig nok har vært en del fokus på utfordringene ved å skulle slå sammen to sykehus, er fordelene langt flere.

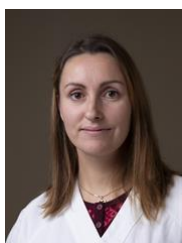
– Jeg ser mest fram til å kunne drive moderne pasientbehandling. Et av de største framskrittene innen pasientbehandling er standardisering og kvalitetssikring. Det bidrar til at behandlingen ikke er personavhengig og at vi har et system som skal fange opp feil. Nå får vi også et sykehus som kan driftes på en moderne måte med tilpassede lokaler og en oppjustert utstyrspark, sier Torvik Heian.

– Først og fremst er dette en kjempesjanse. Det er en unik mulighet for alle ansatte til å bli med inn i noe helt nytt, noe som er utvikla for framtida. Det er masse positivt med sammenslåingen, og derfor er vi så opptatt av å bruke denne muligheten til å gjøre det rett, sier Rodrigues Olsen.

Hva tror du er det beste som vil komme ut av sammenslåingen av sykehusene?

Hilde Gustad

Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling (Kristiansund)



Hilde Gustad Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling Kristiansund.

- Det er et robust fagmiljø med høy kompetanse og et sykehus som gir befolkningen et bredt tilbud innen alle områder. Funksjonsfordelingen vi har nå har skapt en del merbelastning for pasientene med flytting mellom sykehusene mot for eksempel helg. Nå vil alle nyte godt av at alle tilbudene er under samme tak. Dette vil komme pasientene til gode og vil gi et bedre helsetilbud til befolkningen.

Gry Rønning

Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling (Molde)



Gry Rønning Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling Molde.

- Sett fra mitt ståsted vil det å arbeide i et større miljø gi klare fordeler for sykepleierspesialitetene og legespesialitetene. Vi kan nytte hverandre på en annen måte. Det gir klare fordeler i form av robusthet og kunnskapsdeling. Ettersom seksjonene er arkitektonisk knyttet sammen med tanke på pasientflyt, ser man naturlig gode samarbeidsarenaer på tvers av fagprofesjoner, avdelings- og klinikkstrukturer. Dette gjør at pasienten vil være i fokus og pasientsikkerheten blir ivaretatt på en bedre måte. Vi vil også unngå pasientens negative opplevelse ved å flyttes mellom sykehusene, grunnet funksjonsfordeling.

Gudrun Karlsen

Seksjonsleder for kirurgisk/ortopedisk sengeposter (Kristiansund)



Gudrun Karlsen Seksjonsleder for kirurgisk/ortopedisk sengeposter (Kristiansund)

- Det må være et totalt sett bedre helsetilbud til befolkningen med fordelingen av tjenester i hovedsykehuset og distriktsmedisinsk senter. Det er viktig at ansatte skal føle seg ivaretatt

og at deres kompetanse er uvurderlig. Derfor må man frem mot åpning av nytt sykehus og DMS, innflytting og endring av tjenestetilbud, redusere opplevelsen av uforutsigbarhet i arbeidssted og reisevei. Dette står i motsetning til fleksibiliteten man har ved ikke å lande seksjoner og tjenestetilbud riktig ennå.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web.](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Langt fra noen «plasterbu»

Etter en tøff omkamp om sykehusplasseringen ser nordmørskommunene nå framover.

Ambisjonen: Å få på plass et distriktsmedisinsk senter som skal bli et nasjonalt utstillingsvindu.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 24.10.2018

Sist oppdatert 24.10.2018



Illustrasjon. Det distriktsmedisinske senteret (DMS) skal være i det eksisterende sykehusbygget i Kristiansund.

Sykehusstriden om plassering av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal har vært en av de mest opprivende kampene i norsk helsevesen det siste tiåret. Det har vært høy temperatur og store følelser i sving, men etter ankesaken i fjor sommer la de involverte partene striden til side. I stedet satte Helse Møre og Romsdal, Kristiansund kommune og nordmørskommunene seg sammen for å ta fatt på jobben med å utvikle landets mest moderne distriktsmedisinske senter (DMS) i Kristiansund.

– I omlandskommunene har vi støttet Kristiansund i denne prosessen, og jeg har selv vært med og gått i fakkeltog. Men vi nordmøringer har en evne til å snu oss om ting ikke går som vi tenker, og nå står vi samlet om å få på plass et godt DMS, sier ordfører i Averøy Ingrid Rangønes.

Har vært krevende

Hun møter Kristiansund-ordfører Kjell Neergaard og administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal Espen Remme over en kopp kaffe ved brygga i Kristiansund for å prate om veien videre. De tre er enige om at ansatte i helsetjenesten skal ha nøkkelroller i planleggings- og utviklingsarbeidet. Ganske enkelt fordi det er de som har mest kunnskap om framtidens pasientbehandlinger og tilbud. – På folkemunne har DMS i Kristiansund blitt kalt ei «plasterbu», men når folk hører hvor mye av spesialisthelsetjenestene som fortsatt kommer til å være der i form av polikliniske tilbud og dagkirurgi, så begynner det å gå opp for dem hva dette kan bli. I tillegg har du alle mulighetene som ligger i Helseinnovasjonssenteret, påpeker Neergaard, som innrømmer at prosessen med to runder i retten har vært krevende.

– Det har det vært, men vi har heldigvis klart å skille sak og person. Når rettssaken var over så var konflikten over, understreker han.



Fra venstre: Ordfører i Kristiansund Kjell Neergaard, AD i Helse Møre og Romsdal, Espen Remme og ordfører i Averøy Ingrid Rangønes

Ser det store bildet

– Jeg opplevde også at vi hadde respekt for hverandre under konflikten, selv om det var tøft, bekrefter foretakssjef Espen Remme, og legger til:

– Kjell har en fantastisk tilnærming til jobben som gjøres nå. Han ser det store bildet og har en visjon om å skape noe som ikke finnes i Norge, et helhetlig og innovativt DMS som blir et nasjonalt utstillingsvindu.

Selv om stormen har løyet etter sykehuskampen er det fortsatt en krevende jobb som gjenstår. Nå handler det om å få lokalbefolkningen på trua om at også denne løsningen kan blir bra for nordmørsregionen.

– Det er taperens sitt lodd, og noe som har vært svært krevende å kommunisere til egne innbyggere. Vi kunne valgt å bli passive og lene oss tilbake. I stedet har vi valgt å se mulighetene – og nå går det opp for stadig flere hva dette faktisk kan bli. Vi ønsker å utvikle dagkirurgitilbudet til å bli mer omfattende enn det som ble vedtatt i konseptfasen og DMS skal ha gode sykepleierdrevne poliklinikker hvor fagpersonell kan bidra ute i kommunene, sier Neergaard.

Nasjonalt utstillingsvindu

I det eksisterende sykehusbygget skal både kommunale og interkommunale tjenester som legevakt og hjemmetjeneste samles under samme tak som en rekke spesialisthelsetjenester. Senteret kommer til å huse en rekke polikliniske tilbud, spesialisttjenester innen dagkirurgi, private avtalespesialister og Helseinnovasjonssenteret, som jobber med å utvikle velferdstjenester.

– Vi ønsker å utvikle et senter som gir jobb til mange og som kan bidra til framtidstro, engasjement og virke samlende for befolkninga i regionen. Vi jobber for at det som kommer skal bli større enn det vi mister, sier Neergaard.

– Dette kan fort bli et nasjonalt utstillingsvindu for en modell med et akuttsykehus på Hjelset i spissen og et lokalt DMS i Kristiansund med et innovasjonssenter i tilknytning til seg, mener Remme, som ønsker at dette blir en modell andre kan se og lære av:

– Det er en av målsettingene våre. Dette skal bli en smeltedigel av nytenking, innovasjon og tverrfaglig kompetanse, og vi skal ha et ledende forskningsmiljø, understreker han.

LES OGSÅ: [Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjønt enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene](#)

Må tørre å framsnakke Hjelset

For Remme er det viktig å understreke betydningen av å samle, og ta vare på, fagkompetansen på et akuttsykehus, og at dette er noe som også kommer nordmøringene til gode.

– Det er faglig gode grunner til at vi samler sykehusmiljøene i ett fellessykehus. Sykehusene blir mer og mer spesialiserte og et akuttsykehus må ha et visst befolkningsgrunnlag for å kunne opprettholde god nok kompetanse. De tjenestene som kun tilbys på et akuttsykehus må du i framtida til Hjelset for å få, men målet er at størstedelen av befolkningen på Nordmøre ikke skal behøve å reise til Hjelset, men få det tilbudet de trenger oftest i Kristiansund, sier Remme.

– Det positive med å få samlet fagkompetansen på Hjelset er noe vi også må tørre å begynne å snakke om i Kristiansund, påpeker Neergaard.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

Trygge på et godt hjelpetilbud

For Averøya-ordføreren er det aller viktigste nå å sikre de funksjonene de har blitt forespeilet slik at innbyggerne skal kunne føle at de blir ivaretatt på en god måte.

– Det er klart at sykehuset er viktig for folk, men først og fremst handler det om å kunne føle seg trygg på å kunne få et godt hjelpetilbud raskt. For oss er det derfor

Les mer om nytt sjukehus [SNR her](#)

Fakta om Nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)

- Sjukehuset Nordmøre og Romsdal skal erstatte de to sykehusene i Kristiansund og Molde og vil dekke et opptaksområde i Nordmøre og Romsdal på om lag 130 000 innbyggere.
- Etter en lengre prosess ble det i 2014 vedtatt at det nye sykehuset skal bygges på Hjelset i Molde. Kristiansund kommune gikk til sak mot Helse Midt-Norge for å få omgjort vedtaket, men tapte i to rettsinstanser.
- Hjelset ligger om lag 20 km utenfor sentrum i Molde, og om lag 50 km fra Kristiansund.
- Byggestart for akutt sykehuset er planlagt i løpet av 2019 og skal stå klart i 2023.
- Det distriktsmedisinske senteret i Kristiansund skal være i eksisterende sykehusbygg i Kristiansund.

ORKide – Nordmøre regionråd

- Et formalisert samarbeid mellom kommunene på Nordmøre som ble stiftet i 1990.
- De siste årene har de fått i gang flere interkommunale samarbeidsformer innenfor ulike fagområder som felles innkjøp, kart og oppmåling, IKT, barnevern og havnesamarbeid.
- ORKidé står også bak opprettelsen av Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund og bidrar til å utvikle innholdet i det nye distriktsmedisinske senteret (DMS) i samme by.
- Helseinnovasjonssenteret er en helsehub for samhandling og innovasjon mellom brukere, pårørende, kommuner, sykehus, forskningsmiljø, utdanningsmiljø og helsegründere.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web.](#)

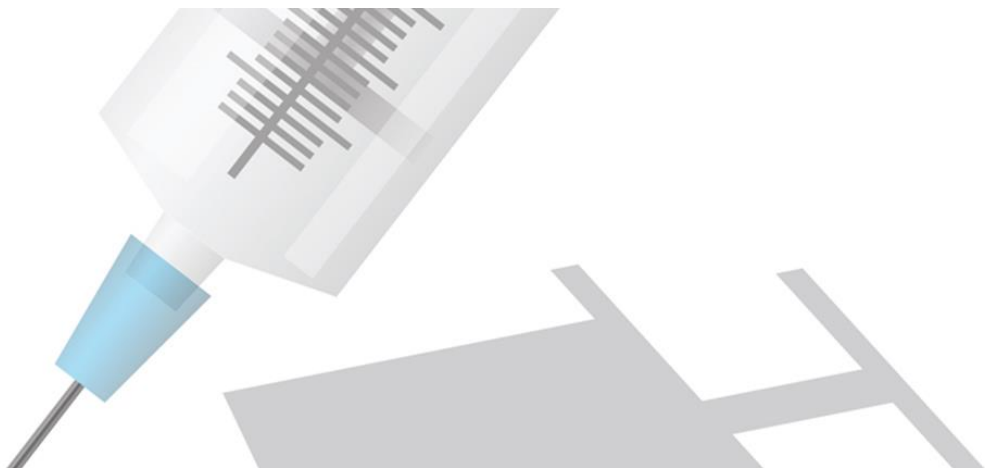
Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Spinraza til barn

Beslutningsforum for nye metoder tok opp beslutningen fra februar i år, på sitt møte 22. oktober, for å tydeliggjøre vurderinger og begrunnelser for hvorfor nusinersen (Spinraza) ikke innføres som standardbehandling til alle pasienter med spinal muskelatrofi (SMA).

Publisert 23.10.2018

Sist oppdatert 23.10.2018



Beslutningsforum foretar prioriteringer på gruppenivå, og setter slik sett rammene for hvilke metoder klinikerne har til rådighet for pasienter som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp. Beslutningene er koordinert med nasjonale faglige retningslinjer som Helsedirektoratet har ansvaret for. Dette for å sikre en faglig kobling mellom beslutninger på gruppenivå og de individuelle vurderingene som klinikerne foretar i sine daglige møter med pasientene. Det skal alltid foretas løpende individuelle vurderinger av hvilken type helsehjelp som skal ytes for den enkelte pasient. Dette skal gjøres innenfor rammen av det som er besluttet skal tilbys i den offentlige spesialisthelsetjenesten, og slik at det grunnleggende kravet til forsvarlighet er oppfylt.

[Du kan lese hele beslutningen på nettsidene til Nye metoder](#)

Ja til fire nye metoder

Bedre metoder for kjønnsbestemmelse av foster og sedering av barn sto på agendaen til Beslutningsforum for nye metoder i dag. Fem legemidler til ulike indikasjoner ble også besluttet, i tillegg til nusinersen (Spinraza).

Publisert 22.10.2018

Sist oppdatert 22.10.2018



Sak om nusinersen (Spinraza) publiseres som egen sak.

[Her kan lese om beslutningene på nettsiden til Nye metoder.](#)

Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet?

En prest, en humanist og en muslimsk kulturkonsulent.

Som ansatte i preste- og samtaletjenesten ved St. Olav hospital er sorg og død en naturlig del av jobben, men selv mener de at de først og fremst jobber tett på livet.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 19.10.2018

Sist oppdatert 19.10.2018



Humanisten, muslimen og presten. Fra venstre: Cathrine Bang Hellum, Matri Abroud og Øyvind Taraldset Sørensen.

Vi samlet hovedprest Øyvind Taraldset Sørensen, sykehumanist Cathrine Bang Hellum og kulturkonsulent Matri Abroud til en samtale om tro, tvil og det å være menneske – og medmenneske – i møtet med alvorlig sykdom og død.

Hvorfor er det så vanskelig å snakke om døden?

Cathrine: Jeg mener det er viktig at vi har et rom og språk til å snakke om døden. Ikke bare i møtet med nært forestående død, men også i hverdagen. Jeg tenker at det er et tema vi bør sjekke av på samtalelista med våre nærmeste slik at ingenting skal være usagt om det. Det behøver ikke være farlig, men det behøver å bli satt på agendaen.

Øyvind: Det er vanskelig å snakke om døden, det er det også for meg som prest. Det er litt enklere når pasienten selv forteller at han eller hun kommer til å dø. Da er det gitt en slags tillatelse til å snakke om døden og adressere det temaet slik at du spørre om hvilke tanker og følelser personen har. Da kan det være spennende å høre hva som kommer.

Matri: En ting er å snakke om døden med en som har vært syk lenge og som har akseptert at han kommer til å dø, men det er klart at det er vanskeligere når det er snakk om brå død og ulykker. Da snakker jeg om livet og troen, og om at vi alle skal dø og at ingen av oss vet når. Gud bestemmer når vi fødes og når vi dør. Da handler det om å få den som skal dø til å akseptere at sånn er det.

LES OGSÅ: 4 av 5 ungdommer snakker ikke om årsaken til at de har det vondt i møtet med psykisk helsevern

Hva vil folk snakke om når de vet de skal dø?

Cathrine: Et av de viktigste temaene som kommer opp, og et av de første som ofte kommer, er hvem er du når du ikke er her? Det er godt for pasienten å ikke bare være pasient, men også å få snakke om hvem de har vært før, om sin livshistorie og kjernen i hvem de egentlig er som mennesker.

Matri: Når en pasient nærmer seg døden er det en sterk anbefaling i islam at han informerer sine venner og pårørende og bruker muligheten til å gjøre opp regnskap. Det kan være at han skylder noe eller vil si unnskyld, eller andre veien – at noen har noe de vil gjøre opp med han. Det å få gjort opp regnskap er viktig for å kunne dø i fred, og det betyr også mye for det neste livet.

Øyvind: Det kan være forskjellig hva folk ønsker å snakke om, uavhengig av om de er troende eller ikke. Den som skal dø er kanskje opptatt av å ikke få følge barnebarna videre i livet og sorgen over det. De gruer seg for å ta farvel med mennesker de er glade. Noen er redd for smerter, andre for at det skal ta lang tid og at de skal bli hjelpetrengende. Det som er viktig er at vi stiller åpne spørsmål som hva tenker du på nå eller er det noe du er redd for?



Litteraturhuset i Trondheim

Hva kan vi si til noen som er i sorg eller i alvorlig krise?

Cathrine: Jeg husker en av de første gangene jeg som sykehushumanist ble tilkalt og skulle bistå en familie ved en plutselig ulykke. Det var et ungt menneske som ville dø i løpet av få timer og der skal jeg komme og gjøre en forskjell. Jeg hadde en god kollega med meg og lærte at noen ganger er det riktigste å si at jeg faktisk ikke har ord som jeg kan bruke for å vise den omsorgen jeg føler for deg i den situasjonen du er i nå.

Øyvind: Noen sørgende opplever at folk unngår dem. Det kan være at folk ser dem på gata og så skifter de plutselig side. Hvorfor det er slik kan vi undre oss over, men det er viktig å være til stede.

Cathrine: Det handler om å ha mot til å lytte til historien om livet på sitt aller vanskeligste. Og det motet viser du om du ikke krysser gata, men tør å se og møte dem som er i sorg.

Øyvind: Det kan være nyttig å tenke over hva du selv ville sette pris på. Hvordan vil jeg at andre skal møte meg når jeg har stor sorg eller om jeg hadde fått beskjed om at jeg skal dø? Vi trenger ikke være så redde for å snakke om døden med en som skal dø, for er det noe den personen tenker på, så er det at han skal dø. Og sånn er det med sorg også. Det vi ofte er redde for er våre egne følelser og for at vi skal begynne å gråte fordi det er så trist.

Matri: I muslimsk tradisjon bruker vi mye tid på å snakke om tålmodighet og det å sette pris på det vi har igjen. Om en far med fire barn dør, så ber jeg enken huske på at hun har fire barn å være takknemlig for. Og til den eldste sønnen sier jeg at nå må du ta ansvar. Din far er død, du må akseptere det og starte på nytt. Du kan gråte eller bli sint, men han kommer ikke tilbake.

LES OGSÅ: [Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjønt enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene](#)

Er det vanlig å bli sint på Gud?

Øyvind: Ja, det er en veldig vanlig og vanskelig følelse. Sinne er jo ofte uttrykk for maktesløshet eller at man føler seg veldig dårlig behandlet, for eksempel av Gud. Jeg mener det er viktig å ta i mot sinnet og formidle at det er rimelig: Det er rimelig å bli sint når en ulykke rammer. Det er rimelig å anklage Gud, og du er ikke den første som gjør det. Det er bare å lese Jobs bok der Job forbanner den dagen han blir født og beklager at han ikke ligger i jorda

med dem som er død. Det ligger en veldig kraft i det å være sint og fortvilet, det var Jesus også da han hang på korset, så den som er sint på Gud er i god tradisjon.

Blir troen viktigere for mennesker når det nærmer seg slutten?

Matri: Ikke alle muslimer har Gud like sterkt til stede i sin praktiske hverdag, men når de bli syke eller nærmer seg døden så blir Gud viktigere. Da vil de ofte snakke med imamen eller de kan henvende seg direkte til Gud for å få råd og svar på spørsmål i en vanskelig situasjon.

Øyvind: Jeg opplever at troen ofte er noe hemmelig hos mange, kanskje fordi de er redd den ikke skal holde mål, at den ikke skal være bra nok. «Jeg har ikke vært noen kirkegjenger da, men jeg har nå barnetroen ...», hører jeg ofte. Så kommer det kanskje fram at vedkommende har bedt fadervår hver kveld uten at noen vet om det, ikke en gang kona. Barnetroen sitter dypt forankret og er veldig bærekraftig, og det er viktig å anerkjenne den.

Cathrine: Forskere har funnet ut at mestringsopplevelsen ved alvorlig sykdom og i møtet med døden er høy for alle de som har en sterk overbevisning, også for ateister eller humanister. Det handler altså ikke om hva du tror, men hvor mye du tror. Styrken i overbevisningen og livssynet ditt er styrken til å møte det som kommer kastet på deg.

Hvordan trøste en som er redd for å dø?

Cathrine: Redsel er en følelse, og den må en sette ord på. Så start gjerne med å sette ord på den frykten og hvor den kommer fra. I den fortellingen opplever jeg ofte at det ligger spor av mestring og av det som er viktig for deg. De kan være nyttige å bruke for å legge bort det som handler om redsel og heller hente fram det som kan være bærende for deg. Å få satt ord på det som er vanskelig er ofte starten på hvordan en kan løsne opp i den frykten.

Hva er den gode død?

Øyvind: Det er et ganske spennende spørsmål. Er det å dø på sykehus eller å dø hjemme? Er det å dø fort eller langsomt? Forberedt eller ikke? Frans av Assisi skrev en solsang som er gjendiktet i salmeboka. Et av versene går slik: «Takk gode Gud for søster død, den siste hjelper i vår nød. Hun kjører vognen stille frem, når det er kveld og vi skal hjem». Å dø gammel og mett av dage er den gode død, slik jeg ser det. Og det tror jeg også er en allmenn erfaring.

Cathrine: Mot slutten skjer et taktskifte fra kampen om å redde et liv til å redde verdigheten til et menneske som skal avslutte livet. Da er det viktig å prioritere hvor en legger energien sin, og det er ikke alltid så lett. For oss handler det da om å få hjelpe folk å finne det som er meningsfullt mot slutten. Til å finne frem til kjernen i hva som er viktig akkurat nå og bruke

Om preste- og samtaletjenesten

[Preste- og samtaletjenesten ved St. Olavs hospital](#) er en livsynsåpen samtaletjeneste som er tilgjengelig for alle pasienter og pårørende ved sykehuset.

Filmer fra Litteraturhuset i Trondheim

Film nr. 1: Hva kan vi si til noen som er i sorg eller er i alvorlig krise?
Cathrine Bang Hellum sykehushumanist ved St.Olavs hospital

Film nr. 2: Hvordan skal vi snakke med folk i sorg? Hovedprest ved St.Olavs hospital Øyvind Taraldset Sørensen

Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet? #3



Film nr. 3: Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet? Kulturkonsulent og muslim Matri Abroud ved St.Olavs hospital

Film nr. 4: Noen sørgende opplever at folk unngår dem. Hvorfor er det slik?

Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet? #1



Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web.](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

- Pakkeforløp er positivt for pasientene

De kommende pakkeforløpene for psykisk helse og rus er godt nytt for pasientene, mener Veronika Kjesbu i Regionalt brukerutvalg. De tre første pakkeforløpene lanseres i Ålesund, Steinkjer og Trondheim i slutten av oktober.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 18.10.2018

Sist oppdatert 18.10.2018



Fra venstre: Direktør i Helse Nord-Trøndelag Torbjørn Aas, Veronika Kjesbu i Regionalt brukerutvalg og Mona Lersveen, som har vært med på å utvikle et av forløpene. Her fra den nasjonale lanseringskonferansen i Oslo i september. Foto: Helse Midt-Norge RHF

- Brukerinvolveringen blir viktigere og pasientenes meninger vektet mer. Det blir flere tidsfrister for evaluering i pasientforløpet, noe som gjør det enklere både for pasienten og pårørende å følge med på hva som skjer og å vite hva man har krav på, sier Veronika Kjesbu.

Kjesbu er nestleder i Mental Helse Nord-Trøndelag og medlem i Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge (HMN). Hun er svært positiv til de kommende pakkeforløpene. Klarer man å gjennomføre ambisjonen som ligger der, vil det bli en positiv endring for pasientene, tror hun.

- Noen behandlere er allerede veldig flinke til å involvere pasienten, fortelle hva som skjer og i samhandling med kommunen. Nå blir dette mer likt for alle. I tillegg får hver pasient en koordinator som kan kontaktes om man lurer på noe, sier Kjesbu, som er med i implementeringsgruppa for pakkeforløpene i HMN.

LES OGSÅ: [Hvordan skal vi unngå at halvparten av oss snart må jobbe i helsesektoren for å kunne passe på den andre halvparten som er syke?](#)

- Rom for individuell behandling

- Samtidig blir det rom for individuell behandling. Pakkeforløp betyr ikke at alle skal behandles likt, men at man opererer med en del felles kriterier og frister, og at hver pasient behandles ut fra det behovet man har.

Forløpene som lanseres er:

- Utredning og behandling barn og unge
- Utredning og behandling voksne
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Pasientene skal få vite hva som skal skje og når det skal skje – og hvem som har ansvaret. Hver pasient får sin egen koordinator som skal være pasienten og pårørendes kontaktperson. Koordinatorens oppgave er å sørge for kontinuitet i behandlingen og at pasienten unngår unødvendig venting. Ikke minst gjelder pakkeforløpene alle pasienter som skal inn i psykisk helsevern.

På samme måte som i pakkeforløpene for kreft innføres forløpstider. Eksempelvis skal utredning gjennomføres innen seks uker. For personer som henvises til pakkeforløp innen rusbehandling, skal det ikke være opphold mellom avrusning og behandling.

For lidelser som psykoser og alvorlige spiseforstyrrelser anbefales det at ventetiden er maksimalt sju dager fra henvisningen er mottatt til første samtale i spesialisthelsetjenesten, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet.

LES OGSÅ: [- Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer, sier Bent Høie](#)

- Vil fange opp enda flere

Katinka Meirik, sjef for klinikk for psykisk helse og rus i Levanger, har vært med på å lage et av de nasjonale forløpene. Hun tror en standard utredningspakke vil passe om lag 90 prosent av pasientene. For dem den ikke passer til er det laget en utvidet utredningspakke med flere verktøy som leter i flere retninger.

- Jeg tror vi vil fange opp enda flere, selv om det fortsatt vil være noen der man ikke kommer til målet. Men det vil være tydeligere på et tidlig tidspunkt hvem som trenger ekstra utredning. Man har muligheten til å tenke ut av boksen med de få. I dag kan de veldig spesielle pasientene flagge under en annen diagnose ganske lenge, og dermed kaste bort både sin og vår tid med en behandling som ikke adresserer det som er kjerneproblemet, sier Meirik.

Samarbeidet med kommunene viktig

I Midt-Norge vil det bli arrangert tre regionale lanserings- og implementeringskonferanser i høst: I Ålesund (30. oktober), Steinkjer (31. oktober) og Trondheim (1. november). Konferansene arrangeres av RHF-ene og HF-ene, i samarbeid med Helsedirektoratet.

Kommunene har vært veldig viktige i utviklingen av forløpene. De har både vært med på å utvikle selve pakkene og de har involvert brukerne.

Veronika Kjesbu håper pakkeforløpene kan bidra til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene og kommunen vil bli enda bedre.

- God samhandling er utrolig viktig for personene i pakkeforløpet, at man blir mer involvert i avgjørelsene. Da er det også større sjanse for å bli bedre.

Pasienter kan henvises til pakkeforløpene fra og med 1. januar 2019.

Les mer om pakkeforløp for psykisk helse og rus på [Helsedirektoratets nettsider](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Bygger nytt sikkerhetsbygg

Konseptrapport for nybygg for sikkerhetspsykiatrien ved St. Olavs hospital er godkjent av styret for Helse Midt-Norge RHF. Planen er at bygget skal tas i bruk i 2022 da enheten skal ha flyttet fra Brøset til Østmarka på Lade.



Illustrasjon av nybygget som skal reises på Østmarka.

Publisert 18.10.2018

Sist oppdatert 18.10.2018

Det er St. Olavs hospital HF som er ansvarlig for finansiering og realisering av nybygget. Helseforetaket har innhentet tilbud for byggeprosjektet og kostnadsrammen er på noe over 400 millioner kroner. Det er NCC Norge AS som skal stå for utbygginga.

Sikkerhetspsykiatrien på Brøset har uhensiktsmessige bygg, behov for rehabilitering og kravene til sikkerhet har økt. Den nye enheten skal ha de samme funksjoner som dagens tilbud på Brøset:

- Regional sikkerhetspsykiatri for Helse Midt-Norge.
- Lokal sikkerhetspsykiatri for St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag.
- Sentral fagenhet for tvungen omsorg (Nasjonal tjeneste).
- Kompetansesenter for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri (Helse Midt-Norge og Helse Nord-Norge RHF).
- Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS).

Skal stå sammen

-Det høres lenge ut til 30. november 2019, men tiden kommer til å gå fort!

Av Helse Midt-Norge

Publisert 18.10.2018

Sist oppdatert 18.10.2018



Gilda Susan Opland, klinikkjef på Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olavs hospital.

Gilda Susan Opland er klinikkjef på Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olavs hospital. Hun smiler når hun tenker på tidsperspektivet, men det er lett å merke at alvoret kommer sigende inn over klinikken og de ansatte.

30. november 2019 er startdatoen som er satt for innføring av nye laboratedatasystemer, og St. Olav er først ute. Deretter kommer Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2020.

Moderne arbeidsmetoder

-Kort forklart så handler prosjektet om at vi bytter ut gamle systemer med ett felles nytt system innenfor laboratoriemedisin. Det gir oss ny og annerledes funksjonalitet og det gir muligheter for optimalisering og moderne arbeidsmetoder. At vi får ett og samme system ved flere sykehus åpner også opp for å jobbe på tvers og vi kan utnytte hverandres spesialiteter på en god måte, sier Gilda Opland.

Ved St. Olavs hospital har Laboratoriemedisinsk klinikk seks spesialiteter. Nye laboratedatasystemer gir de ulike fagområdene mulighet til å nærme seg hverandre i metode og teknikk, mener Opland.

– Det gir oss fordeler rundt samarbeid, innkjøp av utstyr og det gir også funksjonelle fordeler på tvers av både avdelinger og helseforetak. Vi kan løfte den felles forvaltningen til et nytt nivå. En av de største fordelene for ansatte vil blant annet være fjerning av manuelle rutiner i overgangen til mer automatisering.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

Organisasjoner i endring

Gilda Opland er samtidig oppmerksom på at overgangen til nytt system hos enkelte miljøer betyr større endringer enn hos andre.

–Vi har stor tro på at de miljøene vil takle overgangen på en bra måte. Det er miljøer som kan metodeendringer og som også er vant med denne typen datasystemer. Målet er å få til en flytende og grei overgang for alle ansatte, der vi gradvis tar noen steg av gangen.

HMN LAB, som det regionale prosjektet heter, har siden sommeren 2016 jobbet med anskaffelsen av nytt datasystem og kontrakten med amerikanske Epic ble signert i april 2018.

–HMN LAB er også et endringsprosjekt, der personell fra seksjonsnivå i helseforetakene, fra selve prosjektet og fra leverandøren sammen skaper et system med tett oppfølging i lederstrukturene. Vi har nå gått fra anskaffelsen og over til innføring, og det neste året skal brukes godt til forberedelser, sier Opland.

LES OGSÅ: [Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjønt enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene](#)

–Oppsettet av systemet og konfigureringen skal gi alle ansatte og organisasjonene, både trygghet og selvtillit. Nå jobber vi med design av systemet, med oppsett, med testing og opplæring. Derfor er det stor involvering i organisasjonene og vi jobber sammen for å vurdere løsningene. Vi skal stå i dette sammen, både på klinikknivå, på avdelingsnivå og på seksjonsnivå.

–Vi har vært opptatt av at dette er vårt prosjekt, det er vi som skal overta systemet og ha dette som verktøy i fremtiden. Den medisinske verden går mer og mer mot teknologien. Vi er ikke overflødige av den grunn, men vi må endre måten vi jobber på. Det er vi godt i gang med!

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web.](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Virtuell skattejakt kan gi demens-svar

I Nord-Trøndelag skal eldre ut på virtuell skattejakt for å finne ut hvordan en normal 70-årig hjerne navigerer. Målet er å finne en ny brikke som passer i det store Alzheimer-puslespillet.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 17.10.2018

Sist oppdatert 17.10.2018

Alzheimer er den sykdommen flest av oss frykter å få. Og det er kanskje ikke så rart. Enn så lenge finnes det ingen kur, og vi vet heller ikke nøyaktig hva som er årsaken bak sykdommen. Den gode nyheten er at det forskes mer enn noensinne på området.

Navigasjon og hukommelse svekkes

- Det vi trenger for å kunne utvikle behandling som kan begrense sykdomsprosessene er først og fremst å kunne diagnostisere på et mye tidligere tidspunkt enn vi kan i dag, sier Anne Merethe Winther.



Forskere, Anne Merethe Winther og Håvard K. Skjellegrind undersøker hukommelse og navigering hos eldre i samarbeid med HUNT 4.

Hun er framtidig PhD-kandidat i et forskningsprosjekt på demens som starter høsten 2018, og som er et samarbeid mellom blant andre Kavli-Braathen senteret på NTNU, HUNT 4 og sykehuset i Levanger. Winther forteller at noe av det som svekkes først ved demens, og spesielt Alzheimers, er hukommelse og evnen til navigering.

- En av de tingene som ofte merkes tidlig er at du ikke finner veien på steder der du har gått før. Eller at du ikke finner igjen ting, som nøkler for eksempel. Da snakker vi selvsagt ikke om vanlig glemsomhet, det opplever alle, men at det gradvis utvikler seg til å bli et mønster.

Og det er dette forskerne skal se nærmere på ved å sende eldre ut på skattejakt i en dataanimert verden. Der får de målt hjerneaktiviteten sin ved hjelp av en såkalt fMRI-skanner mens de forsøker å finne igjen objekter som blir plassert ut i et virtuelt landskap.

- Gjennom denne typen funksjonell MRI-avbildning kan vi indirekte måle gittercelle-lignende aktivitet på mennesker samtidig som de utfører oppgaver. Det er relativt nytt i forskningen, forteller Winther.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

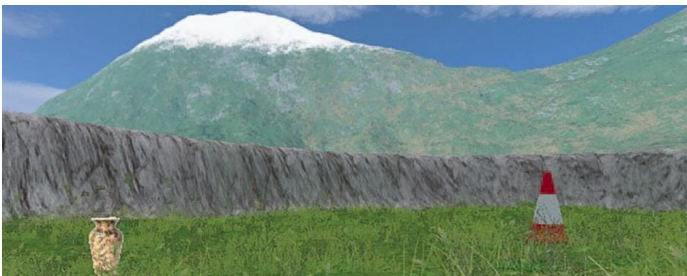
Bygger videre på Moser-forskning

Om begrepet gitterceller høres kjent ut er det ikke så rart. Det er nemlig oppdagelsen av disse cellene May-Britt Moser og Edvard Moser fikk nobelprisen for i 2014.

- Vår forskning bygger direkte videre på forskningen til Moser. Nå tar vi det videre fra forsøk på rotter og mus til å forske på mennesker. Gittercellene utgjør en form for posisjoneringssystem i hjernen, og vi bruker dem til å se på hva som er normal navigering for en 70-åring, sier Winther.

Hun har allerede analysert lignende studier der både unge og eldre har gjort samme oppgave.

- I den studien fant de at eldre og yngre brukte forskjellig informasjon når de skulle huske hvor ulike objekt befant seg i et område. De yngre hadde en tendens til å benytte informasjon fra landskapet rundt seg, mens de eldre i større grad benyttet seg av et landemerke som var plassert ut. Det jeg begynner å se indikasjoner på nå, er at de ikke bare benytter ulik informasjon som landskap eller landemerke for hukommelsen, men at de også har ulike mønstre for hvordan de beveger seg rundt i et område for å finne veien til et mål. Kanskje bruker de forskjellig strategi når de skal skaffe seg oversikt og navigere. Det er i så fall veldig interessant, forteller hun.



Virtuelt landskap. Yngre har en tendens til å navigere etter landskapet rundt seg, mens eldre i større grad benytter seg av et landemerke, i dette tilfellet en trafikkjægle.

LES OGSÅ: [4 av 5 ungdommer snakker ikke om årsaken til at de har det vondt i møtet med psykisk helsevern](#)

Unikt genmateriale

Det som skiller denne studien fra de foregående, er blant annet det unike genetiske materialet de har tilgang på gjennom tidligere HUNT-undersøkelser.

- De sitter på en stor mengde biologisk data, blant annet blodprøver som kan fortelle om personer har gener som øker eller minsker risikoen for å utvikle Alzheimer. Dette forskningsprosjektet handler først og fremst om aldring hos friske personer, men de som inviteres til å bli med i prosjektet er delt i tre grupper. Én gruppe med gener som gir en liten risiko for å utvikle Alzheimer, én gruppe med motstandskraft, såkalt resiliens, mot å utvikle sykdommen og én gruppe som ikke har noen indikator på om de vil kunne utvikle den.

Winther understreker at den aller største gruppen i befolkningen generelt ikke har noen indikator, og at deltakerne i undersøkelsen ikke vet selv hvilken gruppe de tilhører.

- Disse indikatorene forteller ikke om du med sikkerhet vil utvikle sykdommen eller ikke. De gir kun en liten økt sannsynlighet, understreker hun.

[LES OGSÅ: Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjønt enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene](#)

Optimistisk

Målet med undersøkelsen er å bli i stand til å kunne forutsi svekket hukommelse og navigering på et tidlig stadium. Derfor kalles også deltakerne inn igjen etter omlag 1,5 år for å gjøre den samme testen på nytt.

- Det vi håper på er jo å kunne forutsi nedsatt hjernefunksjon flere år før skaden er så stor at det er for sent å gjøre noe med. Klarer vi det er vi et skritt nærmere at denne informasjonen kan benyttes til å tidligere diagnostisere av Alzheimer sykdom, og etter hvert også forhåpentligvis utvikling av behandling som kan forlenge livet og øke livskvalitet. Det er en veldig komplisert sykdom, men det skjer så mye innen feltet nå at jeg er optimistisk med tanke på framtida, avslutter Winther.

Demens og Alzheimer

- Demens er en fellesbenevnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt som oftest opptrer i høy alder.
- I Norge antar vi at det er nærmere 80 000 personer med demens. Hvert år får cirka 10 000 nye personer denne sykdommen.
- Alzheimers sykdom er en type demenssykdom som cirka 60 prosent av personer med aldersdemens lider av.
- Alzheimers sykdom starter med at hjerneceller i områder ved tinningslappen skades og dør.

HUNT

- Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er en av verdens største samlinger av helseopplysninger om en befolkning.
- Undersøkelsen startet opp i 1984 og gjennomføres nå for fjerde gang.

- Til sammen har 120 000 personer samtykket til at aidentifiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og nesten 80 000 har avgitt blodprøver.
- Dette gjør HUNT til en betydningsfull samling av helsedata og biologisk materiale, også i internasjonal sammenheng.
- HUNT 4 foregår i perioden fra september 2017 til februar 2019.

Aldringsprosjektet fMRI-markører for hukommelse og navigering

- Studien er et oppfølgingsprosjekt til HUNT 4 hvor 300 personer over 70 år, med normale kognitive evner, inviteres til å delta.
- Omtrent 1,5 år senere vil deltakerne inviteres på nytt til å gjøre de samme oppgavene under fMRI-skanning slik at endringene kan undersøkes over tid.
- Studien finansieres av Helse Midt-Norge og ledes av professor Christia Doeller ved Kavli-Braathen-senteret ved Kavliinstituttet, NTNU.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Se programmet på Regional brukerkonferanse 2018

Barne- og ungdomspsykiatri og standardisering er blant temaene på Regionalt brukerutvalgs konferanse på Stjørdal i november. Påmeldingsfristen er utvidet til 31. oktober.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 16.10.2018

Sist oppdatert 12.11.2018



Illustrasjonsbilde: Colourbox

Tema den første dagen vil være barne- og ungdomspsykiatri.

Blant annet skal psykiater Lindy Jarosch-von Shweder ved St. Olavs snakke om utfordringer i barne- og ungdomspsykiatrien i Midt-Norge, mens seniorrådgiver i Helse Midt-Norge RHF (HMN) Gaute Nilsen skal snakke om hva som gjøres av satsing innen psykisk helse i regionen.

Denne dagen vil også Helse Midt-Norges forskningspris for 2017 deles ut.

[Ifjor gikk prisen til Marit Kvangarsnes \(NTNU Ålesund\) og klinikkssjef Torstein Hole \(Helse Møre og Romsdal\).](#)

Standardisering, digitalisering og brukermedvirkning

Den andre dagen er det standardisering, digitalisering og brukermedvirkning som står på agendaen. Eierdirektør ved HMN Nils Kvernmo, professor og fastlege Steinar Westin og fastlege Johanna Austgulen Westin er blant foredragsholderne.

[Se hele programmet for konferansen her](#)

Målgruppe for konferansen er alle brukerorganisasjoner og institusjoner med interesse for området brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene.

Reise dekkes av det lokale brukerutvalget eller brukerorganisasjonen. Opphold for øvrig dekkes av regionalt brukerutvalg.

Konferansen arrangeres i år den 13. og 14. november på Scandic Hell Hotell Værnes på Stjørdal.

[Her finner du en lenke til påmelding.](#)

NB! Påmeldingsfrist er 31. oktober 2018.

De unge snakker ikke om det aller vondeste

4 av 5 ungdommer snakker ikke om årsaken til at de har det vondt i møtet med psykisk helsevern. Det vil Christina (20) og Silje (20) gjøre noe med – sammen med hundrevis av andre «PsykiskhelseProffer».

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 15.10.2018

Sist oppdatert 15.10.2018



Christina og Silje har begge egne erfaringer fra psykisk helsevern for barn og unge.

