

HELSE

Omsorgsfulle fotfolk

Leder
Fritt sykehusvalg

s. 3
s. 4

DEBATTEN: Brukerutvalget
Latterlig rehabilitering
Helseklipp

s. 8
s. 12
s. 14

Helsevesenets fotfolk
Sykehuset som klasserom

s. 16
s. 20

Som statlig regionalt helseforetak har Helse Midt-Norge det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Virksomheten organiseres i fem helseforetak med ansvar for drift av sykehus og andre virksomheter. Våre hovedmål er å bli kvitt uverdige venting, løse problemet med korridorpasienter og innføre god økonomistyring. Målet er å løse disse problemene innen 2004, noe som krever stor innsats og mange tiltak på tvers i regionen.

Står du på venteliste?

For å sikre oss at du som pasient får kortere ventetid, har vi inngått avtaler med private helseinstitusjoner. På denne måten øker vi vår kapasitet, og kan dermed tilby deg behandling raskere. Innen ortopedi, øre, nese, hals, øye, plastikk-kirurgi, generell kirurgi, kvinnesykdommer og røntgentjenester har vi fortsatt lange ventelister, og vi har derfor inngått avtale med sju private institusjoner innen disse områdene. Flere av disse holder til i Trondheim og Ålesund.

Står du på venteliste for behandling – og synes at ventetida er for lang?

Da kan du kontakte sykehuset der du bor og be om å få bruke det private tilbudet. Du kan også be om å få bruke ett av de andre, offentlige sykehusene dersom de har kortere ventetid. Det er en forutsetning at du står på venteliste.

Du kan også be fastlegen din søke deg til undersøkelse og behandling ved de private institusjonene.

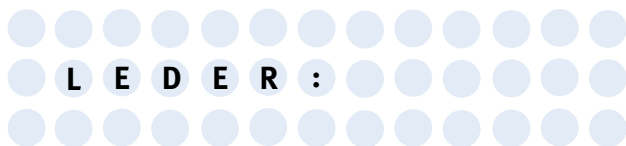
Nærmere orientering får du ved å ringe vår venteliste-koordinator, grønt nummer 800 41 004.

Bortsett fra egenandelen betaler Helse Midt-Norge for behandlingstilbudet, også når du bruker private. Du må selv dekke egenandel for reisen, som er inntil 200 kroner for en veg.

HELSE ●●● **MIDT-NORGE**

Besøksadresse: Strandveien 1, Stjørdal
Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no

www.helse-midt.no



Godt lederskap



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Gode ledere er en forutsetning for at vi skal nå de mål vi har satt for våre sykehus. I Midt-Norge startet vi sist høst et eget program for lederutvikling. De første av gruppene som følger programmet, er allerede i mål. Helse Midt-Norge har og kommer til å prioritere dette som et strategisk satsingsområde.

Også på nasjonalt plan er dette temaet løftet opp og fram. Helsedepartementet har etablert et nasjonalt program med samme formål: utvikle ledere som skal lede avanserte kunnskapsbedrifter – som sykehusene er – i en tid der kravet til omstillingsevne, resultatkrav og fornøyelse stadig øker.

Vi trenger ledere som setter pasienttilfredshet i høysetet, og som samtidig skaper engasjement, delaktighet og vilje til endring blant medarbeiderne. Kvalitet i alle ledd betyr gjennomgående kvalitet – organisatorisk, profesjonelt og kvalitet for pasientene.

Vi må utvikle arbeidsplasser hvor det er naturlig å samarbeide på tvers. Organisasjonen må være smidig og i stand til å ta raske beslutninger. Ny teknologi må tas i bruk der det er nødvendig. Det handler om rett behandling til rett tid, korrekt og rask diagnose, god utførelse, omsorg, tilgjengelighet, oppfølging og informasjon. Alt dette er det ledernes ansvar å legge til rette for. Forutsetningen er at ansvar og myndighet flyttes nærmere den direkte virksomheten. Ansvaret vil bli fulgt opp, ved årlig resultatmåling. Med eierskap og foretaksorganisering som virkemidler har staten klargjort ansvaret for sykehusvesenet. Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, legges vilkårene

bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Det dreier seg om å presisere og målrette ansvaret og om å kople myndighet og handlefrihet til ansvaret. I så måte kan helsereformen sies å være vel så mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform.

Sykehusene framstår i dag som våre kanskje mest typiske leverandører av kunnskapsbaserte tjenester. I stadig mer turbulente og krevende omgivelser – både i forhold til kunnskaps- og teknologifronten og på etterspørselssiden – blir det følgelig stadig viktigere å ha en manøvreringsdyktig sykehusledelse. Denne ledelsen må ha evne til raskt å fange opp signaler fra omgivelsene og foreta de nødvendige tilpasninger.

Som ledere vil vi bli utfordret når ansatte nå inviteres til å evaluere og gi tilbakemelding på hvordan ledelsen fungerer. Og om kort tid får vi presentert en pasientundersøkelse, som også vil være et viktig korrektiv til måten våre sykehus drives og framstår på.

Som administrativ ansvarlig for den offentlige spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge har jeg bevisst ønsket å være konkret når jeg har definert mål. Vår innsats skal kunne etterprøves og måles – fordi ledelse handler om å ta ansvar. Oppgavene er krevende, men ikke umulig å løse. Det første driftsåret har gitt oss en god start. Nå har vi tatt sats på nytt og setter oss nye ambisiøse mål. Skal vi nå dit, kreves det godt lederskap – og motiverte medarbeidere. Begge deler er det opp til oss selv å utvikle og dyrke.

HELSE - Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv. 1, 7500 STJØRDAL - Telefon: (047) 74 83 99 00 - Telefaks: (047) 74 83 99 01 • www.helse-midt.no

• Ansvarlig redaktør: Informasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese • Trykk: Lade Offset • Opplag: 23 000



Name: Kai Anderson
E-mail: kai@anderson.com
Tel: 01-234-5678

8 Fritt sykehusvalg

– det glemte pasienttilbudet?

Mindre enn 5 prosent av pasientene på landsbasis har ifølge Sintef Unimed Norsk Pasientregister benyttet seg av retten til fritt sykehusvalg siden ordningen trådte i kraft for to år siden. Mangelfull informasjon og få henvisninger fra primærleger er mye av årsaken. Pasient Trude Olsen mener flere bør velge andre sykehus enn sitt nærmeste. Selv fikk hun nesten to års kortere ventetid ved å velge seg til sykehuset i Kristiansund.

Ørkesløse ventelister, uviss ventetid på anslagsvis 12 til 24 måneder, overarbeidede leger og dårlig oppfølging – slik kan møtet med helse-Norge fortone seg for tusenvis av pasienter. Trude Olsen er en av dem.

Hun lider av revmatisme og ønsket å få en utredning om sykdommen. Inntil 24 måneders ventetid stod det i svarbrevet hun fikk fra sitt nærmeste sykehus, St. Olavs Hospital i Trondheim.

