



Ambisøse mål for 2004

Helse Midt-Norge har satt seg ambisøse mål for 2004. Ventetiden skal bli enda kortere, korridorpasienter skal ikke lenger være et systematisk fenomen og i løpet av året skal det være identifisert tiltak som gjør at sykehusene går i balanse i 2005.

To år etter at sykehusreformen trådte i kraft, er gjennomsnittlig ventetid i Helse Midt-Norge redusert med 70 prosent - til 106 dager. Målet for 2004 er at ingen pasienter skal måtte vente i mer enn ett år, og den gjennomsnittlige ventetiden skal være nede i 85 dager i løpet av året.

- Dette er et ambisiøst, men ikke urealistisk mål. Resultatene etter to år viser at sykehusene i vår region har tatt utfordringen, og er på god vei til å fjerne uverdig venting for store pasientgrupper. Men Midt-Norge har fortsatt lange ventelister og det kan vi ikke være tilfreds med, sier adm.dir. Paul



Paul Hellandsvik

Hellandsvik i Helse Midt-Norge.

I fjor ble det identifisert og delvis iverksatt tiltak som skal gi 300 millioner kroner i innsparinger på driften av sykehusene i Midt-Norge i 2004. Det er imidlertid ikke nok for å få driften i balanse. Også i 2004 blir det budsjettert med underskudd. Kravet om balanse er utsatt til 2005. Samlet sett er behovet for innsparinger på om lag 700 millioner kroner.

Helse Midt-Norge RHF er nå i ferd med utferdige styringsdokumenter for helseforetakene i regionen for 2004. Helseforetakene har et betydelig press på seg for å synliggjøre hvordan driften ved sykehusene skal komme i balanse. I den grad innsparingene vil berøre tilbudet til pasientene, må dette synliggjøres - samtidig som det er et mål å unngå slike konsekvenser.

- Det er naturlig at vi har en åpen debatt om konsekvensene av

budsjettarbeidet, og vi må også akseptere en viss grad av usikkerhet. På alle nivåer i Helse Midt-Norge må vi imidlertid opptre ansvarlig og forholde oss til de økonomiske rammer vi har fått gjennom Stortingets budsjettvedtak. Den politiske behandlingen ga oss også beskjed om at revidert nasjonalbudsjett kan gi oss en mer avklart og langsiktig finansieringsmodell - men vi kan ikke forvente økte bevilgninger av vesentlig størrelse, sier økonomidirektør Jan Morten Søraker i Helse Midt-Norge.

Effekten av innsparings tiltakene ga seg delvis utslag allerede i 2003. Men helårseffekten blir først merkbar i 2004. For å realisere kravet fra vår eier om balanse i driften i 2005, er det nødvendig med betydelige tiltak i våre virksomheter.

Hoveddelen av disse må være identifisert og planlagt i første halvår 2004 for å få full effekt i 2005.



Jan Morten Søraker



prioriteringsdebatte

Bytt ut prioritering med ordet rasjonering, og vi får mer realisme inn i debatten om våre sykehus, mener Olav Helge Førde - professor i helsetjenesteforskning og styreleder i Helse Nord RHF.

- Ganske mange av de vurderinger og avgjørelser som leger og helsepersonell står overfor i sin hverdag kan vi som helsevesen ikke være alene om. Storsamfunnet har en rett til å være med i en debatt om disse grunnleggende verdiene.

Vi trenger å sensibilisere debatten, slik at det blir enklere for fellesskapet og lekfolk å forstå de valg vi står overfor, sier Førde.

Han var en av innleiderne under historiens første felles samling for avdelings-/klinikkledere ved sykehusene i Helse Midt-Norge som ble holdt i Trondheim 21.-22. januar. Målet for samlingen var å skape et felles bilde av virkeligheten, skape en felles forståelse av målene og å ansvarliggjøre ledelsen.

Førdes foredrag om prioritering går rett inn i debatten om hvordan Helse Midt-Norge skal løse sine utfordringer. Til syvende og sist er det summen av enkeltpasienter som utgjør det totale helsetilbudet til befolkningen. Prioritering starter på individnivå. Hvilken alvorlighetsgrad

er det snakk om og hvilken behandling har pasienten nytte av? Men prioritering handler også om å ta hensyn til pasienten som venter ute på gangen.

- Kanskje skal vi snakke om rasjonering i stedet for prioritering. Min erfaring er også at rasjonering oftere er enklere å få forståelse for på indi-

vid-nivå enn i ordskiftet i media. Dette er et kronglete felt, men vi må synliggjøre dilemmaene. Vi trenger åpenhet og diskusjon, sier Førde.

En undersøkelse av gastroenterologiske sykdommer (mage og tarm) i Sørreisa i Troms på 90-tallet viste at 92 prosent av de med symptomer fikk en diagnose - og 91 prosent av de uten symptomer fikk også en diagnose!

- Sykeligheten er i praksis uendelig og veksten i helsebudsjettene har vært større enn den økonomiske tilveksten i samfunnet. Teknologit utviklingen har akselerert. I dag lanseres det daglig 15 nye produkter og vi får stadig nye metoder for

behandling. Forventningene til hva helsevesenet skal løse øker enda sterkere. Dette går ikke i hop, og vi er nødt til å husholdere med de ressurser vi har tilgjengelig, mener Førde.