Gjennom Forandringsfabrikken og fagutviklingsarbeidet Mitt Liv har trønderne Christina (20) og Silje (20), sammen med flere hundre barn og ungdommer fra hele landet, bidratt med sine erfaringer og råd for å utvikle god praksis innen psykisk helsevern for barn og unge.

Etterlyser forståelse før diagnoser

Christina og Silje har begge egne erfaringer fra psykisk helsevern for barn og unge.

- Det er vi som er i systemet her og nå som vet hvordan det faktisk er. Det er vi som føler om hjelpen er nyttig eller ikke. Slik systemet er nå er de ofte opptatt av helt andre ting enn det vi synes er viktig, blant annet å sette diagnoser, sier Silje.

Et av de viktigste spørsmålene i arbeidet har vært hva som skal til for at behandlingen skal handle om det de unge selv synes er viktig, og ikke bare det å gi «merkelapper» og symptombehandling. I dag er behandleren forpliktet til å sette en foreløpig diagnose allerede i første time.

Det klare rådet fra PsykiskhelseProffene er at behandlere må bli kjent med barnet først. Og enda viktigere at de må endre fokus – de må være mer opptatt av årsakene bak, enn av symptomer og skjema.

- Man blir sliten av at de «leter» etter diagnoser, og det blir lett å tenke «skal du også finne feil med meg liksom?», sier Silje.

- Vi føler oss fort som problembarn, og at alt kan bortforklares eller skyldes på diagnosen vår. Hvis noen for eksempel blir sint eller utagerer så blir det feid bort med «han har jo ADHD». Men ingen spør hva som er årsaken bak, sier Christina.



Silje og Christina er «PsykiskhelseProffer» i Forandringsfabrikken og etterlyser forståelse før diagnoser i møtet med psykisk helsevern. Foto: Terje Visnes

Opptatt av symptomer

I Forandringsfabrikkens undersøkelser er det svært mange som trekker frem at oppmerksomheten på diagnoser ikke kjennes nyttig. Hele 4 av 5 har svart at de aldri har snakket om årsaken til at de har det vondt i samtaler med behandleren sin. Og det til tross for at nesten alle oppga at de visste hva de ønsket hjelp til.

- Min følelse er at de voksne ikke er modige nok til å bli ordentlig kjent med oss. I stedet fokuserer de mye på smerteuttrykkene våre, altså symptomer. Det føles som de er mer opptatt av hvordan symptomene våre påvirker de rundt oss enn hva de faktisk handler om for oss. Og de virker heller ikke interesserte i hvorfor vi reagerer som vi gjør, sier Christina.

- Jeg tror ikke det handler om vond vilje, men kanskje at de er redde for å finne ut hva som ligger bak, at de er redde for å se. De er veldig opptatt av skjema og må sette foreløpig diagnose veldig kjapt, og da fokuserer de bare på det, sier Silje.

LES OGSÅ: [Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere](#)

Vanlige barn – med ekstra bagasje

Mange av PsykiskhelseProffene har opplevd å få diagnose raskt, og uten at behandlerne visste hvordan livet til den det gjaldt egentlig var. Diagnosene får følger for behandling og oppfølging i lang tid.

- Den diagnosen jeg fikk tidlig har hatt store konsekvenser for meg. Den bestemte hvordan andre så på meg, og gjorde mye med hvordan jeg forstod meg selv. De hadde satt diagnosen uten å vite nok om meg, og da ble veldig mye feil, forteller Silje.

- Det som er farlig med å fokusere på diagnose tidlig er at de fleste ikke kjenner seg trygge nok til å fortelle om det som er vondt eller strevsomt til noen de ikke kjenner. Vi må svare raskt på spørsmål som kan være veldig vanskelige og sårbare. Behandlere er for eksempel pålagt å spørre om du har selvmordstanker allerede i første time. Hvordan skal jeg kunne svare på det til noen jeg ikke kjenner, spør Christina.

- Hvordan får det dere til å føle dere?

- Det får meg til å føle meg liten, sier Silje.

- Det føles vondt og utrygt. Du føler deg ikke som menneske på lik linje med behandleren, sier Christina.

- Det er som med venner. Det er tryggere å åpne seg til noen en kjenner litt. Og slik bør det være med en behandler også, de bør tørre å åpne seg litt. Jeg pleier å si at de bør møte oss som de ville møtt tantebarnet sitt. Vi er vanlige barn, men med litt ekstra bagasje, sier Silje.

Et bursdagskort og en klem

PsykiskhelseProffene er opptatt av å løfte frem det som må forandres i dagens system, men også hva som er bra. Og ikke minst – hvor stor betydning det kan ha at én enkelt behandler viser at han eller hun virkelig bryr seg.

- Jeg hadde en behandler som ga meg et kort på bursdagen min, da ble jeg overlykkelig. En annen behandler har gjort det hyggelig på kontoret sitt slik at det blir lettere for meg å trives og å ha gode samtaler der. Hun kan gi meg en klem og har gitt meg privatnummeret sitt fordi det er «bedre at du ringer enn at du gjør noe dumt», som hun sier. Når behandlere gjør slike ting da vet jeg at jeg kan stole på dem, sier Silje.

- Det er fint når behandlere spør: Var det noe jeg gjorde i dag som ikke var bra, noe som burde vært gjort annerledes? Det viser at de virkelig har lyst til å vite, og at de tåler å høre det. Det synes jeg er trygt, sier Christina.

Forandringsfabrikken i ryggen

Som PsykiskhelseProffer i Forandringsfabrikken har de snakket både med og for en rekke fagfolk og studenter innenfor psykisk helse-feltet, og begge er optimistiske på vegne av de barna og ungdommene som kommer etter dem.

- Ja, det er jeg. Mange fagfolk og studenter vi møter tar erfaringene og rådene fra barn og unge på stort alvor. I Mitt Liv-arbeidet har fagfolk vist at de kan og vil forandre på hvordan de jobber. Studenter vi møter sier at de vil gjøre ting annerledes når de blir behandlere. Det føles godt, sier Christina.

- Å kunne være med og forandre gir meg mye styrke og kraft fordi jeg vet det vil hjelpe så mange som kommer etter i systemet. Alle som er i psykisk helsevern for barn og unge nå, eller har vært det for kort tid siden, kan være med som Proff i Forandringsfabrikken. Vi er et lag som jobber sammen, som det er godt å være en del av. For meg har det betydd mye, sier Silje.

- Kan ikke ignorere anbefalingene

Ledere for psykisk helsevern ved ti sykehus har i to år samarbeidet med ungdommene i Forandringsfabrikken om å utvikle anbefalinger til god praksis. En av disse lederne er John Andre Aasen ved St. Olavs Hospital.

- Møtene med ungdommene har gjort et veldig positivt inntrykk på oss. Det er utrolig modige og sterke historier vi får høre, og vi kan ikke ignorere de anbefalingene som kommer, sier Aasen som er seksjonsleder ved utrednings- og behandlingseenheten ved BUP Lian.

Viktig med involvering

Selv om han understreker at de alltid har tatt brukernes stemme på alvor, så er han glad for at det nå settes enda større fokus på involvering.

- Det er alltid nyttig med ærlige tilbakemeldinger fra de som faktisk bruker tjenesten vår og som tør å utfordre rutinene våre. Som organisasjon kan vi ikke stå på stedet hvil, vi må se på vår egen struktur og hvordan vi jobber, sier han.

Anbefalingene ble overlevert til ledere for Statens Helsetilsyn, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og helsepolitikere på Stortinget tidligere i år, men allerede nå har arbeidet fått konsekvenser for hvordan de jobber lokalt ved BUP Lian.

- Her vi jobber prøver vi gradvis ut noen av de forslagene som er kommet. I tillegg skal vi nå utvikle en handlingsplan for implementering av Mitt-Livprosjektet her hos oss, sier Aasen.

Forandringsfabrikken

- Forandringsfabrikken er et kunnskapssenter som forandrer hjelpesystemene og skole i samarbeid med barn og unge.
- Siden 2013 har mer enn 500 unge med erfaring fra psykisk helsehjelp gitt svar i Forandringsfabrikkens undersøkelser.
- Løfter frem barn og unge som «proffer», fordi de er proffe på systemene de har erfaring fra.
- Rundt 300 unge er aktive i Forandringsfabrikken som BarnevernProffer, PsykiskhelseProffer eller SkoleProffer rundt i Norge.

Mitt Liv

- PsykiskhelseProffer i Forandringsfabrikken og ledere for psykisk helsevern ved ti sykehus har samarbeidet om å utvikle anbefalinger til god praksis.

- Målet er å skape et psykisk helsevern som kjennes trygt og nyttig for de barna som kommer dit.
- Anbefalingene er et forslag til Norge fra fagfolk og unge med erfaring fra psykisk helsevern. Målgrupper er alle som jobber på feltet, nasjonale myndigheter, tilsynsmyndighetene og studenter.

Psykisk helsevern for barn og unge

- Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) tilbyr utredning og behandling ved psykiske lidelser til barn, unge og deres familier.
- Oppfølging skjer oftest gjennom konsultasjon og poliklinisk behandling. Ved behov for et mer omfattende tilbud, kan BUP henvise til dag- eller døgnbehandling.
- De regionale helseforetakene inngår avtaler med privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere. Privatpraktiserende mottar pasienter etter henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober. [Magasinet er også tilgjengelig på web](#)

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Sakspapirer styremøte i oktober

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 18. oktober er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 15.10.2018

Sist oppdatert 15.10.2018



Illustrasjonsbilde

Møtet starter torsdag 18. oktober kl. 10.00 og finner sted på Radisson Blu hotel Trondheim Airport.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Kvernmo om utviklingsplaner: - Kan ikke bare fortsette å springe raskere

Vi føder stadig færre barn og lever mye lenger. Så hvordan skal vi unngå at halvparten av oss snart må jobbe i helsesektoren for å kunne passe på den andre halvparten som er syke?

Av Helse Midt-Norge

Publisert 11.10.2018

Sist oppdatert 12.10.2018

- Helsesektoren står foran en betydelig endring de neste årene. Selv om vi hadde hatt penger nok og politisk vilje til å fortsette som før, så har vi rett og slett ikke hender nok til å fortsette slik vi gjør i dag, sier Nils Kvernmo.



- Veldig mye av sykdomsbyrden som kommer skyldes livsstil. I Midt-Norge alene er tilleggskostnadene i spesialisthelsetjenesten knyttet til fedme på 350–400 millioner i året. Foto: Terje Visnes

Varig endring

Den tidligere St. Olavs-direktøren tok tidligere i år over jobben som direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge. En av de første oppgavene han tok fatt på var å ferdigstille et høringsutkast til regional utviklingsplan for perioden fram mot 2035. Analysen viser fram en rekke utfordringer vi står overfor i årene som kommer.

- Den store utfordringen, som vi ikke klarer å ta helt inn over oss, er at vi ser en varig endring i demografi. Vi lever mye lenger enn tidligere og antallet barn som fødes går ned. Det vil si at vi får langt flere eldre, samtidig som den yrkesaktive andelen av befolkningen minker ganske betydelig. Og dette er ikke noe som går over, sier han.

[Høringsfrist for regional utviklingsplan er 15. oktober. Les høringsutkastet, gi innspill og les mer om hva regional utviklingsplan er her](#)

Må endre måten vi jobber på

Siden andre verdenskrig har kostnadene til spesialisthelsetjenesten blitt doblet hvert tiende år, og de utfordringene som har dukket opp har stort sett blitt møtt med politisk vilje til å bevilge mer penger. Det har, sammen med stort fokus på forskning og utdanning, sendt Norge i verdenstoppen når det gjelder helsetjenester. Men det har også bidratt til en befolkning med høye krav og forventninger.

- Ambisjonen vår er fremragende helsetjeneste, og det betyr at vi fortsatt skal yte behandling i verdensklasse for absolutt alt og for alle. Dette er det bred politisk enighet om. Men når vi blir stadig færre til å gjøre jobben er vi nødt til å utnytte ressursene bedre, og det har det ikke vært snakket så mye om i debatten så langt, sier Kvernmo, og legger til:

- Til nå har det vært få strukturendringer i helsesektoren. I stedet har folk hele tiden måttet springe raskere. Det kan vi ikke fortsette med. Skal vi opprettholde ambisjonsnivået må vi finne nye måter å jobbe på.

- Men må vi belage oss på å springe like raskt som i dag?

- Ja, det tror jeg. Det er nok en del av prisen vi betaler for levestandarden vi har. Det merkes også i samfunnet for øvrig med et stadig større arbeidspress i alle typer bransjer, påpeker han.

Digital pasientjournal

Helseplattformen blir et sentralt verktøy for å utvikle og endre helsetjenesten framover. Det nye digitale journalsystemet skal sørge for en mer helhetlig og effektiv helsetjeneste.

- Undersøkelser viser at noe av det pasientene er minst fornøyd med er at de ikke føler at de er del av et sammenhengende system. Helseplattformen er viktig nettopp fordi den gir oss mulighet til å samhandle bedre, blant annet gjennom informasjonsdeling mellom spesialist og fastlege. I tillegg gir den pasienten et helt annet innsyn i egen journal enn det vi har i dag og vil bli tidsbesparende for ansatte, sier Kvernmo.

Flere pakkeforløp på vei

«Standardisering» er et annet begrep som vil dukke opp stadig oftere når vi snakker om helsesektoren framover, og da gjerne hånd i hånd med «pakkeforløp». Helt konkret handler det om å unngå uønsket variasjon gjennom å få på plass felles retningslinjer for diagnostisering og behandling.

- Vi har uforklarlig mye variasjon på enkelte behandlinger og sykdomsforløp. Vi ser for eksempel at det noen steder i landet gjøres langt flere menisk- eller mandeloperasjoner enn andre steder, uten at det er noen klar årsak til det, forteller han.

Et pakkeforløp inneholder tydelige frister og beskriver hvordan oppfølgingen videre skal være for ulike sykdommer eller behandlinger. Dette er allerede etablert for kreftpasienter, og de positive erfaringene derfra gjør at flere standardiserte forløp er på vei, blant annet innen psykisk helse og rusfeltet.

- Erfaringene med pakkeforløp for kreft er at pasientene er mer fornøyde. Vi har fått ned ventetidene og opp ressursutnyttelsen. I tillegg legger det til rette for et mer helhetlig løp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og det setter pasientene pris på, sier helselederen.

[Strategi 2030 gir føringer for utvikling og prioriteringer i Helse Midt-Norge, og skal sørge for at vi skaper en fremragende helsetjeneste. Les mer om strategien her](#)

Samler fagkompetanse

Et annet sentralt tema i helsedebatten har vært hvor mange sykehus vi skal ha, hvor de skal ligge og hva de skal inneholde. Denne debatten blir heller ikke mindre aktuell i årene framover, og Kvernmo peker spesielt på utfordringene i det å skulle ha en desentralisert sykehusstruktur samtidig som vi skal opprettholde spesialiserte fagmiljø.

- En stor del av de gode resultatene vi har oppnådd skyldes at vi har en veldig spesialisering av kunnskap. Skal vi kunne kombinere dette med et ønske om en desentralisert sykehusstruktur må vi ha en mer nettverksorientert funksjonsfordeling, sier han og kommer med eksempler på hvordan dette kan organiseres framover:

- Vi jobber allerede med å få på plass en felles klinikk for bildediagnostikk i Trøndelag. Det betyr at vi kan ha eksperter på forskjellige felter innen radiologi som sitter på ulike steder i regionen, men med en felles ledelse. På sikt kan vi kanskje også få det samme for laboratorievirksomhet og patologi.

Forebygging blir avgjørende

Mye kan effektiviseres gjennom digitalisering og nye måter å organisere seg på, men skal vi fortsatt ha en helsetjeneste i verdensklasse, må vi som befolkning også brette opp ermene – og ta i et tak.

- Veldig mye av sykdomsbyrden som kommer skyldes livsstil og er knyttet til overvekt, rus og røyking. De faktorene forklarer veldig mye. Hvis vi ser på BMI for eksempel, så har den økt dramatisk de siste 30 årene. I spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge alene er tilleggskostnadene knyttet til fedme på 350-400 millioner i året.

- Betyr det at vi i framtiden er nødt til å ta større ansvar for egen helse?

- Ja. Det betyr ikke at du ikke skal få behandling for livsstilsrelaterte helseplager og sykdommer, men at vi må jobbe enda mer med å dempe behovene gjennom forebygging. Det er både et politisk og et individuelt ansvar, sier han.

At helsetjenesten står foran en periode med store endringer er udiskutabelt, og selv om knappere økonomiske og menneskelige ressurser kan tegne et litt dystert bilde, er det grunn til å minne om at det aldri har vært bedre å være pasient enn det er i dag.

- Totalbildet er veldig positivt. For eksempel så er dødeligheten av hjerteinfarkt halvert siden 1990, og kreft, som tidligere var en dødsdom, har 70 prosent overlevelse. I tillegg skjer det veldig mye innen forskning og ny teknologi som gjør at de medisinske mulighetene vokser raskere enn noen gang, avslutter Kvernmo.

Profil: Nils Kvernmo

- Direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge
- Utdannet sykepleier og har hatt en rekke lederstillinger i helsesektoren, blant annet som administrerende direktør St. Olavs hospital fra 2009-2018

Fakta: Regional utviklingsplan

- Alle helseforetak skal ha utviklingsplaner som skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket.
- Det er gitt nasjonale og regionale føringer for dette arbeidet.
- Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet en samlet plan for vår region som er lagt ut til høring.
- Høringsfrist er 15. oktober 2018. Høringen er åpen for alle og innspill vil publiseres på nett.

Saken er hentet fra magasinet HELSE som utgis i midten av oktober.

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)



Magasinet HELSE tilgjengelig på web

Det har skjedd, og det vil skje enda større endringer i helsetjenesten de kommende årene.

Magasinet HELSE gjenspeiler de store prosjektene Helse Midt-Norge står oppe i.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 10.10.2018

Sist oppdatert 08.11.2018

Hovedtema denne gangen er «endring» – og magasinet kaster lys over flere sentrale sider av det endringsarbeidet Helse Midt-Norge står midt oppe i, som Helseplattformen, nytt sykehus i Møre og Romsdal, standardiseringsprosjektet, regional utviklingsplan og mye mer.

- Et betydelig kvalitetsløft

- Helsetjenesten har fått et betydelig kvalitetsløft gjennom arbeidet med pakkeforløp. Pasientens behandlingsforløp planlegges bedre, og vi har større trygghet for at helsetjenesten gir et likeverdig tilbud til befolkningen, skriver administrerende direktør i Helse Midt-Norge Stig Slørdahl i magasinets leder.



Faksimile av magasinet forside.

Målet med magasinet er å formidle gode saker, kunnskap og å gjøre ansatte stolte av å jobbe i Helse Midt-Norge, sier kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås.

- Det legges nå til rette for store endringer i helsetjenesten vår, det er noe vi er nødt til å formidle til folk. Målgruppen er alle ansatte i helse Midt-Norge, men også fastleger, kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner. Vi er alle potensielle pasienter og mottakere av tjenesten, sier Haukås.

Framtidas helsetjeneste

I magasinet kan du blant annet lese om hva som skjedde da vi samlet en prest, en humanist og en muslimsk kulturkonsulent for å snakke om døden. Du kan lese om framtidens helsetjeneste og hvordan vi skal unngå at halvparten av oss må jobbe i helsesektoren for å kunne passe på den andre halvparten som er syke.

Ikke minst kan du lese om det store skiftet som helseplattformen representerer.

- I Midt-Norge vil Helseplattformen, sammen med andre digitale løsninger, gi oss nye muligheter for samhandling og en mer effektiv hverdag for både pasient og helsearbeider, skriver Slørdahl.

Magasinet HELSE blir tilgjengelig på alle klinikker og avdelinger på sykehusene i Midt-Norge, men også på alle fastlegekontor, hos kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjoner, i offentlige bygg og hos andre samarbeidspartnere.

Papirutgaven av magasinet være tilgjengelig i midten av oktober.

Tilgjengelig på PDF

Sakene vil også bli publisert på Helse Midt-Norges nettsider utover høsten. Allerede nå er det mulig å lese en PDF-versjon av magasinet [via denne lenken](#).

I lederen til magasinet minner Slørdahl om Helse Midt-Norges visjon: På lag med deg for din helse.

- Det gjelder for oss på et personlig plan og er rettesnor når vi må gjøre prioriteringer og tunge beslutninger skal tas. Fremragende helsetjeneste er noe vi skaper i dette spennet: Ivaretagelse av det enkelte mennesket – både pasienten og helsearbeideren – og en oppgaveløsning som ivaretar samfunnsansvar og likeverd.

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka?

[Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Finansiering av Helseplattformen

Regjeringens forslag til Statsbudsjett 2019 legger grunnlaget for finansiering av Helseplattformen i Midt-Norge. Det er satt av 575 millioner kroner samlet i lån og tilskudd for en felles elektronisk pasientjournaløsning for spesialisthelsetjeneste, kommuner og fastleger.



Publisert 08.10.2018

Sist oppdatert 08.10.2018

- Helseplattformen er et prosjekt som skal legge til rette for elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger. Det er viktig at vi lykkes med dette prosjektet for at pasientene skal få bedre kvalitet i tjenestene, sier helseminister Bent Høie.

- Jeg er svært glad for at de økonomiske rammebetingelsene for Helseplattformen nå kommer på plass. Helseplattformen vil gi muligheter for å prøve ut nye former for pasientsamarbeid mellom stat og kommune. Det er første gang det etableres en felles løsning for kommunehelsetjeneste, fastleger og spesialisthelsetjeneste inklusiv avtalespesialister. Ambisjonen er økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet og mer brukervennlige systemer, sier adm.dir. Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Helseplattformen er et felles program mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune for å etablere et felles pasientadministrativt system og en felles elektronisk pasientjournaløsning for spesialisthelsetjeneste, kommuner og fastleger i Midt-Norge. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge regional utprøvningsarena for det nasjonale målbildet én innbygger – én journal.

Lån og tilskudd

For å sikre finansiering av Helseplattformen vil Helse Midt-Norge bli gitt et lån tilsvarende 70 pst. av investeringskostnaden for spesialisthelsetjenesten, med en lånebevilgning på 465 millioner kroner i 2019.

I tillegg vil det bli etablert en ordning med tilskudd for kommuner og fastleger som skal dekke deres investeringskostnad fullt ut. Til dette er det satt av 110 millioner kroner i 2019. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk Helseplattformen. Ordningen er etablert for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at verken Helse Midt-Norge eller de kommunene som går inn i prosjektet skal bære risikoen for manglende deltakelse.

Regjeringen vil komme tilbake til låneramme og tilskuddsramme etter at avtale om kjøp av løsningen er inngått. Helseplattformen er nå i avsluttende forhandlinger med leverandør og framdriften tilsier at endelig kontrakt kan signeres tidlig i 2019.

Innovasjon

Forslaget til Statsbudsjett inneholder også 6,6 millioner kroner til Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund for 2019. Slørdahl mener dette gir grunnlag for videreføring av satsingen.

- Vi trenger innovative løsninger og samhandling i helsetjenesten for å løse utfordringene vi står overfor. Regional utviklingsplanen for perioden 2019-2022 understreker behovet for å ta i bruk kunnskap og teknologi. Vi skal digitalisere helsetjenesten, med Helseplattformen som den største satsingen for hele regionen. Standardisering av blant annet arbeidsmåter, prosesser og utstyr er et av de viktigste virkemidlene for å få til dette, sier han.

[Les også: Enklere for fastleger og kommuner å ta i bruk Helseplattformen](#)

[Gå til: Temaside om Helseplattformen](#)

Utlysning av tilskudd til brukerorganisasjoner 2019

Brukerorganisasjonene driver et viktig arbeid som Helse Midt-Norge ønsker å støtte. Søknadsfrist for midler til 2019 er 1. desember.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.10.2018

Sist oppdatert 03.10.2018



Illustrasjonsfoto: Terje Visnes

Tilskuddene utlyses 1. oktober hvert år og har fast søknadsfrist 1. desember. Det er bare brukerorganisasjoner som har tilhørighet i Trøndelag og Møre og Romsdal som kan søke.

Retningslinjene for tildeling er laget i samarbeid med Regionalt brukerutvalg for Helse Midt-Norge RHF. [Disse finner du her.](#)

Søknadsskjema

[Søknaden kan bare leveres elektronisk på dette skjemaet](#)

Det elektroniske søknadsskjemaet kan ikke mellomlagres, men vi har laget et kladdeskjema som du kan bruke til å samle alle opplysninger før du fyller ut søknadsskjemaet.

[Kladdeskjemaet finner du her.](#)

Fikk du støtte til aktiviteter i 2018?

Om du fikk støtte til inneværende år skal du rapportere inn hva pengene ble brukt til samtidig som du søker om midler for neste år.

Fikk du støtte og ikke skal søke om midler for 2019 må du [rapportere inn for aktiviteten i 2018 på et eget skjema som du finner her](#)

Har du spørsmål om utlysningen kan du sende en epost til postmottak@helsemidt.no

For 2018 ble det fordelt omlag 8,9 millioner kroner. [Oversikten over hvilke organisasjoner som fikk midler finner du her](#)

Helse og kvalitetsregisterkonferansen 2018

Helse- og kvalitetsregisterkonferansen er et viktig møtested for alle med interesse for helseregistre. I år er konferansen tilbake i Tromsø hvor den ble avholdt for første gang for 10 år siden, konferansen vil foregå på Radisson Blu Hotel, Tromsø 20.-21.mars 2018.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 10.01.2018

Sist oppdatert 10.01.2018



Påmelding

Spennende program

Under årets konferanse settes det fokus på pasientens helsetjeneste, registerfeltet i utvikling, nytte av helseregistre og bruk av resultater, e-helse, forskning og formidling, samt forskriftsarbeid og samtykke.

Blant annet vil professor Keith Willett som leder Acute Care i National Health Service i England komme for å snakke om hvordan økonomiske insentiver var med å forbedre akutthelsetjenesten. Willett er professor i ortopedisk traumekirurgi ved University of Oxford, og har lang erfaring med styring i helsetjenesten. Han har også tidligere gjestet

Helse- og kvalitetsregisterkonferansen, noe som medførte stort engasjement blant deltakerne.

Det jobbes med et allsidig og relevant program med fokus på praktisk nytte og inspirasjon for deltakerne. [Se foreløpig program her.](#)

På kvelden etter første konferansedag arrangeres det festmiddag med aperitiff og treretters basert på lokale råvarer. Under middagen vil vi akkompagneres av Sondre Kleven Quintet, fem talentfulle unge jazzmusikere tilknyttet Musikkonservatoriet ved Norges arktiske universitet UiT.

Posterutstilling

Har du noe du ønsker å vise frem til andre deltakere under konferansen er det mulighet for det i posterutstillingen.

Det er satt av tid i programmet til postervandring, og denne vil være sentralt plassert i forhold til resten av arrangementet. Det vil bli delt ut en fagkomitepris for beste poster på kr 10 000. To postere med interessante forskningsresultater vil i tillegg bli plukket ut til muntlig presentasjon under konferansen.

I anledning Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2018 oppfordrer vi alle sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre til å stille med poster. [Mer informasjon finner du her.](#)

Om konferansen

Deltakerantallet har vært jevnt stigende siden den første konferansen gikk av stabelen i Tromsø i 2008, og vi forventer rundt 500 deltakere. Konferansen har tidligere vært arrangert i Trondheim i 2010, i Bergen 2012 og i Oslo 2014 og 2016.

Helse- og kvalitetsregisterkonferansen er et samarbeid mellom Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Konferanseavgift: 1000,-

Festmiddag: 700,-

[Meld deg på Helse og kvalitetsregisterkonferansen 2018 her](#)

Vi anbefaler å bestille hotell samtidig som du melder deg på konferansen, slik at du sikrer deg rom på eller i nærheten av konferansehotellet Radisson Blu Hotel, Tromsø. [Lenker til hotellbestilling med konferansepriser finner du her.](#)

Enhetspriser for helsepersonell med tjenstlig behov

Rapporten om håndtering av enhetspriser for legemidler og videre arbeid med prinsipper for rutine for prisinformasjon, har vært ute til høring og er ferdig behandlet av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene (RHF).

Publisert 26.09.2018

Sist oppdatert 26.09.2018



Illustrasjonsbilde

Det er viktig at prisinformasjonen er lett tilgjengelig for ansatte som har et tjenstlig behov. Kunnskap om pris vil bidra til bedre etterlevelse av avtalene. Samtidig må det sørges for at prisinformasjonen håndteres på en riktig måte.

De administrerende direktørene i RHF-ene har gitt sin tilslutning til følgende prinsipper for håndtering av enhetspriser for legemidler:

- Helseforetakene plikter å sikre at alle grupper av ansatte som har tjenstlig behov har tilgang til informasjon om legemidler. Informasjonen skal være lett tilgjengelig.
- Det er arbeidsgivers ansvar å avgjøre hvilke grupper ansatte som har tjenstlig behov og som dermed skal ha tilgang. Det er påkrevd at de som har tjenstlig behov behandler enhetsprisene konfidensielt i henhold til gjeldende lover.

- Helsepersonell og annet personell med tjenstlig behov kan bare gi informasjon om enhetspriser til andre ansatte med tjenstlig behov.
- Helsepersonellet kan opplyse pasienter om omtrentlig størrelsesorden på prisforskjeller mellom ulike behandlingsmetoder. Dog må ikke konkrete enhetspriser eller prisforskjeller angis. Dette for å sikre at en ikke kommer i konflikt med taushetsplikten.

De administrerende direktørene i RHF-ene mener det er behov for å vurdere praksis knyttet til konfidensialitet gjennom legemidlets livssyklus. Fagdirektørene i de fire RHF-ene er med bistand fra Sykehusinnkjøp HF bedt om å gå i dialog med leverandørmarkedet for å finne gode løsninger for begge parter.

Samarbeidsavtale prehospitale tjenester

I dag signerte de fire regionale helseforetakene en samarbeidsavtale med Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp for å legge til rette for innsats i prehospital helseberedskap. Avtalen er en oppfordring til alle helseforetak om å inngå egne samarbeidsavtaler med lokale frivillige lag.

Publisert 25.09.2018

Sist oppdatert 25.09.2018



Fv.: Adm. dir. i Helse Vest Herlof Nilssen, generalsekretær i Norsk Folkehjelp Henriette Killi Westhrin, generalsekretær i Norges Røde Kors Bernt G. Apeland, adm. dir. i Helse Sør-Øst Cathrine Lofthus og adm. dir. i Helse Midt-Norge Stig A. Slørdahl.

Lokale avtaler

Samarbeidsavtalen skal danne grunnlag for inngåelse av eventuelle lokale avtaler mellom helseforetak og Røde Kors(RK)/ Norsk Folkehjelp(NF) sine distrikts- og lokalorganisasjoner.

- De frivillige organisasjonene spiller en viktig rolle i førstelinje ved akuttberedskap, og det er viktig og bra for befolkningen og spesialisthelsetjenesten at vi nå har denne samarbeidsavtalen på plass, sier Stig A. Slørdahl som er administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF

Samarbeidsområder

Følgende oppdrag/samarbeidsområder har blitt inkludert i arbeidet med samarbeidsavtalen:

- Beredskapsambulansse (behov for ekstra ambulanseressurser)
- Akutthjelper (førstehjelp)
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten når organisasjonene har:
 - Sanitetsvakt på arrangement
 - Tilstedevakt på egne etablerte vaktsteder uten forutbestemt oppdrag eller oppdragsgiver
- Bistand ved katastrofer og større ulykker
- Oppdrag utenfor vei

Følger lokalt regelverk

«Akuttutvalget» NOU 2015:17, «Først og fremst» anbefaler å bruke de frivillige organisasjonene aktivt i prehospital helseberedskap.

Dersom de enkelte helseforetak velger å inngå lokale avtaler, skal disse regulere rutiner og forutsetninger for samarbeid basert på samarbeidsavtalen, og til enhver tid det gjeldende regelverk på området.

Samarbeidsavtale prehospitale tjenester

I dag signerte de fire regionale helseforetakene en samarbeidsavtale med Norges Røde Kors og Norsk Folkehjelp for å legge til rette for innsats i prehospital helseberedskap. Avtalen er en oppfordring til alle helseforetak om å inngå egne samarbeidsavtaler med lokale frivillige lag.

Publisert 25.09.2018

Sist oppdatert 25.09.2018



Fv.: Adm. dir. i Helse Vest Herlof Nilssen, generalsekretær i Norsk Folkehjelp Henriette Killi Westhrin, generalsekretær i Norges Røde Kors Bernt G. Apeland, adm. dir. i Helse Sør-Øst Cathrine Lofthus og adm. dir. i Helse Midt-Norge Stig A. Slørdahl.

Lokale avtaler

Samarbeidsavtalen skal danne grunnlag for inngåelse av eventuelle lokale avtaler mellom helseforetak og Røde Kors(RK)/ Norsk Folkehjelp(NF) sine distrikts- og lokalorganisasjoner.

- De frivillige organisasjonene spiller en viktig rolle i førstelinje ved akuttberedskap, og det er viktig og bra for befolkningen og spesialisthelsetjenesten at vi nå har denne samarbeidsavtalen på plass, sier Stig A. Slørdahl som er administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF

Samarbeidsområder

Følgende oppdrag/samarbeidsområder har blitt inkludert i arbeidet med samarbeidsavtalen:

- Beredskapsambulansse (behov for ekstra ambulanseressurser)
- Akutthjelper (førstehjelp)
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten når organisasjonene har:
 - Sanitetsvakt på arrangement
 - Tilstedevakt på egne etablerte vaktsteder uten forutbestemt oppdrag eller oppdragsgiver
- Bistand ved katastrofer og større ulykker
- Oppdrag utenfor vei

Følger lokalt regelverk

«Akuttutvalget» NOU 2015:17, «Først og fremst» anbefaler å bruke de frivillige organisasjonene aktivt i prehospital helseberedskap.

Dersom de enkelte helseforetak velger å inngå lokale avtaler, skal disse regulere rutiner og forutsetninger for samarbeid basert på samarbeidsavtalen, og til enhver tid det gjeldende regelverk på området.

Betinget ja til behandling av alvorlig astma

Åtte ulike metoder ble besluttet i dagens møte i Beslutningsforum for Nye metoder. Metode for eosinofil astma fikk betinget ja og sju andre metoder fikk nei.

Publisert 24.09.2018

Sist oppdatert 24.09.2018



På dagens møte besluttet Beslutningsforum for Nye metoder behandlingsmetoder innen astma, plakkpsoriasis, myelomatose, smertebehandling, kombinasjonsbehandling av HIV, atopisk dermatitt og kombinasjonsbehandling for ikke-småcellet lungekreft (NSCLC).

[Her kan hele saken leses på nettstedet til Nye metoder](#)

Krever tiltak for å øke antall donorer

Tall fra Oslo universitetssykehus viser at det så langt i år er gjennomført langt færre organdonasjoner enn på samme tid i fjor. Nå ønsker helseminister Bent Høie økt oppmerksomhet om organdonasjon både i befolkningen og blant helsepersonell. Samtidig gjør han det lettere for befolkningen å si ja til å bli organdonor.

Av Helse Sør-Øst

Publisert 21.09.2018

Sist oppdatert 27.09.2018



SAMMEN FOR FLERE DONORER: Cathrine M. Lofthus (f.v.), administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, helseminister Bent Høie, og Christine Bergland, direktør i Direktoratet for e-helse. Foto: Direktoratet for e-helse

I Norge er det til enhver tid rundt 450 personer som venter på et nytt organ. Oppdaterte tall fra Oslo universitetssykehus viser at det så langt i år er gjennomført 67 donasjoner i Norge, 20 færre enn på samme tidspunkt i fjor. Dette tallet er høyt når vi vet at én donor kan gi nytt og bedre liv for opptil åtte personer. I gjennomsnitt benyttes tre-fire organer fra hver donor.

- Undersøkelser viser at åtte av ti personer i Norge er positive til organdonasjon. Til tross for dette, er det altfor mange som venter på nye organer, sier Høie.

For å øke bevisstheten om organdonasjon i befolkningen og bidra til at flere uttrykker sitt ønske om å være donor, er det etablert en elektronisk løsning som gjør det mulig å fylle ut et digitalt donorkort i kjernejournalen. I tillegg har Høie gitt Helse Sør-Øst Høie RHF ansvaret for en nasjonal informasjonskampanje som skal øke antall donorer.

Nasjonal kampanje

I samarbeid med de tre andre helseregionene gjennomfører Helse Sør-Øst RHF i høst en informasjonskampanje ut mot befolkningen og i alle landets helseforetak.



- Vi vet at flere ansatte i helseforetakene føler at det både er vanskelig og kan være tidkrevende å ta opp spørsmålet om organdonasjon i situasjoner der pårørende opplever en brå og uventet død. Men erfaringer viser at pårørende er positive til at temaet organdonasjon tas opp, uansett om svaret blir ja eller nei, sier Cathrine M. Lofthus, administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

-Det er i dag 26 donorsykehus i Norge, hvert enkelt av dem kan gjøre en forskjell. Hvis hver og en av disse sykehusene identifiserer en donor ekstra i året, vil det bety enormt mye for dem som trenger et nytt organ for å overleve, eller for å leve et fullverdig liv, sier Høie.

Si ja i kjernejournalen

Kjernejournaløsningen på helsenorge.no som vil gjøre det lettere for befolkning å si ja til å bli donor, vil også være til hjelp for helsepersonell når spørsmålet om organdonasjon blir aktuelt.

Men, et utfylt donorkort er ikke nok, hvis ikke pårørende er informert. Pårørende vil alltid være involvert i en donasjonsprosess, og bli bedt om å bekrefte avdødes standpunkt.

- I kjernejournaløsningen, på helsenorge.no har du mulighet til selv å skrive inn dine pårørende og be om at de får tilsendt en tekstmelding som forteller om ditt standpunkt, sier Christine Bergland, direktør i Direktoratet for e-helse.

[Les mer om organdonasjon her](#)

Kontaktpersoner:

Helse- og omsorgsdepartementet: Medievakt Kjartan Sverdrup, 90 18 65 18

Helse Sør-Øst: Medievakt Nina Olkvam, 97 14 70 65

Direktoratet for e-helse: Medievakt Britt Randi Hanssen, 91 18 76 28

Oslo universitetssykehus: Medievakt, 99 21 65 50

Samarbeid mellom Norge og Danmark

Norge og Danmark inngår avtale om felles forhandlinger om legemiddelpriser. Det svært høye prisnivået på nye, dyre legemidler er bakgrunnen for at helseminister Bent Høie og den danske helseministeren Ellen Trane Nørby har signert en intensjonsavtale om felles forhandlinger om pris på noen legemidler.

Publisert 18.09.2018

Sist oppdatert 18.09.2018



Helse- og omsorgsminister Bent Høie og den danske helseministeren Ellen Trane Nørby har signert en intensjonsavtale om felles forhandlinger om pris på noen legemidler.

Urimelig høye priser på nye legemidler er en av de største utfordringene på legemiddelområdet i dag, både i Norge og internasjonalt. Helseminister Bent Høie har lenge sett med uro på prisutviklingen og har derfor tatt initiativ til et nordisk samarbeid om felles prisforhandlinger på utvalgte legemidler.

[Her kan du lese hele saken på nettsiden til regjeringen](#)

Vil gi pasientene intravenøs antibiotikabehandling hjemme

At pasienter som har behov for langvarig intravenøs antibiotikabehandling får administrert denne hjemme, vil blant annet bidra til økt livskvalitet, sier Ann Iren Kjønnøy.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 18.09.2018

Sist oppdatert 18.09.2018



Prosjektgruppa: Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal, Sykehusapotekene Midt-Norge, Kristiansund kommune med Helseinnovasjonscenteret og Regionalt responssenter med responsteam og SINTEF. Prosjektleder er Inger Stokke. Foto: HMR

- Hovedmålet med prosjektet er å utvikle pasientens helsetjeneste i ny tjenestemodell for spesialisert hjemmesykehus. Pasienten skal selv ha en aktiv rolle i sin egen behandling – derfor er opplæring av pasient og bruk av velferdsteknologi sentralt, sier Ann Iren Kjønnøy.

Den nye modellen skal blant annet bidra til en bedre livskvalitet for pasientene med behov for langvarig intravenøs antibiotikabehandling, legger hun til.

Kjønnøy var den som fikk ideen til prosjektet. Hun har bakgrunn som rådgiver for smittevern ved Kristiansund sykehus, men er nå prosjektleder for planleggingen av DMS Kristiansund.

[Har du husket å søke innovasjonsmidler? Tirsdag 18. september klokken 16.00 er siste frist](https://helse-midt.no/nyheter/2018/vil-gi-pasientene-intravenos-antibiotikabehandling-hjemme)

Frigjør sykehussenger

I dag er det en etablert praksis at pasienter er innlagt i to til åtte uker for å motta intravenøs behandling mot infeksjon. Infeksjoner i for eksempel ledd eller hjertepose tas på alvor og pasientene skal ikke sendes hjem før de er stabilisert.

- De skal overvåkes etter en plan hjemme også, og derfor utarbeider vi i prosjektet prosedyrer som skal ligge i en egen portal for hjemmesykehus og som er tilgjengelig for alle som inngår i tjenesteforløpet; altså felles for spesialist- og primærhelsetjeneste samt pasienten selv, forklarer Kjønneøy.

Hovedgevinsten for pasienten er at vedkommende slipper å bli værende på sykehuset og kan leve tilnærmet normalt, samtidig som hun eller han gjennomfører behandlingen. For helsetjenesten vil modellen også frigjøre sykehussenger.

- Pasienten vil til en hver tid vite hvem som kan kontaktes ved uforutsette hendelser. Sykehuslegen har det medisinskfaglige ansvaret og vil bli kontaktet etter prosedyre. Pasienten vil få besøk av og bli fulgt opp av et sykepleierteam med høy kompetanse, sier Kjønneøy.