- Det syntes jeg var alt for lenge å vente. Jeg ringte grønt nummer for opplysninger om fritt sykehusvalg og ble informert om at sykehuset i Kristiansund hadde vesentlig kortere ventelister. En og en halv måned senere satt jeg på legens kontor i Kristiansund, forteller Olsen fornøyd.

Det var St. Olavs Hospital som oppfordret Olsen til å lete etter alternative sykehus, og hun ble raskt tilsendt en henvisning til Kristiansund.

- Jeg fikk dekket utgiftene, fikk en grundig undersøkelse og har fått kjempebra oppfølging fra sykehuset. Alt med ordningen var bra, mener Olsen.

Få henvisninger

Hun er en av de få som har benyttet seg av retten til fritt å velge sykehus. Selv om ordningen nå er to år gammel, er det mindre enn 5 prosent av pasientene i Norge som velger seg til andre sykehus enn det som ligger nærmest hjemstedet. Ifølge pasientrettighetsloven skal primærlegen være pasientens rådgiver.

Likevel er det et fåtall primærleger som henviser sine pasienter til sykehus andre steder i landet.



Pasient Trude Olsen



➤ Fritt sykehusvalg – det glemte pasienttilbudet?



Astrid Brudeseth
Pasientrådgiver,
Helse Midt-Norge



Dagfinn Høybråten
Helseminister



Anne Lise Mehlum
Ventelistekoordinator,
Orkdal Sanitetsforenings
Sjukehus



Dag Asting Solberg
Allmennpraktiker,
Verdal legesenter

- Vi opplever fremdeles at primærleger henviser pasientene til det nærmeste sykehuset, selv om de kan ha lange ventelister. Dette kan nok være en konsekvens av at informasjonen omkring ventetider og behandlingstilbud ikke har vært god nok, innrømmer Astrid Brudeseth, pasientrådgiver for fritt sykehusvalg i Helse Midt-Norge.

Myndighetene har tatt konsekvensene av at informasjonstilbudet hittil har vært mangelfullt. I mai lanseres Internett-portalen "Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg". Her skal leger, pasienter og andre kunne finne oppdatert, relevant informasjon om ventetider og andre opplysninger om alle landets sykehus.

Pasientene har makt

Men hvis svært få hittil har benyttet seg av retten til å velge sykehus, hvorfor er ordningen da så viktig?

"Fritt sykehusvalg er viktig fordi det gir pasienten mer makt, det løser opp 'eierforholdet' som sykehuset ofte kan føle i forhold til pasientene i eget område. Men fremfor alt skal det bidra til bedre utnyttelse av ledig kapasitet og til et press på sykehusene om å skjerpe kvaliteten slik at de ikke blir valgt bort. Slik kommer det frie sykehusvalget alle pasienter til gode, ikke bare det lille mindretall som benytter seg av sin rett," svarer helseminister Dagfinn Høybråten i en e-postmelding.

Opplysningstjenesten for fritt sykehusvalg i Midt-Norge mottok nesten 3 500 henvendelser i fjor. De fleste

henvendelsene er fra pasienter som trenger ortopedisk behandling. Orkdal er et av sykehusene i regionen som relativt raskt kan behandle pasienter som er henvist utenfra, særlig innen ortopedi.

- Vi har merket en økende mengde pasienter som følge av fritt sykehusvalg, men vi har fremdeles kapasitet. Vår erfaring er at pasientene som benytter seg av ordningen, er svært fornøyde, sier Anne Lise Mehlum, ventelistekoordinator ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus.

Liten kvalitetskontroll

"En forutsetning for at fritt sykehusvalg skal fungere, er langt bedre informasjon om tilgjengelig kapasitet og om sykehusenes kvalitet," skriver helseminister Dagfinn Høybråten. En nettportal med oversikt over tilgjengelig kapasitet er på trappene, men en oversikt over sykehusenes kvalitet vil foreløpig glimre med sitt fravær.

- Det er underlig hvor få pasienter som spør om kvaliteten på sykehuset og legen, forteller Mehlum.

Og sykehusene kunne heller ikke gitt gode svar i dag. Men den nye Internett-portalen skal etter hvert også gi en oversikt over kvaliteten ved de ulike sykehusene. Kvaliteten skal i mye større grad måles etter definerte kvalitetsindikatorer. Etter reformen av helse-Norge, hvor pengene i mye større grad følger pasienten, er tanken at sykehusene da vil bli nødt til å skjerpe kvaliteten for ikke å miste pasienter.

Fritt sykehusvalg – en papirtiger?

- Selv om jeg synes at ideen "fritt sykehusvalg" er god, er det fortsatt slik at jeg i relativt liten grad gir mine pasienter råd om hvilket sykehus de skal velge. Dette sier Dag Asting Solberg, allmennpraktiker ved Verdal legesenter. Han mener det er flere forhold som gjør at fritt sykehusvalg langt på vei er en "papirtiger":

- For det første er vårt lokale sykehus på Levanger veldig bra, og de fleste ønsker å være i nærheten av hjemstedet. I den grad pasienten ønsker noe annet, er det først og fremst ventetiden som er avgjørende, eller at de rett og slett vil ha et miljøskifte, sier Dag Asting Solberg, som påpeker at når det gjelder spesialhelsetjenesten, så vil valg av andre sykehus enn det lokale være aktuelt – og da oftest ut fra ventetidsaspektet.

Fakta:

Når portalen Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg lanseres i mai, vil det bli enklere for pasienter å vurdere kvaliteten på hvert enkelt sykehus. Helsemyndighetene vil nemlig at sykehusene rapporterer følgende ti kvalitetsindikatorer, som legges ut på nettet:

- pasientens oppfatning av sykehusets standard
- pasientens oppfatning av personalet
- pasientens oppfatning av organiseringen
- pasientens oppfatning av informasjonen
- liggetid før operasjon for lårhalsbrudd
- tiden det tar før fastlegen får rapport (epikrise) fra sykehuset etter utskrivelse
- antall korridorpasienter
- sykehusinfeksjoner
- bruk av tvang i psykiatrien
- overlevelse ved lårhalsbrudd, hjerneslag og hjerteinfarkt

Informasjon om ventetider og behandlingstilbud:

grønt nummer 800 41 004
www.helse-midt/ventetider

Navn: Kari Andersen
Fra: Kristiansund
Til: St. Olavs Hospital

Utvalgsordningen skal evalueres ved utgangen av 2003.

Brukerutvalget

– drivkraft til et bedre helsevesen?

”Det er en kjensgjerning at helsevesenet er i en helt ny fase. Det snakkes nå om produktkvalitet. Da er det viktig at flest mulig får uttale seg.”

Arild Berge,
styremedlem St. Olavs Hospital og leder av FFO i Trønderlag

”Brukerutvalget er et meget viktig verktøy for oss som skal lede helseforetakene”

Olav Illøkken,
direktør ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus







Brukerutvalget – supperåd



Gjerth Haraldsen



Paul Hellandsvik



Astrid Aarø Engen

Pasienter og pårørende skal sikres innflytelse gjennom brukerutvalgene. Det er i alle fall intensjonen. Men er det slik? Blir brukerne hørt, eller er brukerutvalgene rene supperåd og unyttig bruk av tid og penger? Helse Midt-Norge har gjennomført landets første brukerkonferanse.