I oktober 2003 publiserte New England Journal of Medicine en artikkel med tittelen "Medical Care - Is More Always Better?" Den setter fingeren på behovet for prioritering. Utfordringen er ikke særnorsk, den er global. Førde sier at overforbruk av helsetjenester trolig er et

større problem for folkehelsen enn underforbruk i velferds-samfunn som det norske.

- Det er stort slingsringsmonn i hva som er forsvarlig nivå av helsetjenester. 90 prosent av pasientene blir handtert av primærhelsetjenesten. Små endringer i forhold til hvor vi plasserer ansvar og oppgaver, kan gi store utslag. Sykehusene er avhengig av samhandling med kommunene og det er behov for primærleger som forstår å ivareta sin rolle som "dørvoktere" når de henviser pasienter til



Vi får mer realisme inn i den offentlige debatten hvis vi bytter ut prioritering med rasjonering



spesialist. Kanskje er det slik at vi trenger et mer helhetlig ansvar plassert hos de regionale helseforetakene, både i forhold til ressursbruk og i forhold til behandlingskjeden, antyder Førde.

Han påpeker at vi ikke blir friskere av å pøse på med mer helsetjeneste. I stedet er det slik at vi invaderes av en helsetekning som gjør oss sykere.

Det er behov for primærleger som forstår å ivareta sin rolle som "dørvoktere"

Førde konstaterer at den offentlige debatten omkring endring i norske sykehus ofte har som utgangspunkt at dagens situasjon er tilnærmet optimal, og at endringer fører til "død og fordervelse". Det er mindre oppmerksomhet rettet mot hvordan aktiviteten ved norske sykehus har økt, og hvordan utviklingen av medisinsk teknologi og kunnskap, gir grunnlag for endring.

- Vi bruker ny teknologi på langt større grupper av befolkningen. Selv om vi har en omforent opptrappingsplan for psykisk helsevern, så er de somatiske fagene i stand til å prioritere seg selv og det er fortsatt denne delen av helsetilbudet som øker mest. Finansieringssystemet med bl.a. stykkpris er en av årsakene. Jeg tror at det er langt sterkere krefter enn decibel-effekt og kampanjer i media som er de tyngste pådriverne som gjør prioritering vanskelig.

Vi trenger nasjonale føringer for bruk av ny teknologi, og jeg tror at bruk av økonomiske insentiver vil fungere bedre hvis de regionale helseforetakene får anledning til å utvikle og tilpasse dem i forhold til sitt "sørge for" ansvar.

Prioriteringsforskriften har ikke vært til all verdens hjelp så langt. Gjennom Lønning I og II er alvorlig-

hetsgrad, pasientnytt og kostnadseffektivitet definert som utgangspunkt for prioritering, men det er grunn til å spørre om det har påvirket vår prioritering - og utviklingen av helsetjenesten i stort. Jeg tror at vi får mer realisme inn i den offentlige debatten hvis vi bytter ut prioritering med rasjonering, selv om det politisk er vanskelig å få aksept for et slikt begrep.

- Du sier at sykehusene bør satse på innholdstyring, hvorfor?

- Fordi den kan baseres på kjente og aksepterte verdier som likhet og rettferdighet. Og det kan gi grunnlag for å se tilbud og forbruk i forhold til det befolkningsområde sykehuset skal dekke. Er det rimelig at lokalbefolkningen i ett område bruker sykehus tjenester 2-3 ganger mer enn andre? Vi har eksempler på det i dag.

Jeg tror at innholdsstyring gjør det mulig å ivareta et "sørge for" ansvar, og den kan knyttes til definerte kvalitetsmål som ikke nødvendigvis er en "gullstandard", men som avveier mål og virkemidler - og lar oss å prioritere de svakeste og de mest alvorlige tilstandene.

Marie Aakre hedres

Kreftsykepleier Marie Aakre ved St. Olavs Hospital i Trondheim er tildelt "Livsvernprisen 2004". Prisen deles ut av organisasjonen Menneskeverd som bl.a. arbeider for aktiv livshjelp helt til en naturlig død.

- Aakre får prisen for sitt utrettelige arbeid gjennom flere tiår med å øke forståelsen for omsorg ved livets slutt, heter det i en pressemelding.

Marie Aakre var en av ildsjelene som plukket opp hospice-tanken fra England på 70- og 80-tallet. I 1993 var hun med på å etablere Seksjon for lindrende behandling ved Kreftavdelingen på Regionsykehuset i Trondheim.

Seksjonen var landets første kompetansesenter for lindrende behandling for mennesker i slutfasen av livet. Aakre har også vært medlem av Livshjelputvalget og Verdikommisjonen der hun særlig arbeidet med prosjektet Verdier ved livet slutt. Prisen overrekkes Marie Aakre ved en tilstelning i Oslo 5. februar.

I desember fikk hun også Petter Dass-prisen som deles ut av avisa Vårt Land.

I begrunnelsen for å gi prisen til Marie Aakre (56) ble det sagt at hun er et samfunnsengasjert menneske, og kjent bl.a. gjennom å engasjere seg i å gi hjelp til alvorlig syke mennesker slik at de får en verdig død.