[Les om innovasjonsprosjektet Hild - en app som skal sørge for at kreftpasienter får riktig dose medisin til rett tid, i tillegg til at den registrerer og rapporterer eventuelle potensielt alvorlige bivirkninger](#)

Omfattende samarbeid

Hun sier at dagens helsetjenester blir stadig mer komplekse og sammensatte hva gjelder behandlingsmetoder, bruk av ny teknologi og økonomiske utfordringer. Langvarige sykdomsforløp og innleggelse er både en praktisk, organisatorisk og økonomisk utfordring for det norske helsevesenet, og for samfunnet for øvrig.

- Det er et definert mål å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. En mer robust organisering rundt samhandlingen og oppfølgingen av pasienter som flyttes og behandles på ulike nivå av helsetjenestene må utvikles med for eksempel hjemmebehandling, sier hun.

Som følge av at metoden tjenestedesign med fokus på brukeren medfører evaluering og forbedring av tjenestemodellen underveis i prosjektperioden, vil tjenestemodellen allerede være implementert i praksis når prosjektet avsluttes.

Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal, Sykehusapotekene Midt-Norge, Kristiansund kommune med Helseinnovasjonssenteret og Regionalt responscenter med responsteam og SINTEF. Inger Stokke er prosjektleder og har ansvaret for utvikling og framdrift.

Prosjektet fikk 750 000 kroner i innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge RHF i oktober 2017. Det understrekes at egeninnsatsen fra alle samarbeidspartnere er av stor betydning i prosjektet.

Les også om innovasjonsprosjektet som skal sørge for at pasienter skal få i seg nok og riktig mat, «Mat er vitalt»

Fokus på pasienten

- Vi tror at mange ser behovet for og nytten av en slik praksisendring og dermed blir motiverte og engasjerte til å bidra i arbeidet. Metoden tjenestedesign (SINTEF) bidrar til å holde fokus på pasienten/brukeren og det er bra; vi skal lage et system for hjemmebehandling som tar utgangspunkt i brukerens behov.

Prosjektet er planlagt over fire år; da skal forskningen underveis være publisert. Det betyr at de fortsatt vil ha behov for tilførsel av innovasjonsmidler til prosjektet.

I løpet av forprosjektperioden har det blant annet vært gjennomført et grundig innsiktsarbeid med datainnsamling. Det har vært utarbeidet pasientforløp ved hjelp av tjenestedesign og visualiseringsverktøy (Blueprint) og det har vært kartlegging av prosedyrer (SOP), teknologi-, opplæring- og kompetansebehov.

I høst vil prosjektet blant annet se på hvilke Phd-prosjekter som kan «rigges» med utgangspunkt i de data som samles inn.

- Vi ønsker oss prosjekter som kan bidra til å kvalitetssikre selve tjenestemodellen med hjemmebehandling. God forskning med utgangspunkt i prosjektets data tror vi vil kunne øke muligheten for generalisering – at modellen kan benyttes for andre diagnoser, behandlingsformer og i andre helseforetak, sier Ann Iren Kjønnøy.

Nasjonal helseøvelse 2018 i Midt-Norge

Nasjonal helseøvelse 2018 skjer samtidig med den store NATO-øvelsen i Norge i høst. Ekstra ambulanshelikoptre og tett samarbeid mellom Forsvaret og 113-sentralene skal sørge for at pasienter blir tatt like godt hånd om som vanlig under NATO-øvelsen.

Publisert 17.09.2018

Sist oppdatert 17.09.2018



Ambulanshelikopter ankommer taket på St.Olavs hospital. Foto: Terje Visnes

At NATO øver i Norge, gir spesialisthelsetjenesten en unik mulighet til å trene sammen med Forsvaret, NATO og frivillige organisasjoner. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet bestemt at Nasjonal helseøvelse 2018 skal samordnes med [NATO-øvelsen som heter Trident Juncture](#).

Helsetjenester som vanlig

NATO-øvelsen Trident Juncture er den største militærøvelsen på norsk jord på mange år. 40 000 soldater skal øve, og mange vil merke øvelsen der de bor.

Sammen med Forsvaret har helsetjenesten planlagt dette i lang tid og det er gjort en rekke tiltak for å hindre at helsetjenestene blir påvirket av NATO-øvelsen. Befolkningen skal få helsetjenester som vanlig samtidig som sykehusene har beredskap for å gi behandling på sykehus til skadde soldater om det blir nødvendig.

[Oversikt over når det øves i Midt-Norge og mer informasjon om nasjonal helseøvelse 2018](#)

Pasienter møter som avtalt

Alle som har avtale om konsultasjon eller har fått innkalling til fastlege eller sykehus, skal møte som avtalt. Alle skal også få den akutte helsehjelpen de har behov for, enten det er behandling hos fastlege, legevakt og på sykehus.

Rydder vei

De største utfordringene for helsetjenesten vil antakelig bli at militærkolonner og ulykker blokkerer veier slik at ambulanser ikke kommer fram og at det er droner, fly og helikoptre i luftrommet der ambulansehelikoptrene skal fly.

For å unngå at dette forsinker syketransporten, er det satt i verk en rekke kompenserende tiltak.

- Det er plassert ut to ekstra helikoptre fra Forsvaret. Ett på Røros og ett på Rena. Helikoptrene er utstyrt for ambulanseflyging og kan brukes til å frakte sivile eller militære pasienter ved behov.
- For å bidra til at ambulanser og luftambulanser kommer fram, og at vi kan samarbeide godt ved reelle hendelser, er det gjort flere tilpasninger:
 - Det er laget en prosedyre for å rydde luftkorridor for ambulansehelikopter.
 - Forsvaret vil oppdatere 113-sentralene fortløpende med informasjon om forflytning av tropper og materiell.
 - Forsvaret vil ha folk til stede på 113-sentralene i Innlandet og Trøndelag som vil fungere som bindeledd mellom Forsvaret og den sivile helsetjenesten.
 - Det er satt av en plass til en representant for den sivile helsetjenesten i sikkerhetsorganisasjonen for NATO-øvelsen. Denne plassen vil bli bemannet ved behov.

Øvelsen vil merkes

Mange soldater og kjøretøyer vil bli transportert langs veier og jernbaner. I tillegg kommer fly, helikoptre og droner. Mange vil både se og høre at det foregår noe. I planleggingen er det lagt vekt på at øvelsen skal påvirke helsetjenestene til befolkningen minst mulig.

Forberedt på reelle hendelser

Norsk helsetjeneste er trent til å håndtere store ulykker. Skulle det skje en ulykke i forbindelse med øvelsen, er vi forberedt på å håndtere det sammen med Forsvaret og andre nødetater.

Virkelige hendelser vil bli prioritert framfor øvelsen og om nødvendig vil øvelsen bli stanset for å håndtere en reell situasjon.

[Nasjonal helseøving 2018 og lokal øving i Kristiansund](#)

[Nasjonal helseøvelse 2018 og lokale øvingsdager i Trøndelag](#)

Konferanse: Brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene

Barne- og ungdomspsykiatri er blant temaene når Regional brukerutvalg arrangerer sin årlige konferanse på Stjørdal.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 14.09.2018

Sist oppdatert 14.09.2018



Illustrasjonsbilde: Colourbox

Konferansen arrangeres i år den 13. og 14. november på Scandic Hell Hotell Værnes på Stjørdal.

Tema den første dagen vil være barne- og ungdomspsykiatri, mens den andre dagen er det standardisering, digitalisering og brukermedvirkning som står på agendaen.

Målgruppe for konferansen er alle brukerorganisasjoner og institusjoner med interesse for området brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene.

Fullstendig program vil bli publisert på et senere tidspunkt.

Ifølge arrangøren må reise dekkes av det lokale brukerutvalget eller brukerorganisasjonen. Opphold for øvrig dekkes av regionalt brukerutvalg.

[Her finner du en lenke til påmelding.](#) Påmeldingsfrist er 20. oktober 2018.

Noe svakere utvikling på viktige kvalitetsområder

Stadig flere kreftpasienter behandles i pakkeforløp, men forløpstiden øker.

Norge er i verdenstoppen for hjerte-lungeredning startet av mennesker som er på skadestedet før ambulansen kommer. Dette er noen av funnene som vises av nye tall på de nasjonale kvalitetsindikatorerne for helsetjenesten som publiseres 13.september.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 13.09.2018

Sist oppdatert 13.09.2018



Foto: Colourbox

I alt publiseres resultater på 70 indikatorer, hvorav 1 er revidert ved denne publiseringen. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) omfatter nå i alt 181 indikatorer.

Pakkeforløp for behandling av kreft

Stadig flere pasienter blir inkludert i et pakkeforløp. I første tertial 2018 ble over 79 prosent av alle nye kreftpasienter inkludert i et pakkeforløp. Dette er 9 prosentpoeng over målet på 70 prosent.

Det er også et nasjonalt mål at 70 prosent av kreftpasientene i pakkeforløp skal behandles til anbefalt tid. I andre tertial 2018 var måloppnåelsen knappe 66 prosent. Dette er en tilbakegang sammenlignet med samme periode i fjor, da målet om 70 prosent ble nådd.

Førstehjelp i verdenstoppen

Når noen rammes av hjertestans er det viktig å komme tidlig i gang med gjenopplivning. Hvis de som er på skadestedet før helsepersonell ankommer starter hjerte- lungeredning (HLR) gjennom hjertekompresjon og munn-til-munn-metoden, så øker det sannsynligheten for at pasienten kan overleve.

I perioden 2015 til 2017 startet vanlige mennesker som var på skadestedet før ambulanse og helsepersonell kom HLR i 82 prosent av skadetilfellene i Norge. Dette er det høyeste nivået i verden, og et uttrykk for at nordmenn bryr seg om hverandre og stiller opp i akutt situasjoner. Selv om vi ikke kjenner kvaliteten på den hjelpen som gis, er det også et uttrykk for at mange kan hjerte- lungeredning.

Disse, og en rekke andre nye data om kvaliteten på norske helsetjenester kan du lese mer om i

[Nasjonale kvalitetsindikatorssystem på Helsenorge.no.](#)

[Nyhets sak fra Helsedirektoratet](#)

- Bedre behandling og mer forutsigbarhet

Onsdag ble de tre første pakkeforløpene for psykisk helse og rus lansert. - Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer, sier Bent Høie.

Av Helse Midt-Norge RHF
Publisert 12.09.2018
Sist oppdatert 13.09.2018



- Å ikke vite hva som skjer gjør det tynge å være syk, sier helseminister Bent Høie. De nye pakkeforløpene for psykisk helse og rus skal endre på det. Bildet er tatt ved en annen anledning. Foto: Frode Nikolaisen

Onsdag formiddag var det nasjonal lanseringskonferanse for de tre første pakkeforløpene for psykisk helse og rus i regi av Helsedirektoratet.

Statsminister Erna Solberg og helseminister Bent Høie deltok på konferansen som fant sted i Oslo.

- Vi trenger trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer. Å ikke vite hva som skjer gjør det tynge å være syk. I 2015 innførte regjeringen pakkeforløp for kreft. Det har ført til at kreftpasientene har fått bedre behandling og føler seg tryggere. Nå skal pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer få den samme tryggheten og forutsigbarheten, sier helseminister Bent Høie i en pressemelding.

Raskere utredning og behandling

Forløpene som ble lansert i dag er:

- Utredning og behandling barn og unge
- Utredning og behandling voksne
- Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Med pakkeforløp skal pasienten få vite hva som skal skje og når det skal skje – og hvem som har ansvaret. Hver pasient får sin egen koordinator som skal være pasienten og pårørendes kontaktperson. Koordinatorens oppgave er å sørge for kontinuitet i behandlingen og at pasienten unngår unødvendig venting.

På samme måte som i pakkeforløpene for kreft innføres forløpstider. Det betyr eksempelvis at utredning skal gjennomføres innen seks uker. For personer som henvises til pakkeforløp innen rusbehandling, skal det ikke være opphold mellom avrusning og behandling.

For lidelser som psykoser og alvorlige spiseforstyrrelser anbefales det at ventetiden er maksimalt sju dager fra henvisningen er mottatt til første samtale i spesialisthelsetjenesten, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet.

Brukermedvirkning i alle avgjørelser

Brukermedvirkning står sentralt i pakkeforløpene. Pasienten skal involveres i å lage behandlingsplan og skal kunne gi tilbakemelding underveis, slik at behandlingen kan justeres om nødvendig.

- Pasienten skal ha medvirkning i alle avgjørelser om sin egen behandling og oppfølging. Hans eller hennes pårørende skal også involveres der det er hensiktsmessig. Det er brukerne som er eksperter på eget liv, og bedre involvering av pasienten og pårørende vil gi bedre behandling, sier Høie.

- Må styrke det helhetlige tilbudet

Ifølge Helsedirektoratet er målet med pakkeforløp for psykisk helse:

- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

- Vi må styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykisk helse og rusmiddelproblemer, og redusere uønsket variasjon både i utredning og behandling. Folk lever sine liv på små og store steder, men skal ha likeverdige tilbud. Pakkeforløpene skal bidra til å løse noen av dagens utfordringer, blant annet variasjon i ventetider og i tilbudet pasientene får, sier Helsedirektør Bjørn Guldvog.

Regionale lanseringskonferanser

Det vil bli arrangert regionale lanserings- og implementeringskonferanser i løpet av høsten. Disse er forbeholdt deltakere som har bidratt inn i arbeidet med utviklingen av pakkeforløpene eller har et særlig ansvar for implementering. I Helse Midt-Norge er følgende datoer satt av:

- Ålesund: 30. oktober
- Steinkjer: 31. oktober
- Trondheim: 1. november

Konferansene arrangeres av RHF-ene, HF-ene, kommunene og bruker- og pårørendeorganisasjoner, i samarbeid med Helsedirektoratet.

Pasienter kan henvises til de tre første pakkeforløpene fra og med 1. januar 2019.

Les hele saken på [Helsedirektoratets nettsider](#)

Der kan du også lese mer om [pakkeforløp for psykisk helse og rus](#)

Innomed: Innovasjonskonferansen 2018

15. november ønsker Innomed velkommen til Innovasjonskonferansen 2018 - Helse og omsorg. Hovedtema for konferansen er "Tjenesteinnovasjon gjennom offentlig og privat samarbeid" og går av stabelen på Scandic Hell Hotell Værnes i Stjørdal.

Publisert 10.09.2018

Sist oppdatert 27.09.2018



Framtidas innovative helsetjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet ved statssekretær Maria Jahrman Bjerke åpner konferansen med følgende budskap: "Sammen om framtidens innovative helsetjeneste."

Vi får også møte Safia Abdi Haase; en uredd og dyktig helsearbeider og forkjemper for innvandrerkvinnens rettigheter, kampen mot vold og kjønnslemlestelse.

Det blir presentert gode eksempler på innovasjon både i inn- og utland. Dansk Design Center vil forklare hvordan man kan få innblikk i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Dette gir også muligheter og verktøy til å påvirke fremtidig utvikling.

Innsikt

Konferansen vil belyse hovedtemaet "Tjenesteinnovasjon gjennom offentlig og privat samarbeid" ut fra innsikt i hverdagen til mennesker med rusavhengighet og behovet for et

betydelig bedre helse- og omsorgstilbud til disse pasientene, sosialt entreprenørskap, ledere i primær- og spesialisthelsetjeneste, næringsliv, forskning og utdanning.

Målgruppe

Innovasjonskonferansen er rettet mot myndigheter, ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, brukere, pårørende, pasientorganisasjoner, bedrifter, FoU-miljø, virkemiddelaktører og andre interesserte. Innomed sitt mål med konferansen er at du skal få ny kunnskap, bli berørt, inspirert og engasjert og at du kanskje møter noen som du kan ha nytte av å bli kjent med.

Program

[Her kan du se hele programmet](#)

Påmelding

Påmelding gjøres via [InnoMeds nettsider](#) (NB: Du er ikke påmeldt før du har mottatt kvittering).

Siste frist for påmelding er fredag 9. november.

Ønsker du hotellrom, ta direkte kontakt med Scandic Hell Hotell for booking [her](#) eller tlf. 74 84 48 00.

Spørsmål

Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt med Merete Rørvik, tlf. 930 08 878 eller merete.rorvik@sintef.no

Sakspapirer til styremøte i september

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 13. september er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 07.09.2018

Sist oppdatert 07.09.2018



Møtet starter torsdag 13. september kl. 10.00 og finner sted på Sykehuset Namsos i møterom Bråholmen.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Ny app styrer medisinen til kreftpasienter

Nina Kongshaugs app Hild skal sørge for at kreftpasienter får riktig dose medisin til rett tid – og registrere og rapportere eventuelle potensielt alvorlige bivirkninger.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 31.08.2018

Sist oppdatert 31.08.2018



Nina Kongshaug mener appen Hild har mange fordeler sammenlignet med dagens praksis, spesielt med tanke på pasientsikkerhet og ressursutnyttelse. Foto: Helse Midt-Norge RHF

- I dag sendes kreftpasienter hjem med tablettbehandlingen sin. De blir oppringt av en sykepleier på tre faste dager gjennom tre uker. Noen ganger fanger dette opp bivirkninger, men ikke alltid, forklarer Nina Kongshaug, prosjektleder og overlege, i tillegg til spesialist i onkologi ved Kreftklinikken ved St. Olavs hospital og Phd-stipendiat ved MH-fakultet, NTNU.

I tillegg til at appen Hild minner pasientene om når og hvor mye medisin de skal ta, kan de registrere bivirkninger direkte på mobilen. Men ikke alle opplever bivirkninger, og da trenger man heller ikke å bruke ekstra helseressurser på dem, forklarer Kongshaug.

[Har du husket å søke innovasjonsmidler? Søknadsfristen er 18. september kl. 16.00](#)

Ideen til appen fikk hun allerede i 2012, men ettersom den teknologiske utviklingen går så fort er det helt andre muligheter i dag enn den gangen.

Klar om seks måneder

Prototypen av appen er testet på pasientenes telefoner, og det er blitt gjort noen justeringer av funksjonalitet i den kommende versjonen, både på design/brukervennlighet og i nyansering av bivirkningsrapporteringen. Neste versjon av appen er nå så godt som ferdig utviklet.

14 pasienter var med i pilotstudien, i tillegg ble det gjennomført intervjuer av en gruppe med kreftsykepleiere og en gruppe med leger.

- Det vi raskt fant ut, er at pasientene ønsker at deres registreringer blir lest av helsepersonell. Det var bakgrunnen for at vi søkte innovasjonsmidler i fjor, for å finne en løsning for sikker kommunikasjon fra pasientens telefon til sykehusets system. I samarbeid med Hemit har vi nå lyktes med dette, sier Kongshaug.

Hun tror det skal være mulig å ta i bruk appen i løpet av et halvt års tid. Planen er å legge den ut på både App Store og Google Play.



Slik så en prototype av mobilappen ut. Foto: Skjermdump

Forbedrer dagens praksis

Kongshaug mener løsningen har mange fordeler sammenlignet med dagens praksis. Spesielt med tanke på pasientsikkerhet og ressursutnyttelse.

- Når vi gir pasienter medisiner med potensielt farlige bivirkninger, er det viktig at det gjøres på en trygg måte. Visse bivirkninger krever tiltak. Samtidig kan det å stoppe å ta medisinen ha innvirkning på effekten av behandlingen, sier hun.

De som ikke rapporterer om bivirkninger, trenger man heller ikke å ringe. Sykehuset har et stort trykk på oppfølging av pasienter. Å sortere ut de som trenger tettere oppfølging fra de som ikke har problemer med å gjennomføre behandlingen, sparer tid for helsepersonellet, sier Kongshaug.

- Vi har hatt to dødsfall på St. Olavs på grunn av feil bruk av medisiner. Det er bakgrunnen for vår strenge oppfølging med bruk av dosett og rutinemessige oppringning fra sykepleier. Det er ressurskrevende.

[Les også om innovasjonsprosjektet som skal sørge for at pasienter skal få i seg nok og riktig mat, «Mat er vitalt»](#)

Kan brukes i andre helseapper

Selv om det er Kongshaug som fortsatt eier prosjektet, er det det siste året blitt flyttet over til Hemit for redesign. Målet er at pasientene skal kunne rapportere fra appen på sin mobiltelefon og rett inn i sin egen journal, og få tilpasset sin behandling ved hjelp av toveis kommunikasjon mellom sykehuset og appen.

- Systemet er laget generisk slik at det i prinsippet kan brukes i andre helseapper. Det er mange ulike fagmiljø som ønsker denne muligheten, sier Kongshaug, som vil fremheve det gode samarbeidet med Hemit.

- Det har vært artig, lærerikt, produktivt og effektivt. Den tverrfaglige tilnærmingen har fungert veldig bra.

Vil videreutvikle

Selv om appen snart kan tas i bruk, er prosjektet langt fra ferdigstilt.

- Det dukker alltid opp nye muligheter. Som en mer nyansert beslutningsstøtte til pasienten hvis man får bivirkninger – konkrete råd hvordan bivirkninger kan håndteres når det ikke er så alvorlig at man må tas inn på sykehuset. Men det er lengre fram.

Prosjektet fikk 750 000 kroner i innovasjonsmidler i fjor, og har også mottatt støtte tidligere. Samtidig har prosjektet stått for 25 prosent egeninnsats.

- Vil du anbefale andre å søke innovasjonsmidler?

- For alle som har en god idé som man har tro på, og som en trenger midler til å utvikle, er innovasjonsmidlene en veldig god starthjelp. Hvis en lykkes med ideen, er det ut fra vår erfaring god sjanse for å få nye midler i neste runde for å forbedre, sier Nina Kongshaug.

Psykiatriløftet er åpnet

Etter en byggeperiode på ett år og fem måneder er den første og mest synlige delen av Psykiatriløftet åpnet. Helse- og omsorgsminister Bent Høie som sto for den offisielle åpningen.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 31.08.2018

Sist oppdatert 31.08.2018



Snorklipping: Direktør Torbjørn Aas, helse- og omsorgsminister Bent Høie og klinikkleder Kathinka Meirik deltok i åpningsseremonien. Foto: Helse Nord-Trøndelag

Høie beskrev åpningen som et løft for pasientene, de ansatte og for hele den nordre delen av Trøndelag.

- Hvordan vi har det rundt oss har mye å si for hvordan vi har det i oss. Nybygget signaliserer en helsetjeneste til en pasientgruppe som er høyt prioritert, sa Høie.

Allerede 1. september flytter de første pasientene inn i nybygget. Med det fortsetter neste fase i Psykiatriløftet, som innebærer ombygging og renovering av paviljongene fra 1980 og Arken. Dette skal etter planen stå ferdig sommeren 2019.

[Les hele saken](#) og [se en film fra åpningen](#) på Helse Nord-Trøndelags hjemmesider.



Det nye bygget ble åpnet tirsdag denne uka. Foto: Helse Nord-Trøndelag

- Vil heve kvaliteten på Biobank1s tjenestetilbud

Helse Midt-Norge har inngått avtale om gjensidig informasjonshåndtering med kanadiske BC Cancer.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 30.08.2018

Sist oppdatert 30.08.2018



Adm. dir. i Helse Midt-Norge Stig Slørdahl (i midten, bak) og statsråd Bent Høie (foran, t.h. for midten) var blant deltakerne under det norske delegasjonsbesøket til Canada i januar i år. Her fra et besøk hos Ontario Medical Association. Foto: HMN RHF

Avtalen, som ble inngått tidligere denne måneden, er på vegne av Helse Midt-Norges regionale forsknings-biobank, Biobank1. Den kanadiske avtaleparten BC Cancer er en del av Provinsial Health Services Agency i British Columbia.

Sammen med The Tumor Tissue Repository og University of British Columbia (Office of Biobank Education and Research/OBER) driver BC Cancer Biobanking and Biospecimen Research Services (BBRS), et internasjonalt ledende ressurscenter for biobanker med base i Vancouver.

Skal utveksle informasjon

Den inngåtte avtalen danner det formelle grunnlaget for at partene skal kunne utveksle informasjon om hverandres virksomhet, særlig med tanke på kvalitetsledelse, kompetansehevingstiltak for ansatte og mulig framtidig felles utvikling av innovative metoder og verktøy for biobanking.

Initiativtaker Morten Øien, juridisk rådgiver og forretningsutvikler ved Biobank1, ble kjent med leder av OBER dr. Peter Watson gjennom sitt verv som medlem av styringskomiteen til ISBER, den globale interesseorganisasjonen for «biorepositories» med base i Vancouver.

- Følger opp regjeringens satsing

- Dr. Watson er både en internasjonalt anerkjent kreftforsker og en pionér på biobankområdet. Han har blant annet vært sentral i utviklingen av nasjonale biobankstandarder og et internasjonalt sertifiseringsprogram, som blant annet er implementert av det største sykehuset i Singapore.

Samarbeidet med BC Cancer vil gi en unik mulighet til å heve kvaliteten på alle deler av Biobank1s tjenestetilbud, ifølge Øien.

- Det kan dessuten sees som en konkret oppfølging av så vel regjeringens satsing på mer samarbeid med sentrale kanadiske aktører på helseområdet, jamfør statsråd Høies delegasjonsbesøk i Toronto tidligere i år, som Helse Midt-Norges egen internasjonaliseringsstrategi.

Fakta Biobank1

Den regionale forskningsbiobanken i Helse Midt-Norge. Ble etablert i 2002 som et samarbeidsprosjekt mellom NTNU og Helse Midt-Norge RHF.

Samler inn og lagrer biologisk materiale og helseopplysninger fra ulike pasientgrupper, til bruk i forskning. Det overordnede målet er å bedre diagnostikk og behandling av sykdom.

Jobber med å samordne og standardisere innsamling av materiale til forskning, ved å integrere dette i sykehuslogistikken. På denne måten vil biobanking utføres på en forsvarlig måte, med minst mulig risiko for pasienten.

Biobank1 har i dag 11 ansatte som holder til på sykehusområdet i Trondheim. I tillegg har Biobank1 ressurser på ulike klinikker og lokaliteter i Helse Midt-Norge tilsvarende seks stillinger.

Kilde: biobank1.no

Tirsdag er det offisiell åpning av Psykiatriløftet på Levanger

Helse- og omsorgsminister Bent Høie står for snorklippingen. Se direkteoverføringen av åpningen av det topp moderne psykiatriske sykehuset her.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 28.08.2018

Sist oppdatert 29.08.2018



Sendingen fra åpningsseremonien starter klokken 10.55. Klokken 14-17 åpner sykehuset dørene for publikum.

Sendingen starter med en åpningsseremoni med taler og kulturelt innslag klokken 10.55, før Bent Høie foretar den offisielle åpningen av sykehuset.

Følg åpningen direkte på [Helse Nord-Trøndelags Facebook-sider](#).

Fra klokken 14 til 17 åpner sykehuset dørene for publikum.

Det er Sykehusbygg som har vært byggherre for prosjektet. Arbeidet med forprosjektet (inkludert utstyrprogrammering) startet etter påske 2015 og ble behandlet av foretaksstyret i oktober samme år.

Oppdraget omfattet nytt psykiatribygg på cirka 2700 kvm, i tillegg til ombygging av eksisterende bygg. Samlet investeringsramme er beregnet til 192 millioner kroner, der nybygget står for 128 millioner kroner.

Helse Nord-Trøndelag har laget en timelapse-video av byggeprosjektet på Vimeo. [Se den her.](#)

[Les mer om Psykiatriløftet her](#)

Sju ja og sju nei fra Beslutningsforum

Mange ulike metoder var oppe til beslutning i dagens møte i Beslutningsforum for nye metoder.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 27.08.2018

Sist oppdatert 27.08.2018



Ceritinib (Zykadia) kan innføres til førstelinjebehandling av voksne med anaplastisk lymfomkinase – positiv, avansert ikke-småcellet lungekreft. Foto: Colourbox

Metoder for lungekreft, ureasyklusdefekter, pacemaker, HIV-behandling, BRCA-testing, hudkreft, nevroendokrine svulster, kjempecellearteritt, psoriasisartritt, brystkreft, hemofili A, eosinofil astma, systemisk sklerose var oppe til beslutning i dagens møte i Beslutningsforum for nye metoder.

Under orienteringssaker ble Nusinersen (Spinraza) til behandling av spinal muskelatrofi og anskaffelse av FreeStyle Libre (flash glukosemåling) til barn med diabetes tatt opp.

Du kan lese mer om beslutningene på [Beslutningsforum for Nye metoders nettsider](#).

Vil sørge for at pasientene får nok og riktig mat

Hvis norske pasienter får i seg riktig næring vil det gi kortere liggetid, raskere rehabilitering og økt livskvalitet, ifølge innovasjonsprosjektet «Mat er vitalt».

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 23.08.2018

Sist oppdatert 24.08.2018



- Vi har veldig tro på at vår løsning vil gi bedre ernæringsomsorg til pasientene, sier Gustad. F.v.: Astrid Pedersen, Ann-Helen Raaen, Elin Haugskott, Lise Tuset Gustad, Hilde Skaland, Cecilie Røli og Stig Tangstad. Foto: Helse Nord-Trøndelag

- Når man er syk trenger man sykdomstilpasset mat – og nok mat. Om man ikke får i seg næring vil ikke kroppen klare å bli frisk. I Norge er det faktisk et stort problem at mange med kroniske sykdommer ikke får i seg nok mat og utvikler sykdomsrelatert underernæring, sier Lise Tuset Gustad.

Gustad er spesialsykepleier i Helse Nord-Trøndelag, postdoktor ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk ved NTNU - og prosjektleder for «Mat er vitalt», et av innovasjonsprosjektene som fikk innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge i 2017.

[Har du husket å søke innovasjonsmidler? Søknadsfristen er 18. september kl. 16.00](#)

Hun forklarer at i dag er jobben med å sørge for at pasientene får i seg nok og riktig mat, og å rapportere om pasientens matbehov til primærhelsetjenesten, en manuell arbeidsprosess som er krevende og som gjerne fører til dårlig kvalitet.

Vil automatisere

Derfor jobber «Mat er vitalt» med å utvikle det hun kaller en lukket ernæringsløyfe, et automatisert system for å bestille den maten pasienten trenger og ønsker – og som hjelper sykepleierne med å dokumentere og vurdere om pasienten får i seg nok mat i løpet av et skift og et døgn.

På sikt vil systemet også gi rapporter til fastlege og kommunalhelsetjeneste slik at sykehusets ernæringsjobb kan følges opp.

- En underernæringstilstand vil svekke pasientenes funksjon og immunforsvar, og føre til lengre sykehusopphold, hyppigere reinnleggelser, flere komplikasjoner og svekket livskvalitet. Og selv om dagens pasienter har kort liggetid forverres ofte pasientenes problemer med ernæring når de er innlagt på sykehus, sier Gustad.



Lise Tuset Gustad

Hun sier sykehusene er forpliktet til å screene pasienter for risiko for underernæring. Når pasientene er underernært skal de gis et sykdomstilpasset kosthold og få i seg nok mat. Sykehusene er videre forpliktet til å gjøre primærhelsetjenesten oppmerksom på at pasienten trenger oppfølging for å unngå underernæring ved utskrivelse.

Mange involverte

- I tillegg til at prosjektet vil øke kvaliteten for pasientene vil det også øke økonomisk inntjening til sykehusene, da systemet inkluderer automatiske varsler om sykdomskoder for underernæring, sier hun.

Det er veldig mange som har vært involvert i prosjektet. Kjøkkenpersonell, sykepleiere, leger og ernæringsfysiolog på sykehuset, i tillegg til tre klinikkledere som har vært med i en styringsgruppe. På IT-siden har systemarkitekter, systemutviklere, interaksjonsdesignere, integrasjonsekspert, økonomer og rådgivere vært involvert.

Prosjektgruppa har også hatt møter for å se hva som finnes fra før av kjøkken- og logistikksystem, samt hjelpemidler for å dokumentere pasienters matinntak i andre helseforetak.

Nyttig for Helseplattformen

- Ingen har ennå en løsning på problemet vårt, men alle kjenner det igjen som en utfordring. Derfor er det ekstra givende, spesielt når helseplattformen ser at vår helhetlige tanke rundt pasientens ernæringsproblemer er noe de kan nyttiggjøre seg, sier Gustad.

Prosjektet fikk 750 000 kroner i støtte fra Helse Midt-Norge og har i tillegg stått for 25 prosent egeninnsats. Pengene er brukt til å utvikle ideen om hvordan det nye systemet skal virke.

For å få utviklet løsningen til å fungere integrert med kjøkken- og logistikksystemene på sykehusene i regionen, trenger prosjektet flere midler. De kommer derfor til å søke om innovasjonsmidler for å få til et helautomatisert, integrert og velfungerende system. Gustad anbefaler flere å søke.

- Ja, så klart, det er jo kjempegøy å være med på å forbedre praksis og forbedre pasientopplevd kvalitet, sier Lise Tuset Gustad.

Varsler gjennomgang av unntaksordning

Fagdirektørene i de fire helseregionene varsler at de vil ha en gjennomgang av unntaksordningen knyttet til nye legemidler som er under vurdering i Nye metoder.



Publisert 10.08.2018

Sist oppdatert 10.08.2018

På bakgrunn av medieomtale av unntaksordningen og systemet for vurdering av nye legemidler og behandling i helsetjenesten, har de fire fagdirektørene valgt å formulere et felles innlegg som svar på kritikken som er reist. Dette er innlegget:

VG har hatt flere artikler som har stilt spørsmål ved bruk av den såkalte unntaksbestemmelsen for nye legemidler. Enkelte har ment at postnummeret avgjør hvor god kreftbehandling du får. Noen har brukt begrepet «apartheid» om kreftbehandlingen i Norge. Dette er en begrepsbruk vi mener er misvisende og som vi tar avstand fra.

Vi har et helsevesen hvor kreftpasienter har tilgang til ny, effektiv og likeverdig behandling. Det er gjort mye for å fremme en enhetlig og likeverdig kreftbehandling i Norge de siste årene. En fersk rapport fra Folkehelseinstituttet viser at nye og dyrere legemidler særlig innen kreft er en av forklaringene på at kostnadene til legemidler i norsk helsetjeneste har økt med hele 40 prosent i årene fra 2013 til 2017.

I 2013 ble «Nye metoder» etablert. Dette er et system for innføring av ny behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge. Systemet fremskaffer og vurderer dokumentasjon om nytten, bivirkninger og sikkerheten ved ny behandling og nye legemidler. Det gjennomføres også vurderinger av om nytten står i et rimelig forhold til kostnadene. Nye metoder er etablert for å bidra til at alle pasienter får tilgang til behandling de har nytte av, men også for å sikre at vi bruker helsekronene på en best mulig måte. Prinsippene for prioritering som Stortinget har vedtatt legges til grunn i alle beslutninger.

Et legemiddel som er under vurdering i Nye metoder skal normalt ikke brukes da det enda ikke er besluttet innført. Det finnes en unntaksordning som skal være en sikkerhetsventil for spesielle tilfeller. Ordningen gjelder for legemidler som er under vurdering og den er myntet på pasienter med alvorlig livstruende sykdom, som skiller seg klart fra pasientgruppen for øvrig. Legemiddelet må fylle et udekket medisinsk behov og all annen relevant tilgjengelig behandling skal være prøvd. Regelen om unntak skal praktiseres strengt og tallene VG formidler viser at unntakene er få, slik ordningen er ment å fungere. Det er ikke slik at alt som er nytt nødvendigvis har en positiv effekt eller er bedre enn eksisterende behandling. Det er heller ikke slik at alle legemidler besluttet innført.

Det vil være krevende å formulere entydige kriterier for hvilke pasienter det kan være aktuelt å gjøre et unntak for da dette handler om helt spesielle tilfeller. Forskjeller i tall for sykehus og regioner kan skyldes at sykehus har ulik størrelse og ulike funksjoner. Vi har tett dialog med fagdirektørene i alle sykehusene og har inntrykk av at unntaksordningen er godt kjent. Unntakene diskuteres jevnlig på tvers av helseregionene og på tvers av sykehusene for å fremme en mest mulig lik praktisering av ordningen. Vi vil som fagdirektører i de regionale helseforetakene gjennomgå hvordan unntaksordningen praktiseres. Vi vil også vurdere om det er behov for presiseringer og tydeliggjøring.

JAN FRICH, fagdirektør, Helse Sør-Øst RHF

HENRIK SANDBU, Helse Midt RHF

BAARD-CHRISTIAN SCHEM, Helse Vest RHF

GEIR TOLLÅLI, Helse Nord RHF

[Her finner du informasjon om saker som behandles i Nye Metoder.](#)

- Det nye tilbudet er ikke godt nok kjent

Betania Malvik har høy tilbakeføringsprosent til jobb etter endt behandling. Men de tror mange legekantor ikke kjenner de nye avtalene for arbeidsrettet rehabilitering.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 03.08.2018

Sist oppdatert 03.08.2018



Morten Tvedt og Ranveig Hoseth Nielsen ved Batnia Malvik håper flere fastleger får øynene opp for de nye avtalene for arbeidsrettet rehabilitering. Foto: Helse Midt-Norge RHF

En studie av behandlingseffekt ved Raskere Tilbake-tilbudet hos Betania Malvik i perioden 2009-2015 viser at 76 prosent av pasientene går rett tilbake til jobb etter endt behandling. Etter tre måneder er hele 89 prosent tilbake, etter seks måneder er tallet steget til 93 prosent.

I 11 år har virksomheten på Malvik behandlet lettere sammensatte psykiske lidelser. Ved nyttår kom det i gang [nye avtaler for arbeidsrettet rehabilitering](#) – men Betania opplever lite etterspørsel etter det nye tilbudet.

- Tilbudet til pasienter med muskel- og skjelettlidelser er ikke godt nok kjent på legekantorene. Det er synd, for vi vet det er en stor gruppe sykemeldte som har det som sykemeldingsårsak. Heller ikke vårt nye døgntilbud er særlig kjent. Derimot ser vi en enorm henvisningsstrøm på vanlige psykiske lidelser, sier Ranveig Hoseth Nielsen, enhetsleder ved Betania.

Avtaler verdt 46 mill. kr

Etter at de nye avtalene trådte i kraft 1. januar 2018 tilbyr Lukas Stiftelsen/Betania Malvik polikliniske konsultasjoner, dagbehandling og døgnbehandling. Muritunet AS har tilbud om polikliniske undersøkelser og dagbehandling i Ålesund og døgnbehandling i Valldal, mens Frisknett AS har polikliniske konsultasjoner og dagtilbud i Namsos, Steinkjer, Stjørdal og Trondheim.

Avtalene omfatter tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser, vanlige psykiske lidelser, og allmenne og uspesifiserte lidelser.

Omfanget av avtalene er cirka 17 500 polikliniske konsultasjoner, 27 plasser for dagbehandling og 19 plasser for døgnbehandling. Samlet verdi for avtalene er inntil 46 millioner kroner i året.

Anskaffelsen er gjennomført fordi regjeringen har foreslått en omlegging av prosjektordningen «Raskere tilbake» som har vart i 10 år.

Flest kvinner i 40-årene

Betania Malvik eies av Lukas Stiftelsen og er en diakonal ideell stiftelse. Lukas Stiftelsen driver i tillegg et sykehjem i Sparbu, etter avtale med Steinkjer kommune, og et psykiatrisk senter i Skjelfoss i Hobøl kommune i Østfold.



Betania ligger et steinkast unna fjorden i Malvik. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Morten Tvedt, psykologspesialist ved Betania, forteller at gjennomsnittspasienten deres er en kvinne på 42 år, gjerne ansatt i et omsorgsykke eller i barnehage.

- Samtidig har vi pasienter fra alle lag av befolkningen: selvstendig næringsdrivende, psykologer og leger – folk i arbeidsfør alder. Det er en stor overvekt av psykiske lidelser, mange sliter med angst og depresjon, sier Tvedt.

Han forteller at Betanias suksesskriterie er at de tilbyr et skreddersydd behandlingsopplegg til alle pasientene, med en egen behandler som følger pasienten.

Skreddersydd behandling

- Vi jobber etter den biopsykososiale modellen der hovedmetoden er jobbfokusert kognitiv behandling. Vi ser hele mennesket og tilbyr et individuelt standardisert opplegg som er tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Vi har en individuell utredning av pasientene før de kommer inn, det bidrar til at de havner på riktig nivå i helsetjenesten, sier Tvedt.

Tvedt og Hoseth Nielsen forteller at samarbeidet med fastlege og arbeidsgiver er viktig og at det er blitt mer formalisert det siste året, noe som kommer pasientene til gode. Samtidig understreker de at det ikke er noe krav om sykemelding for å kunne ta imot behandling ved Betania.

- Vi tar imot folk med alle grader av sykemeldinger, også for å forebygge sykefravær. Vi går inn som et spesialisttiltak over kort tid, men det er fastlegen og arbeidsplass som må følge opp. Vi håper legekantorene i regionen får bedre kunnskap om tilbudet etter hvert, sier Ranveig Hoseth Nielsen.

André (43) kjørte 70 mil for å få trent opp kneet

- Jeg får ekstremt god hjelp her, sier André Hansen om rehabiliteringstilbudet på Meråker Kurbad.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 02.08.2018

Sist oppdatert 02.08.2018



- For mange er målet å klare å gå opp en trapp igjen, slik er det ikke for meg. Jeg trener mer enn de andre og vil gjerne ha litt ekstra pes for å bli fortere frisk, sier André Hansen. Foto: Helse Midt-Norge RHF

André Hansen (43) er aktiv bandyspiller og har spilt på toppnivå siden han var 16 år. Tidligere spilte han på landslaget. Hard trening over mange år har vært tøft for kroppen, forteller han. Spesielt knærne.

Etter å ha slitt med bevegelighet og smerter i høyre kne i nesten ti år, fikk Hansen i vår satt inn protese.

- Jeg hadde bein mot bein. Lårbeinet sto rett mot skinnebeinet, med bare litt bruske imellom. Jeg har ikke hatt full strekk eller bøy på mange år, sier han.

Hansen bor på Hof i Vestfold, mellom Tønsberg og Drammen, og hører dermed til under Helse Sør-Øst. Da han sjekket ventetid på rehabilitering, ble han overrasket.