Det er riktig at ikke alle er like begeistret, og det er tidsbruken som bekymrer. Det finnes allerede mange råd og utvalg som krever tiden til dem som leder foretakene. Personlig mener jeg at brukerutvalget er et meget nyttig verktøy – et organ som skal være et korrektiv for oss som leder. Det er brukerne som "eier" sykehuset. Det er naturlig at de blir hørt, understreker Olav Illøkken, direktør ved OSS (Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus).

- Men noen reell makt har de ikke?

- Nei, de kan bare anbefale. Dog skal dette med brukermedvirkning ikke bare være en akademisk øvelse, men en praktisk øvelse i medbestemmelse. Vi har faktisk allerede gjennomført forbedringer på bakgrunn av innspill fra brukerutvalget her hos oss på Orkdal, sier direktøren, som synes det er helt greit å møte som menig medlem i brukerutvalget.

Og Illøkken er ikke alene om fyndordene. Det formelig haglet med optimisme og positiv omtale på brukerkonferansen. Administrerende direktør Paul Hellandsvik, Helse Midt-Norge, påpekte følgende: - Gjennom brukerutvalgene skal brukerne bringe sin erfaring og kompetanse videre, til nytte for vår planlegging. Vi skal møte brukernes behov og lære av deres erfaringer. Vi har gått fra profesjonsmakt til bruker-makt. Brukeren har gått fra ydmyk etterspører til kravstor konsument, som har rett til medvirkning, rett til selvbestemmelse.

- Og brukerne, er de like begeistret?

- Vi må fortsatt kjempe for helt selvfølgelig ting. Det er et langt stykke igjen før vi er "kravstore konsumenter", men brukerutvalgene representerer et skritt i riktig retning, mener Sverre Solstrand, leder for brukerutvalget ved St. Olavs Hospital.

Kollega Astrid Aarø Engen fra Helse Sunnmøre er opptatt av å få bruker-

ne inn i styrerommene – for å sikre reell makt og mulighet til å komme til orde der beslutningene tas:

- Jeg har gjort meg litt upopulær ved å kreve plass i styret, men jeg mener styrerepresentasjon vil lette prosessen for alle parter. Helsereformen preges av at alt må gå fort, og av anstrengt økonomi. I en slik situasjon er det veldig viktig at vi kan delta direkte i diskusjonene på styrerommet. Skal brukermedvirkningen være meningsfull og reell? I så fall bør det være selvsagt at brukerutvalget er representert i foretaksstyret. Så langt har jeg ikke hørt ett saklig argument som taler imot. Er det ikke bedre med et informert standpunkt enn et desinformert eller ikke-informert standpunkt, spør Aarø Engen retorisk.

- Det snakkes om kvalitet og om brukermakt. Faren ligger i at det kan bli vanskelig å omsette de fine ordene i handling. Det må vi som brukerrepresentanter være veldig bevisst på. Min erfaring så langt er at brukerutvalgets

eller nyttig vaktbikkje?



Otto Garland



Sverre Solstrand



Arild Berge



Olav S. Illøkken

innsigelser ikke alltid blir tatt hensyn til, mener Gjerth Haraldsen fra brukerutvalget i Helse Nordmøre og Romsdal.

Otto Garland, leder for brukerutvalget i Nord-Trøndelag, ser helt klart at det har vært visse oppstartsproblemer: - Vi ble ikke tatt helt på alvor og måtte gå ut i media for å bli hørt. Det har bedret seg nå, og i en eventuell konflikt må de ta oss på alvor.

Arild Berge sitter i styret for St. Olavs Hospital og er leder for FFO i Trøndelag. Han mener brukerutvalgene vil være et nyttig korrektiv:

- For det første er det viktig at vi ikke konstruerer problemer. Både brukerne og foretakene har samme mål – et best mulig sykehus. Det er en kjensgjerning at helsevesenet er inne i en helt ny fase. Da må flest mulig få uttale seg.
- Men er det noen vits i å uttale seg hvis dere ikke blir hørt – er dere ikke redde for å bli sittende som gissel for vedtak dere ikke har hatt noen reell innflytelse over?

- For å få til et godt resultat må begge sider vise toleranse og respekt. Et samarbeid kommer ikke av seg selv – det må utvikles, sier leder for brukerutvalget ved St. Olavs Hospital, Sverre Solstrand.

- Det er selvsagt en fare at man kan bli møtt med "dere har jo fått uttale dere, så nå må dere samarbeide". Men det er tross alt bedre at det finnes brukerutvalg enn at vi som er brukere av helse-tjenesten ikke var representert noen steder der vi kan komme i dialog med ledelsen av foretakene, mener Arild Berge.

- Vi er livredde for å bli et supperåd. Men det er tidlig i samarbeidet. Vi må finne vår plass. Vi er de eneste som har denne "kompetansen". Alt snakket om "kvalitet" blir meningsløst dersom ingen spør hva vi mener med kvalitet. Ingen vet hvordan det er å være syk før man blir det. Dette er en erfaring det er viktig å ta med seg inn i styrerommene, påpeker Haraldsen. Mens Aarø Engen sier følgende: - Skal vi være vaktbikkjer på vegne av pasienter og pårørende, så er det viktig at vi sitter innenfor. Det nytter i alle fall ikke å sitte på utsiden og bjeffe.

Hva er brukerutvalg?

Brukerutvalgene ble opprettet som en del av helsereformen. Meningen er å styrke brukernes innflytelse.

Alle helseforetak skal ha brukerutvalg. I tillegg er det opprettet et regionalt brukerutvalg. I brukerutvalget sitter representanter for brukerorganisasjonene (FFO og SAFO). Kravet er at også tradisjonelt mindre synlige pasientgrupper skal sikres representasjon. Direktørene ved foretakene møter som menig medlem.

I styringsdokumentet beskrives brukerutvalgenes mandat slik:

"Utvalgene skal være et samarbeidsforum, et rådgivende organ og et forum for systematisk tilbakemelding."

Brukerutvalgene har ingen formell beslutningsmyndighet og er heller ikke sikret styrerepresentasjon ved foretakene.



Latterlig rehabilitering

Det nye rehabiliteringssenteret på Høylandet kommer ikke til å bli helt som andre rehabiliteringssentre. Der har de nemlig planer om å bytte ut sengeposter med scene og TV-kvelder med latter-salver og skrivekurs ...

Fullt så ille blir det vel ikke, men det er helt naturlig for oss på Høylandet å knytte tette samarbeidsbånd til Revyfestivalen og Revyfaglig Senter, forteller fysioterapeut Åshild Nymo, som har fagansvar i prosjektgruppa for det nye rehabiliteringssenteret.

