

HELSE

02/2004-Årgang 2-Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

**Debatt:
Private
helsetjenester**

S4

**Fra venteliste
til drop-in**

S8

**En spillende
trener**

S18

Ny og bedre

hverdag for Gunn Hilde

S 13

1. januar 2002 overtok staten ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge omfatter sykehus og andre virksomheter i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, og har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i dette området.

Våre hovedmål er å bli kvitt uverdig venting, løse problemet med korridorpasienter og innføre god økonomistyring. Målet er at vi skal løse disse problemene innen 2004, noe som krever stor innsats og mange tiltak på tvers i regionen. I løpet av 2002 og 2003 er gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Midt-Norge betydelig redusert.

Står du på venteliste?

Selv om ventetiden er blitt vesentlig kortere, får fortsatt mange pasienter lang ventetid til enkelte undersøkelser og behandlinger ved våre sykehus.

Det jobbes derfor aktivt ved alle helseforetak for å redusere ventetiden.

I september 2003 innførte Helse Midt-Norge en ordning som gir alle henviste pasienter en individuell behandlingsfrist.

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

Da kan du kontakte sykehuset du er henvist til, eller legen som har sendt henvisningen og be om at henvisningen sendes til et annet sykehus.

Du kan velge blant alle offentlige sykehus i Norge - og i tillegg har Helse Midt-Norge inngått avtaler med en rekke private sykehus og røntgen institutter om kjøp av helsetjenester.

For informasjon på internet: www.sykehusvalg.net
www.helse-midt.no

For informasjon vedrørende ventetider og behandlingstilbud, ved de offentlige og private sykehusene, kan du også ringe gratis til vår pasientrådgiver på:

Fritt Sykehusvalg - telefon: 800 41 004

HELSE  MIDT-NORGE

Besøksadresse: Strandveien 2, Stjørdal
Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no

www.helse-midt.no



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Privatisering?

Er det slik at vi gjennom de avtalene vi har hatt med private – og som nå blir erstattet av nye avtaler – har bidratt til å bane veien for en privatisering av norsk helsevesen? I kjølvannet av helse-reformen har vi fått en debatt om privatisering og markedskrefter der det stilles spørsmål om motiver og om offentlige sykehus har fått tildelt Svarteper.

Helse Midt-Norge er pålagt å sørge for at befolkningen i de tre midtnorske fylkene får gode spesialiserte helsetjenester. Helse-reformen har gitt oss nye virkemidler, og vi har fått ny lovgivning som krever omstilling av sykehusstilbud. Styrkede pasientrettigheter gjennom Fritt Sykehusvalg, innføring av individuell behandlingsfrist og større åpenhet og oppmerksomhet rundt kvalitet er et gode for befolkningen – og representerer en utfordring for både private og offentlige sykehus.

De private tilbudene er kommet for å bli, men det blir feil å framstille dette som en underminering av det offentlige helsevesenet. Ideelle private initiativ har bidratt til å utvikle nye tilbud, og de har bidratt med finansiering av institusjoner som vi i dag regner som del av vårt offentlige sykehusvesen.

Og vi må huske at årsaken til at vi har fått en framvekst av private tilbud, er at det har vært misnøye med det tilbudet de offentlige sykehusene har representert. I stedet for å irritere oss over dette, bør vi i stedet sette fokus på vår egen kvalitet. Hvor gode er vi? Kan vi bli bedre?

Til en viss grad kan private fungere som et korrektiv til de tilbudene som gis i offentlige sykehus både når det gjelder kvalitet og effektivitet. Men det er viktig å ha klart for seg proporsjonene. Private tilbydere

stod for under én prosent av pasientbehandlingen i Midt-Norge i 2003 – de gav hjelp til 5000 midtnorske pasienter og har bidratt med bildediagnostikk og undersøkelser innen bestemte diagnosegrupper.

Gjennom budsjettet for 2004 er det satt et tak for behandlingsaktiviteten. Dette reflekteres i styringsdokumentene vi har gitt våre helseforetak i Midt-Norge. På samme måte som de offentlige sykehusene i Helse Midt-Norge, må også private som ønsker drifts-avtale med oss, akseptere våre rammebetingelser og krav til dokumentasjon, helhetlig pasientbehandling og kvalitet. Dette legger vi til grunn for de nye avtalene som blir inngått.