- Jeg har en idretts sesong som begynner i midten av oktober og var avhengig av å komme i gang med opptrening så snart som mulig. Men det var minst fire måneders ventetid. I verste fall måtte jeg vente 40 uker. Her på Meråker var ventetiden mye kortere, og da var det et enkelt valg, sier han.

Pasientstrøm ut av regionen

Etter en anbudskonkurranse for tjenester innen rehabilitering i 2017, trådte nye avtaler i kraft 1. januar i år. Til sammen 11 private virksomheter i helseregionen fikk fordelt 101 dagplasser og 232 døgnplasser knyttet til rehabilitering (se liste over alle nederst i saken). Avtalene har en verdi på rundt 300 millioner kroner årlig.

Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS har også tidligere solgt tjenester til Helse Midt-Norge, men tilbyr nå noen andre faglige tjenester enn tidligere.

- For vår del er det blitt færre pasientkategorier og mer spesialisering. Vi har blant annet tre døgnplasser for barn, ungdom og voksne med fysisk og/eller psykisk funksjonshemming. Et samarbeid med Meråker videregående gir oss tilgang til topp treningsfasiliteter. Skolens friluftstudenter skal bidra med planlegging og gjennomføring av aktiviteter ute. Det er det eneste spesialiserte tilbudet som er kjøpt inn i regionen, sier daglig leder Steinar Volden.

Han tror ikke alle fastlegene i regionen er klar over endringene i avtalene og hva de ulike stedene faktisk kan tilby.

- Blant annet går det en stor pasientstrøm med unge funksjonshemmede til Beitostølen. Det er dårlig økonomi både for oss og Helse Midt-Norge å sende pasientene ut av regionen.

- Vil ha ekstra pes

Da vi besøker Meråker Kurbad er et splitter nytt tilbygg i ferd med å bli ferdig. Bygget vil få åtte nye rom for rehabilitering, i tillegg til stue og andre fasiliteter.



Det nye bygget vil være innflyttingsklart rundt 1. oktober, forteller daglig leder Steinar Volden. Foto: Helse Midt-Norge RHF

André Hansen skal være på Meråker i til sammen tre uker. En vanlig dag gjerne starter med en halvtime morgensvømming før frokost klokken 08, forteller han. Etterpå trener han alene, før han skal til fysioterapeut på formiddagen. Etter lunsj er han tilbake på treningsrommet, gjerne to ganger før middag.

- Jeg er jo en del yngre enn de andre som er her. For mange er målet å klare å gå opp en trapp igjen, slik er det ikke for meg. Jeg trener mer enn de andre og vil gjerne ha litt ekstra pes for å bli fortere frisk, sier Hansen.

- Hva synes du om tilbudet på Meråker?

- Jeg er veldig positiv. Jeg får ekstremt god hjelp her, det er et veldig profesjonelt fagmiljø. Det forteller alle jeg har snakket med her. Jeg har en litt ambisiøs treningsplan, og det er de flinke å ta hensyn til. Og så er det fantastisk mat, det må jeg si. Man gleder seg til måltidene, sier Hansen, og legger til:

- Det var verdt å kjøre 70 mil for å komme hit.

Helse Midt-Norge RHF har avtale med følgende private rehabiliteringssteder:

1. Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS:

2 dagplasser og 10 døgnplasser; brudd og slitasjeskader i skjelett
2 dagplasser og 10 døgnplasser; revmatiske og inflammatoriske sykdommer
3 dagplasser og 5 døgnplasser; hjerneslag og traumatisk hjerneskerader
3 døgnplasser; barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning
2 døgnplasser; komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling

2. Namdal Rehabilitering IKS:

3 døgnplasser; brudd og slitasjeskader i skjelett
3 døgnplasser; kreftsykdom
3 døgnplasser; lungesykdommer
4 døgnplasser; sykkelig overvekt

3. Selli Rehabiliteringssenter AS:

5 dagplasser og 5 døgnplasser; brudd og slitasjeskader i skjelett
2 døgnplasser; amputasjoner
3 døgnplasser; kreftsykdom
5 døgnplasser; hjertesykdommer
8 døgnplasser; lungesykdommer
4 døgnplasser; komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling

4. Myworkout AS:

8 dagplasser; revmatiske og inflammatoriske sykdommer

5 dagplasser; hjertesykdommer

6 dagplasser; lungesykdommer

5. Coperiosenteret AS:

15 dagplasser; kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)

10 dagplasser; kronisk muskel- og bløtdelssmerte

6. Unicare Holding AS:

3 døgnplasser; kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)

13 døgnplasser; hjerneslag og traumatisk hjerneskader

10 døgnplasser; kronisk muskel- og bløtdelssmerte

12 døgnplasser; sykkelig overvekt

7. Landsforeningen for hjerte og lungesyke - LHL - klinikkene, Røros:

10 døgnplasser; kreftsykdom

15 døgnplasser; hjertesykdommer

19 døgnplasser; lungesykdommer

8. Landsforeningen for hjerte og lungesyke - LHL - klinikkene, Trondheim:

7 dagplasser; kreftsykdom

7 dagplasser; sykkelig overvekt

9. Muritunet AS:

5 døgnplasser; brudd og slitasjeskader i skjelett

7 døgnplasser; kreftsykdom

5 døgnplasser; hjertesykdommer

4 dagplasser og 12 døgnplasser; lungesykdommer

5 dagplasser og 5 døgnplasser; kronisk muskel- og bløtdelssmerte

5 dagplasser og 12 døgnplasser; sykkelig overvekt

4 døgnplasser; komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling

10. Kastvollen Rehabiliteringssenter AS:

30 døgnplasser; nevrologiske og nevromuskulære sykdommer

11. Oppfølgingsenheten Frisk:

5 dagplasser; kronisk muskel- og bløtdelssmerte

12 dagplasser; sykkelig overvekt

[Les mer om de nye avtalene med private rehabiliteringstjenester her](#)

Utlysning av innovasjonsmidler for 2018

Det er nå mulig å søke midler til innovasjon fra Helse Midt-Norge. Øvre grense for tildeling er 750 000 kroner, med et krav om 25 prosent egeninnsats.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 29.06.2018

Sist oppdatert 29.06.2018



Søknadsfrist for å søke innovasjonsmidler er 18. september 2018 klokken 16.00. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Som et bidrag til satsingen innen innovasjon i helsetjenesten lyser Helse Midt-Norge hvert år ut egne midler til innovasjon. Et bærekraftig helsevesen trenger løsninger som møter utfordringene, og det er derfor viktig at forskning og innovasjon tas i bruk.

Som tidligere er det kun mulig å søke om støtte til ett år om gangen. For 2018 er øvre grense satt til 750 000 kroner for tildeling i de ulike kategoriene, og det kan kun søkes om inntil 75 prosent av prosjektets totalbudsjett for perioden.

Leder for prosjektet må være ansatt i minst en 20 prosent stilling ved et helseforetak i Midt-Norge. Det er det aktuelle helseforetaket – søkerinstitusjonen – som tildeles innovasjonsmidlere, som er øremerket prosjektet.

Ønske om snarlig oppstart

Prosjektet skal være godkjent av leder med budsjettansvar ved søkers organisatoriske enhet i Helseforetaket. Vedkommende skal være informert om prosjektets aktiviteter og godkjenne den angitte egenfinansieringen i prosjektsøknaden.

Søknader om innovasjonsmidler skal leveres elektronisk via en nettbasert søknadsportal. Søknaden må plasseres i en av følgende søknadskategorier:

- Produktinnovasjon
- Tjenesteinnovasjon

Helse Midt-Norge oppfordrer innovasjonsprosjektet om å ha oppstart så snart som mulig, og senest tre måneder etter tildeling av midler.

Søknadsfrist er 18. september 2018 klokken 16.00.

[Utlysningstekst 2018](#)

[Søknadsveiledning 2018](#)

[Mal for prosjektbeskrivelse 2018](#)

[Link til søknadsportal](#)

[Mer om innovasjon i Helse Midt-Norge](#)

Regional utviklingsplan på høring

**Regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge er nå lagt ut til høring.
Høringsfrist er satt til 15. oktober 2018.**

Publisert 27.06.2018

Sist oppdatert 27.06.2018



Regional utviklingsplan er lagt ut til høring.

-Vi kan ikke fortsette å øke ressursene på samme nivå som i dag. Vi må ta i bruk ny teknologi, standardisere, få til bedre funksjonsfordelinger og bygge nettverk mellom sykehusene for å skape et likeverdig og godt tilbud til pasientene. Vi trenger en endringskultur i virksomheten, ikke bare endringsledelse, sier Nils Kvernmo som er eierdirektør i Helse Midt-Norge RHF.

Målet er at spesialisthelsetjenesten skal gi en fremragende helsetjeneste. Dette evner vi først når det planlegges godt, definerer hva som er beste praksis og tar ansattes behov med i planleggingen. I planen kan du lese mer om hovedutfordringer og tiltak som Helse Midt-Norge mener må til for å nå målene vi setter oss.

Høringsutkastet ble vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 21. juni 2018.

[Her kan du lese høringsutkastet, gi innspill og lese mer om hva regional utviklingsplan er](#)

Friluftsliv som behandling av psykiske helseplager

Bruk av natur og friluftsliv er i full fart på vei inn som behandling av psykiske helseplager.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 26.06.2018

Sist oppdatert 26.06.2018



Forskning viser at mennesker opplever mental ro, likevekt og økt mestring i naturen. Her er personalet fra DPS Vegsund i Møre og Romsdal på tur.

I det regionale medikamentfrie behandlingstilbudet ved DPS Vegsund i Møre og Romsdal har det vært et sterkt fokus på dette terapifeltet. Forrige uke fikk DPS Vegsund besøk av friluftsterapeut og forsker Leiv Einar Gabrielsen som holdt et seminar over to dager.

Temaet var «hvordan arbeide målrettet med natur i behandling av mennesker». Gabrielsen så spesielt på hvilke terapeutiske faktorer som spiller inn i behandlingen.

- Friluftsterapi er en spesialisert tilnærming til psykisk helsearbeid som kombinerer individuell og gruppebasert terapeutisk virksomhet med grunnleggende friluftsliv, og som involverer deltakerne gjennom økologiske, fysiologiske og psykologiske prosesser, sier Gabrielsen.



Friluftsterapeut og forsker Leiv Einar Gabrielsen.

Økende interesse for fagfeltet

Forskning viser at mennesker opplever mental ro, likevekt og økt mestring i naturen, og at den kan skape kontakt med de emosjonelle sidene til hver enkelt.

I det medikamentfrie behandlingstilbudet ved DPS-et settes det av en hel dag i uken til psykisk helsearbeid i naturen. Målsettingen er å redusere symptomtrykk, bedre selvbildet, oppleve mestring og øke livskvalitet.

Friluftsterapi er et relativt nytt begrep i behandling av psykiske helseplager. Likevel ser vi at interessen for dette fagfeltet er økende og flere integrerer denne tilnærmingen i behandlingstilbudene sine.

Friluftsterapi

Turer i fjell og skog gir oss en indre ro og ett avbrekk fra den ellers så travle hverdagen. I Norge har vi en nær tilknytning til naturen, og mange søker ut i den. Men det meste av helsearbeidet i Norge foregår innendørs.

Leiv Einar Gabrielsen og kolleger ved Avdeling for barn og unges psykisk helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus HF har hentet inspirasjon fra nord-amerikanske og australske helsetilbud, hvor naturen er et vesentlig terapeutisk element. De har de seneste årene utviklet det som kalles friluftsterapi, og som det regionale medikamentfrie tilbudet henter inspirasjon og kunnskap fra.

Terapeutisk yoga

I august 2018 blir det oppstart av terapeutisk yoga i behandlingstilbudet ved medikamentfri behandling DPS Vegsund. I første omgang vil det være et tilbud på fire ganger i løpet av åtte uker.

Det er økende bruk av yoga for å fremme helse og lindre plager og lidelser. Helseinstitusjoner over hele verden tilbyr behandlingsprogrammer som tar i bruk yoga som en del av behandlingen, og vitenskapelige studier viser at yoga har god effekt i møte med fysiske og psykiske plager.

Yoga har mange positive helsegevinster. Du får økt styrke, bevegelighet og balanse, som kan virke inn på tanker og følelser. Noe av det som er unikt med yoga, er oppmerksomheten på pusten i de ulike yogastillingene, som gjør at du kommer i kontakt med øyeblikket her og nå, og får en pause fra hverdagens plikter og krav. En dyp, jevn og avslappet pust kan roe ned kroppen og sinnet. Dette gir gevinst av økt konsentrasjon og en dypere ro.

Gjennom yoga kan du bli bedre kjent med deg selv og bli klar over dine behov og dine grenser, slik du kan at du har et bedre grunnlag for å gjøre gode og hensiktsmessige valg i livet. Yoga er ment som et supplement til behandlingen en får i det medikamentfrie tilbudet.

Godt teamarbeidsklima i sjukehusa

Medarbeidarane i norske sjukehus og institusjonar trives på jobb og opplev pasienttryggleiken som god. Det viser resultatane av den nasjonale medarbeidarundersøkinga ForBedring.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 25.06.2018

Sist oppdatert 25.06.2018



ForBedringsundersøkinga har gitt medarbeidarane i norske sjukehus og institusjonar moglegheit til å uttrykke i kva grad dei meiner arbeidsfellesskapet prioriterer trygg pasientbehandling og eit godt og trygt arbeidsmiljø. Undersøkinga blei gjennomført våren 2018 og nær 80 prosent av medarbeidarane har svart på undersøkinga.

- Resultata viser at det er fantastisk engasjement og eit godt teamarbeidsklima blant medarbeidarane i alle verksemdene som har delteke i undersøkinga. Det er liten variasjon i svara mellom helseregionane. Der kor resultatane viser utfordringar, er det forventna at leiar diskuterer resultatane med sine medarbeidarar og lager handlingsplanar med konkrete forbetringstiltak, seier Hilde Christiansen, direktør for medarbeidar, organisasjon og teknologi i Helse Vest RHF.

Undersøkinga kartlegg ulike sider ved arbeidsmiljø, pasienttryggleikskultur og HMS (helse, miljø og sikkerheit), som kan ha samanheng med risiko for uønskte hendingar, eller verke negativt på kvaliteten til tenesta og helse og engasjement blant medarbeidarane.

Totalt har 44 verksemdar delteke i den nasjonale undersøkinga. Dette inkluderer private ideelle verksemdar med driftsavtale i tillegg til alle verksemdar i dei regionale føretaksgruppene Helse Vest, Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Aust. I alt er meir enn 125 000 medarbeidarar inviterte til å svare på undersøkinga.

Det er Helse Vest som har samanstilt den nasjonale rapporten.

Oppfølging av resultatata

Formålet med ForBedring er å understøtte kontinuerleg forbetring av arbeidsmiljøet og pasienttryggleikskulturen i norske sjukehus. Forbetringsarbeidet skal bidra til høg pasienttryggleik og god HMS-kultur i sjukehusa. Sjukehusa skal vere ein god arbeidsplass for medarbeidarar og leiarar. Oppfølging av resultatata frå undersøkinga er difor viktig. Dei skal danne grunnlag for drøfting i medarbeidargruppa av kva tiltak som kan bidra i utviklinga i deira eining.

- Det er ei forventning i alle regionar at leiarar i samarbeid med sine medarbeidarar lager handlingsplanar med konkrete forbetringstiltak - også der resultatata er gode - for å bidra til å oppretthalde eit godt arbeidsmiljø og ein høg pasienttryggleik, seier Christiansen.

Det blir no arbeid med forbetring knytt til undersøkinga i alle helseregionane. Det er gjennomført opplæring av leiarar, rapportar med resultat er utleverte/digitalt tilgjengelege, og vernetenesta og tillitsvalde har også tilgang til resultatata. Dei einingane som har behov for ekstra oppfølging, får det.

Nasjonalt arbeid

ForBedringsundersøkinga er ei nasjonal undersøking, noko som betyr at medarbeidarar i sjukehusa i heile landet har svarta på dei same spørsmåla. Undersøkinga er laga for å avdekkje utfordringar, føre til lokalt forbetringsarbeid og bidra til at sjukehusa utviklar seg i riktig retning, til beste for både pasientar og medarbeidarar. Resultata frå undersøkinga skal òg nyttast av toppleiarane i helseføretaka både lokalt, regionalt og nasjonalt.

- Ei felles kartlegging i alle norske sjukehus gir eit breitt kunnskapsgrunnlag og informasjon om verksemdene og legg til rette for å utvikle strategiske tiltak. Resultata frå undersøkinga skal følgjast over tid og gir eit unikt kunnskapsgrunnlag som vil vere til stor nytte for leiinga når det gjeld val av strategi for å forbetre arbeidsmiljøet og pasienttryggleiken i verksemdene, seier Christiansen.

[Den nasjonale resultatrapporten \(pdf\).](#)

Ja til Alektinib (Alecensa)

Beslutningsforum for nye metoder innfører Alektinib (Alecensa) til førstelinjebehandling av ALK-positiv avansert ikke-småcellet lungekreft (NSCLC).

Publisert 25.06.2018

Sist oppdatert 25.06.2018



Dette vil gjelde en undergruppe av alle lungekrefttilfeller, på om lag 50 nye pasienter hvert år. Legemiddelet viser en tendens til bedre progresjonsfri overlevelse enn Crizotinib (Xalkori).

Denne undergruppen utvikler et fusjonsprotein som gir økt celledeling, vekst, infiltrasjon og metastasering. Denne undergruppen av ALK-positive pasienter utgjør ca. tre til sju prosent av alle NSCLC pasientene.

[Les hele saken på nettsidene til Beslutningsforum for nye metoder](#)

Noen flere midtnorske pasienter får skadeerstatning

Mens noen flere pasienter i Midt-Norge er blitt tilkjent pasientskadeerstatning i 2017 sammenlignet med tidligere år, går utbetalingene ned, viser ny rapport.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 22.06.2018

Sist oppdatert 22.06.2018



Helse Midt-Norge mottok 2527 erstatningssaker i fra 2013 til 2017. 34 prosent av sakene fikk medhold. Til sammen utbetalte Helse Midt-Norge 449 millioner kroner i perioden. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Norsk Pasientskadeerstatning – NPE – gir hvert år ut en rapport som viser utviklingen i erstatningssaker. Årets rapport viser at det i årene 2013 til 2017 er blitt utbetalt 3,6 milliarder kroner i erstatning til pasienter og pårørende som har hatt krav på erstatning etter feilbehandling i spesialisthelsetjenesten.

I løpet av perioden mottok NPE i alt 17 666 erstatningssaker knyttet til behandling ved de fire regionale helseforetakene. Rapporten viser at det er godt samsvar mellom antallet NPE-saker fordelt på regionale helseforetak og Statistisk sentralbyrås statistikk over antall behandlinger: Helse Midt-Norge sto i perioden for 15 prosent av behandlingene og 14 prosent av sakene.

- Pasientsikkerhet har høy prioritet for Helse Midt Norge og er noe vi systematisk jobber med gjennom fokus på åpenhet om det som går galt. Det er viktig for å forbedre tjenestene som ytes. Å redusere antall pasientskader og yte trygge tjenester med høy kvalitet er et av våre styringsmål for 2018, sier Kristian Onarheim, assisterende fagdirektør i Helse Midt-Norge RHF.

- Vi er også engasjert i Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender», et nasjonalt program som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak, legger han til.

Utbetalte 449 mill. kr

Til sammen mottok Helse Midt-Norge 2527 erstatningssaker i femårsperioden. I 2013 var antallet saker 456, i 2017 525. Det tilsvarer en økning på 15,1 prosent. Fra 2016 (506 saker) til 2017 (525 saker) var økningen på 3,75 prosent.

Samtidig var Helse Midt-Norge den regionen som sto for lavest andel erstatningsutbetalinger i perioden: 12 prosent. Helse Sør-Øst hadde en andel på 54 prosent av utbetalingene, Helse Vest 20 prosent og Helse Nord 13 prosent.

Helse Midt-Norge har utbetalt til sammen 449 millioner kroner i perioden. I 2017 var utbetalingene på 88,9 millioner kroner, året før var utbetalingene 112,3 millioner kroner. At størrelsen på den totale utbetalingssummen varierer fra år til år skyldes blant annet hva slags skader sakene gjelder, de økonomiske konsekvensene skadene har fått i hver enkelt sak og hvor mange saker det er gjort utbetalinger i, heter det i rapporten. Tilgangen på saksbehandlerressurser spiller også inn.

34 prosent fikk medhold

- Hver eneste dag får pasienter god helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i Norge. I de aller fleste tilfellene får pasientene den hjelpen de har krav på og trenger. Men i noen tilfeller går det dessverre galt, og da kan pasientene søke om erstatning fra NPE, sier NPE-direktør Rolf Gunnar Jørstad.

Den totale medholdsandelen i femårsperioden er på 33 prosent for alle regionene. Helse Nord har den høyeste medholdsandelen med 37 prosent, mens Helse Sør-Øst har den laveste med 32 prosent. I Helse Midt-Norge fikk 34 prosent av sakene medhold (727) saker, mens 66 prosent av sakene fikk avslag (2165 saker).

Til sammen 10 138 fikk vedtak om avslag i perioden. I tillegg ble 2351 saker avvist eller henlagt. Ifølge rapporten er det i hovedsak tre vilkår som må være oppfylt for at en erstatningssøker skal få medhold: Pasientskaden må skyldes svikt i behandlingen, ha ført til et økonomisk tap på minst 10 000 kroner, og den må ikke være for gammel.

- Mye læring i erstatningssakene

De medisinske områdene det klages på er nokså likt over hele landet. I Helse Midt-Norge er de ti største medisinske områdene de samme som for alle regionene sett under ett. Medholdsandelen er høyest innenfor ortopedi og gastrokirurgi, henholdsvis ett og to prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. Psykiatri har lavest andel medhold, ett prosentpoeng høyere enn landsbasis.

Rapporten viser også at det er flere kvinner enn menn som søker om pasientskadeerstatning. Kvinnene utgjør 53 prosent, men 47 prosent. Gjennomsnittsalderen da pasientskaden skal ha skjedd er 47 år, og er lik for begge kjønn.

- Vi opplever at sykehusene og helseregionene i økt grad bruker materialet vårt i kvalitetsarbeidet. Dette mener jeg er en positiv utvikling, fordi det er mye læring i erstatningssakene vi behandler. Det er bra at den samlede erfaringen fra saker som i utgangspunktet fremmes av enkeltpersoner, kan brukes i forbedringsarbeidet, til nytte for mange, sier Rolf Gunnar Jørstad.

[Les rapporten på Norsk Pasientskadeerstatnings nettsider](#)

Ekstern rapport om IT-sikkerhet

Helse Midt-Norge IT har fått gjennomført en ekstern vurdering av IT-sikkerheten i forbindelse med etablering og drift av nytt logistikk- og økonomisystem i Helse Midt-Norge.



Publisert 21.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018

Bakgrunnen for at det ble gjennomført en ekstern vurdering er knyttet til en rapport for IT-sikkerhet og bruk av private leverandører som Direktoratet for e-helse publiserte i fjor. Denne rapporten peker blant annet på at private leverandører er nødvendig for å modernisere og digitalisere helsetjenesten.

– Sikkerhetsaspektet er helt sentralt for å ivareta en bærekraftig helsetjeneste der opplysningene følger pasienten uten å komme på avveie. Leverandører tilfører spesialkompetanse som helsetjenesten ikke har selv og kan bidra til mer stabile og tilgjengelige tjenester, sier adm.dir. Stig Slørdahl.

For at det skal være forsvarlig å bruke private leverandører understreker rapporten fra Direktoratet for e-helse at det kreves god styring av risiko og høy bestillerkompetanse hos sykehusene. Dette gjelder i alle faser, fra planlegging av anskaffelse til oppfølging av kontrakter og leveranser. Rapporten fra Direktoratet for e-helse peker på forbedringsområder i helsesektoren.

Evaluerte IT-sikkerheten

Helse Midt-Norge IT (Hemit) har med dette som bakgrunn fått gjennomført en evaluering av IT-sikkerheten i forbindelse med etablering og drift av nytt logistikk- og økonomisystem i Helse Midt-Norge. Logistikk- og økonomisystemet behandler fakturaer der opplysninger om pasientnavn og behandlingssted kan forekomme, noe som er å betrakte som sensitive personopplysninger.

Helse Midt-Norge inngikk i 2013 en avtale med IBM AS om utvikling, implementering og drift av logistikk- og økonomisystem i SAP. Hemit håndterer og drifter IKT-infrastrukturen, mens driftstjenestene på systemet utføres av IBM sitt spesialistmiljø på Manila, Filippinene.

Før avtalen med IBM ble inngått ble det gjennomført risikovurderinger, juridiske vurdering, inngåelse av databehandleravtaler og melding til Datatilsynet i tråd med gjeldende regelverk.

Evalueringen viser blant annet at Helse Midt-Norge har god kontroll på tildeling av administratorbrukere i systemet og at roller og ansvarsfordeling er godt beskrevet. Samtidig peker evalueringen på forbedringsområder i metodikken og risikovurderingene som ble gjort for å synliggjøre risiko innenfor informasjonssikkerhet.

Helse Midt-Norge tar anbefalingene i rapporten fra Direktoratet fra e-helse og funnene i evalueringen på alvor, og har satt i gang tiltak deriblant forbedringer i prosess og metodikk for risikostyring.

Hvordan innovasjon kan komme til nytte i helse og helsetjenesten

KURS: Lær hvordan du kan kommersialisere forskning og ideer, og få innsikt i hvordan innovasjon kan komme pasienter, helsevesenet og samfunnet til gode.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 21.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018



Søknadsfrist på kurset er 27. juni. Foto: Colourbox

I samarbeid med Universitet i Oslo og Karolinska Institutet i Stockholm etablerte NTNU nylig Helseinnovatørskolen. Høsten 2018 tilbyr skolen et kurs i helseinnovasjon og entreprenørskap myntet på PhD-kandidater, postdoktorer og klinikere som ønsker å kommersialisere sine ideer.

Kurset gir 5 studiepoeng og her lærer man hvordan man kan kommersialisere forskning og ideer, og hvordan innovasjon kan komme til nytte i kliniske sammenhenger.

Kurset gir grunnleggende opplæring i entreprenørskap. Det overordnede målet er at du som forsker eller kliniker lærer å utvikle en forskningsidé til et nytt selskap og hvordan du skriver en forretningsplan, i samarbeid med enten Handelshøyskolen i København eller en norsk akademisk institusjon i Oslo.

Kurset starter med et obligatorisk kickoff-møte i Oslo 3. og 4. september, og avsluttes med et møte i Stockholm 13. og 14. desember.

Søknadsfrist er 27. juni.

[Les mer om Helseinnovatørskolen her](#)

[Her finner du mer informasjon om selve kurset \(engelsk\)](#)

Høringsutkast regional utviklingsplan vedtatt

I dag ble høringsutkastet for regional utviklingsplan vedtatt i styret i Helse Midt-Norge RHF. Høringa vil bli lagt ut åpent for alle på våre nettsider og høringsfrist er satt til 15. oktober.

Publisert 21.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018



Vi skal skape pasientenes helsetjeneste og befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.

Fremragende helsetjeneste

En fremragende helsetjenester får vi først om vi evner å planlegge godt, definere hva som er beste praksis og ta de ansattes behov med i planleggingen. For å nå målene Helse Midt-Norge setter seg, trekker regional utviklingsplan spesielt ut følgende hovedutfordringer og tiltak.

Hovedutfordringer

De største hovedutfordringene er: En aldrende befolkning, rekrutterings- og kompetanseutfordringer, økende forventninger – den nye pasienten, nye tilbud, spesialisering, sentralisering og koordineringsbehov, press på økonomisk bærekraft, økende krav til endringsevne, nye sårbarheter

Viktigste tiltak

De viktigste tiltakene for å nå målene som settes i regional utviklingsplan er: Digitalisering med Helseplattformen som hovedsatsing, standardisering, funksjonsfordeling innad i det enkelte helseforetak, regionale fellesløsninger, samhandling, populasjonsbasert tilnærming og helhetlige pasientforløp.

Regional utviklingsplan

Innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan skal den regionale utviklingsplanen være et ledd i å operasjonalisere Strategi 2030. Samtidig tar den utgangspunkt i helseforetakenes utviklingsplaner, og legger særlig vekt på områder som krever regional overbygning. Den regionale planen skal ivareta sørge for perspektivet som det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge har.

Innen kort tid vil endelig høring legges under siden [utviklingsplaner](#) på våre nettsider.

[Her finner du høringsutkastet som ble lagt fram for styret 21. juni](#) (Dette er ikke endelig høringsutkastet)

[Her kan du lese mer om hva regional utviklingsplaner er](#)

Krevende langtidsbudsjett

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt langtidsbudsjett for perioden 2019-2030. Regionen står foran krevende investeringer både når det gjelder sykehusbygg og ny teknologi. Det er i langtidsperioden planlagt med 9,9 milliarder kroner i bygningsmessige investeringer og 9,8 mrd til IKT.

Publisert 21.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) og Helseplattformen er de største og prioriterte investeringer i perioden. Det er innvilget låneramme for det nye sykehuset og lånesøknad for Helseplattformen ble i vinter sendt Helse- og omsorgsdepartementet. Planlegging av senter for Psykisk helse ved St. Olavs hospital starter opp i 2018, med antatt ferdigstilling i 2025.

- Det er ingen grunn til å underslå at de planlagte investeringene vil gi oss svært stramme i årene som kommer. Det er viktig at ansatte deltar aktivt i de prosessene vi trenger for å lykkes. Involvering og endringsvilje er viktig for å utløse gevinstene vi skal høste av digitalisering og strukturelle grep, sier adm.dir. Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge.

I styrets vedtak heter det at helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. For å oppnå ambisjonen om en fremragende helsetjeneste må vi finne nye måter å jobbe på, foreta tydeligere prioriteringer og utnytte ressursene best mulig både innad i og på tvers av helseforetakene. Samtidig må ansattes arbeidsmiljø og arbeidsbelastning ivaretas på en god måte.

Styret legger til grunn at foretakene sammen med Helse Midt-Norge konkretiserer arbeidet med å etablere nødvendig økonomisk handlingsrom gjennom styrking av resultat og finansieringsevne. Økt samhandling og samarbeid på tvers i foretaksgruppen skal bidra til bedre ressursutnyttelse.

Helseforetakene skal legge til rette for at drift og investeringer prioriteres innenfor tilgjengelig likviditet i langtidsbudsjettet. Dersom resultatet endrer seg negativt må det gjøres nødvendige tilpasninger i drift eller investeringer.

Vedtatt langtidsbudsjett innebærer også at de foreløpige budsjettrammene for helseforetakene i regionen er lagt. Det gir grunnlag for foretakenes arbeid med budsjett 2019. Endelige budsjetter for neste år vil bli justert i tråd med rammene som legges i Statsbudsjettet.

De årlige investeringsbudsjettene vedtas i forbindelse med budsjettbehandlingen det enkelte år. Styret ber om at det i denne saken redegjøres for tiltak og gevinstrealiseringsplaner for å nå fastsatte mål og planer. Beslutning om og gjennomføring av investeringer skal følge fastsatte retningslinjer for investeringer og styring av usikkerhet i store prosjekter. Vedtatt langtidsbudsjett gir ikke godkjenning for gjennomføring av de enkelte prosjekt eller tilhørende lån.

Nedgang i bruk av antibiotika, men stor variasjon på andre helseområder

Bruken av bredspektret antibiotika går ned, i tråd med nasjonale målsettinger. Dette er noen av de nye funnene blant nasjonale kvalitetsindikatorer (helsenorge.no) som publiseres 21. juni.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 21.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018



Foto: Colourbox

Mindre bruk av antibiotika

Det er et helsepolitisk mål at Norge skal redusere bruken av antibiotika, bruke legemidlene riktigere, øke kunnskapen om antibiotikaresistens og være en pådriver internasjonalt i utviklingen av nye antibiotika og vaksiner. Antallet resepter som skrives ut skal reduseres kraftig, og målet er å nå 250 resepter per 1000 innbygger innen 2020.

Kvalitetsindikatoren som måler antall resepter på antibiotika viser at utviklingen går i riktig retning. I 2017 ble det skrevet ut 339 resepter per 1000 innbygger på landsbasis. Dette er positive trender i antibiotikabruken.

– Bruken av bredspektret antibiotika er fortsatt for høy i Norge, og den skal ned. Vi ser det går i riktig retning. Dersom overforbruk leder til antibiotikaresistente bakterier, så kan det bety store helseutfordringer for samfunnet og den enkelte. Vi må derfor fortsette å jobbe målrettet for å få ned forbruket, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

– Med økt resistens kan vi risikere økt dødelighet hos for eksempel kreftpasienter, nyfødte, intensivpasienter, og de som har gjennomgått transplantasjon eller større kirurgiske inngrep. Redusert bruk av utvalgte antibiotika reduserer risikoen for utbrudd og spredning av antibiotikaresistente bakterier, sier Guldvog.

Vil du vite mer om kvalitet i Helse Midt-Norge finner du det [her](#).

Du kan lese mer om de ulike funnene på [Helsedirektoratets sider](#).

Framtidas ledelse, bemanning og kompetanse

Det ble en ivrig diskusjon da styret i Helse Midt-Norge RHF møttes for å diskutere ledelse, bemanning og kompetanse som et tema fra regional utviklingsplan. Godt lederskap, heltidskultur, samarbeid med utdanninger, samarbeid på tvers av fag og teknologisk utvikling var emner som ble løftet høyt på agendaen.

Publisert 20.06.2018

Sist oppdatert 20.06.2018



Viktige temaer i regional utviklingsplan er godt lederskap, heltidskultur, samarbeid med utdanninger, samarbeid på tvers av fag og teknologisk utvikling . Foto: Terje Visnes

Helsetjenesten har vært gjennom en rivende utvikling, og både ansatte og organisasjonene har utvist stor vilje og evne til å endre seg til å møte stadig nye utfordringer. Dette er en endringstakt vi må regne med vil øke framover.

Kontinuerlig endring

Spesialisthelsetjenesten står overfor en rask teknologisk utvikling som i stadig større grad åpner nye muligheter. Denne omstillingen vil blant annet kreve en betydelig satsing på opplæring og tilleggsutdannelse for dagens ledere og medarbeidere.

I tillegg må vi være forberedt på at det kan bli behov for personell med en annen bakgrunn enn det som tradisjonelt har vært etterspurt i foretakene, eksempelvis kompetanse innen fysikk og spesifikke områder innen IKT og teknologi.

Nok personell for framtida

Tilgangen på helsepersonell med riktig kompetanse er en av hovedutfordringene for helsetjenesten i fremtiden. Behovene tilsier en betydelig vekst i aktivitet, samtidig som både økonomi og tilgangen på potensielle arbeidstakere begrenser hvor mange ansatte vi kan ha.

Kapasitet og kompetanse

Vi trenger mer kunnskap om de framtidige behovene for arbeidskraft. Framtidas kompetansebehov i helsetjenesten skapes i et komplekst samspill mellom en rekke faktorer, som medisinsk- og helsefaglig utvikling, teknologiutvikling, sykdomsutvikling og demografi, krav og forventninger fra pasientene, organisering og ledelse av tjenesten, profesjonsinteresser og økonomisk utvikling.

Et bedre kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å bli en bedre samarbeidspartner med utdanningssektoren, slik at vi tydeligere kan si noe om spesialisthelsetjenestens behov for kapasitet og innhold i studiene.

Ledelse

Ut fra de utfordringer vi har identifisert, trenger vi generelt å øke ledelseskapasiteten og ledelseskompetansen i Helse Midt-Norge. Ledelse som fag må styrkes og kompetansekrav struktureres, formaliseres og brukes til å øke lederes og ledergruppes kompetanse. Vi må også vurdere kontrollspennet i den pasientnære delen av virksomheten vår (dvs. øke antall seksjonsledere). Vi må også sørge for støttesystemer som forenkler arbeidsdagen og frigjør lederes tid til å drive personalledelse. Administrative oppgaver må digitaliseres og automatiseres der dette er mulig.

Veien videre

Styret skal behandle et høringsutkast i styremøtet 21. juni. Høringen vil være åpen for alle, og avsluttes i løpet av høsten 2018.

[Her finner du notatet om utviklingsplaner som ble presentert for styret onsdag](#)

[Her kan du lese mer om hva regional utviklingsplan er](#)

Tar over Helse Midt-Norges arbeid med samhandling

Assisterende fagdirektør Kristian Onarheim skal ta over arbeidet med et av Helse Midt-Norge RHF's viktigste satsningsområder: Samhandling.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 18.06.2018

Sist oppdatert 25.06.2018



- Samhandling vil bli viktig i alle de store prosjektene vi kjører i regionen, som Helseplattformen og nytt sykehus i Møre og Romsdal, sier Kristian Onarheim. Foto: Terje Visnes

Han skal dermed ta over oppgaven fra samhandlingsdirektør Daniel Haga som er i ferd med å trappe ned, før han snart går av med pensjon.

- Jeg skal ta over et ansvarsområde som Daniel har hatt. Det innebærer å bygge videre på det gode arbeidet som har vært gjort. Helse Midt Norge har vært en foregangsregion når det kommer til god samhandling, sier Onarheim.

Han sier samhandling med kommunen og de kommunale tjenestene blir viktig, men også mellom helseforetak, i sykehus og mot private helsetjenestetilbydere.

- Arbeidet innebærer å delta aktivt inn i mot samhandlingsarenaene som har vært, og å knytte kontakter med personer og bli kjent med de arenaene som er, sier Onarheim.

Vil videreutvikle samarbeidet med kommunene

Fagdirektør Henrik Sandbu sier Helse Midt-Norge RHF ønsker å videreutvikle det gode samarbeidet med kommunene.

- Samhandling er et viktig aspekt med alle de store utviklingsprosjektene våre. God samhandling løper sammen med god faglig utvikling, sier Sandbu.

Samhandling er et av Helse Midt-Norge RHF's viktigste satsningsområder for å løse samfunnsoppdraget, påpeker Onarheim.

- Det er et av de viktigste områdene for å kunne møte det utfordringsbildet vi har skissert i [strategi 2030](#). Det vil bli viktig i alle de store prosjektene vi kjører i regionen, som blant annet [Helseplattformen](#), [nye laboratedataløsninger](#), [nytt sykehus i Møre og Romsdal](#) og [logistikk- og økonomiprojektet \(SAP\)](#).

Må bli enda bedre på samhandling

I tillegg til samhandling vil IKT og Helseplattformen være blant Onarheims arbeidsområder. Og han skal fortsatt være stedfortreder for fagdirektør. I tiden fremover er regionhelseforetaket nødt til å samhandle enda bedre enn det er gjort frem til nå.

- På den måten vil vi utvikle helsetjenestene til det beste for befolkningen frem mot år 2035. Dette er i tråd med vår satsing på digitalisering og standardisering, sier han.

- Jeg har hatt et godt samarbeidet med Daniel i tiden jeg har vært her, og er nå klar til å ta over oppgaven, sier Onarheim.

LES OGSÅ: [Nærmer seg svar på Sepsis-gåten](#)

Sakspapirer til styremøte i juni

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20. og 21. juni er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 15.06.2018

Sist oppdatert 18.06.2018



Møtet starter onsdag 20. juni kl. 17.30 med seminar om kompetanse og rekruttering (temasak knyttet til arbeidet med Utviklingsplan for Helse Midt-Norge). Møtet fortsetter torsdag 21. juni kl. 08.00 med ordinær sakliste, på Quality Airport Hotell Værnes i Stjørdal sentrum.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Har inngått avtale om pasienttransport i Møre og Romsdal

Helse Midt-Norge RHF har signert avtale om pasienttransport med Herøy Taxi og Nord-Vest Taxi. Dermed er avtaler om pasientreiser på plass for hele regionen.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 14.06.2018

Sist oppdatert 14.06.2018



Prosjektgruppa fra Helse Midt-Norge var i Ålesund mandag og signerte avtalen med Herøy Taxi. Fra venstre: Per Espen Soleim, Jacob Devold, Per Morten Bjørlykke (Herøy Taxi), Arnt Egil Hasfjord (prosjektleder) og Tor Hellandsvik. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Avtalen om pasienttransport ble signert i Ålesund mandag denne uka, og gjelder fra 1. august 2018.

Nordvest Taxi AS vil dekke tre fjerdedeler av Møre og Romsdal: Nordre Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre. Søre Sunnmøre er det Herøy Taxi som vil ta seg av. Områdeinndelingen er knyttet til sykehusene i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund.

- Vi er glad for at vi er i mål med en avtale etter det vi har opplevd som en fin prosess. Vi har funnet en god løsning for pasienttransporten, og vi tror det vil fungere bra for pasientene våre, sier Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF.



Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF.

Prosjektleder for Helse Midt-Norge i anskaffelsen, Arnt Egil Hasfjord, sier det har vært en veldig god dialog med markedet for å få utformet tilbudet på en god måte for alle. Avtalen gjelder for to år, med mulighet til fornyelse i to år til, i til sammen maks fire år.

- Avgjørende for distriktene

Steinar Nilsen, daglig leder i Nordvest Taxi, sier prosessen med å få til en avtale har tatt ett år.

- Pasienttransporten har stor betydning til drosjebransjen, og er avgjørende for at det skal være drosjetilbud i distriktene. Derfor er vi glad for at dette er kommet i havn. I avtalen er det lagt opp til et helt nytt takstsystem. Hvordan det vil fungere i praksis vet vi ikke før vi har tatt det i bruk, sier Nilsen.

I februar signerte Helse Midt-Norge RHF og Trøndertaxi as pasientreise-avtale for kommuner i sørlige Trøndelag. Med avtalen som ble signert mandag, er hele regionen sikret et tilbud om pasientreiser.