Foreløpig er det et stykke frem både til lat-termilde prosjekter og mer "standard" opp-trening. Først på slutten av året stikkes gravemaskingrabben i jorda, og det vil gå enda ett år før de 26 plassene åpnes for pasienter.

"Høylandsmodellen" er unik på mer enn én måte. Ikke bare er det første gang humor og revyarbeid tas systematisk i bruk i opptreningen av rehabiliteringspasienter, det hører vel også med til sjeldenhetene at 14 kommuner klarer å enes om et samarbeidsprosjekt av denne typen.

- Det har vært en stor utfordring å få alle kommunene med på dette og bli enige om størrelsen på og innholdet i tilbudet. Selve plasseringen på Høylandet er mindre problematisk. Det gir seg nesten selv siden vi ligger som et geografisk midtpunkt, forteller rådmann Reidar Viken i Høylandet kommune. Viken har dermed fått vertskapsrollen for de 30 000 – 40 000 innbyggerne i samarbeidskommunene: Bindal, Leka, Vikna, Nærøy, Røyrvik, Namsskogan, Lierne, Grong, Snåsa, Namdalseid, Namsos, Fosen, Overhalla og Høylandet.

- Vi har planlagt dette i vel sju år nå, og slik det ser ut i dag, blir det et interkommunalt samarbeid på så vel eiersiden som på drift, sier Viken. For å klare investeringen på vel 70 millioner kroner har samarbeidskommunene tatt i bruk både "eldremillioner" og støtte fra Husbanken i tillegg til egne ordinære budsjetter.

Revsamarbeid og humor

Høylandet rehabiliteringssenter, som er det foreløpige navnet på prosjektet, vil bli et såkalt "halvannenlinje-tilbud". Det vil si et tilbud til pasienter som er for friske til å være på sykehus, men for syke til å bli sendt hjem.

- Våre pasienter vil trenge betydelig hjelp. Mer enn det de kan få av hjemmehjelp og primærhelsetjeneste. Samtidig er de for friske til å "okkupere" en sykehusseng. Det kan være slagpasienter, mennesker som har vært utsatt for ulykker og har hodeskader eller hatt hjerteinfarkt. De fleste vil nok ligge i øvre alderssjikt, men det kommer også til å være stor spredning. Statistisk vet vi en del om rehabiliteringspasienter. 60 prosent er kvinner. De er mellom 70 og 80 år, og muskel-/skjelettproblemer dominerer. Barn har vi ikke noe tilbud til, sier Åshild Nymo.

- Fortell litt mer om hva som er det spesielle med "Høylandsmodellen", og hvordan dere tenker å bruke humor i behandlingen?

- Vi må lære brukerne å ta sjanser. Å bruke nye sider av seg selv. Rehabilitering handler om muligheter, ikke begrensninger, slik vi ofte tenker. I stedet for å tenke at en slagpasient med taleproblemer ikke kan klare ditt eller datt, så vil vi vise hvor mange muligheter det er. Hva han eller hun kan få til. Men for at treningen og behandlingen skal være meningsfull, så må den ha et mål. Å trene bare for å trene er det få som orker. Derfor kan målet være å kunne stå på en scene igjen. Kanskje komme tilbake til vennene i mannskolet. Kanskje klare å skrive et lite revynummer. Rollespill og humor virker dessuten avvæpnende – det er ikke så farlig å dumme seg ut – le litt av seg selv og andre. Men det er ikke slik at alle som kommer til Høylandet skal bli revystjerner.



Åshild Nymo



Jan Eirik Thoresen

Vi kommer selvsagt til å ha "vanlig" rehabilitering også, med fysioterapi, terapibasseng og så videre.

Nymo understreker at det mest grens-sprenkende med prosjektet er at man tenker på tvers av etatene i kommunen, hvor både kulturetaten og helse- og sosialetaten involveres. Samarbeidet med lokale kulturpersonligheter og Revyfaglig Senter er også inkludert i planene.

- Har våre brukere lyst til å spille rock'n roll, så skaffer vi kompetanse på det. Poenget er at tilbudet skal tilpasses den enkelte så langt det lar seg gjøre.

Og på personellsiden blir det mer enn fysioterapeuter, leger, sykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer som kommer til å stå på lønnslisten.

- Noe av det første vi kommer til å ansette er en kulturarbeider, understreker Nymo.

Humor og kulturutvikling i behandlingen

Ideene og tankene bak rehabiliteringssenteret på Høylandet er riktige. I Helse Midt-Norge skal vi fokusere på humor og kulturutvikling i behandlingen. Nettopp så alvorlige saker som helse vil nytte godt av humor. Dette gjelder både våre ansatte og brukerne. Helse Midt-Norge ønsker å prioritere arbeidet med de såkalte "distriktsmedisinske sentra" og ønsker å se dette i sammenheng med oppbyggingen og utviklingen av disse. Rehabilitering er et vanskelig og mangslungent område, og vi starter nå opp arbeidet med en midtnorsk rehabiliteringsplan, forteller fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

› Ventetiden for behandling ved sykehus i Midt-Norge ble halvert i fjor

Økt produksjon ved sykehusene, Rikstrygdeverkets frikjøp for behandling innenlands og i utlandet, samarbeid med privat spesialisthelsetjeneste og rydding i ventelistene er årsaken til at Helse Midt-Norge nå har kortere ventetider og færre pasienter på venteliste. Midt-Norge er den regionen i landet som har redusert ventetiden og kuttet ventelistene mest i 2002.

Likevel er det ennå en stund til målet som maksimum to måneders ventetid er nådd. Ved årsskiftet var gjennomsnittlig ventetid i regionen 156 dager. Volda sykehus har regionens laveste ventetid; der må pasientene i gjennomsnitt vente 64 dager på behandling.

Fremdeles mange korridorpasienter

Å løse problemet med korridorpasienter var et av Helse Midt-Norges tre hovedmål i fjor. Problemet er ennå ikke løst, selv om konkrete tiltak er gjennomført. Det er spesielt mange korridorpasienter på St. Olavs Hospital i Trondheim: I desember 2002 var det gjennomsnittlig 27 korridorpasienter ved hospitalet. Til sammenligning er problemet langt på vei løst ved Ålesund Sjukehus. Der var det i gjennomsnitt 6 korridorpasienter i samme periode. Helse Midt-Norge arbeider videre med å få slutt på problemet med korridorpasienter i løpet av våren.