Helse Midt-Norge har definert en overordnet strategi som balanserer mellom flere viktige mål for vår virksomhet. I tillegg til pasientbehandling er vår oppgave å drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende. Det er rom for godkjente private sykehus og institutter hos oss, men de må selvsagt akseptere de regler som gjelder.

Vi skal ikke underslå at avtalene vi har hatt med private har bidratt til at ventelistene er redusert. Men det er selvsagt ikke hovedårsaken. Aktivitetsnivået ved våre sykehus har aldri vært så høyt som i 2003, og styringssignalet fra Helsedepartementet er at aktiviteten skal ligge på samme høye nivå i 2004.

Dette kan framstå som et paradoks når det samtidig iverksettes innsparinger og omlegginger for å spare penger. Men det er altså ikke snakk om en nedbygging av offentlige sykehus, men nødvendig omstilling og effektivisering for å kunne utvikle sykehus-tilbudet i offentlig regi.

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: Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese og Svein Magne Harnes • Foto: Stina Glømmi og Getty Images • Illustrasjon: Ella Okstad • Trykk: Lade Offset • Opplag: 16 000



Private helsetjenester

– supplement, utfordring og alternativ?

Det offentlige bruker hvert år millioner av kroner på å kjøpe tjenester fra private helseklinikker. Er de private aktørene en verdifull samarbeidspartner som bidrar til å kutte ventelister og skjerper kravene til kvalitet, eller ser vi konturene av et klassesdelt helse-Norge?

Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag, møter Astrid Eidsvik, direktør i Helse Sunnmøre, og Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio AS, til debatt.

1. Hva bør være den private helsetjenestens rolle i forhold til det offentlige tilbudet?

Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag:

- Privat helsetjeneste må aldri bli noe mer enn et supplement til det offentlige tilbudet. De private aktørene skal være underlagt offentlig styring. Det er viktig at det offentlige, som på vegne av befolkningen skal utforme tjenesten etter en helhetlig helsepolitisk vurdering, griper roret og styrer. - Helsefeltet egner seg dårlig for kreftenes frie spill, kremmervirksomhet og profittjag. Private helsetjenester er nok kommet for å bli, men de bør bare supplere de offentlige tjenestene og utøve virksomheten i pakt med helsepolitikken i landet. Og de må styres!

Astrid Eidsvik, direktør i Helse Sunnmøre:

- Det private helsetilbudet bør være et supplement til det offentlige. I hovedsak bør det være slik at det offentlige helsevesenet tar ansvar for de høyest prioriterte oppgavene,

mens private tar oppgaver med lavere prioritet – som pasienter bør betale en viss egenandel for å få utført.

Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio:

- Vår rolle i Capio er å være en del av et offentlig tilbud. Vi ønsker blant annet å gjøre den medisinske bilde-diagnostikken lett tilgjengelig for å unngå lange ventelister. De private skal også spesialisere seg innenfor enkelte områder for å øke effektiviteten, blant annet ved å ta mest mulig av den polikliniske virksomhet. Da kan sykehusene i sterkere grad konsentrere seg om å ta pasienter som må legges inn, og hindre interne flaskehals. Som privat aktør i det offentlige rom utfyller vi en rolle som sykehuset ikke nødvendigvis bør ha fullt fokus på.

- I tillegg har private aktører en korrigerende oppgave vis a vis det offentlige. Stortingsmelding nummer 5 la vekt på at private har en rolle som korrektiv blant annet organisasjonsmessig. Dette inspirerer til samarbeid om å utvikle metodikk, prosedyrer,

logistikk og organisering av funksjonene slik at de blir bedre for pasientene og billigere for samfunnet.

2. Økt konkurranse fører til skjerpede krav om å synliggjøre tilbud og kvalitet. Hvilke konsekvenser får det for planlegging og utforming av spesialisthelsetjenesten?

Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag:

- Det er betydelige forskjeller i rammevilkår for ulike deler av spesialisthelsetjenesten, blant annet mellom private og offentlige utøvere. Private klinikker har anledning til å foreta raske og inntektsbringende operasjoner, gjerne på rekke og rad, kjapt og effektivt. Men de slipper ofte unna både utredninger, kontroller og oppfølging, ivaretagelse av komplikasjoner, opplæring av pasienter og pårørende og behandling av pasienter med kompliserte lidelser. Alle disse oppgavene må offentlige sykehus ta seg av. Resultatet blir lange køer for pasienter med alvorlige, sammensatte og tidkrevende tilstander, mens pasienter med enkle lidelser passerer et



”Helsefeltet egner seg dårlig for kreftenes frie spill, kremmervirksomhet og profittjag”

- Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag





”Økt konkurranse er sunt for det offentlige helsevesenet. Vi har fremdeles en del å lære av de private aktørene”

- Astrid Eidsvik, direktør i Helse Sunnmøre



privat behandlingsapparat kjøpt. Det er i ferd med å bli et klasseskille.

- Folk tror gjerne at private klinikker er bedre enn offentlige sykehus. Utfordringen er å sørge for at tjenestetvetyndende instanser har rettferdige og likeverdige forhold å konkurrere under. Bare slik blir også pasientene behandlet rettferdig og likeverdig. Igjen handler det rett og slett om styring.

Astrid Eidsvik, direktør i Helse Sunnmøre:

- Økt konkurranse er sunt for det offentlige helsevesenet. Vi har fremdeles en del å lære av de private aktørene. Skjerpet konkurranse om pasientene gjør at det er lettere å få til endringsprosesser.

- Vi må få på plass gode nasjonale mål som sier noe om den faktiske kvaliteten. I dag har vi brukerundersøkelser, men disse måler pasienttilfredshet mer enn den faktiske behandlingen knyttet til diagnose. Dette er ikke tilstrekkelig informasjon. Kvalitetsrapporteringen bør omfatte alle aktørene i markedet, private og offentlige, der datagrunnlaget er sammenliknbar.

Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio:

- Økt konkurranse fører til at kvalitet i alle ledd blir viktig. I denne konkurransen framstår pasientene som vinner i første omgang, og skattebe-

talerne i neste. Dette innebærer at private også må satse på forskning, undervisning og være medspiller i utdanningen av helsepersonell. Slik blir skillet mellom privat og offentlig visket ut. Det blir kortere ventetid og bedre kvalitet. Planleggingen av spesialisthelsetjenesten blir annerledes fordi pasientene i sterkere grad påvirker, prioriterer og bestemmer selv.

3. Hva slags regler bør gjelde for ansatte på offentlige sykehus som har ”ekstrajobber” ved private klinikker?

Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag:

- Denne situasjonen er uakseptabel. Jeg har et jevnt sig av henvendelser der pasienten hoderystende forteller om henvisning fra sykehus til privat klinikk. Og hvem traff de der? Jo, den samme legen som hadde henvist dem dit.

Astrid Eidsvik, direktør i Helse Sunnmøre:

- På dette punktet er jeg helt klar: De ansatte bør velge hvor de ønsker å ha lojaliteten sin – hos det offentlige eller hos den private aktøren. Dette er spilleregler som er helt vanlige i det private næringsliv, så hvorfor skal vi ha andre regler?

Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio:

- Vi har ingen problemer med å la

våre ansatte jobbe i det offentlige på sin fritid. Men vi forutsetter at det er en avtale mellom oss som arbeidsgiver og det offentlige foretaket. Det må være ryddig og åpent. Vi vil akseptere at man tar medisinsk ansvar i det offentlige, men det vil ikke være akseptabelt å inneha posisjoner med lederansvar eller ansvar for strategi eller forretningsvirksomhet.

- Jeg tror alle kan leve med slike spilleregler, særlig fordi det ligger en positiv gevinst i å imøtekomme medarbeidernes ønske om å arbeide andre steder. Dessuten skjer det en kompetanseoverføring. Det er gjensidig stimulerende å frekventere andre fagmiljøer – både medisinsk og sosialt.

4. Er det slik at de private ”skummer fløten”?

Kjell J. Vang, pasientombud i Nord-Trøndelag:

- Slik jeg ser det i dag, og slik avtalen med de regionale foretakene har vært hittil, er svaret et ubetinget ja. I det klassesdelte helsevesenet vi er i ferd med å få, kan de private klinikker hente sine pasienter fra øverste hylle.