- Pasienttransporten er avgjørende for at det skal være drosjetilbud i distriktene, sier daglig leder i Nordvest Taxi Steinar Nilsen (nummer to fra venstre). Her sammen med prosjektgruppa, Per Espen Soleim (f.v.), Jacob Devold, Trond Hansen, Arnt Egil Hasfjord og Tor Hellandsvik. Foto: Helse Midt-Norge RHF



For høge tilbud for bygging av nytt akuttsjukehus på Hjelset

Konkurransen om å bygge akuttsjukehuset på Hjelset bør bli avslutta, det skriv adm.dir. Espen Remme i si innstilling til styret i Helse Møre og Romsdal. Pristilboda som har kome inn er langt høgare enn forventta, og det vil ikkje vere mogeleg å forhandle dei ned til den økonomiske ramma som er satt for oppdraget.

Publisert 11.06.2018

Sist oppdatert 11.06.2018

Her finn du pressemelding frå Helse Møre og Romsdal HF:

[Pressemelding](#)

Her finn du saksframlegget for styret i Helse Møre og Romsdal HF:

[Sak 32-2018](#)

Fire nei og ett ja til kreftlegemidler

Fire kreftlegemidler fikk nei og ett kreftlegemiddel fikk ja i møtet til Beslutningsforum for nye metoder. I tillegg ber Beslutningsforum for nye metoder Helsedirektoratet å vurdere behovet for å revidere retningslinjene for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft.

Publisert 11.06.2018

Sist oppdatert 11.06.2018



Illustrasjonsbilde: Kvinne får mammografi

Du kan lese saken om beslutningene på nettsidene til Beslutningsforum på nyemetoder.no

Koppler skal redusere komplikasjoner etter kreftoperasjon

Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017

Frustrasjonen over alvorlige komplikasjoner etter kreftoperasjon satte de to kirurgene på ideen om en bedre løsning. Resultatet: Den sammenleggbare stiftemaskinen koppler.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 08.06.2018

Sist oppdatert 08.06.2018



Drivkraft: – Kan vi spare én komplikasjon eller ett dødsfall, så er hele prosjektet verdt det. Det er jo dette som er drivkraften vår, forteller Lars Cato Rekstad (t.h) som står bak ideen sammen med Brynjulf Ystgaard.

Overlegene Lars Cato Rekstad og Brynjulf Ystgaard ved St. Olavs Hospital HF har operert en rekke pasienter for kreft i mage, tarm og i spiserøret. Derfor var de begge smertelig klar over komplikasjonene som ofte kan oppstå etter en tilsynelatende vellykket operasjon. Disse ønsket de å gjøre noe med.

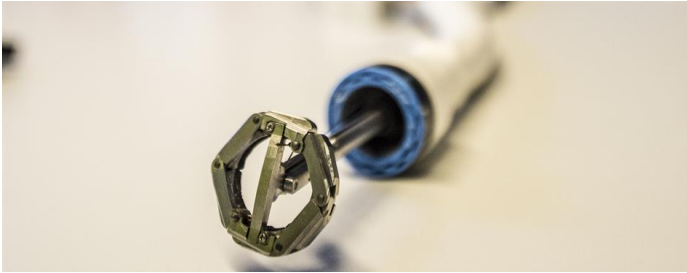
– Kirurgi er veldig personlig. Det er vi som står der med pasienten og ser hvilke utfordringer og behov vi faktisk har for å kunne gi den beste behandlingen, forteller Ystgaard.

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har de fire regionale helseforetakene utarbeidet en rapport om forskning og innovasjon i sykehusene i 2017. Dette er en av sakene i rapporten. [Les hele rapporten her.](#)

Lekkasjer fører til nye operasjoner

I dette tilfellet er problemet at den sirkulære stiftmaskinen som brukes til å skjøte sammen tarmen eller spiserøret etter en kreftoperasjon, også kan forårsake alvorlige komplikasjoner når den skal tas ut igjen. I tillegg er den både utfordrende og tidkrevende å få på plass.

– En slik stiftmaskin må ha større diameter enn åpningen den skal skjøte. Det gjør at den kan lage rifter i stifteraden når den tas ut, noe som igjen kan forårsake lekkasje, forklarer Rekstad.



Sammenleggbare stiftmaskin: Koppler er et nytt instrument for skjøting av tarm etter tarmkreftoperasjon som skal bidra til å forebygge alvorlige komplikasjoner.

Forskning viser at lekkasjer kan oppstå i så mange som 20-30 prosent av disse operasjonene, og dødeligheten er på nesten ni prosent i enkelte pasientgrupper. Ved lekkasjer må pasienten på nytt gjennom en omfattende operasjon. I tillegg til å være svært belastende for pasienten, medfører det også store samfunnsmessige kostnader.

Les flere saker fra rapporten: [Trøndersk urin ble internasjonal døråpner](#) og [Koppler skal redusere komplikasjoner etter kreftoperasjon](#)

Drivkraften er å spare liv

– Kan vi spare én komplikasjon eller ett dødsfall, så er hele prosjektet verdt det. Det er jo dette som er drivkraften vår. Som leger får vi ofte et personlig forhold til pasientene våre. Vi sender dem gjennom et forløp med både strålebehandling og cellegift, og så kanskje en operasjon der du vet at svært mange får alvorlige komplikasjoner etterpå. Det er ingen god følelse, sier Rekstad.

Selve ideen bak koppler oppsto i 2015 da de to legene var sammen på en kongress i Sverige, der nettopp slike lekkasjer var tema. Hva om de kunne lage en stiftmaskin som kunne legges sammen – og dermed bli mindre i diameter?

– Vi begynte å jobbe med en prototype som kunne føres inn og foldes ut når den er på plass. For så å foldes sammen igjen slik at den kan trekkes ut uten å ødelegge det stiftede området. I tillegg vil den også bli enklere å føre inn og gjøre selve operasjonen raskere, forteller Ystgaard.

Får hjelp til kommersialisering

Hvis prosjektet blir realisert, kan det bety kortere tid i narkose, mindre sykefravær, raskere rekonvalesens, færre reoperasjoner og mindre belastning på operasjonsstuer og intensivheter.

– Det er fint å kunne bidra til å gi pasientene enda bedre behandling samtidig som det vil kunne lette egen arbeidshverdag. Å kunne realisere slike ideer som oppstår i jobben vår som leger er også med på å øke arbeidstilfredsheten, sier Rekstad.

Med seg i prosessen har de konsulentselskapet Inventas som har stått for den tekniske utviklingen av prototypen. I tillegg jobber de tett med NTNU Technology Transfer – en organisasjon som skal bidra til å kommersialisere forskning og oppfinnelser fra NTNU og Helse Midt-Norge hvor Helse Midt-Norge RHF bidrar med innovasjonsmidler.

Det tette samarbeidet mellom forskerne, Inventas og NTNU Technology Transfer har vært avgjørende for å kunne realisere ideen. Og nå har de kommet så langt at de har fått presentert protoypen til store internasjonale aktører innen medisinsk-teknisk utstyr.

– Disse var svært positive, men vi fikk også noen konkrete tilbakemeldinger på hva vi må løse, så det holder vi på med nå, sier prosjektleder i NTNU Technology Transfer, Tonje Steigedal.



Tonje Steigedal, prosjektleder i NTNU Technology Transfer.

Testet på grisearm

For det å utvikle et helt nytt medisinsk verktøy er krevende, og en god idé er ikke nok i seg selv. Etter at prototypen var på plass, har det aller viktigste vært å sørge for at verktøyet er solid nok til å gjøre jobben like godt hver eneste gang.

– Dette er en sirkulær stiftemaskin som stifter 24 stifter på en gang. Det betyr at den må tåle et trykk på 100 kg, noe som har vært utfordrende å få til, innrømmer Rekstad.

Etter å ha gjort en rekke tester, blant annet på grisearm, er de nå i ferd med å få på plass en stabil konstruksjon. Og når den er klar, er målet å få til en vellykket kommersialisering av produktet.

– Vi har kommet langt i produktutviklingen, men når det nå er snakk om å sette koppler i produksjon og distribusjon er vi avhengige av større aktører som er rigget slik at produktet kan komme samfunnet til gode, sier Ystgaard, før han haster videre til en ny operasjon.

Fakta:

Prosjekttittel: Koppler – et nytt instrument for skjøting av tarm etter tarmkreftoperasjon

Prosjektleder: Lars Cato Rekstad og Brynjulf Ystgaard

Helseforetak/sykehus og enhet: St. Olavs hospital HF

Ideen er å utvikle et nytt instrument, koppler, som skal forbedre og forenkle dagens sirkulære stiftmaskin. Dagens løsning er utformet slik at det er stor risiko for å rive opp igjen stifterekken etter endt operasjon. Koppler er sammenleggbare og blir dermed lettere å føre på plass og trekke ut etter operasjon, noe som minsker risikoen for alvorlige komplikasjoner betraktelig.

Lyser ut faste stillinger

I forbindelse med det videre arbeidet i Helseplattformen, søkes det nå etter flere personer til faste stillinger. Blant disse er Prosjektleder for innføring.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 08.06.2018

Sist oppdatert 21.06.2018



Mens anskaffelsen i Helseplattformen fortsatt er i dialogfasen, er forberedelsene til neste fase av programmet, nemlig innføring, allerede godt i gang.

I den forbindelse er det behov for å få på plass flere sentrale roller. Helseplattformen søker derfor etter personell til følgende stillinger:

[Prosjektleder for innføring av Helseplattformen](#) (ekstern utlysning)

[Virksomhetsarkitekt](#) (intern utlysning)

[Kontraktsforvalter](#) (intern utlysning)

[Programcontroller](#) (ekstern utlysning)

[Leder for Programkontor](#) (intern utlysning)

Søknadsfristen for alle stillingene er 21. juni 2018.

Ansatte i helseforetakene, Helse Midt-Norge og Trondheim kommune kan søke på de interne utlysningene. Stillingen som prosjektleder for innføringsprosjektet programcontroller lyses også ut eksternt.

Nærmer seg svar på Sepsis-gåten

Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017

Ved hjelp av kunstig intelligens og innsamlet genmateriale fra nær 3000 trøndere, er leger ved St. Olavs hospital HF i ferd med å løse gåten bak en av sykdommene som tar flest liv ved norske sykehus.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 08.06.2018

Sist oppdatert 08.06.2018



Leder prosjektet: Professor i infeksjonsmedisin Jan Kristian Damås (t.v), og overlege og forskningsleder i intensivmedisin, Erik Solligård, ved St. Olavs hospital er i ferd med å løse gåten bak sepsis.

Sepsis, populært kalt blodforgiftning, tar livet av seks millioner mennesker på verdensbasis hvert år. Likevel får sykdommen lite oppmerksomhet – i alle fall frem til nå.

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har de fire regionale helseforetakene utarbeidet en rapport om forskning og innovasjon i sykehusene i 2017. Dette er en av sakene i rapporten. [Les hele rapporten her.](#)

Vanskelig å gjenkjenne

– Sepsis er en av de dødeligste sykdommene du kan ha når du kommer inn i akuttmottaket, og for hver time som går uten behandling øker dødeligheten med omtrent 5 %, forteller Jan Kristian Damås, professor i infeksjonsmedisin og overlege ved St. Olavs hospital.

Sammen med overlege og professor i intensivmedisin Erik Solligård, leder han forskningsprosjektet "Genetikk og kunstig intelligens skal bedre overlevelsen av sepsis", som er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og NTNU.

Selv om den årlig tar livet av flere enn noen av de vanligste kreftformene – er ikke oppmerksomheten rundt sepsis like stor. Noe av utfordringen har vært at sykdommen har så ulike forløp og symptomer, at både sykepleiere og leger sliter med å gjenkjenne den.

– Mange studier har prøvd å løse gåten med sepsis, uten å lykkes, forteller Solligård.

Flere saker fra rapporten: [Trøndersk urin ble internasjonal døråpner](#) og [Koppler skal redusere komplikasjoner etter kreftoperasjon](#)

Avgjørende med individtilpasset behandling

Det eneste som har vært sikkert er at tidlig behandling er avgjørende, og at dagens praksis med å behandle alle pasienter etter samme regime, ikke fungerer godt. Til det er både pasientene og de ulike bakteriene som forårsaker sepsis, for forskjellige.

– Vi vet at individtilpasset behandling er svært viktig for disse pasientene, men vi har hatt liten kunnskap om hvem som er i risikogruppen for å få sepsis. Og om hvorfor noen blir veldig dårlige og dør av det, mens andre klarer seg bra, forteller Solligård.



- Vi har hatt liten kunnskap om hvem som er i risikogruppen for å få sepsis, sier Jan Kristian Damås (t.v.). - Mange studier har forsøkt å løse gåten med sepsis, uten å lykkes, forteller Erik Solligård.

Kunstig intelligens kan gi svar

Ved hjelp av en enorm mengde biologiske data er de i ferd med å finne svar på nettopp disse spørsmålene. Allerede i 1994 begynte overlege Arne Mehl ved Sykehuset Levanger å registrere informasjon og fryse ned blodkulturer fra sepsis-pasienter. Og sammen med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har de nå informasjon fra nesten 3000 pasienter og 65 000 kontroller, som de bruker i forskningen.

– Det er verdens største samling av sepsis-pasienter. Det gir oss et unikt grunnlag til å se på genetikk, bakterier og risikofaktorer i en sammenheng – og til å kunne bruke den informasjonen til å skreddersy riktig behandling til hver enkelt pasient, sier Solligård.

Og det er der den kunstige intelligensen kommer inn. Sepsis-forskerne på St. Olavs hospital jobber tett med teknologer, genetikere og miljøer som jobber med kunstig intelligens, som blant annet IBM Watson. Målet er å finne en metode som kan gi hver enkelt pasient en individuelt tilpasset risikovurdering og behandling.

– Vi jobber med en løsning der vi digitalt kan mate inn all informasjon vi har om en pasient når han eller hun kommer inn på akuttmottaket, å få en automatisk og presis risikovurdering, informasjon om den spesifikke bakterien og anbefalt behandling, sier Damås.

40 prosent lavere dødelighet

Parallelt med at forskerne jobber for å gjøre datamaskinene smarte nok til å redde liv, har de også utviklet et verktøy som gjør det enklere for helsepersonell å gjenkjenne symptomer og risikofaktorer.

– Sykepleiere er gode på observasjon, og de er i førstelinje til å oppdage sepsis når de tar i mot pasientene, sier Solligård.

Forskningen har blant annet bidratt til prosjektet «Stopp Sepsis Sykepleier» på Sykehuset Levanger, som vant Norsk Kvalitetspris for helsetjenesten i 2017. Strukturerte observasjoner og sjekklister førte til at dødeligheten blant sepsis-pasienter ved sykehuset ble redusert med cirka 40 prosent, noe som tilsvarer 17 til 18 menneskeliv årlig. Nøkkelen er individtilpasset behandling.

– Hver pasient er unik, og ved å skreddersy behandlingen til den enkelte pasienten ut fra dennes historie og arvemateriale, så tror vi både dødeligheten og komplikasjonene til denne fryktede sykdommen endelig vil avta, sier Damås.

Fakta:

Prosjekttittel: Genetikk og kunstig intelligens skal bedre overlevelsen av sepsis

Prosjektledere: Overlege/professor i intensivmedisin Erik Solligård og overlege/professor i infeksjonsmedisin Jan Kristian Damås ved St. Olavs Hospital HF.

Midtnorsk senter for sepsisforskning

Består av over 15 forskere med bakgrunn som leger, sykepleiere, epidemiologer, dataingeniører, genetikere og teknologer. Senteret er bygget opp gjennom et nært samarbeid mellom St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, NTNU og Yale University i USA. Helse Midt-Norge RHF finansierer med forskningsmidler gjennom helseforetakene.

Om Sepsis:

Sepsis, populært kalt blodforgiftning, er slett ikke en forgiftning, men en infeksjon. Sepsis oppstår når bakterier kommer over i blodbanen og kroppens eget infeksjonsforsvar overreagerer på dette. Det kan føre til skade og funksjonssvikt på en rekke av kroppens organer, og i verste fall død.

Om Stopp Sepsis Sykepleier

Et samarbeid mellom Nord Universitet og Midtnorsk senter for sepsisforskning ved NTNU og St. Olavs Hospital. Ved hjelp av enkle observasjonskart ble dødeligheten av sepsis redusert med nær 40 prosent. I tillegg ble utviklingen av alvorlig blodforgiftning under sykehusopphold redusert med 30 prosent og antall dager på intensivavdelingen i gjennomsnitt redusert med 3,7 dager per pasient.

Trøndersk urin ble internasjonal døråpner

Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017

I to gigantiske fryserom på Levanger oppbevares dyrebare dråper med trøndersk urin. De kan nemlig bidra til å forutsi om du står i fare for å utvikle alvorlig nyresvikt.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 08.06.2018

Sist oppdatert 08.06.2018



Ny metode: Forskningen til nyrelegene Stein Hallan og Solfrid Romundstad har bidratt til å finne en metode som forutsier risikoen for alvorlig nyresvikt.

Helt siden middelalderen har mennesket kikket, luktet og til og med smakt på urinen for å se hvordan det står til med helsa. Og fortsatt er den en viktig kilde til informasjon for forskerne, selv om metodene er blitt en god del mer vitenskapelige enn den gangen.

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet har de fire regionale helseforetakene utarbeidet en rapport om forskning og innovasjon i sykehusene i 2017. Dette er en av sakene i rapporten. [Les hele rapporten her.](#)

Unik datakilde

På Sykehuset Levanger i Trøndelag sitter to av dem og forteller om oppdagelsene de har gjort. Blant annet ved hjelp av urinprøver og annen informasjon fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), en av verdens største og best gjennomførte befolkningsstudier.

– Da vi startet som nyreleger for 15 år siden, var det ikke satt fokus på forebygging eller hvordan vi kan bremse utviklingen av nyresykdom. I stedet handlet det stort sett om behandling for helt ødelagte nyrer, som dialysebehandling eller transplantasjon, sier overlege Solfrid Romundstad.

Sammen med overlege og professor Stein Hallan, som til daglig er tilknyttet St. Olavs Hospital og NTNU, har hun forsket på hvilke faktorer som kan øke risikoen for alvorlig nyresykdom og hvordan den kan forebygges.

Flere saker fra rapporten: [Trøndersk urin ble internasjonal døråpner](#) og [Koppler skal redusere komplikasjoner etter kreftoperasjon](#)

Fant ny metode for å klassifisere risiko

Da de to forskerne begynte å kikke nærmere på materialet fra HUNT-undersøkelsen, gjorde de flere viktige oppdagelser.

– Et av de viktigste funnene våre var at vi oppdaget at kronisk nyresykdom er svært vanlig også i Norge, med en forekomst på 11 prosent blant voksne. Men i motsetning til i USA, er det relativt få som utvikler full nyresvikt. Dette tror vi skyldes bedre forebyggende medisin i Norge, sier Hallan.

Deretter så de at risikoen for alvorlige komplikasjoner hos nyrepasienter kunne klassifiseres ved en kombinasjon av to prøver: En urinprøve som måler utskillelsen av proteinet albumin for å si noe om hvor aktiv sykdommen er, og en blodprøve som måler prosent nyrefunksjon for å si noe om hvor langt sykdommen har kommet. Dette prinsippet har de i samarbeid med 50 andre forskergrupper fra hele verden studert videre, og det danner grunnlaget for en ny internasjonal klassifisering av kronisk nyresykdom (KDIGO).



– I tillegg til at vi kan forsinke utviklingen av sykdommen, kan vi også planlegge bedre for de pasientene som utvikler alvorlig nyresvikt – og som får behov for dialyse og eventuelt transplantasjon, sier forskerne.

Et annet viktig funn var den nære sammenhengen mellom nyresykdom og utvikling av hjerte- og kar-sykdommer.

– Kronisk nyresykdom er en like stor risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdommer som for eksempel diabetes, og albuminutskillelse i urinen er en viktig markør for hjerte-helse, forteller Romundstad.

Livsstilssykdom

I USA anbefales det at store pasientgrupper, inkludert alle som er over 60 år, undersøkes med tanke på nyresykdom. I Norge er vi noe mer restriktive, men alle fastleger ute i kommunene kan ta i bruk den samme metoden.

Det betyr at pasienter som står i faresonen kan få praktisk oppfølging tidlig – og dermed forebygge eller forsinke utviklingen av nyresvikt. Dette vil kunne spare både liv og penger. – I tillegg til at vi kan forsinke utviklingen av sykdommen, kan vi også planlegge bedre for de pasientene som utvikler alvorlig nyresvikt – og som får behov for dialyse og eventuelt transplantasjon. Da kan vi sørge for at flere pasienter får riktig henvisning til riktig tid. Det betyr færre pasienter på sykehus, noe som er av stor samfunnsmessig betydning, sier Hallan.

Selv om noen også er genetisk disponert, er dette først og fremst en livsstilssykdom. Det betyr at når det kommer til forebygging så er det de klassiske rådene som gjelder.

– Mange av sykdomstilfellene er livsstilsrelatert, og faktorer som overvekt, blodtrykk og røyking har mye å si for utviklingen, bekrefter Hallan.

Internasjonal døråpner

Forskerne er klare på hvor avgjørende den store mengden biologisk data og annen helseinformasjon de har tilgjengelig gjennom HUNT-undersøkelsene har vært for prosjektet.

– HUNT-materialet har vært en døråpner for oss internasjonalt. At vi har så mange helseopplysninger fra en befolkning i et helt fylke, over så mange år, er helt unikt – også i verdensammenheng. Flere forskere i utlandet har også søkt om å få bruke materialet derfra i sin forskning, forteller Romundstad.

Og selv om de allerede har oppnådd mye, har ikke de to nyrelegene noen planer om å avslutte forskningen ennå.

– Det er fortsatt lite fokus på nyrer innen medisinen, men vi holder på med flere spennende forskningsprosjekter nå, sier Romundstad.

Fakta:

Prosjekttittel: Kronisk nyresvikt og hjerte/karsykdom

Prosjektledere: Solfrid Romundstad og Stein Hallan.

Helseforetak/sykehus og enhet: Samarbeidsprosjekt mellom (Sykehuset Levanger) Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Midt Norge RHF, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

HUNT

- Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning.

- Til sammen har 120 000 personer samtykket til at aidentifiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og nesten 80 000 har avgitt blodprøver.
- Data fra HUNT har gitt opphav til 170 doktorgrader og 1700 vitenskapelige publikasjoner.

Publikasjoner

1. Hallan et al. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. J Am Soc Nephrol, 2006.
2. Hallan et al. Combining GFR and albuminuria to classify CKD improves prediction of ESRD. J Am Soc Nephrol, 2009.
3. Hallan et al in Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. JAMA, 2012.
4. Romundstad et al. Long-term changes in albuminuria: underlying causes and future mortality risk in a 20-year prospective cohort. J Hypertens, 2016.

Mest forskningsmidler til kreft, hjerte og mental helse

Kreftforskning er det området hvor helseforetakene bruker mest forskningsmidler. Hjerteforskning og forskning innen mental helse følger deretter.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 07.06.2018

Sist oppdatert 08.06.2018



En fornøyd helse- og omsorgsminister fikk overlevert fellesrapporten som viser forsknings- og innovasjonsarbeid på sitt beste i helseforetakene.

(På bildet fra venstre; kvalitets- og forskningsdirektør Helse Nord Rune Sundset, ass. fagdirektør Helse Vest Pål Iden, helse- og omsorgsminister Bent Høie, forsknings- innovasjons- og utdanningsdirektør Helse Sør-Øst Per Morten Sandset, administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF Stig Slørdahl)

Kvinnelige forskere styrker sin posisjon i spesialisthelsetjenesten. 61 prosent av nye doktorgrader ble avlagt av kvinner. Kvinneandelen blant forskere som publiserer vitenskapelige artikler er 48 prosent, og andelen stiger jevnt.

Dette viser tall fra Nasjonal rapport om forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten, som ble overlevert til helse- og omsorgsminister Bent Høie torsdag 31. mars.

- Gjennom forskningen flyttes grensene for hva som er mulig i pasientbehandlingen. Fremtidens pasientbehandling utvikles kontinuerlig gjennom økt kunnskapsbygging, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Forskningen bidrar til utvikling av ny medisinsk kunnskap og teknologi av både nasjonal og internasjonal betydning. - Regjeringen ønsker å løfte helse og omsorg som et næringspolitisk satsningsområde. Det er derfor flott å se at antall kommersialiseringsprosjekter øker i omfang, sier Høie.

Kunnskapsbasert helsetjeneste

- Forskning og innovasjon er en forutsetning for at pasienter skal kunne motta kunnskapsbasert helsetjeneste av høy kvalitet og som er i takt med utviklingen internasjonalt, sier administrerende direktør Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Alle helseforetak i Norge er pålagt å sørge for forskningsaktivitet i klinikken.

- I dagens helsepolitikk er satsingen på økt brukermedvirkning sentral for å skape pasientens helsetjeneste. Rapporten bekrefter at brukerne er mer involvert i forskning og innovasjon enn tidligere. 20 prosent av forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten går til prosjekter hvor brukerne er med som rådgivere eller samarbeidspartnere, eller hvor brukerne deltar i organer som tilrettelegger for forskning.

Brukermedvirkning er mest utbredt innen psykisk helse.

Femten forskningsprosjekter

I rapporten presenteres femten forsknings- og innovasjonsprosjekter som alle er til pasientens beste. Prosjektene omfatter blant annet forebygging av hjertesykdom ved revmatiske sykdommer, utvikling av en vaksine som kanskje kan redde livet til mange nyfødte, ny teknologi for å finne lungesvulster og forskning som har avslørt et fedme-gen.

Fra Helse Midt-Norge er følgende saker presentert:

* "Ny teknologi finner lungesvulster" på side 11 i rapporten

* "Ultralyd gir pasientene bedre hjelp" på side 23 i rapporten.

(Saken fortsetter under bildet og lenken)

Les hele rapporten her:



Høie besøkte St. Olavs Hospital HF og NTNU før overrekkelsen av fellesrapporten. Det kan du lese mer om på St. Olavs Hospital HF sine nettsider:

[Forskningsturnè gjennom universitetssykehuset](#)

[Les mer om forskning i Helse Midt-Norge](#)

Har inngått avtale om rituell omskjæring av guttebarn

Fra 1. juni 2018 har Ibsensykehusene AS og Helse Midt-Norge RHF en avtale om rituell omskjæring av gutter.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 06.06.2018

Sist oppdatert 13.06.2018



Omskjæring foregår som dagkirurgi og guttene skal være i alderen mellom 0 og 3 måneder eller over 3 år. Foto: Colourbox

1. januar 2015 trådte en ny lov i kraft som pålegger alle helseforetakene å tilby rituell omskjæring av guttebarn. Formålet med loven er å sikre at inngrepet skjer på en forsvarlig måte, samt å sikre et tilgjengelig tilbud.

I Midt-Norge er det St. Olavs hospital som har hatt ansvar for tilbudet, men den siste tiden har ikke sykehuset utført tjenesten av hensyn til kapasitet. Nå har Helse Midt-Norge inngått en avtale med Ibsensykehusene om å utføre tjenesten, med virkning fra 1. juni 2018.

Henvisning fra barselavdeling

Rituell omskjæring er et kirurgisk inngrep hvor huden som dekker tuppen av penis, forhuden, fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst begrunnet. Loven tillater at leger kan reservere seg mot å utføre inngrepet.

Inngrepet foregår som dagkirurgi og guttene skal være i alderen mellom 0 og 3 måneder eller over 3 år.

Henvising kan skje fra barselavdeling på sykehus. Det skal da gjøres en ordinær henvising der nødvendige medisinske opplysninger inngår. Det kan også mottas direkte henvendelse fra pasientens foresatte.

Utføres ikke i Midt-Norge

Ibsensykehusene kan foreta inngrepene enten i Gjøvik eller i Porsgrunn.

Bedøvelse (anestesi) ved inngrep på gutter under 3 måneder gis i form av en kombinasjon av overflateanestesi og lokal anestesi (penisblokkade). Anestesi skal gis av behandlende lege eller samarbeidende anestesipersonell. Ved inngrep på gutter over 3 år skal generell anestesi benyttes og vil utføres av anestesipersonell som har erfaring med å bedøve barn.

Rituell omskjæring av gutter vil utføres av legespesialist i urologi, barnekirurgi, generell kirurgi eller plastikkirurgi.

Ibsensykehusene vil ta hånd om guttene til de kan reise hjem uten risiko og vil innen tre dager etter operasjon følge opp pasienten med en telefonsamtale til foresatte og, hvis nødvendig, med en kontrolltime.

Informasjon og tolketjenester på fremmedspråk er omfattet av avtalen.

Krav om egenbetaling

For inngrep omfattet av lov om rituell omskjæring av gutter er det krav om egenbetaling fra foresatte, for tiden kr. 4000.

Helse Midt-Norge RHF skal i henhold til «lov om rituell omskjæring av gutter» sørge for at de som ønsker det innen helseregionen, kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte. Avtalen med Ibsensykehusene omfattes ikke av retten til Fritt behandlingsvalg og Helse Midt-Norge dekker ikke kostnader til reise.

Ifølge Ibsensykehusene blir rundt 2000 gutter i Norge omskåret hvert år. Kontaktinformasjon finnes på [Ibsensykehusenes nettsider](#).

Trygg på god løsning for Helseplattformen

- Ved innspurten sto vi igjen med to svært gode leverandører i konkurransen om Helseplattformen. Jeg er sikker på at vi får til en god løsning med Epic hvis vi gjør de nødvendige forberedelsene, sier adm.dir Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF. Han har besøkt flere foretak som har tatt i bruk Epics teknologi.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 01.06.2018

Sist oppdatert 04.06.2018



Johns Hopkins Medicine i Baltimore, USA har innført Epics løsning ved sine 40 store og små sykehus og institusjoner. Adm dir Stig Slørdahl besøkte hovedsykehuset i februar. Foto: Helse Midt-Norge RHF

I går ble det kjent at Cerner Norge, som var den andre leverandøren i konkurransen etter flere nedvalg, hadde besluttet ikke å levere et endelig tilbud. Dermed er det i praksis klart at Epic står igjen som eneste leverandør i konkurransen om å levere løsningen som skal binde hele helsetjenesten i Midt-Norge sammen i ett journalsystem.

Slørdahl, som også er leder av programstyret for Helseplattformen, sier han har god kjennskap til Epic etter flere besøk ved sykehus og foretak som er kunder av selskapet, og ikke minst snakket med kollegaer om erfaringene deres både i Europa og USA. Epic er også i ferd med å rulle ut moderne journalløsninger i Danmark og Finland.



En stor delegasjon fra helseforetakene, Legeforeningen og Trondheim kommune besøkte to av Epics største programmer i USA i februar. Her orienteres deltakerne om innføringen av Epic ved Johns Hopkins Medicine. Foto: Helse Midt-Norge RHF

- Erfaringene jeg har fått fra andre land viser viktigheten av å ha en tett kontakt med legene, sykepleierne og annet helsepersonell når den nye journalløsningen skal settes opp og implementeres i sykehusene, i kommunene og hos fastlegene. Det nytter ikke å komme med løsninger som er tilpasset andre helsetjenester, sier Slørdahl, som likevel påpeker at dette gir oss også en mulighet til å forbedre mange av arbeidsprosessene våre.

Er sikret et godt utfall

Slørdahl sier han gjerne skulle sett et endelig tilbud fra Cerner, men at konkurransen har vært så skarp og kommet så langt at prosjektet har den informasjon de trenger for å forhandle fram en god kontrakt med Epic.

- Priser var kalibrert og vi har fått en god innsikt i begge løsninger, sier Slørdahl, som påpeker at det ikke er uvanlig at leverandører trekker seg fra konkurranser etter strategiske og forretningsmessige vurderinger.



Stig Slørdahl med Senior Vice President Stephanie Reel, prodekan ved Johns Hopkins University, og Peter Green, chief medical information officer ved Johns Hopkins Medicine. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Han mener at med to så modne leverandører i siste innspurt, ville utfallet blitt godt uansett.

Kontrakt i 2019

- Suksessen for Helseplattformen avhenger altså mer av hvor godt vi forbereder innføring og hvordan vi setter opp løsningen tilpasset våre behov, mener Slørdahl. Han trekker fram at helseforetakene og flere kommuner allerede er godt i gang med å bygge opp mottaksorganisasjoner og forberede sine innføringsprosjekter.

- Vi har høstet erfaringer fra både vellykkede og mindre vellykkede innføringsprosjekter fra begge de to leverandørene, sier Slørdahl.

Etter planen skal Helseplattformen skrive kontrakt med leverandøren tidlig i 2019. Prosjektet sparer en del tid på at de står igjen med én leverandør tidligere enn planlagt, men fortsatt skal endelig tilbud leveres og evalueres, og det skal forhandles om kontrakt.

Etter inngått kontrakt skal løsningen settes opp og tilpasses (konfigureres) ved hjelp av personell fra de sykehus, fastleger og kommuner som skal ta i bruk løsningen først, og opplæring planlegges og settes i gang. Første utrulling er planlagt til høsten 2021.

[Les mer om Helseplattformen her](#)

Fortsetter dialogprosessen med Epic

Helseplattformen fortsetter dialogen med Epic om å levere løsningen for en felles elektronisk pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge.

Publisert 30.05.2018

Sist oppdatert 31.05.2018



Fire leverandørselskap leverte tilbud i konkurransen om Helseplattformen i mai 2017. I oktober sto anskaffelsesprosjektet igjen med tre av disse, og siden januar har de to selskapene Epic og Cerner Norge konkurrert om å levere løsningen. Cerner har nå konkludert med at de ikke vil levere et endelig tilbud.

Cerner støtter fullt ut det overordnede målbildet om «Én innbygger – én journal», men vi har kommet fram til at det forretningsmessige grunnlaget ikke er til stede for å møte spesifikke utviklingskrav fra Helseplattformen, sier Amanda Green, som har tittelen vice president and general manager for Cerner i Norden og BeNeLux-landene.

Programdirektør i Helseplattformen Torbjørg Vanvik sier at dialogen med Cerner har vært god og har gitt uvurderlig innsikt gjennom hele prosessen. – Vi ville ha foretrukket å avslutte med et endelig tilbud fra Cerner. Basert på den gode dialogen vi har hatt har vi likevel etablert et godt grunnlag for å slutføre anskaffelsen av en helhetlig løsning.

Både Helse Midt-Norge og Cerner kjenner en sterk forpliktelse til å opprettholde et godt partnerskap for fremtidig vedlikehold og support av journalsystemet Doculive, dagens journalløsning ved sykehusene i regionen, fram til den nye Helseplattformen er fullstendig implementert.

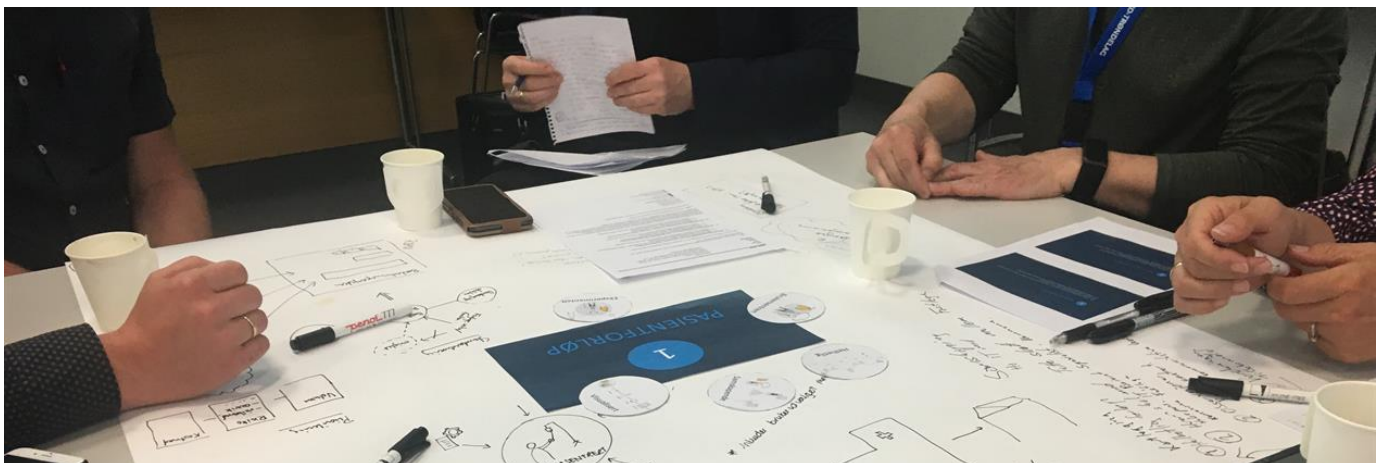
Tjenestededesign som pådriver for en god helsetjeneste

Kan tjenestededesign bidra til en bærekraftig norsk helsetjeneste også i fremtiden? Det var et av temaene under britiske Maja Kecmans seminar om tjenestededesign ved St. Olav.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 29.05.2018

Sist oppdatert 13.06.2018



- God tjenestededesign handler om å lage produkter som folk vil bruke og som samtidig gir nytte, sa Maja Kecman under seminaret ved St. Olav. Foto: Helse Midt-Norge RHF

Britiske Maja Kecman var nylig i Trondheim for å holde et inspirasjonsseminar om tjenestededesign ved Kunnskapssenteret ved St. Olavs hospital.

Kecman har bakgrunn fra Helix Centre i London, et samarbeid mellom Imperial College London, Royal College of Art og St Mary's Hospital. Helix Centre består av et team av designere, klinikere, ingeniører og utviklere, og de bruker ulike designmetoder for raskt å løse problemer, forutse muligheter og prototype løsninger, fortalte Kecman.

Formålet med seminaret var å bli bedre kjent med tjenestededesign som metodikk, få innblikk i hvordan det benyttes ved Imperial College og å utforske muligheter for å ta denne metodikken i bruk innen helsetjenesten i Midt-Norge, fortalte Kristian Onarheim, assisterende fagdirektør i Helse Midt-Norge RHF, som ledet seminaret.

Brukeren i sentrum

- Tjenestedesign som metodikk handler om å sette brukeren i sentrum av tjenesteutviklingen og er på den måten helt i tråd med ønsket om å skape pasientens helsetjeneste. Det er også svært relevant for Helseplattformen, sa Onarheim innledningsvis.

Maja Kecman på sin side fortalte om hvordan hun og hennes team jobbet med å løse problemer relatert til helse ved bruk av design.

- Det handler om å lage produkter som folk vil bruke og som samtidig gir nytte, sa Kecman, og viste til en rekke casestudier.

Blant annet hadde hun og teamet fått i oppgave å se på hvordan det var mulig å redusere antall besøk på legevakta. Dette var et stort problem ved St Mary's, der 75 prosent av de som møtte opp slett ikke trengte øyeblikkelig hjelp, ifølge Kecman.

Utviklet astma-app

Teamet tok for seg alle pasientene de siste tre årene og filtrerte dem i ulike kategorier, som de så jobbet videre med. En av kategoriene var barn med astma. En gruppe på 20 stykker oppsøkte akuten svært ofte, gjerne flere ganger i uka.

- Vi reiste hjem til barna og snakket med foreldrene, vi besøkte dem på skolen og snakket med lærerne, og vi ble med dem på mottaket. Vi fant ut at spesielt lærerne manglet kunnskap om astma. De hadde lav terskel for å ta kontakt med foreldrene, som så tok barna med til legevakta – uten at de nødvendigvis trengte det, sa Kecman.

Løsningen ble å utvikle en app som fjernet all kompleksiteten og som gjorde det lettere for barna selv å holde oversikt over sykdommen sin, og dermed vite om det var behov for øyeblikkelig hjelp eller ikke.

Ny type kommunikasjon

En annen problematikk teamet jobbet med, var å finne en løsning for å redusere aggressivitet og vold mot personalet på legevakta – noe som koster sykehuset 70 millioner pund i året, ifølge Kecman.

De startet med observasjon og prøvde å forstå hvorfor noen blir aggressive. De fant ut at det var et gap mellom forventninger og hvordan forholdene faktisk var på akuttmottaket.

- Folk blir aggressive fordi systemet ikke er transparent. Vi fant ut at enkel kommunikasjon kan ha stor innvirkning på et stort problem, sa Kecman.

Maja Kecman fortalte også om hvordan de fikk flere til å sende inn prøver for å finne ut om de hadde – eller sto i faresonen for å få – tarmkreft. Her endret de rett og slett kommunikasjonen rundt emnet, med bedre beskrivelser og illustrerte brosjyrer som virket mindre skremmende. De utviklet også en innretning i papir som gjorde det enklere å gjennomføre prøven.

MR-maskin ble sjørøverskip

Kecman har vært med på å utvikle en app som skal hjelpe sykepleiere til å gi rett dose medisin til pasientene, og hun har vært med på å utvikle en ny type oksygenlange som ikke skader ørene til pasienten.

Hun fortalte også om designet av MR-maskin som så ut som et sjørøver-skip, med en historie barna tar del i. Formålet er å få barna til å ligge helt stille og å unngå narkose mens de blir scannet. Dette prosjektet var hun ikke selv med på å designe.

Jarl Reitan, Ann Kristin Forshaug og Hanne Ekran Thomassen fra SINTEF hadde også en presentasjon om hvordan de benytter brukersentrert design gjennom SINTEFs satsing på helse og velferd. De beskrev sitt arbeid med tjenestedesign i fem prinsipper:

- Folk først – det er bedre å skape et produkt som er tilpasset folk, heller enn omvendt.
- Jobb helhetlig – få oversikt, så zoom inn. Bryt ned kompleksiteten.
- Jobb tett sammen – klinikere, ingeniører, designere... Skap det rommet der det er mulig.
- Visualisering – viktig for å få felles forståelse. Hva er viktig for pasienten? Lettere å se på prioriteringer på denne måten.
- Iterativt – jobb i små steg.

Ansetter tjenestedesigner

Johan Fredrik Skomsvoll, daglig leder for Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), ga tilhørerne et bakteppe for noen av de utfordringene norsk helsevesen står overfor – og hvorfor vi i fremtiden har behov for å jobbe smartere.