Store ambisjoner

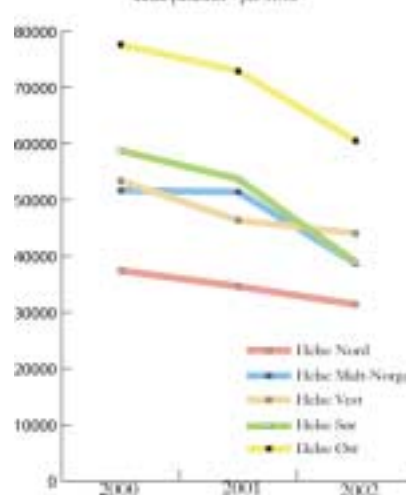
Arbeidet med å redusere ventelistene fortsetter. Det er et av fire hovedmål Helse Midt-Norge har satt for arbeidet i 2003:

- Ventetiden skal reduseres med 100 dager i gjennomsnitt
- Ventelistene skal reduseres med 30 prosent, fra 39 000 til 27 000 pasienter
- Problemet med pasienter i korridorer skal være løst
- God økonomistyring skal være innført i alle helseforetak

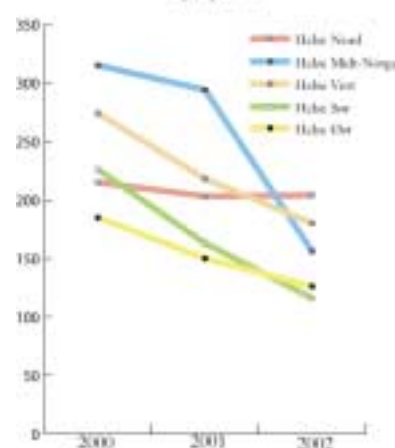
I året som kommer, skal det legges særlig vekt på å vise kvalitet og kvalitetsforbedring ved sykehusene i regionen. Helsedepartementet har utviklet nasjonale kriterier som alle landets sykehus skal måles etter, og i mai lanseres en egen nettportal hvor disse kvalitetsindikatorerne skal offentliggjøres.

- Vi er på rett vei. Målene vi satte for 2002, var ambisiøse – men realistiske. Jeg har derfor stor tro på at vi vil lykkes med å synliggjøre og tilby befolkningen i Midt-Norge god kvalitet i våre sykehus når Helsedepartementet skal rangere norske sykehus etter kvalitet om et par år, sier styreleder i Helse Midt-Norge RHF, Ragnhild Berge.

Utvikling i ventelister
totalt pasienter - per 31.12



Utvikling i gjennomsnittlig ventetid
dager - per 31.12





65 millioner til forskning

Helse Midt-Norge skal årlig bruke 65,5 millioner på medisinsk forskning. Pengene skal finansiere større forskningsprosjekter og stipendiat- og post.doc.-stillinger.

Som det eneste helseforetaket i landet, har Helse Midt-Norge vedtatt å bruke en prosent av samlet driftsbudsjett til forskningsaktiviteter organisert gjennom Samarbeidsorganet for NTNU og Helse Midt-Norge.

En tidel av beløpet, 6,5 millioner kroner, skal brukes til stipendiat- og post.doc.-stillinger. 10 stipend med 3 års varighet skal deles ut til forskere innenfor medisinsk teknologi, klinisk forskning (særlig psykiatri, geriatri, rehabilitering/habilitering og pasient- og brukeropplæring) og Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT). Fagfeltene er prioriterte områder for Helse Midt-Norge og NTNU. Stipendiatene vil være plassert ved ulike sykehus i regionen, men er knyttet til doktorgradsprogrammet ved Det medisinske fakultet ved NTNU.

Individuelle behandlingsfrister fra høsten 2003

Sykehusene i Midt-Norge skal fra 1. september 2003 gi sine pasienter bindende frister for behandling. Dersom sykehuset ikke kan love behandling innen fristen som settes av ansvarlig lege, skal pasienten overføres til et annet sykehus for behandling.

Den ansvarlige legen ved den aktuelle avdeling skal ved henvisning bedømme når pasienten senest bør få behandling. Behandlingsfristen som settes, skal

være medisinsk forsvarlig, og helseforetaket er ansvarlig for vurderingen.

Den nye ordningen vil kreve gode rutiner for å sikre alternative tilbud til pasienter som ikke får tilbud om behandling ved det sykehuset de først ble henvist til.

Helse Midt-Norge RHF har innledet samarbeid med helseforetakene og primærlegene i regionen for å utforme den nye ordningen i detalj og forberede innføringen rent praktisk.

Nye stipender fra Midtnorsk smerteforum

Midtnorsk smerteforum har etablert et fond på kroner 60 000 som skal gi bidrag til personlig fagutvikling for medlemmer i forumet. Hvert enkelt medlem kan søke om inntil kroner 5 000 i stipend.

Midtnorsk smerteforum trekker på fagmiljøene som arbeider mot smertefeltet i regionens sykehus. Forumet ble opprettet i 1999, og har som hovedmålsetting å fremme tilbudet til pasienter med kroniske ikke-maligne smerter. Stipend fra det nye fondet kan søkes av Smerteforumets medlemmer som arbeider med kronis-

ke ikke-maligne smerter i andre- eller tredjelinjetjenesten i Helse Midt-Norge. Hver høst arrangerer smerteforumet et seminar som tar sikte på å fremme samhandling og kompetansebygging i og mellom fagmiljøene på sykehusene i regionen. I tillegg holder forumet faste kurs om våren som er åpne for alle interesserte.



Omlagging sparte hundretusener

En av de psykiatriske postene i Namsos har lagt om driften sin radikalt – og spart flere hundre tusen kroner i lønnsmidler. Et ledd i omlaggingen er såkalt bevegelig arbeidstid, hvor de faglig begrunnede behov i driften går hånd i hånd med personalets ønsker og sykehusets behov for arbeidstid.



Helseforetaksgruppens Kontaktutvalg (KU) er opprettet i Midt-Norge

Helseforetaksgruppens Kontaktutvalg (KU) er nå opprettet i Midt-Norge. Kontaktutvalget er en samarbeidsordning mellom tillitsvalgte og ledelse på regionalt nivå i Helse Midt-Norge RHF.

Kontaktutvalget er et viktig forum der ledelsen og de ansattes representanter møtes for å drøfte utviklingsprosjekter, økonomi, policy og strategi i helseforetaksgruppen.

Kontaktutvalget har oppnevnt et arbeidsutvalg, bestående av én representant fra hver hovedsammenslutning.

Arbeidsutvalget har den kontinuerlige kontakt og dialog med ledelsen i helseforetaksgruppen.

Følgende personer sitter i Arbeidsutvalget i Helse Midt-Norge: Ellen Wøhni, NSF, Lise Dragseth, NITO, Helge Haarstad, DNLF, Anne Halsen, YS, Sigmund Eidem, LO, John Olav Berdahl, hovedverneombud.

Helsevesenets

fo t f o l k

Fru Engen har det slett ikke bra om dagen. Magen har slått seg vrang, og hun er litt engstelig før colonskopian. Da hjelper det godt å ha følge med en mørk, kjekk ung mann gjennom sykehuskorridorene. Og når herr Landre skal til røntgen, dytter Carina rullestolen med spenstige skritt mens hestehalen vifter muntert. Tommy og Carina tilhører helsevesenets fotfolk. Bokstavelig talt.

Vi vil være et friskt pust. Muntre opp litt, et smil kan bety så uendelig mye. Noen ganger må vi trøste. Kanskje forklare dersom det er noe pasientene lurer på. Noen er nervøse, da prøver vi å roe ned. Carina Sollid (19) og Tommy Frøseth Aae (22) er portører ved sykehuset i Kristiansund. Og de gjør mer enn bare å trille senger fra post til post.