- De private skummer fløten, men det er ikke de som skal klandres for det. De får jo lov! Og de gjør egentlig ikke noe annet enn det enhver privat næringsdrivende gjør, nemlig



”Som privat aktør i det offentlige rom utfyller vi en rolle som sykehuset ikke nødvendigvis bør ha fullt fokus på”

- Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio

å sikre lønnsomheten. Ansvaret ligger hos myndigheter og styrende organer, som for en stor del har gitt de private klinikkene rettighetene og fortjenesten og latt de offentlige sykehusene sitte igjen alene med de tunge forpliktelsene.

Astrid Eidsvik, direktør i Helse Summøre:

- De private aktørene har skummet fløten slik situasjonen har vært. Jeg har en viss forståelse for at dette har utviklet seg slik, siden det offentlige helsevesenet ikke har klart å holde orden på ventelistsituasjonen. Nå er dette snudd. Det betyr at spillereglene for private aktører bør innrettes deretter.

- Dersom det offentlige helsevesenet skal være i en konkurransesituasjon, må vi konkurrere ut fra de samme premissene.

Hans Olav Almaas, administrerende direktør i Capio:

- Private aktører i avtale med det offentlige skummer ingen fløte. Jeg tror nok at de fleste opplever at her er det langt mer skummet melk enn fløte. Med like stramme vilkår og en tydelig bestillerfunksjon fra regionale helseforetak vil både private og offentlige helsevirksomheter levere helmelk – og pasientene vil skumme fløten, heldigvis.





Odd E. Hanneseth,
avdelingsleder
radiologisk avdeling
ved Kristiansund
sykehus

Røntgen på timen

Kampen mot ventelistene har fått mange sykehusavdelinger til å tenke kreativt. Radiografene på Kristiansund sykehus har latt seg inspirere av frisøren på hjørnet og tar imot pasienter på drop-in.



UTE PÅ TIMEN:
Harald Ulimoen er
en av mange for-
nyede pasienter på
røntgenavdelingen
i Kristiansund.

Ventelister

- Gjennomsnittlig ventetid i HMN er nå 91 dager (per 31.03.2004). Før helsereformen startet i 2002 var gjennomsnittet 320 dager. Ventetiden er altså redusert med over 70 prosent.
- HMN har et uttalt mål om at den gjennomsnittlige ventetiden skal være 85 dager i løpet av 2004.
- Antall pasienter som har ventet i over et år på behandling i HMN, er redusert med 92 prosent de siste to årene, men det er fortsatt 1004 pasienter i denne gruppen.
- Gjennomsnittlig ventetid i de ulike helseforetakene:
 - Helse Sunnmøre 61 dager
 - Helse Nordmøre og Romsdal 73 dager
 - Helse Nord-Trøndelag 63 dager
 - St. Olavs Hospital 115 dager

(Kilde: Helse Midt-Norge)

Harald Ulimoen (55) er blant dem som kommer til røntgenundersøkelse på Kristiansund sykehus, uten avtale.

- For meg er det helt fantastisk. Klokken halv tolv var jeg hos fastlegen min og fikk henvisning til røntgen. Derfra dro jeg rett opp til røntgenavdelingen. I løpet av en drøy time har jeg både vært hos legen og tatt røntgen på sykehuset. Det er fint å slippe å avbryte jobben mer enn én dag, forteller Ulimoen like etter at han har tatt røntgenbilder av en vond hånd.

Ulimoen trengte ikke å tilbringe mer enn ti minutter på venteværelset før alle håndens bein var gjennomført av røntgenstrålene.

Timefoto

Radiologisk avdeling ved Kristiansund sykehus har arbeidet svært målbevisst for å kutte ventetidene. Det var som et ledd i dette arbeidet at avdelingen åpnet for drop-in-røntgen i november i fjor. Pasientene kan møte opp til røntgenundersøkelse når det passer dem best, alle virkedager mellom åtte og tre. I mars kom 250 pasienter inn til drop-in, noe som kan gi 3000 slike undersøkelser i løpet av ett år.

- Pågangen varierer fra dag til dag. Enkelte dager kan det være litt ventetid, men det normale er at pasientene får undersøkelsen unnagjort på under en time, forteller avdelingsleder Odd E. Hanneseth.