- Befolkningen blir eldre og urbaniseringstrenden blir sterkere. Mens de unge flytter til byen, blir de eldre igjen i kommunene. Hvis vi driver helsetjenestene som i dag i 2035, har vi behov for mange flere sykehusplasser. Det er ikke bærekraftig. Derfor er det viktig at forskning og innovasjon brukes som instrumenter, som hjelp for å møte disse utfordringene, sa Skomsvoll.

Han fortalte at RSHU til høsten ansetter en tjenestedesigner.

- Tjenestedesign handler om å identifisere hva som gir best nytte for pasientene. Faktorer og elementer som kan gi merverdi, uten at det nødvendigvis koster noe. Teknologi kan være en muliggjører for at helsehjelp kan ytes der hvor de er, sa Kristian Onarheim.

Seminaret ble arrangert i samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og RSHU. Arrangementsansvarlig var innovasjonsrådgiver Marit Skyrud Bratlie i Helse Midt-Norge RHF.

Pasientreiser HF kan bli «årets digitale suksesshistorie»

Pasientreiser HF er en av tre finalister til Digitaliseringsprisen. Vinneren kåres 6. juni.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 25.05.2018

Sist oppdatert 25.05.2018



Pasientreiser HF kan vinne pris for sin satsing på elektronisk søknad om refusjon på helsenorge.no. I dag mottas 70 prosent av søknadene digitalt og over 50 prosent av sakene behandles automatisk.

Sammen med Samtykkebasert lånesøknad og Smart omsorg er Pasientreiser HF i finaleheatet til Digitaliseringsprisen. Prisen deles ut under Digitaliseringskonferansen i Operaen i Oslo 6. juni. I tillegg til heder og ære kan vinneren smykke seg med tittelen «årets digitale suksesshistorie».

Ifølge Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) – som er arrangør – har alle tre virksomhetene lyktes med å utnytte digitaliseringens muligheter. Kriteriene som er lagt til grunn for prisen er hvordan tjenesten/løsningen har bidratt til bedre samordning, hvordan brukerperspektivet er ivaretatt og hvilke gevinster tjenesten/løsningen har bidratt til.

Elektronisk refusjon

Bakgrunnen for at Pasientreiser HF er nominert, er deres satsing på elektronisk søknad om refusjon på helsenorge.no. Prosjektet kom i gang i oktober 2016, og i dag mottas 70 prosent av søknadene digitalt og over 50 prosent av sakene behandles automatisk. Tidligere ble alle refusjoner levert på papir som ble behandlet manuelt.

Pasientreiser HF har ansvar for teknologiutvikling og systemforvaltning av reiser med og uten rekvisisjon. Selskapet eies av de fire regionale helseforetakene.

Les mer på [Pasientreiser HFs nettsider](#).

Samtykkebasert lånesøknad (SBL) er et samarbeid mellom Skatteetaten, Brønnøysundregistrene og finansnæringen ved Finans Norge og Bits AS. SBL gjør lånesøknaden enklere for forbrukerne i et samarbeid mellom offentlige etater og finansnæringen.

20 nominerte – tre finalister

Smart omsorg er det byårdsavdeling for helse og omsorg i Bergen kommune som står bak. Det er et program som siden 2015 har hjulpet sektoren til å jobbe digitalt og på nye, smartere måter gjennom ny teknologi, økt kompetanse og innføring av digital arbeidsmetodikk.

20 ulike virksomheter var i utgangspunktet nominert til prisen, blant dem Helse Vest IKT for dataspillet «Stopp Sepsis», Statens vegvesen for salgsmelding på nett og Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser for læringsportalen sjelden.no. I mai ble disse redusert til tre finalister.

Juryen som skal kåre vinneren består av Heidi Arnesen Austlid (administrerende direktør i IKT-Norge), Håkon Haugli (administrerende direktør i Abelia), Line Richardsen (avdelingsdirektør KS) og juryleder Ellen Strålberg (fagdirektør Difi).

Les mer om prisen, de nominerte og konferansen på [Difis hjemmesider](#).

Nye personvernregler i 2018

4. april 2016 vedtok EU-parlamentet en ny personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som vil være gjeldende i løpet av 2018 i hele EU og erstatte EUs personverndirektiv. EUs nye personvernforordning gir innbyggere sterkere rettigheter og Helse Midt-Norge nye plikter. Hva betyr det egentlig?

Av Helse Midt-Norge

Publisert 23.05.2018

Sist oppdatert 23.05.2018



Hva er GDPR?

En forordning er en EU-lov og i Norge vil forordningen erstatte personopplysningsloven og tilhørende forskrifter. Den nye forordningen skal bidra til sterkere personvern og informasjonssikkerhet ved behandling av personopplysninger, og innebærer et felles regelverk for Europa som gir en harmonisering på tvers av landegrensene. Hver virksomhet som behandler personopplysninger har ansvar for at dette til enhver tid skjer i henhold til gjeldende regelverk.

Hva gjør vi for å etterkomme nye plikter?

De viktigste stegene for å etterkomme ny personvernforordning er å sørge for å ha oversikt over hvilke personopplysninger som behandles hvor, hvorfor og hvordan de behandles,

samt hva som er grunnlaget for behandlingen av opplysningene. Administrasjon og oppfølging av eksisterende IT-systemer og medisinsk teknisk utstyr er avgjørende, og krever endringer i arbeidsmetoder og rutiner. Hvert helseforetak er ansvarlig for å etterleve de krav som stilles i ny personvernforordning.

Regionalt GDPR prosjekt

I Helse Midt-Norge er det flere aktiviteter knyttet til arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet, og det pågår et regionalt GDPR prosjekt som skal hjelpe helseforetakene i arbeidet med å sikre at behandlingen av personopplysninger er i tråd med kravene.



Åsmund Kjeldstad Lie som er prosjektleder i Hemit

-Den viktigste motivatoren for å sikre god etterlevelse av regelverket er likevel respekten for hver enkelt vi behandler informasjon om - og deres behov for trygghet omkring informasjonsbehandlingen i helseregionen, sier Åsmund Kjeldstad Lie som er prosjektleder i for GDPR – prosjektet i Helse Midt-Norge. - Ivaretagelse av slik trygghet er grunnleggende viktig i hvert møte med helsetjenesten og i videre digitalisering av helsesektoren, avslutter han.

Skal bidra til økt pasientsikkerhet

Personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren skal bidra til økt pasientsikkerhet, blant annet ved forsvarlig håndtering av helseopplysninger og at korrekte opplysninger kommer til rett behandler. Trygghet på at helseopplysninger ikke spres til uvedkommende er grunnleggende for tillit mellom pasienter og helsepersonell, noe som igjen er en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp. I tillegg til dette er viktige personvern hensyn at opplysninger skal være korrekte og oppdaterte, og tilgjengelige for rett person til rett tid.

Tilrettelegger ny spesialistutdanning for leger

Med kort tidshorisont blir 2018 et hektisk år for å oppfylle den nye spesialistforskriften. Det vil kreve mye arbeid fra helseforetakene.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 22.05.2018

Sist oppdatert 23.05.2018



Fra venstre: Bodil Haugen Våge (leder arbeidsgruppe LIS, Helse Møre og Romsdal, Aud-Mai Sandberg (Helse Nord-Trøndelag), Signe Lohmann-Lafrenz (St.Olav) og Siri Ann Mauseth, nyansatt leder Regionalt Utdanningscenter.

Helsedirektoratet vedtok i januar 2017 en ny modell for spesialistutdanningen for leger, gitt av [Spesialistforskriften](#).

Spesialistutdanningen inndeles heretter i tre deler:

- Del 1 er felles for alle og erstatter dagens turnusordning.
- Del 2 har felles læringsmål for bolker av kirurgiske eller indremedisinske fag.
- Del 3 er unik for hver spesialitet med egne læringsmål. De spesialitetene som ikke har del 2 går direkte fra del 1 til del 3, og del 2 og 3 skal til sammen skal vare minst fem år.

Del 2 og 3 skal være på plass innen 1. mars 2019, det vil si at hvert HF må gjennomgå læringsmål, utarbeide utdanningsplan og søke om å bli godkjent som utdanningsvirksomhet for hver av de 43 spesialitetene innen fristen.

Nytt utdanningsløp

Hensikten med ny forskrift er blant annet økt fokus på pedagogiske virkemidler som veiledning, supervisjon og simulering, samt bruk av moderne teknologi i spesialistløpet. Utover det medisinske faglige skal det i tillegg oppnås felles kompetansemål innen etikk, kommunikasjon, forskning og kvalitet.

- Det handler mye om å kartlegge og strukturere den utdannelsen vi allerede tilbyr i dag, og se hva som kan gjøres bedre. Det krever mye av arbeidsgruppene og avdelingene som skal jobbe med utdanningsplanene, spesielt når det skal utvikles nye ting, sier Signe Lohmann-Lafrenz, som er lokal prosjektleder for innføring av ny LIS-utdanning ved St. Olav.

Deltakerne i det regionale innføringsprosjektet består ellers av regional prosjektleder Ruben Angell (Helse Midt-Norge RHF), Siri Ann Mausest (nyansatt leder for RegUt) og de lokale prosjektlederne Bodil Haugen Våge (Helse Møre og Romsdal) og Aud-Mai Sandberg (Helse Nord-Trøndelag).

Cartfjord er prosjekteier

For å komme i mål er det etablert et regionalt innføringsprosjekt med de lokale prosjektlederne som en del av prosjektgruppa. RegUt er også representert i prosjektgruppa. De jobber med samme fremdriftsplan, skal samarbeide på tvers av HF-ene og dele erfaringer fra prosjektet.

HR-direktør Anne Catarina Cartfjord er prosjekteier, og alle HF-enes fagsjefer og tillitsvalgte fra akademikerne er en del av Styringsgruppa.

Les mer om den nye spesialistutdanningen på [Helsedirektoratets sider](#).

Nytt ambulanshelikopter i Trondheim gir økt sikkerhet

Onsdag fikk Luftambulansetjenesten i Trondheim større helikopter. Det vil gi større medisinsk kapasitet og økt sikkerhet for pasienter og mannskap.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 16.05.2018

Sist oppdatert 16.05.2018



Onsdag ettermiddag var det markering og pressevisning på Luftambulansens helikopterbase på Tiller. Klokken 20 samme kveld var helikoptret i drift.

Onsdag 16. mai ble det femte av 15 nye ambulanshelikoptre satt i drift i luftambulansetjenesten i Trondheim. Det har større løfteevne, kan fly lengre og vil ha større gjennomføringsevne i dårlig vær, enn det ti år gamle helikoptret det avløser.

- Alle våre nye helikoptre gir økt sikkerhet for mannskap og pasienter, sier administrerende direktør i Luftambulansetjenesten HF, Øyvind Juell.

Vil redde liv

I forkant av at helikoptret ble satt i drift onsdag kveld klokken 20, var det markering og pressevisning på Luftambulansens helikopterbase på Tiller.

- Det nye helikoptret vil kunne dekke fremtidige behov ved avanserte transporter, fordi kabinen bak er større og har plass til både mer personell og avansert medisinsk utstyr, sa Per Magne Tveitane, operativ rådgiver ved Luftambulansetjenesten HF, i åpningstalen.



Tveitane roste også helsepersonellet som skal jobbe i helikopteret.

- Sammen med redningsmann, og pilot, utgjør de et svært avansert og effektivt helsetilbud. I de mest kritiske tilfellene betyr deres innsats forskjellen på liv og død, sa han.



Mer robust tjeneste

I løpet av våren og sommeren skal alle landets 12 baser ha på plass nye ambulanshelikoptre. Arendal, Bergen og Trondheim får større maskiner av typen Airbus H145T2 med lengre rekkevidde og større medisinsk kapasitet. Det blir flere reservehelikoptre, økt bemanning og det opprettes bakvakt.

- Samlet gjør disse tiltakene tjenesten mer robust og vi kan levere mer og bedre beredskap, sier Øyvind Juell.

Styrker sikkerheten

Fra 1. juni 2018 skal alle helikoptrene til luftambulansetjenesten flys og vedlikeholdes av Norsk Luftambulans AS (NLA AS). Å fly ambulanshelikopter natt og dag i norsk klima og topografi er krevende og forbundet med risiko. Samtidig er det Luftambulansetjenesten HF som har det øverste operative ansvaret for all luftambulans i Norge.

- For å sikre pasientene og de som flyr i tjenesten vår har vi derfor valgt å utstyre alle våre helikoptre med det nyeste innen sikkerhets- og navigasjonsutstyr. Blant annet de beste nattsynbrillene på markedet, sier Juell.



Gunnar Vangberg, anestesilege ved St. Olav, gleder seg til å ta i bruk det nye verktøyet.

Større medisinsk kapasitet

Det nye helikopteret som nå settes inn i Trondheim, en Airbus H145 T2, er større enn helikopteret som har vært brukt på basen de siste 10 årene. Det har plass til to pasienter på båre og gir legen bedre arbeidsforhold, og bedre plass til pasientbehandling ombord.

- I tillegg til større medisinsk kapasitet har det nye helikopteret siste generasjons cockpit teknologi (Helionix) med autopilotfunksjoner som tidligere kun var tilgjengelig på store sjøredningshelikoptre og mye bedre situasjonsoversikt for piloten. Sammen med helikopterets egenskaper gir det bedre muligheter for å løse oppdrag i marginale værforhold og krevende terreng, sier Rune Midtgaard, administrerende direktør i Norsk Luftambulans AS.



Pilot Liss Amdal i Luftambulansetjenesten.

Et økonomisk løft

De regionale helseforetakene bruker årlig 1,1 milliard kroner på luftambulansetjenesten. Når de nye ambulanshelikoptrene er på plass, øker den årlige kostnaden for helikopterdelen av tjenesten med 26 prosent, eller drøyt 100 millioner kroner.

FAKTA

Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) er de regionale helseforetakenes øverste driftsorganisasjon for all luftambulans i Norge. De anskaffer tjenestens fly- og helikoptertjenester gjennom anbud.

LAT HF definerer hvilke egenskaper tjenestens fartøy skal ha: størrelse, hvordan de skal være innredet og hva slags sikkerhetsutstyr de skal ha. Det settes krav til bakvakter, bemanning og beredskap, og til trening, prosedyrer og utsjekk av flygere og redningsmenn.

Dette gjøres i samråd med eierne, de regionale helseforetakene og det medisinske miljøet (legene ute på basene – luftambulanseavdelingene inne på sykehusene).

Alle fartøy er bemannet med leger eller sykepleiere fra anesthesi- og intensivavdelingene ved helseforetakenes sykehus.

Luftambulansetjenesten er eid, organisert og finansiert av de fire regionale helseforetakene.

Åtte beslutninger fra Beslutningsforum

Flash glukosemåleren Freestyle Libre kan innføres til behandling og oppfølging av barn med diabetes.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 14.05.2018

Sist oppdatert 14.05.2018



Denne glukosemåleren blir nå tilgjengelig for barn under 18 år.

Beslutningsforum for nye metoder besluttet åtte nye metoder på møtet 14. mai 2018.

Beslutningene var innen områdene diabetesmåling, fedmekirurgi, legemidler til amyotrofisk lateral sklerose (ALS), plakkpsoriasis, Crohns sykdom, og ikke-småcellet lungekreft.

[Du kan lese mer om beslutningene på nettsidene til Nye metoder](https://helse-midt.no/nyheter/2018/atte-beslutninger-fra-beslutningsforum)

Tett oppfølging av flyberedskap

Helse Midt-Norge følger situasjonen og får daglig rapportering om status etter at det i Nord-Norge har vært krevende å opprettholde beredskapen for ambulansfly nasjonalt. En av årsakene er mangel på piloter.



Publisert 09.05.2018

Sist oppdatert 09.05.2018

- Med utgangspunkt i at det er stasjonert ett ambulansfly i Ålesund, følger vi situasjonen tett for å sikre at vi har forsvarlige alternative transportløsninger for pasienter i vår region hvis fly ikke er disponibelt. Så langt har dette fungert tilfredsstillende. Legevakter og sykehus må fortsette å rekvirere ambulansetransport på vanlig måte via AMK, sier fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt-Norge RHF.

De fire regionene har, gjennom sitt selskap Luftambulansetjenesten HF, det overordnede driftsansvaret for all luftambulanse i Norge. Ambulansflyene er en nasjonal ressurs og vil benyttes der det er størst behov. De flyene som er i beredskap, vil prioriteres på best mulig måte, og sammen med ambulanshelikopter, ambulansbiler og ambulansbåter, vil behov for akutte transporter bli løst. Helseforetakene (sykehusene) har det medisinske ansvaret og bemanner flyene og helikoptrene med leger og sykepleiere.

Dagens ni ambulansely er stasjonert på sju baser: Gardermoen (2), Ålesund, Brønnøysund, Bodø, Tromsø, Alta (2) og Kirkenes. Den operative delen av tjenesten er satt ut på anbud og i dag er det Lufttransport FW AS som flyr alle selskapets fly. Avtalen utløper i juli 2019 da ny operatør overtar og nye fly skal tas i bruk.

I tillegg har Luftambulansetjenesten HF 13 ambulanshelikoptre plassert på 12 baser: Arendal, Lørenskog (2), Ål, Dombås, Stavanger, Bergen, Førde, Ålesund, Trondheim, Brønnøysund, Evenes og Tromsø. I dag er det to operatører som til sammen dekker helikopterberedskapen, men fra 1. juni i år overtar Norsk Luftambulans AS ansvaret på alle basene.

Grethe Aasved (63) blir ny direktør ved St. Olavs hospital

Etter ti år som toppleder i Aleris Helse AS, blir Grethe Aasved nå øverste leder på St. Olavs hospital.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 07.05.2018

Sist oppdatert 07.05.2018



Grethe Aasved blir ny direktør ved St. Olav.

Grethe Aasved er 63 år, bosatt i Oslo og opprinnelig fra Snåsa. Hun er utdannet fysioterapeut og lege, spesialist i psykiatri og har flere års erfaring fra indremedisin. I tillegg har hun flere kurs og utdanning innen ledelse, samt en rekke verv i ulike råd og utvalg på CV-en.

Aasved trekker frem blant annet integrasjonen med NTNU som en viktig motivasjonsfaktor for direktørjobben.

– Det som er særlig spennende på St. Olav er integrasjonen med NTNU og fokuset på kort vei fra forskning til klinikk. Jeg er overbevist om at dette er svært viktig for å nå visjonen om fremragende behandling, i tillegg til at det legger grunnlaget for god rekruttering av dyktige fagfolk. I en kunnskapsbedrift som St. Olav er det medarbeiderne som er nøkkelen til suksess, og ikke minst den innovasjonskraften som ligger i å involvere og dele kunnskap, sier St. Olavs nye direktør.

Hun fremhever også den strategiske helhetstenkningen:

- Helseplattformen, standardiserte pasientforløp og fokuset på at pasienten skal møte én helsetjeneste. Å få lede et så spennende og nytenkende universitetssykehus er virkelig et samfunnsoppdrag som jeg ønsker å ta del i, sier Aasved.

Etter planen tiltrer hun stillingen som administrerende direktør ved St. Olav til høsten.

[Les hele saken på St. Olavs nettsider.](#)

Bedre koordinering av ambulanshelikoptre

St. Olavs Hospital får i september i år ansvar for koordinering og flight following-funksjonen for luftambulanshelikoptre i hele Midt-Norge. Forberedelse til omleggingen starter nå.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 04.05.2018

Sist oppdatert 04.05.2018



Bakgrunnen for å samle denne funksjonen ett sted i hver region er faglige anbefalinger fra en nasjonal utredning. I Midt-Norge har det vært to AMK-sentraler som har ivaretatt koordinering av luftambulansene, men i foretaksmøte januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å følge opp anbefalingen om at koordineringen og flight following utføres fra én AMK-sentral i hver region.

Nå har en arbeidsgruppe sammensatt av relevante miljøer fra hele regionen vurdert dagens løsning og konklusjonen har vært at det vil være riktig å samordne og legge funksjonen til ett sted også i Midt-Norge.

- Både Ålesund og Trondheim har forutsetninger for å kunne ivareta denne funksjonen, men det er flest fordeler ved å legge dette til den regionale AMK-sentralen i Trondheim. Derfor ble konklusjonen slik selv om AMK-sentralen i Ålesund er vår nyeste og mest moderne, sier adm.dir. Stig A. Slørdahl.

Ålesund backup-løsning

Slørdahl har trukket sin konklusjon etter drøfting med helseforetakenes direktører. Han sier AMK-sentralen i Ålesund er backup-løsningen hvis den regionale AMK i Trondheim skulle falle ut.

- Det blir nå viktig å fullføre arbeidet med nødvendige tekniske og tjenestemessige løsninger for dette ved AMK Møre og Romsdal. Det skal legges til rette for et tett faglig samarbeid mellom de to sentralene også framover, sier Slørdahl.

Koordinering og flight following funksjon innebærer at AMK-sentralen har ansvar for koordinering av ambulanshelikopter når alarmen går og at man følger og har oppfølging av helikopter som er på oppdrag. Hensikten er å ivareta sikkerhet ved uventede hendelser på en effektiv måte.

Er blitt anbefalt færre sentraler

Flere nasjonale utredninger har anbefalt å sentralisere koordinering av ambulanshelikoptertjenesten til færre sentraler. Både havari-rapporten etter ulykken ved Sollihøgda 2014, 22.juli-rapporten og NOU 2015:17, anbefaler sentralisering av AMK-LA-funksjonen for å sikre bedre oversikt over tilgjengelige ressurser og dermed sikre en bedre koordinering av ressursen.

Ulempen med en slik ordning er at flere AMK-sentraler som til nå har kunnet disponere ambulanshelikopter direkte, må gå via en annen AMK-sentral for å få alarmert denne ressursen. Dette vil ta noen flere sekunder, men dette vil sannsynligvis kompenseres ved bedre oversikt og bedre koordinering, er vurderingen. Det er viktig at sentralisering av koordineringsfunksjonen ikke røkkes ved ansvarslinjer med hensyn til lokale AMK-sentralers ledelsesansvar for aksjoner. Ambulanshelikopter må avgis til lokal AMK-sentral som deretter disponerer ressursen og koordinerer alle ressursene til aktuelt oppdrag.

Vurderingene

Helse Midt-Norge har i sin vurdering i valget mellom Ålesund og Trondheim særlig vektlagt bl.a. disse momentene:

- Videreføring av samarbeid med AMK Nord-Trøndelag og aktuelle instanser i Sverige.
- Videreføring av samarbeidet med redningshelikopteret på Ørlandet. Dette både i forhold til bemanning som LA-lege / AMK-lege, og planlegging av aktivitet for å utnytte den samlede kapasiteten best mulig.
- Trekke veksler på erfaring og kjennskap til geografi, sykehusstruktur etc. i Trøndelag, men regional AMK i Trondheim må utvide sin kunnskap om Møre og Romsdal og samarbeid med Helse Vest.
- Bedre oversikt over større hendelser i regionen uten at det må varsles spesifikt om dette. Dette vil styrke Regional-AMK-sentralens muligheter til å utøve sin funksjon.

- Det er allerede i dag stor trafikk med ambulanshelikoptre til og fra St Olavs Hospital, og det er fordelaktig med tidlig kunnskap om flybevegelser inn i luftrommet til AMK-Sør-Trøndelag, både når det gjelder flysikkerhet og muligheter for bruk av nærmeste tilgjengelige helikoptre.
- Informasjon vil bli fanget opp og formidlet til mottak ved sykehusene på et tidligere tidspunkt og slik forberede mottak av pasient.
- AMK Møre og Romsdal vil kunne få noen større utfordringer med koordinering mellom helikoptre og fly ved en slik løsning, men vurderingen er at dette bør kunne løses ved gode prosedyrer og kommunikasjon mellom sentralene.

Alle styrene drøftet framtida

Alle styrene i Helse Midt-Norge var i dag samlet for å lære mer om hva helseregionen står ovenfor i den teknologiske framtida. Det ble mange gode diskusjoner rundt hvordan man bør og kan løse utfordringene.

Publisert 27.04.2018

Sist oppdatert 27.04.2018



Alle styrene i Helse Midt-Norge samlet til diskusjon.

Helseplattformen ble spesielt trukket fram som en mulighet til å jobbe på tvers av lokasjoner og nivå som for eksempel hos klinikere, kommuner og pasienter. Det jobbes nå med en struktur for hvordan en innfasing av ny pasientjournal kan gjøres.

- Vi må gjøre alt mer standardisert på alle sykehusene i regionen. I dag er det for store forskjeller blant annet på detaljnivå som utstyr og måte å gjøre ting på, sa eierdirektør i Helse Midt-Norge RHF, Nils Kvernmo.

Ambisjon

Helse Midt-Norge har ambisjon om å ha en fremragende helsetjeneste. Dette fordrer at helseregionen følger de fire strategiske hovedområde i Strategi 2030:

- Vi skaper pasientens helsetjeneste
- Vi rekrutterer, utvikler, beholder kompetent personell
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre Helse Midt-Norge
- Vi er gode lagspillere

Disse fire driverne er viktige i arbeidet med regional utviklingsplan.

Regional utviklingsplan

Innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan skal den regionale utviklingsplanen være et ledd i å operasjonalisere Strategi 2030. Samtidig skal den ta utgangspunkt i helseforetakenes utviklingsplaner, og legge særlig vekt på områder som krever regional overbygning. Den regionale planen skal ivareta sørge for perspektivet som det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge har.

[Her kan du lese mer om utviklingsplaner](#)

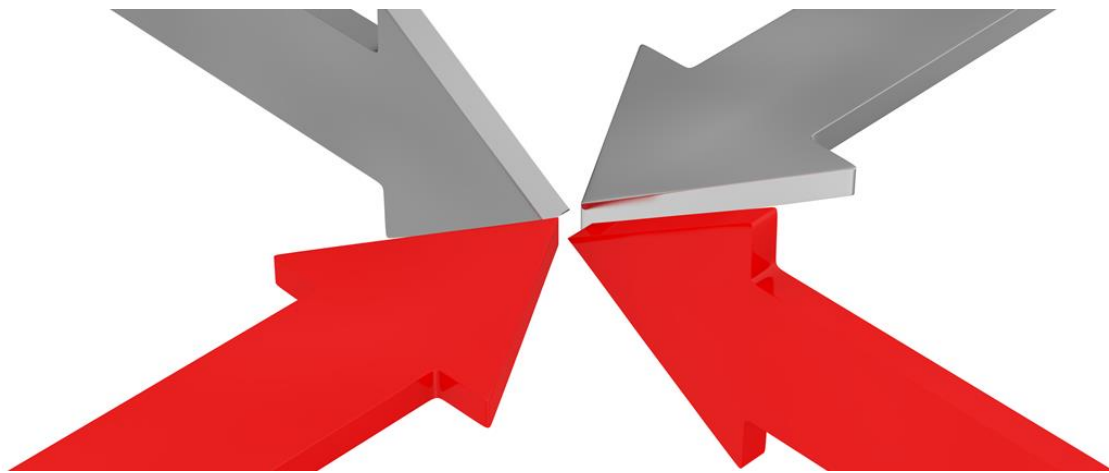
Foretaksmøter i Helse Midt-Norge

Fredag 27. april ble det gjennomført foretaksmøter for helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 27.04.2018

Sist oppdatert 27.04.2018



Tema for møtene var godkjenning av Årlig melding, årsregnskap og årsberetninger for 2017.

[Her gjøres protokollene fra foretaksmøtene tilgjengelig.](#)

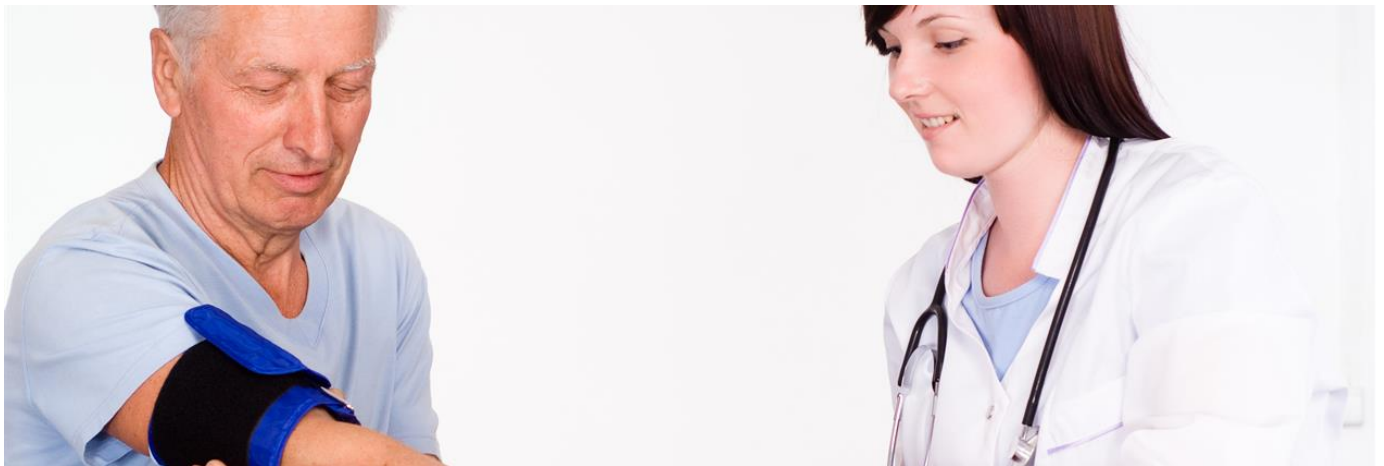
307 millioner i overskudd

Årsregnskapet for 2017 ga et overskudd på 307 millioner kroner for foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 26.04.2018

Sist oppdatert 26.04.2018



Resultatet er bedre enn budsjett, og brukes til å styrke helseregionens likviditet og evne til å investere.

Årsrapport og regnskap er nå behandlet og godkjent av styret for Helse Midt-Norge RHF. Endelig godkjenning finner sted i foretaksmøte i Helse- og omsorgsdepartementet i juni.

[Her finner du årsrapport og regnskap for 2017.](#)

Helsetjenestene: Bedre kvalitet, men fortsatt for store forskjeller

Helsetjenestene i Norge gir stadig mer og bedre behandling, men det er for store forskjeller i kvaliteten. Forskjellene må reduseres for å gi pasientene et bedre tilbud.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 26.04.2018

Sist oppdatert 26.04.2018



Variasjonene gjelder både omfanget av tjenester, behandlingspraksis, ventetider og ressursutnyttelse. Dette går frem av resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres torsdag.

Tallene fra undersøkelsen viser at de norske helsetjenestene gir stadig mer og bedre behandling, samtidig som det er store variasjoner både geografisk og mellom ulike tjenesteområder i helsetjenesten.

- Vi jobber kontinuerlig med kvalitetsforbedring. For å være ledende i verden og gi pasientene et bedre tilbud, må vi redusere forskjellene. Denne rapporten gir oss mulighet til å følge utviklingen nøye og gå dypere inn i vårt kvalitetsarbeid i samarbeid med helseforetakene, sier Henrik Sandbu, fagdirektør i Helse Midt-Norge.



Fagdirektør i Helse Midt-Norge
Henrik Sandbu.

[Se alle resultatene på helsenorge.no](https://helsenorge.no)

-Bekymringsfull utvikling

Helsedirektør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog sier det kan være ulike årsaker til forskjellene.

- Men vi ser på trendene over tid at det er en bekymringsfull utvikling på en del indikatorer. For eksempel vet vi at det kan ha betydning for overlevelse at hofteproteser blir operert innen en viss tid. Vi ønsker også at flere pasienter skal få hjemmedialyse, og antakelig bør enda flere få trombolytisk behandling tidligere ved hjerneslag, sier Guldvog.



Helsedirektør i
Helsedirektoratet Bjørn
Guldvog. Foto: Rebecca
Ravneberg

- Dette er først og fremst viktig for pasientene, og vi ser hvor stor betydning det har at ledere jobber med forbedringer. Når noen sykehus oppnår gode resultater, må det være noe å lære for andre, sier helsedirektøren.

Resultater for 91 av 174 indikatorer som måler kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene ble publisert i dag torsdag. Her er noen av hovedfunnene:

Flere pasienter i pakkeforløp for kreft

Antall pasienter som kan behandles i pakkeforløp for kreft har økt fra 74 prosent i 2016 til 77 prosent i 2017. Samtidig har alle helseforetakene nådd målsetningen om at 70 prosent av de pasientene som kan, behandles i et pakkeforløp. Når det gjelder gjennomføringen av pakkeforløpene, kommer 69 prosent av pasientene gjennom pakkeforløpene på anbefalt tid. Dette er rett under målet (70 prosent).

I 2017 ble 16.495 av 24.047 pakkeforløp for kreftbehandling, fordelt på 26 ulike pakkeforløp. I Helse Midt-Norge RHF var andelen over målet på 70 prosent.

Ventetid går ned, fristbrudd øker noe

Den gjennomsnittlige ventetiden i somatisk helsetjeneste fortsetter å gå ned. Landsnittet for 2017 var 58 dager mot 61 dager i 2016. Andelen brudd på vurderingsgarantien har sunket fra 2,8 prosent til 2,5 prosent fra 2016 til 2017.

Økningen i andelen fristbrudd gjelder både for pasienter på venteliste og pasienter som har startet helsehjelp innen somatisk helsetjeneste. Andelen fristbrudd for pasienter på venteliste økte fra 0,6 prosent i 2016 til 1 prosent i 2017. Økning i andelen fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp økte fra 1,4 prosent i 2016 til 2,1 prosent i 2017. Det er store regionale forskjeller.

På landsbasis i 2017 ble 60,7 prosent av hoftebrudd operert innen 24 timer og 88,7 prosent innen 48 timer. Helse Midt-Norge RHF hadde høyest andel hoftebrudd operert innen 24 timer med 66,2 prosent.

På landsbasis i 2017 ble 5,4 prosent av planlagte operasjoner utsatt. Her hadde Helse Midt-Norge RHF høyest andel med 6,4 prosent, mot Helse Vest RHF som hadde lavest andel, 5,3 prosent.

På landsbasis i 2017 ble det rapportert 1,5 prosent korridorpasienter. I 2016 var andelen rapporterte korridorpasienter på 1,3 prosent. Helse Midt-Norge RHF hadde lavest andel med 0,9 prosent. Helse Nord RHF hadde høyest andel med 4,7 prosent.

Ungdomsgarantien nær innfridd

Barne- og ungdomsgarantien innebærer at barn og unge i psykisk helsevern skal ha startet helsehjelp innen 65 dager. Dette er nær innfridd i alle helseregioner, med gjennomsnitt på 98,1 prosent av alle med henvisning som er vurdert innen 10 dager og 99,2 prosent for alle barn og unge med henvisning som har startet helsehjelpen innen 65 dager. For Helse Midt-Norge RHF del gjaldt dette 98,2 prosent.

Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for barn og unge fra mottatt henvisning til helsehjelp er påbegynt var 49 dager i 2017. Det er én dag mindre enn i 2016. Det er variasjoner mellom helseforetakene.

Mindre bruk av antibiotika på sykehus

Det er et mål å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 prosent på nasjonalt nivå i 2020 sammenlignet med 2012. I 2012 var det 18,9 antall definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn i norske sykehus. Målet er at det i 2020 kun skal brukes 13,2 DDD per 100 liggedøgn.

På landsbasis i 2017 ble det brukt 17,2 antall DDD per 100 liggedøgn, som er en reduksjon på 9 prosent i perioden fra 2012 til utgangen av 2017. Helse Midt-Norge RHF hadde høyest antall definerte døgndoser (DDD) på 18,4.

Disse kvalitetsindikatorene er nye og publiseres for første gang 26. april:

- Dype og organ-/hulromsinfeksjoner etter inngrep i tykktarm
- Postoperative infeksjoner etter inngrep i tykktarm

- Brystbevarende operasjon for kvinner diagnostisert med brystkreft

I alt publiseres resultater for 91 indikatorer nå. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem omfatter i alt 174 indikatorer.

Vil du vite mer om kvalitet i Helse Midt-Norge finner du det [her](#).

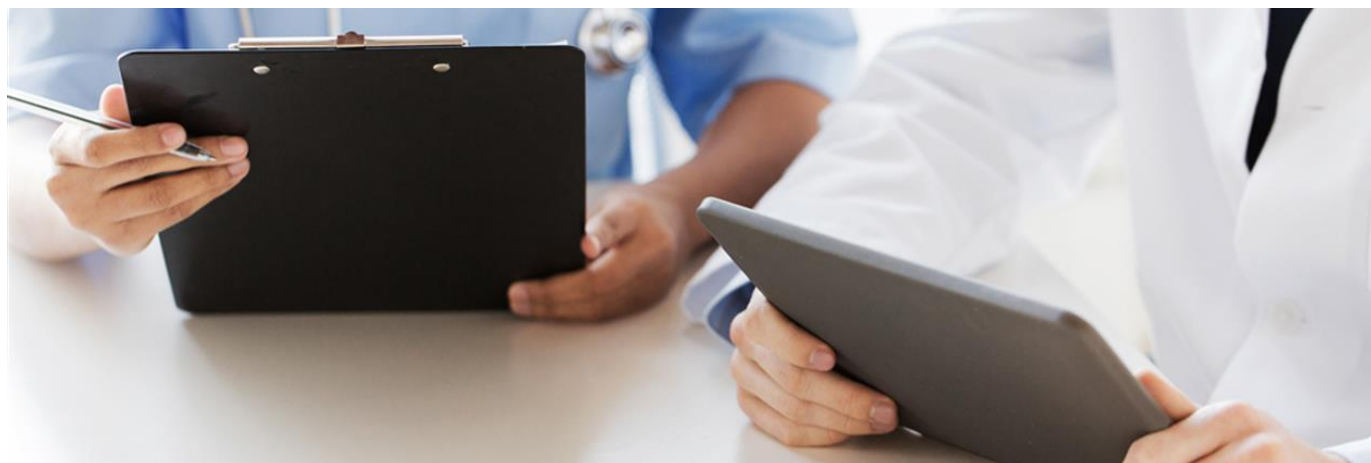
Du kan lese mer om de ulike funnene på [Helsedirektoratets sider](#).

Teknologi gir mange muligheter

Styret i Helse Midt-Norge RHF diskuterte i dag teknologi som en del av regional utviklingsplan. Teknologi gir muligheter i alle deler av virksomheten til å endre måten helsetjenesten jobber, for å øke kvalitet, bedre bruk av pasientens egne ressurser og gi økonomiske gevinster.

Publisert 26.04.2018

Sist oppdatert 26.04.2018



Illustrasjonsfoto

Styret ble enige om at kultur og kompetanse må settes høyt på agendaen når det jobbes med teknologi i virksomheten.

Teknologisk framtid

Hovedsatsinga innen teknologi i Helse Midt-Norge de neste årene er de fire store investeringsprosjektene Helseplattformen, HMN LAB (nytt laboratoriedatasystem), videre innføring av SAP (logistikk og økonomisystem) og Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR).

I tillegg gjennomføres flere mindre IKT-prosjekter og det er kontinuerlig utvikling av eksisterende IKT-løsninger.

Det kommer stadig mer avanserte IT-systemer som kan brukes som verktøy innen pasientforløp og arbeidsprosesser og bruk av data til kunstig intelligens, virksomhetsstyring og folkehelse. Og det er blitt mer vanlig med personlig helseelektronikk i form av sensorer og bruk av mobiltelefon.

Samtidig som utviklingen går raskere, samles det stadig mer data som utnyttes i økende grad. Helsetjenesten og Helse Midt-Norges data er attraktive for datakriminelle og dette krever økt fokus på informasjonssikkerhet og personvern.

Kultur og kunnskap

Kultur og kunnskap rundt bruk av teknologi for bedre helsetjenester varierer i Helse Midt-Norge, og har et større potensiale når en ser på virksomheten med et overblikk. For eksempel kan man innenfor detaljerte nivå være verdensledende, mens på avansert logistikk og flyt er det potensialer.

Standardisering er også en viktig del for å lykkes med bruk av teknologi. Tall fra bl.a. Norsk Helseatlas viser at det er stor variasjon i helsetjenesten både innad i Helse Midt-Norge og i spesialisthelsetjenesten generelt. Med bakgrunn i dette og annen uønsket variasjon, har Helse Midt-Norge RHF gjennomført et forprosjekt innenfor standardisering. Forprosjektet peker på flere områder hvor det må standardiseres for å kunne lykkes med innføring av nye teknologi. Standardisering er en forutsetning for digitalisering.

[Her kan du lese hele notatet om teknologi som ble lagt fram for styret i dag](#)

Regional utviklingsplan

Innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan skal den regionale utviklingsplanen være et ledd i å operasjonalisere Strategi 2030. Samtidig skal den ta utgangspunkt i helseforetakenes utviklingsplaner, og legge særlig vekt på områder som krever regional overbygning. Den regionale planen skal ivareta sørge for perspektivet som det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge har.

Det er gode erfaringer med temadiskusjoner i styret. Det ble også gjennomført som en del av utarbeidelsen av Strategi 2030.

[Her kan du lese mer om utviklingsplaner](#)

Tettere regionalt samarbeid om psykisk helse og rus

Helse Midt-Norge vil ha et sterkere regionalt samarbeid innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å innfri den gylne regel.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 26.04.2018

Sist oppdatert 26.04.2018



Stikkordene er erfaringsoverføring, bruk av ressurser på tvers, fordeling av fagfolk og endrede arbeidsformer. Redusert ventetid og økt tilgjengelighet blir sentrale mål, og tilbudet til barn og unge får særlig oppmerksomhet.

- Den gylne regel har vært et prioritert område i Helse Midt-Norge over flere år, uten at vi har klart å innfri målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk. For pasientene er det særs viktig at en lykkes med å få til kortere ventetid og høyere aktivitet, sier administrerende direktør Stig A. Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Standardisering av planene

Sykehusforetakenes planer, som nå er presentert for det regionale styret, har ulik detaljeringsgrad og gir ikke klart nok bilde av hvordan de skal sikre at vi når den gylne regel på alle måleparameterne. Foretakene har også i liten grad lagt en plan for å måle effekt av igangsatte tiltak eller tidsplan for gjennomføring av disse.