Siden i sommer har de tråkket milevis i korridorene på sykehuset. Til røntgen og postoperativ. Fra sengeposter til poliklinikk. Det er ikke en krok av sykehuset de ikke kjenner. Og det er ikke så rent få av pasientene de er på fornavn med.

- Jeg forsøker å huske navn. Folk liker det – at de ikke bare blir "pasienten" eller nummer femten på arbeidslisten min. Det er mennesker det handler om, og mennesker har navn, påpeker Tommy. 22-åringen søkte jobb som portør for å samle poeng til medisinstudiet. Til høsten håper han at NTNU og Trondheim blir "arbeidsplass". Hva slags lege han skal bli, vet han ikke, kanskje ortoped, kanskje røntgenlege.

Også Carina ser for seg en karriere i helsevesenet, som sykepleier.

- Så dere er ikke blitt skremt av erfaringene?

- Snarere tvert imot. Vi har lært mye og

er blitt enda mer bestemt på at helsevesenet er vår fremtidige arbeidsplass. Men det er klart at det er tøffe opplevelser. Vi kommer veldig tett på pasientene. Vi er ofte de første de snakker med etter at de har fått en tøff beskjed fra legen. Kanskje har kreften spredd seg. Kanskje er diagnosen en annen enn de trodde.

Som portører kommer de tett på pasientene, tett på mennesker i krise – og glede.

- Før jul måtte Tommy danse i korridoren. Han hadde lovet en pasient at hun skulle få en dans når hun ble utskrevet. Han holdt ord. Tommy danset, og jeg plystret melodien, ler Carina. De to

› En helt vanlig fredag for Carina og Tommy

07.25:

henter dagens arbeidsliste

07.30:

rask frokost i kantina

08.00:

frakter pasient fra ortopedisk avdeling til CT

08.05:

går i gang med pasientene som skal fra avdelingene ned til "vanlige" røntgenundersøkelser

08.20:

pasient fra ortopedisk avdeling til operasjon

08.25:

pasient fra kirurgisk avdeling til operasjon

09.00:

gjennomgår arbeidsliste fra medisinsk poliklinikk

09.15:

pasient til ultralydundersøkelse

09.30:

pasient til gastroscopisk undersøkelse

09.40:

pasient fra kirurgisk avdeling til ultralydundersøkelse

10.00:

pasient til ecco-doppler fra medisinsk sengepost

10.15:

pasient fra intensivavdeling til medisinsk sengepost



kjente ikke hverandre før de begynte på sykehuset sist sommer, men siden da har de sett mer til hverandre enn til både kjærester og venner. Sju-åtte timer hver dag vandrer de side om side – eller med en seng mellom seg.

- Vi snakker ikke så mye sammen som man kanskje skulle tro. Det er pasienten som er i fokus. Det ville ikke tatt seg ut dersom vi gikk og snakket med hverandre over hodet på pasienten. Men det er klart vi blir godt kjent. Jeg merker med en gang at jobben blir vanskeligere dersom det er en annen enn Tommy som manøvrerer på den andre siden av sengen, sier Carina.

- Hvordan vil du beskrive partneren din?

- Tommy er pålitelig, blid og arbeidsom.

- Og Carina er?

- Positiv, oppmuntrende og utrolig flink med pasienter, parerer Tommy.

10.20:

pasient fra postoperativ til røntgen

10.30:

pasient fra kirurgisk sengepost til colonskopi ved medisinsk poliklinikk

10.45:

pasient fra medisinsk sengepost til CT-undersøkelse

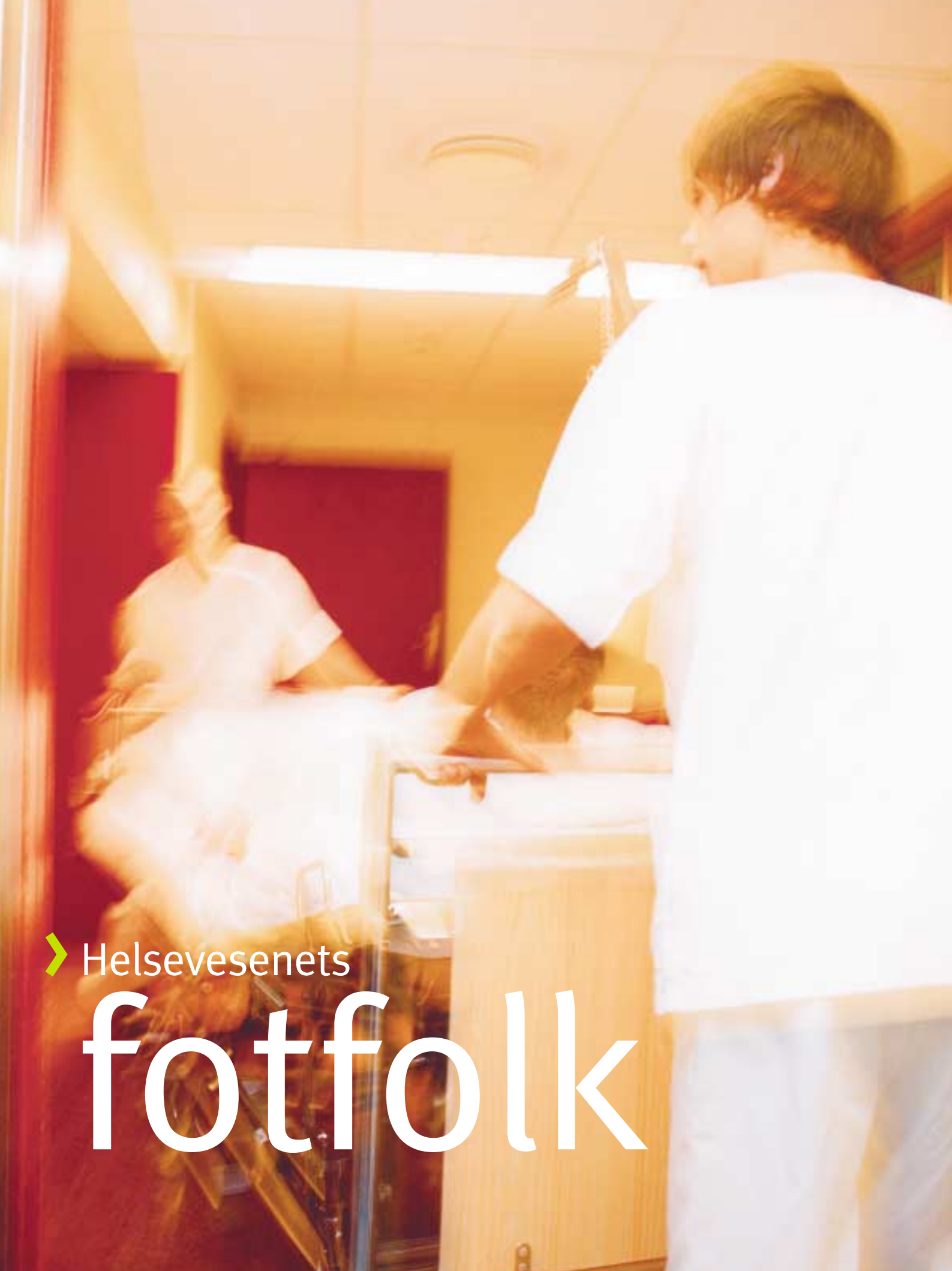
11.00-11.30:

Lunsj!