Alle konvensjonelle røntgenundersøkelser, slik som bilder av rygg, nakke, hender, føtter og hofter, kan gjøres på drop-in. Kvaliteten på undersøkelsen er den samme som før, den eneste forskjellen er at nå kan du komme når

du selv vil. Pasienter som trenger CT, ultralyd, eller mage/tarm- og nyreundersøkelser, må fortsatt bestille time via sin fastlege. Dette er fordi slike undersøkelser krever at en radiolog vurderer henvisningen og er til stede, mens konvensjonelle røntgenundersøkelser kan utføres av en radiograf.

I fjor foretok Radiologisk avdeling ved Kristiansund sykehus 28 000 undersøkelser. I år har avdelingen klart å øke driften ytterligere.

- Januar og februar var svært aktive måneder. Holder vi effektiviteten like høyt resten av året, vil vi øke antall undersøkelser med 8 000 i forhold til i fjor, sier Hanneseth.

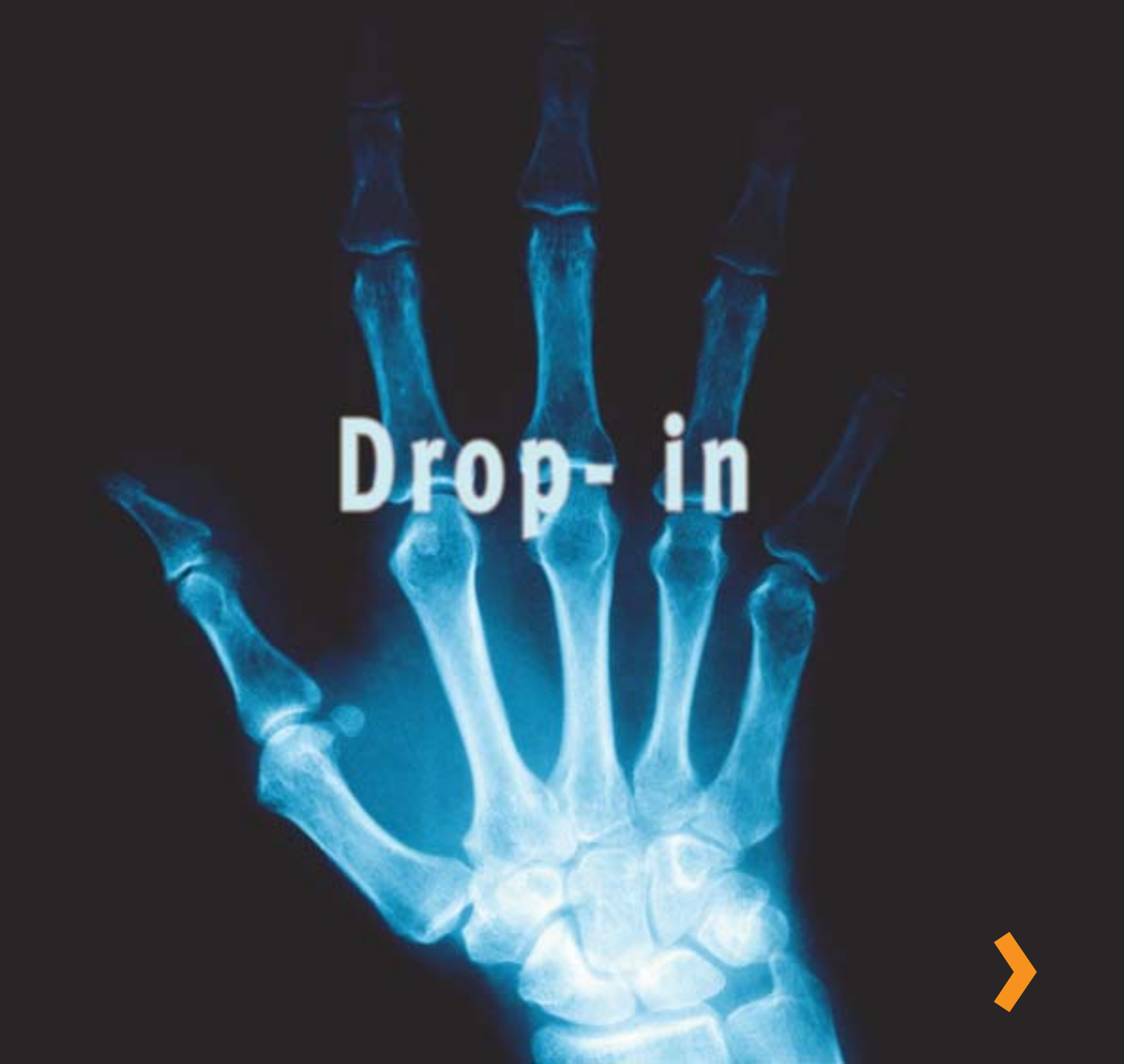
Ingen "offh-ere"