Helse Midt-Norge RHF har derfor startet arbeidet med å standardisere planene slik at detaljeringsnivået blir tilstrekkelig for å gi helhetlig oversikt over hvordan helseforetakene skal sikre måloppnåelse samt måle effekt. På regionalt nivå vil det også være konkrete tiltak, for eksempel knyttet til rekruttering og erfaringsoverføring.

Realistisk å nå målsettingene

Slørdahl mener det er realistisk å nå målsettingene i den gylne regel på regionalt nivå i 2018. Dette vil være mulig selv om noen av sykehusforetakene ikke har full måloppnåelse på alle måleparameterne.

Det var i 2017 gode resultater innen TSB regionalt og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ved St. Olavs Hospital HF. Videre forbedring i 2018 vil derfor variere mellom fagområdene og mellom foretakene, men Helse Midt-Norge har resultatkravene for regionen som helhet som målsetting.

Slørdahl understreker at det ikke er heldig om det er store forskjeller mellom helseforetakene i regionen når oppdraget er å sikre pasientene likeverdige spesialisthelsetjenester.

Lyser ut forskningsmidler innen medisin og helse

30. april lyser Helse Midt-Norge RHF ut regionale forskningsmidler for 2019. Søknadsfrist er 13. juni.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 25.04.2018

Sist oppdatert 07.06.2018



Fra og med 30. april klokken 08.00 er det mulig å søke om regionale forskningsmidler fra Helse Midt-Norge RHF. Her fra patologiavdelingen ved St. Olav. Foto: Terje Visnes

Hvert år lyser Helse Midt-Norge RHF ut om lag 60 millioner kroner til forskningsprosjekter innen medisin og helse i regionen. Årets utlysning er nå tilgjengelig på [våre nettsider](#).

Tildelinger vedtas i Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon 8. november. Tidligste oppstart er 1. januar 2019. Tildelinger publiseres samme dag på Helse Midt-Norges nettsider.

Søknadssystemet [eSøknad](#) åpner 30. april kl. 08.00, og er åpent frem til søknadsfristen 13. juni kl. 16.00.

Felles Forskningsutvalg for St. Olavs Hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap (FFU) har samme søknadsfrist for forskningsmidler, 13. juni kl. 16.00. Mer informasjon om denne utlysningen finner du på [nettsidene til Felles Forskningsutvalg](#).

Krav

For søkere som ikke er ansatt i helseforetak, for eksempel NTNU-ansatte, kreves dokumentert samarbeid og ledelsesforankring.

Forankringen finner sted på samme måte som tidligere år, ved at klinikken du samarbeider med, velges som søkerinstitusjon ved opprettelse av søknadsskjema. Når søknaden leveres, vil klinikksjefen du har valgt, få en epost om forankring som må besvares. Som tidligere vil prosjektsøknader uten reell forankring i helseforetak forkastes før vurdering.

Alle søkere må sette seg godt inn i krav og retningslinjer for utlysningen før opprettelse av søknad. Dette kan du lese mer om på [Helse Midt-Norges nettsider](#).

Søknadskategorier

For 2019 lyses det ut midler innen følgende søknadskategorier:

- Ph.d.
- Postdoktor
- Forsker
- Prosjektmidler (500 000-1 000 000 kr i året i 1-3 år)
- Utenlandsstipend (3-12 mnd.)
- Innovasjonsrettede stillinger (ph.d., postdoktor og forsker)

Har du spørsmål, kan du kontakte sekretariatet for Samarbeidsorganet:

samarbeidsorganet@mh.ntnu.no

[Her](#) kan du lese utlysningsteksten i sin helhet, mens [her finner du samme tekst på engelsk \(english\)](#).

Fem nye beslutninger fra Beslutningsforum

Beslutninger for legemidler til multippel sklerose, brystkreft, hemofili og lungekreft.

Publisert 23.04.2018

Sist oppdatert 23.04.2018



Fem legemidler ble vurdert i Beslutningsforum for nye metoders møte 23. april 2018. Beslutningen for et allerede innført legemiddel, ble presisert.

[Du kan lese mer om beslutningene på nettsidene til Nye metoder](#)

Signerte kontrakt på nye laborieriedataløsninger

Fredag 13. april ble kontraktene med leverandørene av nye laborieriedatasystemer i Helse Midt-Norge signert.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 23.04.2018

Sist oppdatert 30.04.2018



Administrerende direktør i Helse Midt-Norge Stig Slørdahl (til venstre) og Carl Dvorak, president Epic Sales, ga hverandre et håndtrykk etter at kontraktene var signert.

22. mars kunne Helse Midt-Norge godkjenne inngåelse av kontrakt med de to leverandørene som ble evaluert som best innenfor hvert sitt område:

- For området LIMS: Epic Systems Corporation
- For området CG: Genial Genetic Solutions Ltd

13. april ble nok en viktig milepæl nådd, da kontraktene mellom Helse Midt-Norge og leverandørene ble signert i Ranheimsveien 10.

- Velkommen til en ambisiøs helseregion! Gratulerer til prosjektet, til teamet og til leverandørene. Dette er en stor dag for oss, sa administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Stig Slørdahl.



Paul Gundersen (til venstre), direktør i Hemit og Lawrence Crees, direktør i Genial Genetic Solutions, signerte kontrakt.

Sluttstrek og startskudd

Prosjektet HMN LAB har arbeidet med anskaffelsen siden sommeren 2016. Signeringen markerte både sluttstrek for anskaffelsesperioden, samtidig som man nå står på startstreken for spesifisering, konfigurering, testing og implementering av de anskaffede løsningene.

- Vi har tenkt på denne dagen helt siden vi startet jobben for over to år siden, sa prosjektleder for HMN LAB, Hans Roar Sandberg.

Godt samarbeid gjennom prosessen

- Det har vært en lang prosess, med mye arbeid for begge parter. Vi har fått veldig god oppfølging og respons fra prosjektet underveis, noe som har vært helt nødvendig for et godt sluttresultat, sa Lawrence Crees, Direktør i Genial Genetic Solutions.

- Dette har vært en meget god prosess, og det har vært et hyggelig og godt samarbeid hele veien, sa Ellen White, Visepresident fra Epic Systems.



Fra venstre: Stig Slørdahl (administrerende direktør i Helse Midt-Norge), Carl Dvorak (president Epic Sales), Gilda S. Opland (Klinikksjef ved Laboratoriemedisinsk klinikk St. Olavs Hospital) og Hans Roar Sandberg (prosjektleder i Hemit).

Prosjekteier og Klinikksjef ved Laboratoriemedisinsk klinikk St. Olavs Hospital, Gilda S. Opland, takket prosjektet HMN LAB, Hemit v/Paul Gundersen og ledelsen i Helse Midt-Norge for initiativ og satsning på laboratorieområdet.

- Uten deres samtykke ville vi ikke vært her i dag. Det har vært en spennende prosess, og vi er fornøyd med resultatet, sa Opland. Hun understreket samtidig viktigheten av omstilling og arbeidet videre – det er nå jobben inn mot laboratoriene virkelig starter.

Gevinster og veien videre

Nye laboratedatasystemer vil gi mange gevinster for Helse Midt-Norge.

- Vi får et nytt og moderne system som er forberedt på fremtiden. Vi får en løsning som legger til rette for raskere svar gjennom effektive og elektroniske arbeidsprosesser. Et nytt felles laboratoriesystem for hele regionen sikrer bedre samhandling mellom sykehusene, noe som vil komme både pasientene og de ansatte til gode, sa Løsningsansvarlig i prosjektet, Hege Røe.

Prosjektet vil nå starte opp sammen med leverandørene for å detaljplanlegge det videre prosjektløpet frem til innføring.

Beslutningsforum får ny leder

- Det gode arbeidet som er gjort skal videreføres, sier Stig A. Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF og ny leder i Beslutningsforum for nye metoder. Han overtar som leder etter Lars Vorland, administrerende direktør i Helse Nord RHF.

Publisert 23.04.2018

Sist oppdatert 23.04.2018



1. mai overtar administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF Stig Slørdahl ledelsen av Beslutningsforum etter Lars Vorland, administrerende direktør i Helse Nord RHF.

Beslutningsforum for nye metoder hadde sitt første møte i mai 2014. Forumet består av de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst med observatører fra de regionale helseforetakene og ledelsen i Helsedirektoratet

- Det er gjort et godt og grundig arbeid de fire årene Vorland har ledet Beslutningsforum. Han har presentert og forklart beslutningene på en klok og forståelsesfull måte. Det er ingen tvil om at gjennom fire år med Nye metoder-ordningen og Beslutningsforum for nye metoder, har forståelsen økt for at det er nødvendig å prioritere. Det er bare å takke Lars Vorland for den jobben han har gjort, fortsetter Slørdahl.

[Les hele saken på Nye metoder sine nettsider](https://helse-midt.no/nyheter/2018/beslutningsforum-far-ny-leder)

Sakspapirer til styremøte 26. april

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 26. april er nå tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web. Møtet starter kl. 09.00 i 1930-bygget ved St. Olavs Hospital.

Publisert 20.04.2018

Sist oppdatert 20.04.2018



Møterom på St. Olavs Hospital er 30M11 i 1930-bygget.

[Sakspapirer og innkalling finner du her.](#)

Handlingsplan pasienter og pårørendeopplæring

Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende angir punkter som skal opprettholde og forbedre tilbudet innen læring og mestring. Oppgaven er lovpålagt for alle helseforetak og er sentral i sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Publisert 19.04.2018

Sist oppdatert 19.04.2018



Pasienter, brukere og pårørende har lovfestede rettigheter til medvirkning.

Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal:

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- understøtte pasient og brukers egen læringsprosess.

Strategi 2030

Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende, Helse Midt-Norge 2017-2021, er basert på Helse Midt-Norge RHF sin Strategi 2030, og angir prioriterte satsingsområder og tiltak for det regionale helseforetaket og helseforetakene i regionen.

Lovfestede rettigheter

Pasienter, brukere og pårørende har lovfestede rettigheter til medvirkning. Dette innebærer blant annet rett til innsikt i egen helsetilstand, innholdet i behandlingstilbudet og innflytelse på selve behandlingen. På lik linje med andre helsetjenester, skal pasienter og pårørende få relevant opplæring til rett tid og på rett sted. Målet er at pasienten skal ha mulighet til å forebygge og håndtere egen sykdom i så stor grad som mulig.

Inkludering

Lærings- og mestringstilbud er viktige elementer i forløp for barn, unge og voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Tilbudene bør også innrettes slik at det inkluderer familie og øvrige nære personer.

Læring og mestring bør sikres en tydelig faglig og organisatorisk forankring og tilhørighet til dette tverrfaglige tjenesteområdet både i helseforetak og kommuner.

[Her kan du lese hele handlingsplanen](#)

Avtaler om bildediagnostikk trer i kraft

De nye avtalene om bildediagnostiske tjenester fra private røntgeninstitutter i Trøndelag og Møre og Romsdal trer nå i kraft. De gjelder for en periode på minimum fire år.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 18.04.2018

Sist oppdatert 05.02.2019



Trøndelag:

Henvisninger datert fra 1. mai sendes Aleris Røntgen AS i Trondheim.

Møre- og Romsdal:

Henvisninger datert fra 1. juni sendes Aleris Røntgen AS i Ålesund.

Informasjon om ventetider

Henvisere vil finne ventetider på "helsenorge.no" for helseforetakene og privat virksomhet – [se sider på Internett.](#)

For øvrig vises også til [Aleris Røntgen AS sin hjemmeside](#)

To nye ambulanshelikoptre sikrer høyfjellet i Midt-Norge

De nye ambulanshelikoptrene vil føre til økt sikkerhet for pasienter og mannskap i høyfjellet mellom Østlandet, Vestlandet og Trøndelag.

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 17.04.2018

Sist oppdatert 17.04.2018



Det nye helikopteret på Dombås fikk sitt første oppdrag bare halvannen time etter at det var satt i drift sist fredag. Foto: Knut Haarvik Luftambulansetjenesten HF

Fredag 13. april klokken 16.28 ble det andre av i alt 15 nye ambulanshelikoptre satt i drift ved luftambulansetjenestens base på Dombås. En uke tidligere fikk basen på Ål i Hallingdal samme type helikopter.

De to basene dekker befolkningen i deler av Østlandet, Vestlandet, Møre og Trøndelag. Også for turister i høyfjellsområdet er dette godt nytt, mener administrerende direktør i Luftambulansetjenesten HF, Øyvind Juell.

- De nye helikoptrene av typen Airbus H135 T3H har vesentlig bedre egenskaper i høyfjellet, og har større gjennomføringsevne i dårlig vær enn de ti år gamle helikoptrene vi nå har byttet ut, sier Juell.

Mer robust tjeneste

I løpet av våren og sommeren skal alle landets 12 baser ha på plass nye ambulanshelikoptre. Arendal, Bergen og Trondheim får større maskiner av typen Airbus H145T2 med lengre rekkevidde og større medisinsk kapasitet. Det blir flere reservehelikoptre, økt bemanning og det opprettes bakvakt.

- Samlet gjør disse tiltakene tjenesten mer robust og vi kan levere mer og bedre beredskap, sier Juell.



Airbus H135-T3H har bedre egenskaper i høyfjellet enn det gamle helikopteret. Her ved Snøhetta, Dovrefjell. Foto: Luftambulansetjenesten HF

Styrker sikkerheten

Fra 1. juni 2018 skal alle helikoptrene til luftambulansetjenesten flys og vedlikeholdes av Norsk Luftambulans AS (NLA AS). Å fly ambulanshelikopter natt og dag i norsk klima og topografi er krevende og forbundet med risiko. Samtidig er det helseforetaket, Luftambulansetjenesten HF, som har det øverste operative ansvaret for all luftambulans i Norge.

- For å sikre pasientene og de som flyr i tjenesten vår har vi derfor valgt å utstyre alle våre helikoptre med det nyeste innen sikkerhets- og navigasjonsutstyr. Blant annet de beste nattsynbrillene på markedet og en meget avansert autopilot, sier Juell.

Først i verden

Det nye helikopteret som er satt inn på Dombås, er en Airbus H135 T3H, en videreutvikling av maskinen som har vært brukt på basen de siste 10 årene. Luftambulansetjenesten og NLA AS er først i verden til å ta i bruk dette avanserte helikopteret til sivil luftfart.

- Det nye helikopteret har betydelig bedre ytelse i høyden og økt nyttelast som begge øker sikkerhet og effektivitet ved lange og krevende oppdrag ut fra Dombås og Ål, sier Juell.

Siste generasjons cockpit-teknologi (Helionix) gir autopilotfunksjoner, som tidligere kun var tilgjengelig på store sjøredningshelikoptre, og mye bedre situasjonsoversikt for piloten.

- Samlet gir det bedre muligheter for å løse oppdrag i marginale værforhold og krevende terreng, sier Rune Midtgaard, administrerende direktør i Norsk Luftambulans AS.

Et økonomisk løft

Helikopteret har også moderne innredet kabin der den medisinske innredningen er forbedret, med blant annet ny bæreplattform og bære, samt mer funksjonell oppbevaring av nødvendig utstyr. Det gir generelt bedre arbeidsforhold for legen om bord.

De regionale helseforetakene bruker årlig 1,1 milliard kroner på luftambulansetjenesten. Når de nye ambulanshelikoptrene er på plass, øker den årlige kostnaden for helikopterdelen av tjenesten med 26 prosent, eller drøyt 100 millioner kroner.

Onsdag 18. april settes det tredje helikopteret av samme type i drift i Førde. Etter planen skal maskinen være operativt fra klokken 14.00.

FAKTA

Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) er de regionale helseforetakenes øverste driftsorganisasjon for all luftambulans i Norge. De anskaffer tjenestens fly- og helikoptertjenester gjennom anbud.

LAT HF definerer hvilke egenskaper tjenestens fartøy skal ha: størrelse, hvordan de skal være innredet og hva slags sikkerhetsutstyr de skal ha. Det settes krav til bakvakter, bemanning og beredskap, og til trening, prosedyrer og utsjekk av flygere og redningsmenn.

Dette gjøres i samråd med eierne, de regionale helseforetakene og det medisinske miljøet (legene ute på basene – luftambulansseavdelingene inne på sykehusene).

Alle fartøy er bemannet med leger eller sykepleiere fra anesthesi- og intensivavdelingene ved helseforetakenes sykehus.

Luftambulansetjenesten er eid, organisert og finansiert av de fire regionale helseforetakene.

I dag er det tre flyselskap som flyr og opererer fartøyene på kontrakt:

- Norsk Luftambulans AS flyr ni av helikoptrene.
- Lufttransport RW AS flyr de tre største helikoptrene.
- Lufttransport FW AS flyr ni ambulansfly.

Framtidas samhandling i helsetjenesten

At spesialisthelsetjenesten spiller på lag med kommuner og pasienter er avgjørende for en god framtidig helsetjeneste. Regional utviklingsplan skal innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan operasjonalisere Strategi 2030.

Publisert 11.04.2018

Sist oppdatert 11.04.2018



Samhandling med pasient, kommuner og spesialisthelsetjeneste er et viktig tema i regional utviklingsplan.

Som en del av regional utviklingsplan blir det holdt diskusjonsmøter med ulike aktører. I går var det møte med Administrative samarbeidsutvalg (ASU) i regionen, der temaer som teknologi, samhandling og organisasjonsendring, forebygging og helsefremmende arbeid, kapasitet og kompetanse ble diskutert.

Teknologi, samhandling og organisasjonsendring

Nye teknologiske løsninger, med Helseplattformen som det store fyrtårnet, skaper nye muligheter til samhandling både innenfor og mellom nivåene i helsetjenesten og kommunene. Med støtte av teknologien har helsetjenesten en mulighet til å skape pasientforløp som setter pasienten i sentrum gjennom en helhetlig og systematisk oppfølging på tvers av nivåer i helsetjenesten. Flere oppgaver vil kunne løses nærmere pasienten ved hjelp av bedre utveksling av informasjon og teknologiske nyvinninger.

Forebygging og helsefremmende arbeid

Å unngå sykdom hos de som er friske og bidra til å bevare livskvaliteten hos de som har en sykdom, vil være bra for den enkelte og for samfunnet. Selv om hovedansvaret for det forebyggende arbeidet ligger hos kommunene er det viktig at alle aktører i helsetjenesten bidrar aktivt.

For å skape pasientens helsetjeneste, må spesialisthelsetjenesten bidra med å forebygge og begrense sykdomsutvikling og øke pasientens mestring og egeninnsats. En hovedutfordring er at det ikke er tradisjon for, eller finnes et finansieringssystem som legger til rette for dette.

Kapasitet og kompetanse

Tilgang på kompetanse beskrives av alle helseforetakene som en økende utfordring, og en problemstilling vi må løse sammen med kommunene, ikke i konkurranse med dem. Gitt at bemanning og kompetanse er en begrenset ressurs i samfunnet, må aktørene i helsetjenesten utnytte denne effektivt og sammen finne ut hvordan vi sørger for at pasienten møtes av rett kompetanse i hele forløpet. Dette fordrer tett samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og utdanningsinstitusjonene.

Regional utviklingsplan og ASU

Administrative Samarbeidsutvalg (ASU) består av valgte representanter fra kommuner, helseforetak og brukerrepresentanter i regionen.

Den regionale utviklingsplanen tar utgangspunkt i helseforetakenes utviklingsplaner, og legger særlig vekt på områder som krever regional overbygning. Dette gjelder også ivaretagelse av sørge-for-perspektivet og regionens bruk av private leverandører av helsetjenester. Den regionale planen utarbeides av Helse Midt-Norge RHF og sendes deretter ut på høring før den vedtas av styret i Helse Midt-Norge RHF.

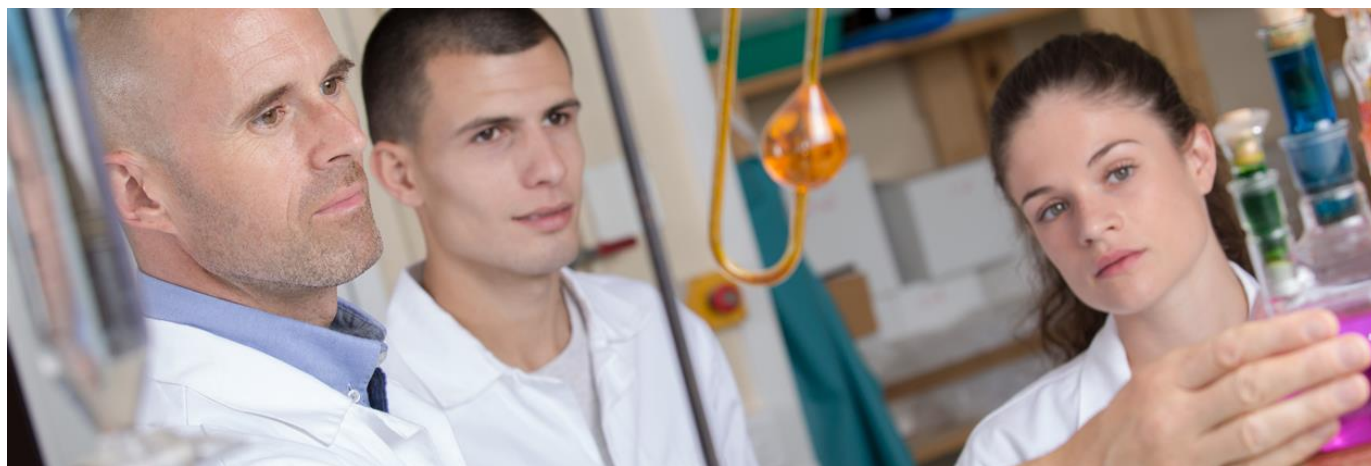
[Her kan du lese mer om utviklingsplaner i Helse Midt-Norge](https://helse-midt.no/nyheter/2018/framtidas-samhandling-i-helsetjenesten)

Tildeling av midler for å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier

Helse Midt-Norge RHF lyste i desember 2017 ut 5 millioner kroner til prosjekter med mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier for helse- og sosialfaglige studenter med praksis i spesialisthelsetjenesten. Søknadsfrist var 5. januar 2018. Etter en grundig vurdering av vitenskapelig kvalitet og nytte for tjenesten ble det tidligere i vår fattet vedtak om tildeling i Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon.

Publisert 06.04.2018

Sist oppdatert 25.04.2018



Følgende prosjekter har fått tildeling:

- Malvin Torsvik, Nord Universitet: Tverrprofesjonell samarbeidslæring
- Marit Kvangarsnes, NTNU Ålesund: Praksisstudier for sykepleier- og medisinstudenter ved Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold i Trøndelag og i Møre og Romsdal
- Stine Lund, Elisabeth Eriksen og Wenche Thun, NTNU (ISM), St Olavs og Helse Nord-Trøndelag: Samarbeidsstillinger for bedre kvalitet og relevans i praksisstudier i spesialsykepleierutdanningen

- Reidun Skar, NTNU (INB): På samme kurs - utdanning og praksis for ergoterapeutstudenter
- Margret Gyda Wangen, NTNU (ISM): Samarbeidsstillinger for bedre kvalitet og relevans i praksisstudier i sykepleierutdanningen innen psykisk helse.

Totalt ble det delt ut kr 4 448 275. Samtlige prosjekter har oppstart høsten 2018 og innebærer tett samarbeid mellom helseforetak og utdanningssektoren.

Etter planen blir det ny utlysning i løpet av høsten 2018 – følg med på [Samarbeidsorganets nettsider](#) for mer informasjon.

Analyseverktøy for ambulansetjenesten

På initiativ fra Samarbeidsforumet for ambulansetjenesten og regionens fagdirektører er det gjennomført en analyse og anskaffet et analyseverktøy for planlegging og utvikling av ambulansetjenesten i Midt-Norge fram mot 2030.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 04.04.2018

Sist oppdatert 11.04.2018



[Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge](#)

Analysen viser blant annet dekningsgrad ut fra anbefalte responstider for ambulansetjenesten. Helseforetakene i regionen får med dette et verktøy for å utvikle og dimensjonere ambulansetjenesten framover. Modellen beregner optimal plassering av stasjoner for best mulig responstid ut til pasient. Den tar ikke hensyn til samtidighetskonflikter /stengte veier og lignende. Transport til behandlingssted er ikke en del av modellen.

Det er Geodata AS som leverer analyse og verktøy for planlegging av ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Til grunn for analysen ligger en framskriving av antall innbyggere, alderssammensetning, og forventet antall ambulanseoppdrag for alle kommuner fram til 2030. Analyseverktøyet gjør det mulig å beregne framtidig behov for ambulanser og

plassering av ambulansestasjoner, og hva som kan påvirke ressurstilgangen. Verktøyet er dynamisk og oppdateres ved endringer av bl.a. vegløsninger.

-Det er helseforetakene som har ansvar for drift og utvikling av ambulansetjeneste og akuttberedskap for lokalsykehusene. Analysen viser at vi i dag generelt har god dekning ut fra anbefalt responstid. I tillegg til analyse knyttet til geografi, utrykningstid og plassering av stasjoner, er det nødvendig at helseforetakene i sin planlegging ser nærmere på samspillet med lokal legevakt og bruken av ambulanser til rene transportoppdrag. Våre moderne ambulanser gjør at vi har et avansert og kompetent medisinsk tilbud for befolkningen tilgjengelig på kort varsel, sier fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt-Norge RHF.

I løpet av de siste ti årene er antallet oppdrag for ambulansene økt med 68 prosent i Midt-Norge. Noe av årsaken er knyttet til spesialisering og funksjonsfordeling mellom sykehus og dermed behov for overføring av pasienter mellom ulike behandlingsnivåer, at vi blir flere eldre som lever lengre og at samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjeneste har endret seg. Tidligere utskriving til kommunal omsorg, sentralisering av legevakter, færre hjemmebesøk fra legevaktsleger og mangel av alternative tilbud for transport, spiller også inn.

Anbefalingen for responstid er 12 minutter for byer og tettsteder med over 10.000 innbyggere og 25 minutter for grisgrendte strøk for 90 prosent av de akutte hendelsene. Eksempler i analysen viser hvordan alternativ plassering av stasjoner kan slå ut. Dette er teoretiske beregninger, og eksemplene må ses opp mot lokale forhold, organisering og samarbeidsløsninger.

Pasientsikkerhetsmidler lyses ut

Helse Midt-Norge utlyser midler til pasientsikkerhetsarbeid i helseregionen. Hvert prosjekt kan søke om støtte på maksimalt 300 000 kroner. Søknadsfrist 13.april 2018.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 23.03.2018

Sist oppdatert 23.03.2018



Forbedring av pasientsikkerhetskulturen

Helse Midt-Norge RHF har etablert et femårig program for kvalitet og pasientsikkerhet. Det regionale programmet er tett knyttet opp til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24/7 med følgende overordnede mål:

- Først og fremst å redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Helse Midt-Norge ønsker å bidra med midler for at helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere får trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid.

Lik kvalitet i helsetjenesten

Det er et mål å redusere variasjon i pasientsikkerhetsarbeid for å oppnå lik kvalitet i helsetjenesten. Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Tilskudd og forpliktelser

Per prosjekt kan det ytes tilskudd i størrelsesorden 50 000 – 300 000, men spesielle prosjekter med behov for økonomisk ramme ut over dette vil også bli vurdert. Prosjekter med regionalt samarbeid eller potensial for kunnskapsdeling mellom helseforetakene vil prioriteres.

Søknadsprosedyrer og forpliktelser

- Søker skal være ansatt i et helseforetak i Helse Midt-Norge.
- Prosjektet skal være godkjent av nærmeste leder/klinikkleder og foretaksledelsen.
- Midlene skal ikke nyttes til ordinær drift eller frikjøp av ressurser til ordinært arbeid.
- Prosjektene må være tidsavgrenset og realiserbare innenfor de økonomiske rammer det søkes om.
- Prosjektperioden kan strekke seg til 01.10.19.
- Det skal på forespørsel rapporteres underveis til Helse Midt-Norge, og det skal rapporteres ved fullført prosjekt.
- Sluttrapportering fra de ulike prosjektene skal offentliggjøres for å bidra til kunnskapsdeling.

Kriterier ved tildeling

- Prosjektets potensial for å redusere sykehusinfeksjoner, med mål om andel under 3,5 prosent, samt reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika.
- Prosjektets potensial for å styrke arbeidet med spredning av tiltakspakkene i det Nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7. Med spesielt fokus på innsatsområdene:
 - *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (ISBAR og NEWS)*
 - *Sepsis (Identifisering og tidlig behandling)*
 - *Trygg kirurgi.*
- Utvikle og etablere varige strukturer for opplæring, læring av pasientskader og uønskede hendelser samt forebygging av gjentakelser.
- Geografisk fordeling i regionen.
- Prosjektets potensial for deling og kunnskapsoverføring til andre HF.

Søknadsfrist er 13. april 2018

Tildeling vil skje innen 04.05.2018.

Spørsmål knyttet til utlysningen kan rettes til:

Regional programleder Nina Brå, epost: nina.bra@helse-midt.no.

Nytt utvalg oppnevnt

Regjeringen oppnevnte 23. mars 2018 et utvalg som skal gjennomgå fordelingen av basisbevilgningene til de fire regionale helseforetakene. Utvalget ledes av professor Jon Magnussen og fra Helse Midt-Norge er økonomidirektør Anne-Marie Barane utpekt som medlem.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 23.03.2018

Sist oppdatert 23.03.2018



– Dagens modell for fordeling av basisbevilgningen ble innført mellom 2009 og 2010. Det er naturlig at inntektsfordelingen gjennomgås jevnlig, blant annet i lys av nye utfordringer for spesialisthelsetjenesten, sier helseminister Bent Høie.

Utvalgsleder:

Professor Jon Magnussen, Trondheim

Medlemmer :



Anne-Marie Barane,
økonomidirektør i Helse Midt-
Norge

- Økonomidirektør Anne Marie Barane, Stjørdal
- Førsteamanuensis Dawit Shawel Abebe, Oslo
- Professor Lars-Erik Borge, Trondheim
- Rådgiver Jann Georg Falch, Bodø
- Økonomidirektør Hanne Gaaserød, Hamar
- Professor Oddvar Kaarbøe, Bergen
- Seniorforsker Jorid Kalseth, Trondheim
- Økonomi- og finansdirektør Per Karlsen, Sandnes
- Viserektor Per Morten Sandset, Asker
- Fagsjef Eva Stensland, Tromsø
- Professor Grethe Seppola Tell, Bergen

Staten overfører midler til de regionale helseforetakene, som på sin side har et selvstendig ansvar for å tildele midler til egne helseforetak og private i samsvar med sørge for-ansvaret. Utvalget skal gjennomgå og eventuelt foreslå en revisjon av fordelingen av basisbevilgningene fra staten til de fire regionale helseforetakene. Forslaget skal basere seg på gjeldende ramme. Dersom utvalget foreslår en revisjon av modellen, skal utvalget foreslå en plan for hvordan revisjonen skal gjennomføres.

De regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i sin region. Staten overfører om lag 140 milliarder kroner til de regionale helseforetakene i 2018, hvorav om lag 97 milliarder kroner som basisbevilgning og resterende som Innsatsstyrt finansiering (ISF) og øremerkede tilskudd. Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen 15. november 2019.

[Les mer om inntektsfordelingsutvalget for spesialisthelsetjenesten, utvalgsmeldemmer og mandatet](#)

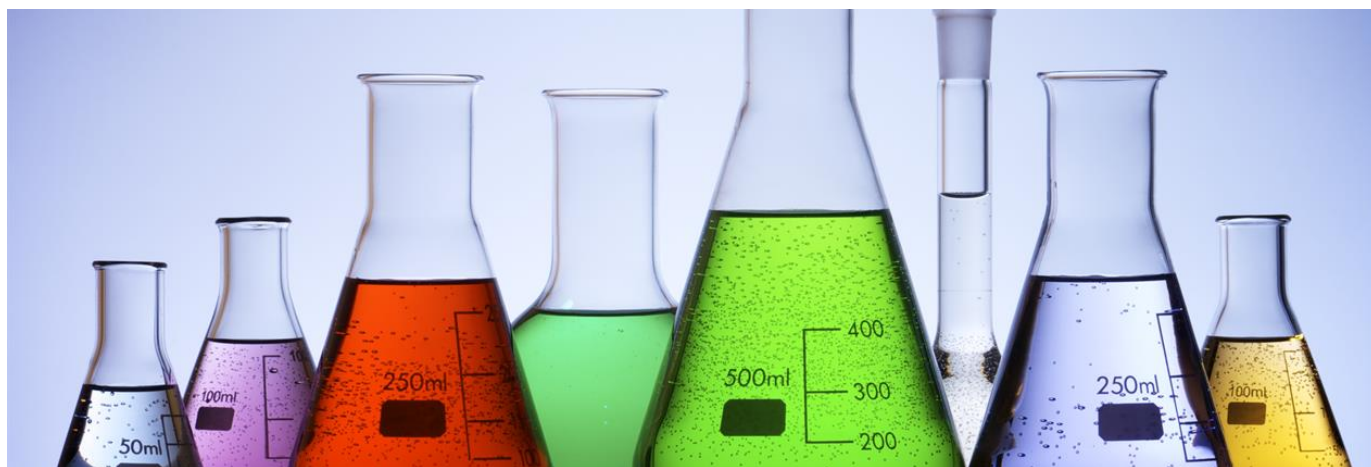
Nye laboratedataløsninger på vei

Helse Midt-Norge har valgt leverandører for nye laboratedataløsninger som skal gi økt kvalitet og pasientsikkerhet, effektive arbeidsprosesser og god informasjonsflyt. Samlet kontraktsverdi inkludert vedlikehold, er på 140 millioner kroner.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 23.03.2018

Sist oppdatert 23.03.2018



- Anskaffelsen av nye dataløsninger for laboratoriene er med på å gjøre tjenesten bedre for både pasienter og ansatte. Vi får bedre og sikrere informasjonsflyt. Arbeidsprosessene blir standardiserte og mer effektive. Sikker og rask logistikk for prøvesvar gir økt beslutningsstøtte i behandlingen, og det vil ha stor verdi for pasientene. Derfor er denne anskaffelsen viktig for at vi skal tilby fremragende pasientbehandling, sier Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge.

Prosjektet HMN LAB har arbeidet med anskaffelsen siden høsten 2016. Gjennom en RFI (markedsforespørsel), et omfattende konkurransegrunnlag, og flere runder med forhandlinger, evaluering av tilbud og nedvalg, har prosjektet kommet med sin innstilling til valg av leverandører. Anskaffelsen har vært delt i to områder, LIMS (Laboratory Information Management System) og CG (Clinical Genetic), som til sammen bidrar til at følgende fagdisipliner får nytt datasystem:

- Medisinsk biokjemi
- Immunologi, cytometri og immunhematologi
- Medisinsk mikrobiologi
- Klinisk farmakologi
- Medisinsk genetikk

Siste tilbud fra de fire gjenværende leverandører ble mottatt 26. februar. Etter flere uker med evaluering, og godkjenning i ulike styrende organer, kunne Helse Midt-Norge 22. mars godkjenne inngåelsen av kontrakt med de to leverandører som har blitt evaluert som best innenfor hvert sitt område:

- For området LIMS: Epic Systems Corporation
- For området CG: Genial Genetic Solutions Ltd

Valgte løsninger understøtter arbeidet som gjøres i laboratorietjenesten i Helse Midt-Norge på en god måte, og har god støtte for integrasjon mot både eksisterende og kommende systemer.

Tidligere kunngjøringer fra prosjektet:

[Prekvalifiseringen](#)

[Kunngjør konkurransegrunnlaget](#)

[Mottak av 7 tilbud](#)

[Første nedvalg](#)

[Nytt nedvalg](#)

Regional plan for utvikling

Temaer som kompetanse, teknologi og samhandling var diskusjonstema da styret i Helse Midt-Norge RHF tok opp utviklingsplan på styremøte torsdag.

Publisert 15.03.2018

Sist oppdatert 15.03.2018



Samhandling er et viktig tema i utviklingsplaner.

Det var et engasjert styre som diskuterte utviklingsplaner. Ambisjonene er å løse utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor. Fokus må være rettet mot pasientene, likeverdig behandling, kompetanse, samhandling med primærhelsetjenesten og mellom helseforetak.

Nødvendigheten av å dempe behovet for helsetjenester, samtidig med utvikling av bygningsmasse, forskning, innovasjon og bruk av teknologi, ble også trukket fram i diskusjonen.

Regional utviklingsplan

Innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan skal den regionale utviklingsplanen være et ledd i å operasjonalisere Strategi 2030. Samtidig skal den ta utgangspunkt i helseforetakenes utviklingsplaner, og legge særlig vekt på områder som krever regional overbygning. Den regionale planen skal ivareta sørge for perspektivet som det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge har.

Det er gode erfaringer med temadiskusjoner i styret. Det ble også gjennomført som en del av utarbeidelsen av Strategi 2030.

Veien videre

På møtet i dag uttrykket styret et sterkt ønske om å diskutere mer rundt utviklingsplaner før de får presentert et høringsutkast. Det legges opp til ytterligere diskusjoner allerede på neste styremøte.

Etter planen vil styret behandle et høringsutkast i juni-møtet, med høringsfrist september 2018.

Regional utviklingsplan skal ferdigstilles i løpet av 2018.

[Her finner du notatet om utviklingsplaner som ble presentert for styret torsdag](#)

[Her kan du lese mer om hva regional utviklingsplan er](#)

Prosedyrelistene og de obligatoriske kursene er ivaretatt

Fra 1. mars 2019 skal over fire tusen forskriftsfestede læringsmål sikre grunnleggende og lik kompetanse for alle legespesialister som utdannes i Norge.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 15.03.2018

Sist oppdatert 15.03.2018



- For at legene skal kunne oppnå kompetansen i læringsmålene, er det opplagt at helseforetakene må styrke arbeidet med veiledning og supervisjon i betydelig grad, sier administrerende direktør Stig A. Slørdahl. Han sier videre at det helt klart blir krevende for helseforetakene å innføre den nye ordningen og at det må settes av nok tid til å planlegge og gjennomføre utdanningsløpene. Det kommer til å ta tid å alle innføre de gode intensjonene i utdanningen.



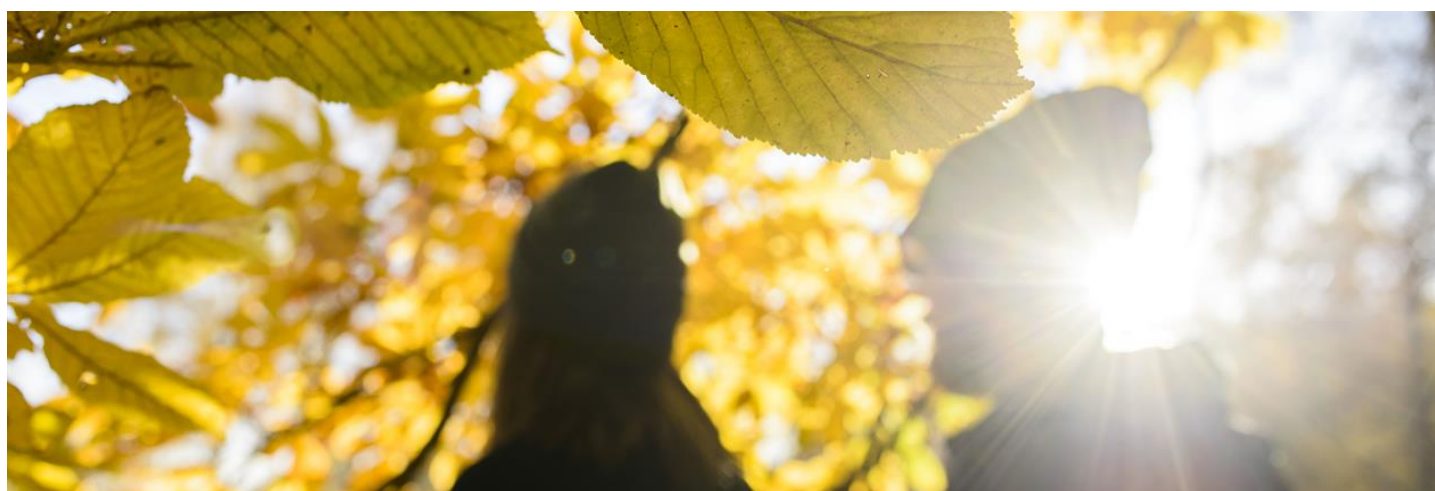
Administrerende direktør Stig
A. Slørdahl

Helseregionene, ved de fire administrerende direktørene, besluttet allerede i 2017 at prosedyrelistene og de obligatoriske kursene skal ivaretas i ny utdanning. Anbefalt antall gjennomførte læringsaktiviteter (prosedyrelistene) og dagens obligatoriske kurs skal ligge til grunn for helseforetakenes arbeid med ny utdanning. Legene skal dermed ikke bare gjennomføre prosedyrelisten, - det skal også vurderes om de har oppnådd kompetansen.

- I ny ordning vektlegges veiledning og oppfølging. Utdanningen er forskriftsfestet gjennom læringsmål, og praktiske læringsmål kan ikke godkjennes uten at en veileder går god for at kompetansen er nådd. Dette vil sikre legenes kompetanse, avslutter Stig A. Slørdahl

Prioritering av psykisk helsevern

Styret for Helse Midt-Norge RHF vil ha en tett oppfølging for å sikre prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling framover. Det forventes at helseforetakene i regionen raskt iverksetter nødvendige tiltak og rapporterer på resultatene månedlig.



Publisert 15.03.2018

Sist oppdatert 15.03.2018

- Det er så langt gjort et godt arbeid med å vurdere risiko og forutsetningene for å lykkes med å innfri den gyldne regel. Oppmerksomheten må være rettet mot rekruttering og læring på tvers. Jeg ser fram mot at det regionale styret får en oversikt over tiltakene som iverksettes og hvordan resultater og avvik blir fulgt opp, sier styreleder Tina Steinsvik Sund.