11.30:

pasient fra postoperativ til dagpost





➤ Helsevesenets

fotfolk



- Hvordan er livet på sykehuset?

- Sykehuset er et eget lite samfunn med faste roller og utrolig lagdelt. I kantina sitter man etter rang. Legene sitter for seg. Vi sitter på vår plass, flirer Tommy, men legger raskt til: Ute på avdelingene er det annerledes. Vi er blitt veldig bra mottatt og egentlig ikke blitt møtt med skepsis fordi vi er så unge. Jeg kommer til å savne sykehuset og miljøet her.

- Hva er det viktigste dere har lært dette året?

- Hvor stor rolle vi egentlig spiller for pasientenes hverdag. Hvor mye det betyr at vi er der. Ofte spør de oss om ting de ikke "tør" spørre sykepleiere og leger om. Ingen spørsmål er for "dumme" for portørene.

- Og det vanskeligste dere opplever?

- Jeg liker ikke så godt oppdrag på barneavdelingen. Det er fælt å se syke barn, sier Tommy, mens Carina synes det er vanskelig når hun er sammen med pasienter som hun vet skal dø.

- Eller når du får vite at noen har

dødd like etter at du var sammen med dem. Kanskje kunne det skjedd mens vi fraktet dem. I heisen eller korridoren. Noen ganger er det små marginer, sier Carina.

Hver fredag er det "skoledag" for portørparet. Et par timer er avsatt til undervisning. De har lært hjerte-lunge-livredning. Førstehjelp. Vært gjennom de vanligste undersøkelsene de frakter pasienter til.

- Personalet her er flinke til å lære oss opp. Vi har fått være med på operasjoner og undersøkelser. Vi har sett røntgenbilder og etter hvert lært oss bra med latin, sier Tommy, som ennå ikke har fått oppfylt den store drømmen: å være med på et keisersnitt.

På jobben er de "knoll og tott" – lys & liten – høy & mørk. Alltid sammen. Går en sykehusmaraton om dagen. Sliter linoleum og sko. På fritiden ser de lite til hverandre. Tommy er støttekontakt for en gutt med Downs syndrom. Carina har kjæreste. Begge liker å reise. Når de har tid – og råd.

- Hva er det første dere gjør når dere kommer hjem?

- Trener. På helsestudio. Løper på tredemølle, sier Carina.
- Jeg og, sier Tommy.

- Det første dere gjør etter å ha løftet, gått, løpt og dyttet senger i timevis er å trene – løpe?

- Ja! ler portørparet på Kristiansund Sykehus.

St. Olavs Hospital får portørsentral
Det er besluttet at den enkelte avdeling ved sykehuset etter hvert skal bestille portørtjenester fra en samlet "portørsentral". I praksis betyr dette at den enkelte avdeling inngår en avtale med portørsentralen om antall timer og tidspunkt for når portørtjenesten skal utføres. Dette vil innebære økonomisk og rasjonell drift for sykehuset. Portørene vil dessuten øke kompetansen fordi arbeidsoppgavene blir flere og mer varierte.

› En helt vanlig fredag for Carina og Tommy

11.35:

ny pasient fra postoperativ til dagpost

11.40:

pasient fra ortopedisk til operasjon

11.50:

pasient fra kirurgisk sengepost til operasjon

12.00 - 13.30:

undervisning (hver fredag)

13.40:

pasienter bringes fra sengepostene til røntgen

14.00:

pasient fra medisinsk sengepost til arbeids-EGK ved medisinsk poliklinikk

14.10:

pasient fra medisinsk sengepost til ultralydundersøkelse

14.30:

pasient fra medisinsk sengepost til bilateral christaebiopsi ved medisinsk poliklinikk

14.45:

pasient fra kirurgisk sengepost til CT-undersøkelse

15.00 - 15.30:

pasienter fraktes fra postoperativ tilbake til avdelingene

15.30:

ENDELIG HELG!!!!



Med sykehuset som

klasserom

Universitetssykehuset St. Olavs Hospital skal behandle, forske – og undervise. For medisinstudentene betyr det at møtet med sykehusets pasienter, med og uten veiledende lege, blir en viktig del av undervisningen. - Vi har stort utbytte av det, pasientene er svært positive, og avdelingen liker å ha ivrige studenter på visitt, forteller Cato Innerdal, medisinstudent på tredje året.



En kald og grå morgen i januar står to hvite legefrakker med glatte panner og ivrige øyne og tripper på sine sorte, tykke sandaler i mottakelsen på nevrologisk avdeling ved St. Olavs Hospital. Sykepleiere haster frem og tilbake, køen foran resepsjonsluken blir stadig lengre, og raske, svette blikk veksles over kragen på legefrakkene. For under frakken skjules ingen avsluttede medisineksamener, ingen endelig grad. Skarve to og et halvt år med medisinstudier og noen forelesninger om sentralnervesystemet er utrustningen til Cato Innerdal (23) fra Tingvoll på Nordmøre og Sara Leirfall (24) fra Trondheim når de skal ha sitt første pasient på "nevrologen".

- Jeg møtte min første pasient i en av de første ukene av studiet. Da var jeg ner-

vøs – og følte at jeg ikke kunne noen ting. Det kunne jeg jo ikke heller. Etter hvert møter vi så mange pasienter at vi blir vant til å snakke med dem, og jeg er ikke lenger så nervøs før pasientvisitter, forteller Cato.

Kommunikasjon i fokus

Pasientkontakt fra et tidlig tidspunkt er i fokus på det medisinske fakultet i Trondheim. God kommunikasjon med pasienter betraktes som alfa og omega for å bli en god lege, og medisinstudentene innleder studiet med et kurs i kommunikasjon mellom lege og pasient.

- Å møte pasienter er svært utbytterikt – både faglig og personlig. Det blir lettere å forstå det man leser når man har et ansikt å relatere det til. I tillegg er det nyttig og lærerikt å øve seg på pasient-

samtaler. Som lege må du stille en del ubehagelige spørsmål, og jo oftere du gjør det, jo mer vant blir du, mener Sara.

Men det å møte pasienter er ikke bare prat – undersøkelser skal gjennomføres og diagnoser stilles. Dagens pasient er på St. Olavs Hospital på grunn av synsproblemer og har vært på sykehuset i noen uker. Cato og Sara bruker omtrent en halv time på å prate om sykdomsforløpet, hva slags behandling pasienten har fått, og forhøre seg om eventuelle medisiner som er blitt utskrevet tidligere. Deretter står en rekke undersøkelser for tur. De to studentene synes tydeligvis det er greit å være to nesten-leger; det krever trening å huske alle undersøkelsene som skal gjennomføres.