Kristiansund sykehus har fire undersøkelsesrom for konvensjonell røntgen, ett for ultralyd og ett for CT. Et av undersøkelsesrommene brukes til drop-in, mens de øvrige er for timebestillende eller innlagte pasienter. På under et år er ventetiden på timebestilte undersøkelser kortet ned fra to måneder til to uker.

- Vi utnytter kapasiteten maksimalt nå. Skal vi øke volumet må vi ha flere radiologer. Jeg følger opp timeboka og fyller opp med tidlige timer der det er hull, bemerker Hanneseth. Avdelingslederen setter opp programmer for hvert undersøkelsesrom. Slik oppdager han hvor det finnes ledig kapasitet og kan utnytte smutthullene til det fulle.

Trass i underbemanning og store omorganiseringer har røntgenavdelingen et sykefravær på symbolske 1,2 prosent.

- Etter at vi fjernet hjemmevaktsystemet



Drop-in

og gikk over til døgnvakter, er vaktbelastningen blitt mindre. Småsykemeldingene er helt forsvunnet. Vi er en liten og sammensveiset familie. Alle har fått uttale seg om prosessene, personalet har vært med hele tiden. Det gjør at vi ikke har noen "offh-ere", forteller Hanneseth.

Tomt for filmrull

I perioder har radiografene ved Kristiansund sykehus drevet avdelingen uten å ha radiologer å støtte seg til. Radiologene holder til på Molde sjuke-

hus og kommer reisende over fjellet. Alle røntgenbilder må tolkes av radiolog, men radiografene i Kristiansund vet å få unna annen type arbeid på egen hånd. - Vi har større frihet og flere fullmakter enn radiografene ved mange andre sykehus. Vi jobber selvstendig, og det er både effektivitet og kvalitet over det arbeidet vi gjør. Vi har dessuten et svært godt samarbeid med radiologene i Molde, understreker avdelingslederen.

I vel et år har radiografene ved Kristiansund sykehus hatt et heldigitalt

røntgenapparat på avdelingen. Alle sykehusene i Helse Midt-Norge har nå et felles røntgen-informasjonsystem. Like etter at en undersøkelse er utført i Kristiansund, kan radiologene i Molde få opp bildene på sin skjerm og tolke dem derfra. Røntgenbildene legges inn i en felles database og kan hentes fram når som helst.

- Digitalisering gjør at arbeidet med kjemikalier og filmer er helt borte, arbeidsrutinene er blitt mer effektive. Vi leter aldri etter bilder mer, og det sparer vi mye tid på, påpeker Odd E. Hanneseth.

Venterom

Røngten

3



Inge Lode,
seksjonsoverlege
ved MR-seksjonen,
Røntgenavdelingen
ved Ålesund sjukehus



Kjell-Morten Møen,
avdelingssjef for
øyeavdelingen ved
St. Olavs Hospital



Karsten Vada,
kirurg ved Sykehuset
Levanger



Angriper listene

Flere av sykehusavdelingene i Helse Midt-Norge har endret rutiner og vist kreativitet for å løse utfordringen med altfor lange ventelister. Det handler om å ta ansvar både for pasienten som er under behandling og pasienten som venter.

Øyeavdelingen ved St. Olavs Hospital har kuttet ventelistene på polikliniske undersøkelser og dagkirurgisk behandling, trass i at avdelingen mottar flere pasienter enn tidligere. Ventetiden for de fleste operasjonene er nå på én til tre måneder.

- Vi har forbedret rutineene. Spesialutdannede sykepleiere tar mye av forundersøkelsen før pasienten kommer inn til lege, noe som gjør prosessen mer effektiv. Dessuten ringer vi til pasientene for å fylle opp ledige timer, forklarer avdelingssjef Kjell-Morten Møen.