Helseforetakene i regionen skal innen utgangen av mars legge fram planer som skal inneholde risikovurdering, konkrete tidfestede tiltak, milepæler for evaluering og korrigerende tiltak der dette kan bli nødvendig.

Rekruttering av spesialister har vært utfordrende, både barne- og ungdomspsykiatere og psykologspesialister, noe som er med på å lage flaskehalser i systemet. Dette gjelder spesielt i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

Temadiskusjon om utviklingsplaner

Styret i Helse Midt-Norge RHF skal i de neste styremøtene ha ulike temadiskusjoner rundt regional utviklingsplan. Den regionale planen skal være en selvstendig plan og basere seg på Strategi 2030, i tillegg til at den skal bygge på planene fra helseforetakene.

Publisert 12.03.2018

Sist oppdatert 12.03.2018



I februar vedtok helseforetakene i Helse Midt-Norge sine utviklingsplaner for de neste fire åra, og i løpet av 2018 vil også det regionale helseforetaket vedta sin.

Den regionale utviklingsplanen skal være et ledd i å operasjonalisere Strategi 2030 som ble vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF i 2016. Dessuten skal utviklingsplanen ta utgangspunkt i rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Den regionale planen skal ivareta sørge for perspektivet som det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge har, og regionens bruk av private leverandører av helsetjenester. Det er naturlig at den regionale planen har en noe større vekt på det langsiktige perspektivet, mot 2035, enn de lokale planene.

Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at rus og psykiatri, kompetanse, teknologi og samhandling blir viktige tema i ny helse- og sykehusplan, så dette er områder Helse Midt-Norge RHF bør ha et særlig blikk på i den regionale utviklingsplanen.

Torsdag denne uken får styret tre spørsmål som utgangspunkt for diskusjon:

1. Hva kan det regionale helseforetaket gjøre for å sørge for at vi benytter kompetansen riktig?
2. Hvordan kan det regionale helseforetaket legge til rette for samhandling i regionen som sikrer både effektivitet og et likeverdig helsetilbud?
3. Hvordan kan samhandlingen med primærhelsetjenesten, som er avgjørende både for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste, gi gevinster av ny kommunikasjonsteknologi og utnytte kompetanse effektivt?

[Her finner du notatet som er utgangspunkt for første temadiskusjon i styret i Helse Midt-Norge RHF](#)

[Her finner du mer informasjon om utviklingsplaner i Helse Midt-Norge](#)

Sakspapirer til styremøte 15. mars

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. mars er nå tilgjengelige i vår styreadministrasjon på web. Møtet starter kl. 10.00 på Radisson airport hotell Værnes.

Publisert 09.03.2018

Sist oppdatert 09.03.2018



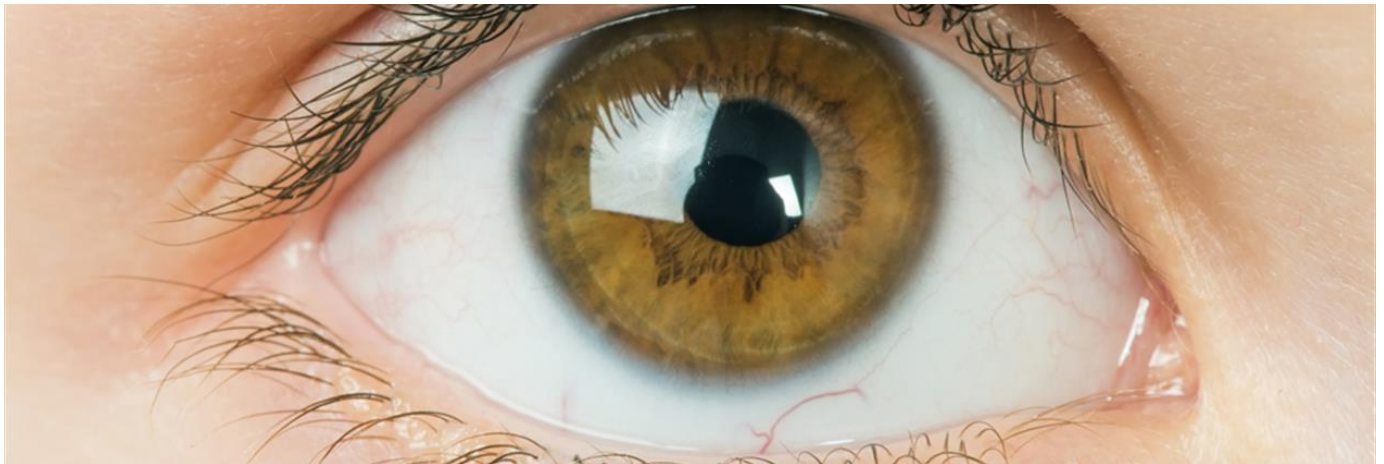
[Sakspapirer og innkalling finner du her.](#)

Ny metode mot øyekreft

Bedre behandling for barn med øyekreft, glukosemåling og tre legemidler sto på agendaen til Beslutningsforum for nye metoder 9. mars.

Publisert 09.03.2018

Sist oppdatert 09.03.2018



[Her kan du lese mer om beslutningene på nettsidene til Nye Metoder](#)

2018: Tildeling av midler til brukerorganisasjoner

Tildeling av midler til helsefremmende arbeid er klar. For 2018 deler vi ut 8.905.000,- Krav om nøkternhet i alle ledd

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 09.03.2018

Sist oppdatert 09.03.2018

For 2018 blir det tildelt kr. 8.905.000,-. Det har kommet inn søknader på til sammen kr. 19,1 MNOK.

Helse Midt-Norge ønsker å bidra til utvikling av brukerorganisasjoner som kan hjelpe oss med å skape en bedre spesialisthelsetjeneste.

Helse- og Omsorgsdepartementet stiller strenge krav om økonomisk balanse. Dette betyr påbud om nøkternhet i alle ledd, også i forhold til alle gode tiltak som det hadde vært ønskelig å gjennomføre.

[Retningslinjer for tildeling](#)

Disse har fått tildelt midler

Søkerorganisasjon:

	2018
ADHD Norge Nord-Trøndelag	70 000
Arbeidsmiljøskaddes landsforening Trøndelag	20 000
Autismeforeningen, Møre og Romsdal	50 000
Autismeforeningen, Nord-Trøndelag fylkeslag	25 000
Autismeforeningen, Sør-Trøndelag fylkeslag	15 000
Bipolarforeningen Norge	20 000
Blodkreftforeningen Midt-Norge	20 000

Carcinor Midt-Norge	15 000
Cerebral Parese Foreningen Møre og Romsdal	20 000
Cerebral Parese Foreningen Trøndelag	60 000
Diabetesforbundet Møre og Romsdal	50 000
Diabetesforbundet Nord-Trøndelag	50 000
Diabetesforbundet Sør-Trøndelag	60 000
Dysleksi Nord-Trøndelag	30 000
Døveforening, Møre og Romsdal	95 000
Døveforening, Nord-Trøndelag	75 000
Døveforening, Trondheim	110 000
Foreningen for hjertesyke barn Nord Trøndelag	15 000
Foreningen for muskelsyke Møre og Romsdal	20 000
Foreningen mot stoff Innherred	40 000
Funksjonshemmede Barns Familieforening, Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane	10 000
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon Møre og Romsdal	500 000
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, helseregion Midt-Norge	1 020 000
Føflekkreftforeningen	15 000
Gynkreftforeningen Trøndelag	10 000
Gynkreftforeningen, landsdekkende	15 000
Harry Benjamin ressurscenter	5 000
HivNorge	15 000
Hjernesvulstforeningen Midt-Norge	15 000
Hvite Ørn Norge	10 000
Hørselshemmedes Landsforbund Møre og Romsdal	

	60 000
Hørselshemmedes Landsforbund Nord-Trøndelag	
	50 000
Hørselshemmedes Landsforbund Sør-Trøndelag - Hørselsboksen	
	110 000
Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde	
	20 000
Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende, Møre og Romsdal	
	35 000
Landsforbundet for Utviklingshemmede og pårørende, Trøndelag	
	35 000
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Møre og Romsdal	
	150 000
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Nord-Trøndelag	
	150 000
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Sør-Trøndelag	
	170 000
Landsforeningen for kvinner med bekkenleddsmerter Trøndelag	
	10 000
Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte, Møre og Romsdal	
	25 000
Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte, Nord-Trøndelag fylkeslag	
	15 000
Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte, Sør-Trøndelag fylkeslag	
	10 000
Landsforeningen for Polioskadde Trøndelag	
	30 000
Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, Fylkesstyret Møre og Romsdal	
	105 000
Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, Trøndelag	
	60 000
Landsforeningen for Ryggmargsskadde, Trøndelag	
	30 000
Landsforeningen for slagrammede	
	15 000
Landsforeningen Mot Fordøyelsessykdommer avd. Trøndelag	
	10 000
LEVE Nord-Trøndelag	
	25 000
Lungekreftforeningen	
	15 000
Lymfekreftforeningen Midt Norge	
	15 000
Mental Helse Møre og Romsdal	
	410 000
Mental Helse Nord-Trøndelag	
	410 000

Mental Helse Sør-Trøndelag	410 000
Mental Helse Ungdom	70 000
Morbus Addison avdeling Trøndelag	25 000
Morbus Addison Forening Møre og Romsdal fylkeslag	25 000
MS-forbundet, Region Midt	75 000
Munn- og Halskreft-foreningen avd Midt-Norge	15 000
Norges Astma og Allergiforbund	250 000
Norges Blindeforbund Møre og Romsdal	60 000
Norges Blindeforbund Nord-Trøndelag	60 000
Norges Blindeforbund Sør-Trøndelag	90 000
Norges Fibromyalgiforbund, Sør-trøndelag fylkeslag	20 000
Norges Handikapforbund Nord Vest	105 000
Norges Handikapforbund Trøndelag	155 000
Norges myalgisk encefalopati forening, Sør-Trøndelag fylkeslag	85 000
Norsk Cøliaki avdeling Sør-Trøndelag	60 000
Norsk Forbund For Svaksynte	15 000
Norsk Forbund for Utviklingshemmede Møre og Romsdal	105 000
Norsk Forening for Nevrofibromatose Møre og Romsdal	30 000
Norsk Forening for Nevrofibromatose Trøndelag Fylkeslag	30 000
Norsk forening for Osteogenesis Imperfecta, avdeling Trøndelag	15 000
Norsk forening for stomi og reservoaropererte og mage-og tarmkreft, avd. Romsdal	30 000
Norsk forening for stomi og reservoaropererte og mage-og tarmkreft, Nord-Trøndelag	25 000
Norsk forening for stomi og reservoaropererte og mage-og tarmkreft, Sunnmøre	25 000
Norsk forening for stomi og reservoaropererte og mage-og tarmkreft, Sør-Trøndelag	

	45 000
Norsk forening for slagrammede Innherred	
	10 000
Norsk forening for slagrammede Molde og omegn	
	10 000
Norsk Lymfødemforening, landsdekkende	
	25 000
Norsk Revmatikerforbund Møre og Romsdal fylkeslag	
	160 000
Norsk Revmatikerforbund Nord-Trøndelag fylkeslag	
	140 000
Norsk Revmatikerforbund Sør-Trøndelag fylkeslag	
	160 000
Norsk Tourette Forening, Trøndelag fylkeslag	
	50 000
Parkinsonforeningen, Møre og Romsdal	
	50 000
Parkinsonforeningen, Nord Trøndelag	
	40 000
Prostataforeningen i Sør-Trøndelag	
	10 000
Prostataforeningen i Nord-Trøndelag	
	10 000
Psoriasis- og eksemforbundet, Sør-Trøndelag	
	25 000
Psoriasis- og eksemforbundet, Møre og Romsdal	
	40 000
Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon	
	320 000
Ryggforeningen i Norge, avdeling Nordmøre	
	10 000
Rådgivning om spiseforstyrrelser	
	40 000
Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes Organisasjoner Møre og Romsdal	
	115 000
Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes Organisasjoner Trøndelag	
	290 000
Senter mot incest og seksuelle overgrep, Møre og Romsdal	
	300 000
Senter mot incest og seksuelle overgrep, Nord-Trøndelag	
	150 000
Senter mot incest og seksuelle overgrep, Sør-Trøndelag	
	300 000
Spillavhengighet Norge	
	5 000
Spiseforstyrrelsesforeningen	
	10 000

Stiftelsen Amatheia - veiledningstjeneste for gravide, Møre og Romsdal	100 000
Stiftelsen Amatheia - veiledningstjeneste for gravide, Trøndelag	200 000
Stoffskifteforbundet Region Midt-Norge (Norsk Thyreoideforbund region Midt-Norge)	40 000
Voksne med medfødt hjertefeil - region midt	10 000
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt Norge	60 000
Totalt	8 925 000

Arbeidsrettet rehabilitering (raskere tilbake)

Raskere tilbake-ordningen er endret fra 1. januar 2018. Tilbudet gjelder personer som har muskel- og skjelettlidelser eller vanlige psykiske lidelser. Tilbudet gjelder også allmenne og uspesifiserte lidelser.

Publisert 08.03.2018

Sist oppdatert 08.03.2018



Henvising sendes direkte til rehabiliteringsinstitusjonen, som selv foretar rettighetsvurdering. Se oversikt over behandlingssteder [her](#).

Arbeidsrettet rehabilitering skjer ved polikliniske konsultasjoner, dagtilbud eller døgntilbud. Målsetningen er at arbeidstakere som er sykmeldt, eller som står i fare for å bli sykmeldt, raskere skal kunne komme tilbake på jobb eller til studier. Ved søknad om arbeidsrettet rehabilitering er det viktig at informasjon om arbeids- eller studiestatus er med.

Styremøte 5. mars

Det avholdes styremøte i Helse Midt-Norge RHF mandag 5. mars kl 0800. Møtet avvikles som et telefonmøte og det foreligger ingen sakspapirer i forkant av møtet.

Publisert 02.03.2018

Sist oppdatert 02.03.2018



[I vår styreadministrasjon finner du innkalling med kode for å lytte til møtet](#)

Nye styrer for helseforetakene oppnevnt

Helse Midt-Norge har oppnevnt nye styrer for helseforetakene i regionen. Styremedlemmene er oppnevnt for en periode på to år med start 5. mars i etterkant av dagens foretaksmøter.



Jeg er svært tilfreds med sammensetning og den kompetansen som er samlet i de nye styrene, sier leder av valgkomiteen, styreleder Tina Steinsvik Sund i Helse Midt-Norge RHF.

Publisert 05.03.2018

Sist oppdatert 05.03.2018

- Som region står Helse Midt-Norge overfor store oppgaver de neste årene. Styrene i våre helseforetak vil ha en viktig funksjon i å følge opp drift og bidra til å utvikle tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Tunge investeringer i både bygg og teknologi vil gi oss nye muligheter og dette arbeidet vil involvere mange mennesker. Derfor er jeg svært tilfreds med sammensetning og den kompetansen som er samlet i de nye styrene. I tillegg har vi lagt vekt på geografisk bredde, at det skjer læring på tvers og at vi skaper gode forutsetninger for samarbeid, sier styreleder Tina Steinsvik Sund.

- Jeg vil samtidig benytte anledningen til å takke for innsatsen overfor de styremedlemmene som ikke fortsetter. De har lagt ned et betydelig arbeid over flere år, sier hun.

De ansattevalgte styremedlemmene har ett år igjen av sin periode. Nye valg for disse avholdes i 2019.

[Her finner du foretaksprotokoller for helseforetakene i Helse Midt-Norge.](#)

Dette er de nye styrene:

Helse Møre og Romsdal HF

Ingve Theodorsen, leder (NY)
May Helen Molvær Grimstad, nestleder (NY)
Toril Forbord (NY)
Bjarne Storset (NY)
Nils Kvernmo (NY)
Anette Lekve (ansattevalgt)
Jan Arve Antonsen (ansattevalgt)
Mikal Gjellan (ansattevalgt)

St. Olavs Hospital HF

Anne Breiby, leder
Toril Nagelhus Hernes, nestleder
Arne Flaas (NY)
Marit Bjartveit
Daniel Haga
Kenneth Sandmo (ansattevalgt)
Sigmund Eidem (ansattevalgt)
Tina Strømdal Wik (ansattevalgt)

Helse Nord-Trøndelag HF

Ingrid Finboe Svendsen, leder (NY)
Hilde Grimstad, nestleder
Bjørn Arild Gram
Kristine Fagerland (NY)
Nils Kvernmo (NY)
Rolf Larsen (ansattevalgt)
Annbjørg Irene Støa (ansattevalgt)
Janne Elisabeth Jacobsen (ansattevalgt)

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Roar Lervik, leder (ny som leder)
Monica Rolfsen, nestleder (NY)
Åge Austheim (NY)
Per Jarle Ingstad (NY)
Gunn Fredriksen
Hilde Severinsen (ansattevalgt)
Sigrid Westly (ansattevalgt)

Fire metoder vurdert

Beslutningsforum for nye metoder har vurdert fire metoder: Petø-metoden for behandling av barn og unge med hjerneskade og tre legemidler til blærekreft, kreft i skjoldbruskkjertelen og bløtvevskreft.

Publisert 27.02.2018

Sist oppdatert 27.02.2018



Beslutningsforum for nye metoder ber blant annet om at det legges til rette for å utvikle ny kunnskap og forske på effekt av behandlingstilbud for barn og unge med hjerneskade.

Beslutningene ble fattet i møte i Beslutningsforum for nye metoder 26. februar 2018.

[Du kan lese om alle beslutningene på nettsidene til Beslutningsforum for nye metoder](https://helse-midt.no/nyheter/2018/fire-metoder-vurdert)

Blimedno -en folkehelsekonferanse for og med barn og unge

Blimedno er en folkehelsekonferanse for og med barn og unge. Er du nysgjerrig på hva barn og unge mener om hvordan vi kan skape et samfunn som gir god helse for dem?

Av Helse Midt-Norge

Publisert 26.02.2018

Sist oppdatert 07.06.2018



18.april arrangeres Blimedno-konferansen på Scandic Lerkendal for å få bedre innsikt i hvordan vi kan fremme bedre helse for alle. Målgruppen for konferansen er ansatte i stat og kommune, medlemmer i frivillige organisasjoner, politikere, forskere, foreldre og alle andre med interesse for folkehelsearbeid. Konferansen er et samarbeid mellom flere aktører i regionen:

- Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon
- Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), NTNU
- Trøndelag fylkeskommune
- Fylkesmannen i Trøndelag
- Ekspertene i team, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Bedre helse for alle

Barn og unge er delvis en oversett målgruppe i arbeidet for en bedre folkehelse. Det er som oftest *voksne* som utformer folkehelse tiltak med gode intensjoner. Tiltakene treffer ikke alltid målgruppen fordi barn og unge ikke har vært involvert i arbeidet. - Vi mener at barn er eksperter på egne liv. Vi tror at det er barn og unge som er de beste til å vurdere hva som hemmer og fremmer god helse i sitt miljø, sier Ellen Margrete Iveland Ersfjord, forsker ved Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon og ansvarlig for Blimedno. - Vi vil undersøke hvordan barn kan være folkehelseagenter og delta i arbeidet for en bedre folkehelse, sier hun.



Ellen Margrete Iveland Ersfjord
forsker ved Regionalt senter
for fedmeforskning og
innovasjon

Barn som medforskere

I forkant av folkehelsekonferansen har det blitt gjennomført skoleworkshops om kosthold, fysisk aktivitet og psykiske helse, der masterstudenter fra NTNU og helseeksperter har brukt barnesosiologiske metoder for å involvere barn som medforskere. Barnesosiologiske metoder er spesielt utviklet for å sikre barns medvirkning.

Barna vil delta på konferansen og presentere sine forskningsfunn og masterstudentene vil presentere de ulike barnevennlige metodene som er benyttet for å involvere barn som medforskere. Konferansen avrundes med en paneldebatt der barna utfordrer voksne på hva de skal gjøre for å sikre at barn blir hørt og at de får reell medvirkning i fremtidig folkehelsearbeid.

Panelet består av:



Anne Lindboe Barneombud



Morten Wolden Rådmann
Trondheim kommune



Kirsti Tømmervold Ordfører
Klæbu kommune



Per Egil Mjaavatn
Førsteamanuensis
NTNU



John Tore Vik
Seniorrådgiver



Tove Drilen Klinisk
ernæringsfysiolog, ObeCe

Program

Konferansier er Klaus Joachim Sonstad



Foto: Morten Warholm/BERRE

:

Tidspunkt

:

Presentasjoner

Tidspunkt:



0900-0915

Presentasjoner:

Åpning av konferansen v/stortingsrepresentant Ingvild Kjerkol, Helse- og omsorgskomiteen

Tidspunkt:

0915-1100

Presentasjoner:

Elevpresentasjoner

Tidspunkt:

1100-1145

Presentasjoner:

Lunsj

Tidspunkt:



1145-1215

Presentasjoner:

Barne- og likestillingsministeren Linda Hofstad Helleland

Tidspunkt:

1215-1400

Presentasjoner:

Elevpresentasjoner

Tidspunkt:

1400-1445

Presentasjoner:

Paneldebatt

Tidspunkt:

1445-1500

Presentasjoner:

Avslutning

PÅMELDING

Tid: 18. april 2018

Sted: Scandic Lerkendal, Trondheim

Pris: 500,-. Bindende påmelding innen 4. april 2018.

For spørsmål om påmelding: St. Olav Driftsservice Kundesenter. Telefon 06750,
kundesenter@driftsservice.no

Øvrige spørsmål om konferansen: Kontakt Ellen Ersfjord, mobil 46664723, mailadresse
ellen.ersfjord@stolav.no

God prosess gir god avtale for alle parter

Pasientreiser: Helse Midt-Norge RHF og Trøndertaxi as signerte i dag avtale for kommuner i sørlige Trøndelag. Dialogfasen har vært veldig viktig for at vi har fått en avtale som er til det beste for alle partene, sier Hege Dahle, adm. dir. i Trøndertaxi

Av Helse Midt-Norge RHF

Publisert 23.02.2018

Sist oppdatert 23.02.2018



Fornøyde avtaleparter

Det er store deler av det gamle sør-trønderske fylket som nå har fått fornyet avtale om transport av pasienter til og fra behandling. Dette området har vært betjent av biler fra Trøndertaxi siden 2013, selv om løyvehaverene har kjørt pasienter i mange år før dette.

- Vi oppfatter Trøndertaxi as som en seriøs og ryddig partner som det er greit å samarbeide med, sier Stig Slørdahl, som er administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF.

- Denne avtalen betyr enormt mye for drosjenæringen i distriktene, sier Hege Dahle, som er administrerende direktør i Trøndertaxi as. - Drosjene har et viktig samfunnsoppdrag, 80 - 90 % av driftsgrunnlaget er kjøring av pasienter og skoleelever. Om pasientreisene falt bort ville vi måtte avvikle driften mange steder.

Avtalen har kommet i stand etter et offentlig anbud der helseforetak og taxiselskap har tatt seg god tid til å forstå hvordan den andre parten tenker om jobben som skal gjøres.

- Prosessen har vært veldig god, sier Arnt Egil Hasfjord, som har vært prosjektleder for Helse Midt-Norge i anskaffelsen. - Det har vært viktig for oss å få en felles forståelse for innholdet i kontrakten. Det har tatt tid, men vi er sikre på at vi har en avtale som er god både for pasientene, taxiene og oss. Dette har vært en prosess vi kan trekke lærdom av, også i andre sammenhenger, sier han.

- Kontrakten innebærer en standardisering av vilkårene for pasienttransport. Dette er viktig for å skape forutsigbarhet for alle partene. Ikke minst gjelder dette når det skal planlegges innkjøp av biler og utstyr, sier Hasfjord.

- Avtalen inneholder et utviklingsarbeid, fortsetter Dahle. - Den legger opp til mye mer samkjøring, på samme måte som vi har for skoleelever i dag. Med tett og god dialog føler vi oss trygge på at vi skal finne god løsninger.

- Samkjøring er viktig, både for effektiviteten, men også for miljøet, forteller Helge Foss Hansen, som er avdelingssjef for pasientreiser på St. Olavs hospital, og som vil ha forvaltningsansvaret for avtalen. - Vi vil ta i bruk et nytt dataverktøy for å lage samkjøringsplaner, slik at vi får fylt opp bilene der det er forsvarlig. Vi skal ikke samkjøre for enhver pris, men når det er til beste for pasienten.

Fakta om avtalen:

- Avtaleparter: Helse Midt-Norge RHF og Trøndertaxi as
- Avtalen gjelder for Agdenes, Orkdal, Meldal, Snillfjord, Bjugn, Ørland, Frøya, Hitra, Holtålen, Røros, Klæbu, Melhus, Oppdal, Rennebu, Midtre Gauldal, Osen, Roan, Åfjord, Skaun, Hemne
- Varighet til 31.12.2020 med mulighet for forlenging i inntil ett år



Tor Hellandsvik, innkjøpsrådgiver i Helse Midt-Norge RHF, Arnt Egil Hasfjord, rådgiver i Helse Midt-Norge RHF, Stig Slørdahl, adm. dir. i Helse Midt-Norge RHF, Hege Dahle, adm. dir. i Trøndertaxi as, Helge Foss Hansen, avdelingsleder pasientreiser, St. Olavs hospital HF

Felles foretaksmøte avholdt

Mandag 19. februar ble det avholdt et felles foretaksmøte for alle helseforetak i Helse Midt-Norge. Møtet ble avholdt som et telefonmøte.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 19.02.2018

Sist oppdatert 19.02.2018



Foto: Colourbox

Ber Helseforetakene om å prioritere psykisk helsevern for barn og unge

Styreleder ba i foretaksmøtet om at psykisk helsevern blir prioritert, med særlig fokus på barn og unge.

- Det er et stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av psykisk helsevern, og den gylne regel ligger fortsatt fast og forutsettes innfridd, sier styreleder i Helse Midt-Norge RHF, Tina Steinsvik Sund.
- Helseforetakene skal nå utarbeide en plan som viser hvordan de skal sikre måloppnåelse av den gylne regel i 2018, avslutter Steinsvik Sund.



Styreleder i Helse Midt-Norge
RHF, Tina Steinsvik Sund

Fire overordnede mål for 2018

Foretaksmøtet mellom det regionale helseforetaket (RHF) og helseforetakene (HFene) i regionen holdes flere ganger i året. Gjennom «Styringskrav og rammer» gir Helse Midt-Norge RHF helseforetakene et mest mulig helhetlig og samlet styringsbudskap for 2018.

Helseforetakene i Midt-Norge skal i 2018 nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

Styringskrav og rammer for 2018

Styringsdokumentet er utarbeidet med utgangspunkt i de styringsbudskapene Helse Midt-Norge RHF er gitt fra Helse og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2018 og protokoll fra foretaksmøte 16. januar 2018. I tillegg er det innarbeidet styringskrav som er forankret i vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF, regionale strategier og lignende. Bestillingene og rammebetingelsene som HF-ene skal jobbe etter ligger i styringsdokumentene:

[Helse Møre og Romsdal HF](#)

[St.Olavs Hospital HF](#)

[Helse Nord-Trøndelag HF](#)

[Sykehusapotekene i Midt-Norge HF](#)

Protokoller fra foretaksmøtene og endelige styringsdokumenter blir lagt ut på [styreadministrasjonsweben](#) vår.

KLINBEFORSK lyser ut midler for 2018

Program for klinisk behandlingsforskning, KLINBEFORSK, lyser ut midler for 2018. Søknadsfrist er 30. april 2018.

Publisert 13.02.2018

Sist oppdatert 13.02.2018



Klinisk forskning i et laboratorium.

For samtlige prosjekter kreves deltakelse fra kliniske forskningsmiljøer i alle helseregioner og brukermedvirkning. Prosjektet skal være forankret i og ledet fra en søknadsberettiget institusjon.

[Du finner mer informasjon på programmets offisielle nettside](#)

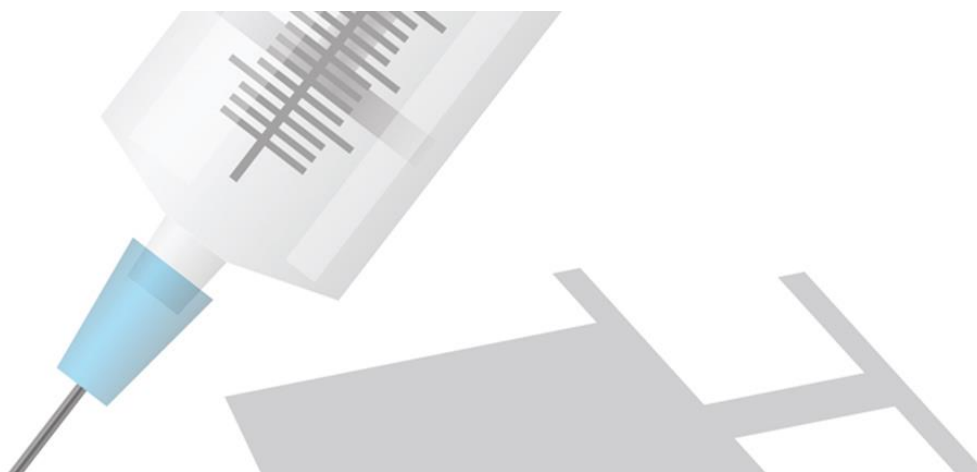
KLINBEFORSK er et nasjonalt program som eies av de fire regionale helseforetakene. Det lyses ut ca. 130 millioner kroner i 2018 til kliniske multisenterstudier med mål om å forbedre eksisterende behandlingsrutiner og/eller utvikle eller evaluere nye. Programmet skal bidra til at flere norske pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier.

Sier ja til Spinraza

Beslutningsforum for nye metoder sier ja til legemiddelet nusinersen (Spinraza). Aktuelle barn med den alvorlige muskelsykdommen spinal muskelatrofi kan nå få behandling i offentlige sykehus.

Publisert 12.02.2018

Sist oppdatert 12.02.2018



Beslutningen er tatt med visse forutsetninger.

Legemiddelet nusinersen (Spinraza) har vært den vanskeligste saken Beslutningsforum for nye metoder noen sinne har behandlet. Legemiddelet hadde en svært høy pris per dose (nær 1 million kroner). Etter lange forhandlinger mellom legemiddelfirmaet og Sykehusinnkjøp, fikk Beslutningsforum for nye metoder framlagt et forslag til løsning som de sa ja til i et ekstraordinært møte 12. februar 2018.

[Du kan lese hele saken på nettsidene til nye metoder](https://helse-midt.no/nyheter/2018/sier-ja-til-spinraza)

Program for antikorrupsjon etableres

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å etablere et program for antikorrupsjon i Helse Midt-Norge.

Publisert 08.02.2018

Sist oppdatert 08.02.2018



Et program for antikorrupsjon skal være Helse Midt-Norges samlede tiltak for å motvirke korrupsjon og sørge for riktig håndtering dersom korrupsjon har funnet sted. Programmet skal gjelde for hele foretaksgruppa, både ansatte, tillitsvalgte, styremedlemmer og brukerrepresentanter samt inkludere et system for å stille krav til de som samhandler eller leverer tjenester til oss.

Kontinuerlig prosess

- Vi er glade for å få dette på dagsordenen. Arbeidet med antikorrupsjon er viktig for å opprette tillit og troverdig blant pasienter og ansatte. En felles regional plan for implementering og oppfølging er en viktig del av antikorrupsjonsprogrammet. Etterlevelse kommer ikke av seg selv men skapes gjennom aktive handlinger fra ledere og ansatte, sier styreleder i Helse Midt-Norge RHF Tina Steinsvik Sund.



Styreleder i Helse Midt-Norge
RHF, Tina Steinsvik Sund

Et korrupsjonsprogram er en kontinuerlig prosess der risikoanalyser, kontroller og forebyggende systemer må oppdateres og vedlikeholdes.

Hva er korrupsjon?

Korrupsjon omfatter et bredt spekter av aktiviteter der formålet er å skaffe seg ulovlige fordeler. Korrupsjon er straffbart og i straffeloven definert slik: Å kreve, motta eller akseptere et tilbud om en utilbørlig fordel i anledning av stilling, verv eller oppdrag, eller å gi eller tilby noen en utilbørlig fordel i anledning stilling, verv eller oppdrag.

Definisjonen gjør at både den som tilbyr en utilbørlig fordel (aktiv korrupsjon) og den som aksepterer et slikt tilbud (passiv korrupsjon), kan straffeforfølges for korrupsjon i henhold til straffeloven

Meld deg på Hemit-konferansen 8. mars

Snart går startskuddet for Midt-Norges største eHelse-konferanse - dette kan du ikke gå glipp av!

Av Helse Midt-Norge

Publisert 09.02.2018

Sist oppdatert 09.02.2018



Årets konferansier er gründer og leder av Digital Hverdag, Bente Sollid Storehaug. Hun ble nylig kåret til en av de fremste IT-kvinnene i Norge av Abelia.



Årets konferansier, Bente Sollid Storehaug

– Konferansen har stor bredde og samler dyktige foredragsholdere innenfor håndtering av pasientdata, velferdsteknologi og innovasjon. Trygghet og tillit er to sentrale nøkkelord

innenfor digitalt lederskap. Jeg gleder meg til en dag med mye læring, inspirasjon og kunnskap, sier Sollid Storehaug.

Helseministeren kommer – og vi har inngått samarbeid med NTNU Helse

[Årets program](#) er rikholdig sammensatt, med mange foredrag og innlegg innenfor tema som blant annet innovasjon, velferdsteknologi og big data.

I tillegg får Helseplattformen, som skal anskaffe og innføre ny felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge, stor plass i programmet.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie kommer for å holde innlegg, og nytt for årets konferanse er samarbeidet med NTNU Helse.



Endringer i Raskere tilbake

Fra 1. januar ble Raskere tilbake-ordningen endret. Ordningen kalles nå arbeidsrettet behandling. I budsjettvedtaket for 2018 besluttet Stortinget at ordningen går over fra prosjekt til et fast tilbud

Publisert 06.02.2018

Sist oppdatert 06.02.2018



Tilbudet gjelder nå personer som har muskel- og skjelettlidelser eller vanlige psykiske lidelser som for eksempel angst og depresjon. Tilbudet gjelder også allmenne og uspesifiserte lidelser.

Behandling av sykdom foregår før, eller helst samtidig med arbeidsrettede tiltak. Målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er personer i yrkesaktiv alder med sammensatte og komplekse behov. Alle henvisninger skal rettighetsvurderes.

Henvisning sendes direkte til behandlingsstedet, som selv foretar rettighetsvurdering. Ved søknad om arbeidsrettet rehabilitering eller behandling er det viktig at informasjon om arbeids- eller studiestatus er med.

Arbeidsrettet behandling skjer ved polikliniske konsultasjoner, dagtilbud eller døgntilbud både i helseforetak og hos private rehabiliteringssteder med avtale. Målsetningen er at arbeidstakere som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt skal komme raskere tilbake på jobb.

[Her finner du oversikt over diagnose- og behandlingssteder](#)

Beslutninger om åtte legemidler - og status for Spinraza

Ni legemidler sto på saklista i møtet i Beslutningsforum for nye metoder 2. februar 2018.

Publisert 02.02.2018

Sist oppdatert 02.02.2018



[Du kan lese om beslutningene her](#)

Nusinersen (Spinraza)

Legemiddelet nusinersen (Spinraza) til behandling av den alvorlige sykdommen spinal muskelatrofi er omtalt som den vanskeligste saken Beslutningsforum for nye metoder noen sinne har hatt. Prisen på legemiddelet er svært høy. Forhandlingene med legemiddelprodusenten pågår fortsatt, og derfor ble ikke saken realitetsbehandlet i møtet. Så snart det kommer et forslag til løsning, vil Beslutningsforum for nye metoder vurdere behovet for et ekstraordinært møte.

Sakspapirer til styremøte 8. februar

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar er nå tilgjengelige i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 01.02.2018

Sist oppdatert 01.02.2018



Styremøtet starter klokken 0900 og avholdes i Stjørdal sentrum på Quality Airport Hotell Værnes.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)



Valgkomite oppnevnt

Styret for Helse Midt-Norge RHF har oppnevnt valgkomite som skal innstille på medlemmer til styrene for regionens fire helseforetak. De nye styrene oppnevnes for en to-års periode 5. mars. De ansattevalgte medlemmene er ikke på valg før neste år.

Publisert 22.01.2018

Sist oppdatert 05.11.2018

Styrene i de tre sykehusforetakene i Midt-Norge kan etter vedtektene ha inntil 8 medlemmer, hvorav 5 eieroppnevnte og 3 medlemmer valgt av og blant de ansatte. Sykehusapotekene i Midt-Norge HF kan ha inntil 7 medlemmer, hvorav 5 eieroppnevnte og to ansattevalgte medlemmer.

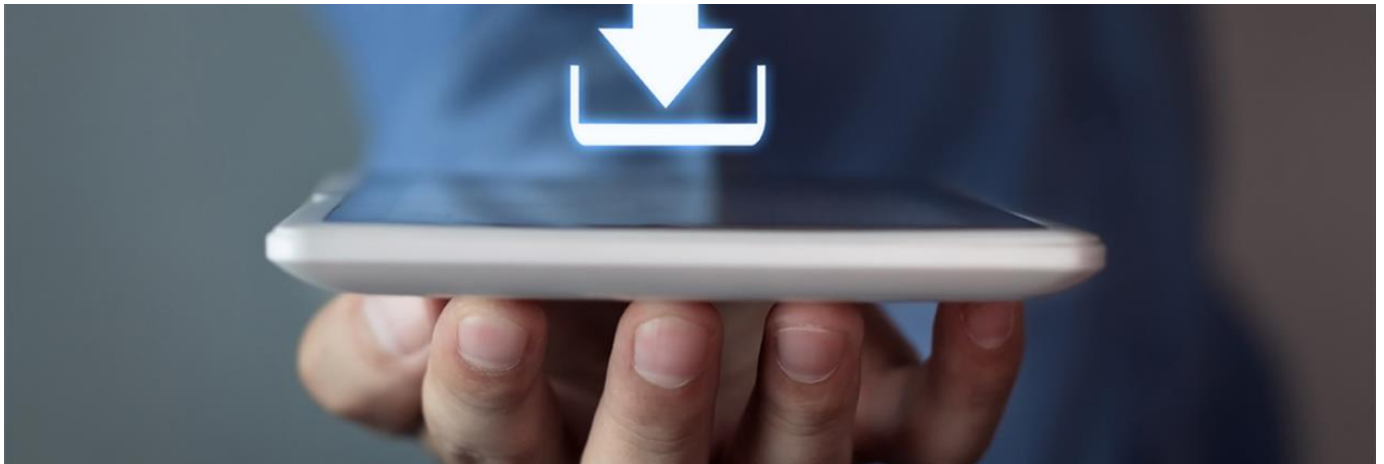
Valgkomiteen som nå er oppnevnt består av Tina Steinsvik Sund, Paul Steinar Valle, Anita Solberg og Beate Skillingstad.

Sakspapirer til styremøte 22. januar

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF 22. januar er nå tilgjengelige i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 22.01.2018

Sist oppdatert 22.01.2018



Møtet avvikles som telefonmøte kl 19.00 i dag. Kode er oppgitt i innkalling for å kunne lytte til møtet.

[Sakspapirer finner du her](#)

Styringsmål og oppdrag 2018

Tirsdag 16. januar ble det avholdt foretaksmøter for Helse Midt-Norge RHF. Her ble Oppdragsdokumentet og styringsmålene for 2018 lagt fram og vedtatt. Nytt styre ble oppnevnt og statsråd Bent Høie holdt sin sykehustale samme dag.



Statsråd Bent Høie med styrelederne for de regionale helseforetakene i Norge, fra v. Tina Steinsvik Sund (Helse Midt-Norge RHF), Einar Strømsvåg (Helse Vest RHF), Svein Ingvar Gjedrem (Helse Sør-Øst RHF) og Marianne Telle (Helse Nord RHF).

Publisert 17.01.2018

Sist oppdatert 05.11.2018

Dette er styringsmålene for 2018:

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Under 50 dager i alle regioner innen 2021
2. Ingenfristbrudd
3. Redusere median tid til tjenestestart sammenliknet med 2017
4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Overholde minst 95% av avtalene innen 2021
5. Andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid skal være minst 70% for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå

Prioritere psykisk helsevern og tverrfagligspesialisert rusbehandling

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge
2. Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017
3. Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017
4. Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

1. Redusere andel pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene)
2. Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3,5%
3. 30% reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehusene i 2020 sammenliknet med 2012
4. Minst 20% av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling
5. Minst 50% av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse
6. Ingen korridorpasienter
7. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse
8. Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017

Her finner du dokumenter og mer informasjon:

[Oppdragsdokument or Helse Midt-Norge RHF 2018](#)

[Protokoll fra foretaksmøte for Helse Midt-Norge RHF - styringsmål og oppdrag](#)

[Protokoll fra foretaksmøte - nytt styre for Helse Midt-Norge RHF](#)

[Statsråd Bent Høies sykehustale 16. januar 2018](#)

Nytt styre i Helse-Midt Norge

Helse- og omsorgsministeren har i dag oppnevnt styreledere og styremedlemmer for de regionale helseforetakene. Tina Steinsvik Sund blir ny styreleder i Helse-Midt Norge.

Av Helse Midt-Norge

Publisert 16.01.2018

Sist oppdatert 16.01.2018



Styreleder Tina Steinsvik Sund i samtale med de ansattevalgte styremedlemmene.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vil bestå av følgende styremedlemmer:

Tina Steinsvik Sund (styreleder) (ny)

Paul Steinar Valle (nestleder)

Beate Skillingstad (ny)

Liv Stette

Bjørn Inge Gustafsson (ny)

Kristian Dahlberg Hauge (ny)

Ansattvalgte:

Lindy Jarosch-von Schweder

Ivar Østrem

Anita Solberg

[Pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet](#)