- Den beste måten å lære seg praktiske



Med sykehuset som klasserom

undersøkelser på, er å utføre dem ofte. Øvelse gjør mester. Hvis jeg kommer som ferdig utdannet lege og bare har gjennomført noen få, raske øvelser, vil jeg vinne liten tillit hos pasientene, mener Cato.

Grundig sjekk

For pasienten er det andre gang på kort tid hun blir stilt de samme spørsmålene og undersøkt på samme måte. Alle pasientene blir først behandlet av en sykehuslege – og deretter blir noen pasienter forespurt om å være "undervisningspasienter". Og de aller fleste som blir spurt, takker ja.

- Pasientene reagerer veldig positivt på å bli spurt. Det er sjelden noen sier nei. De fleste føler at de gjør noe nyttig, tror overlege Geir Bråthen ved avdeling for nevrologi og nevrofysiologi. Han har det overordnede ansvaret for medisinstudentene ved avdelingen.

Dagens pasient kan bekrefte dette

- Det er hyggelig å hjelpe til. Det er jo

viktig at fremtidens leger lærer faget sitt grundig. I tillegg synes jeg at studentene er kjempeflinke. De har gitt meg en full sjekk – det er omtrent som å være hos en ordentlig doktor. De er til og med litt grundigere enn de "voksne" legene, sier hun fornøyd.

Undervisningsrollen

I løpet av studiet får medisinstudentene møte pasienter med lidelser som berører en rekke ulike fagfelt. Alle avdelingene har plikt til å ta imot pasienter – men graden av oppfølging og kvaliteten på undervisningstilbudet varierer fra avdeling til avdeling.

- Vi er et universitetssykehus. Det betyr at vi i tillegg til å behandle pasienter skal forske og formidle kunnskap, sier overlege Bråthen.

- Hvordan opplever dere som leger å ha unge, uerfarne studenter på avdelingen?

- Det er hyggelig å ha ivrig ungdom rundt i gangene. Jeg lærer noe selv hver gang jeg har studentundervisning. Jeg får en dypere forståelse for det som læres

bort, og jeg blir oppmerksom på egne kunnskapshull, forteller Bråthen entusiastisk.

Ikke grenseløs

Undervisningen har sine grenser. Det finnes situasjoner studentene ikke får trent på med pasienter.

- Jeg gruer meg til den første gangen jeg må fortelle noen en alvorlig diagnose.

Det er for alvorlig til at vi studenter er med på det. Slike situasjoner egner seg ikke til trening, og jeg er usikker på hvordan jeg vil reagere selv, innrømmer Sara.

Men hva gjelder de mindre alvorlige sykdommer, virker det som om studenter, leger og pasienter alle er svært fornøyd med at fremtidens leger erstatter forelesningssalen med konsultasjonsrommet i løpet av studiet.

Forskning ved St. Olavs Hospital og medisinsk fakultet:

Et fyrtårn innen medisinsk teknologi

I Trondheim møtes landets fremste tekniske vitenskapsmenn og ledende medisinske forskere. Resultatet er et internasjonalt anerkjent forskningsmiljø som er banebrytende innen medisinsk teknologi.

St. Olavs Hospital, det medisinske fakultet og NTNU har medisinsk teknologi som et strategisk satsingsområde. Det fokuseres særlig på bildedannende teknikker som ultralyd og MR (magnetisk resonans).

- Forskningsmiljøet i Trondheim var blant de første som utviklet utstyr og begynte å bruke ultralyd blant annet til å måle blodstrømmer. Ultralyd brukes innenfor hjerteforskning, og dette var det første området hvor Trondheim markerte seg internasjonalt, forteller prodekanus for forskning ved det medisinske fakultet, Ole Jan Iversen.

Forskere ved NTNU og St. Olavs Hospital har brukt ultralyd til å ta tredimensjonale bilder, som brukes til kikkhullskirurgi. Ultralyd brukes til å måle

hjerterfunksjoner, til å kartlegge hjerne-svulster og til fosterdiagnostikk.

- Ultralydteknologi har preget mye av den medisinske forskningen i Trondheim. Vi har opplevd et lykkelig samarbeid mellom teknologer og medisiner, bekrefter Iversen.

Teknologien blir lagt merke til også utenfor landets grenser. Forskere fra Trondheim blir stadig invitert til internasjonale konferanser for å forelese om ultralydens bruksområder.

Kunnskap viktig

- Hvorfor er det viktig for St. Olavs Hospital å drive forskning?

- Som universitetssykehus skal vi være i teten kunnskapsmessig. Dessuten skal vi være en kunnskapsleverandør for

helse-Norge. Da er vi avhengig av folk med fagkunnskap på høyt, internasjonalt nivå. Vi har et formidlingsansvar – og da må vi besitte kunnskapen, mener overlege Geir Bråthen ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi ved St. Olavs Hospital.

Den omfattende Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er et annet strategisk satsingsområde for det medisinske fakultet og St. Olavs Hospital. Også dette forskningsprosjektet får mye oppmerksomhet internasjonalt. Dette er en av de største helseundersøkelsene i verden. Forskere ved HUNT ønsker å forstå betydningen av arv og miljø i forhold til utvikling av sykdom. Målsettingen er å forstå sammenhengene, for så å kunne legge en bedre strategi for å forebygge og behandle.

Totaløkonomikonseptet

De fleste bruker disse produktene i sin virksomhet:

- Kontorrekvisita
- Datarekvisita
- Kontorpaper
- Finpapir
- Tørk- og hygieneprodukter
- Renholdsprodukter
- Emballasje
- Avfallsprodukter
- Lyspærer/lysrør
- Kantineprodukter
- Profileringsprodukter
- Helse-, pleie- og laboratorieprodukter
- Spesialproduserte emballaseløsninger



Vi tilbyr hele dette produktspekteret overfor bl.a. sykehus, sykehjem, legekantor og hjemmebasert omsorg.

Vi er en leverandør som dekker de fleste behov, og har sikre leveranser fra ett stort lager!

Julius Maske AS:

- Foretar behovsanalyse
- Utarbeider forslag til leveringsfrekvens
- Leverer større antall artikler pr. levering
- Leverer til avtalte tider
- Leverer til avtalt sted
- Utarbeider prisavtale
- Gjør besøk og oppfølging etter avtale
- Opplæring fra fagspesialister ved behov

Kort sagt: Etablerer et samarbeid som vil fungere for begge parter



= God
totaløkonomi

MASKE

JULIUS MASKE AS

Lade Allé 61, 7005 Trondheim. Tlf. 73 89 29 00



B

Returadresse: Helse Midt-Norge RHF,
Postboks 464, 7501 STJØRDAL

ISSN 1503-1780



Vår innsats skal kunne
etterprøves og måles –
fordi ledelse handler om å ta ansvar.

Helse Midt-Norge RHF