Avdelingssjefen tror ikke ventetiden på øyeavdelingen kan reduseres ytterligere.

- Vi har vært den flinkeste gutten i klassen, og de lave ventelistene har nok gått på bekostning av forskning. Framover bør vi nok prioritere dette og opplæring av pasienter og pårørende, vel så mye som ventelistene, mener Møen.

Nede i null

Inge Lode er seksjonsoverlege ved MR-seksjonen ved Røntgenavdelingen ved Ålesund sjukehus. I august 2002 hadde seksjonen en ventetid på nesten et år på uprioriterte undersøkelser. Da åpnet seksjonen en kveldspoliklinikk, og sykehuset gikk til innkjøp av en ny MR-maskin. Fire måneder senere var ventetiden på MR-undersøkelser nede i null.

- Nå er ventetiden på tre til fire uker. Det er uansett veldig lite i forhold til hva vi hadde før, understreker Inge Lode.

Trass i korte ventelister har ikke seksjonen merket noe spesielt påtrykk fra pasienter fra andre deler av landet.

- Enkelte pasienter kommer langveisfra fordi de har hørt at vi har korte ventelister. Men det er ikke så mange, sier Lode.

Førstemann ut

Som de første i landet begynte kirurgene Karsten Vada og Jan G. Mjones ved Sykehuset Levanger å operere for størret prostata med laser i desember i fjor. Kirurgene har gjennomført rundt 60 laseroperasjoner så langt.

- Den tradisjonelle metoden fører til flere komplikasjoner og gjør at pasientene må bli på sykehuset noen dager etter operasjonen. Lasermetoden gjør at pasientene kan reise hjem samme dag, eller dagen etter. Dette frigjør sykehusressurser, forklarer Karsten Vada.

Med den nye metoden kan kirurgene utføre flere operasjoner enn før.

Ventetiden på laseroperasjon er på ca. tre måneder, og sykehuset får henvendelser fra pasienter øst og sør i landet.

- Hvis dette viser seg å være metoden for framtiden, vil vi ikke være alene om å utføre denne operasjonen lenge, spår Vada.



Jan G. Mjones,
kirurg ved Sykehuset
Levanger

Nye tilbud om rusbehandling i 2004

Tre nye rusbehandlingstilbud ser dagens lys i november. En ny akutt- og utredningsavdeling ved Vestmo behandlingssenter i Ålesund, en ny familieavdeling ved Veksthuset i Molde og en ny tvangsavdeling ved Lade Behandlingssenter i Trondheim starter sine tilbud i midten av november.

I tillegg er Senter for medikament-assistert rehabilitering (MARIT) i Trondheim tilført ressurser slik at ventetiden for behandling kan reduseres fra tre til ett år i løpet av 2004.

Fritt valg for rusmiddel-misbrukere

Rusmiddelmisbrukere får nå rett til å velge behandlingstilbud uavhengig av bosted. Rusreformen fører til rusmiddelmisbrukere får samme rett til å velge behandlingssted som andre brukere har til fritt å velge sykehus.

Dette er med på å styrke behandlingsrettighetene for rusmiddelmisbrukere som skal motta tverrfaglig, spesialisert behandling, sier nytilsatt direktør i Rusbehandling Midt-Norge, Dag Hårstad.

I Midt-Norge er det opprettet et eget helseforetak for rusbehandling. Gjennom dette ønsker Helse Midt-Norge å styrke rusfeltet og gi et bedre tilbud til rusmiddelmisbrukere.

Rusbehandling Midt-Norge HF har ansvar for driften av det spesialiserte tilbudet innen rusbehandling i Midt-Norge og forvalter også de avtalene som er inngått med private rusinstitusjoner i regionen.

Budsjettet 2004 vedtatt

I tråd med Stortingets forutsetninger vedtok styret for Helse Midt-Norge et budsjett for 2004 med et forventet underskudd på 559 millioner kroner. Kravet om balanse i 2005 står ved lag. For å innfri kravet skal Helse Midt-Norge spare 300 millioner i år og 300 millioner neste år.

Budsjettet for 2004 innebærer at sykehusene får en større del av sine inntekter gjennom basisrammen som en følge av at Stortinget har vedtatt å endre fordelingsnøkkelen for den innsatsfinansierte delen av inntektene fra 60/40 til 40/60.

Totalt er Helse Midt-Norges budsjett for 2004 på over 9,5 milliarder kroner.

Knuser datamyter om sykehusansatte

Sykehusansatte er langt flittigere databrukere enn mytene vil ha det til. Det lover godt foran den kommende "IT-revolusjonen" ved det nye universitetssykehuset i Trondheim.

En fersk undersøkelse ved St. Olavs Hospital og flere andre sykehus i Midt-Norge viser at over 90 prosent av de ansatte bruker data på jobb. Omtrent like mange

sier at de sender og mottar e-post, mens sju av ti spurte svarer at de har datamaskin hjemme.

Dette er veldig bra og forteller at sykehuspersonell slett ikke er datasinker, slik populæroppfatningen gjerne går ut på, sier Ragnhild Meirik, som er direktør for ledelsesutviklingen i Helse Midt-Norge og har fått databruken kartlagt.

Helsebygg skal planlegge sykehus i Molde

Helse Nordmøre og Romsdal engasjerer Helsebygg for å planlegge nytt sykehus på Hjelset i Molde kommune.

Helse Midt-Norge vedtok i januar at arbeidet med den framtidige sykehusstrukturen for Nordmøre og Romsdal skal gå videre. Nå er Helsebygg bedt om å ta prosjektledelsen for nye Molde sjukehus. Det

skal bygges på Hjelset, knappe to mil øst for Molde sentrum.

Selv om finansieringen ennå ikke er avklart, er det viktig å ikke tape tid i den videre prosjekteringen av nytt somatisk sykehus på Hjelset. Vi ønsker å få på plass ny sykehusstruktur for foretaket så raskt som mulig, sier Eirik Heggemsnes, administrerende direktør i HNR.

Nå kan du søke Karl Evangs pris 2004

Karl Evangs pris er opprettet som en honorær til den tidligere helsedirektørens sosialmedisinske pionerinnsats. Hensikten med prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne.

Karl Evangs pris for 2004 gis til en person eller organisasjon som har gjort en særlig innsats for å fremme folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne og/eller har bidratt til en konstruktiv debatt om helse- og sosialpolitiske spørsmål.

Det forutsettes ikke at vedkommende person eller organisasjon har tilhørighet i helse- og sosialtjenesten. Det legges vekt på at innsatsen er aktuell, men innsats over tid kan også vurderes. Prisen kan tildeles kandidater etter skriftlig søknad fra vedkommende selv, andre personer eller organisasjoner.

Prisen blir delt ut i anledning Karl Evangs fødselsdag 19. oktober. Søknad eller anbefaling sendes før 20. august 2004 til:

Statens helsetilsyn
Avd.II, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo



CP-rammede

Gunn Hilde satser på IT

Gunn Hilde Johansen (25) fra Midsund utenfor Molde er født med cerebral parese og har store fysiske funksjonshemninger. Etter å ha blitt uførepensjonist som tenåring har hun nedkjempet fordommer, stivbent regelverk og byråkrater. Nå satser hun på en karriere i IT-bransjen.





TAKKNEMLIG: - Jeg er utrolig takknemlig og glad for det habiliteringstjenesten har utrettet for meg, sier Gunn Hilde Johansen.

Hun kan ikke gå uten støtte, kan knapt bruke hendene, og talen er utydelig. Likevel er Gunn Hilde Johansen ei intelligent, kulturinteressert og engasjert jente. Når hun tar imot oss i sin store, lyse leilighet på Trosterud i Oslo, går praten gjennom venninne, assistent og tolk Ann-Kristin Sarassen. Pågangsmotet og humøret som lyser fra øynene trenger ingen fortløknng.

Gunn Hilde er et eksempel på at man kan komme langt med gode assistenter, jernvilje og tilrettelegging, til tross for funksjonshemninger. For henne ble møtet med Habiliteringstjenesten for voksne et vendepunkt.

- Jeg er utrolig takknemlig og glad for det habiliteringstjenesten har utrettet for meg, sier Gunn Hilde. Hun kom i kontakt med tjenesten etter at moren døde

og tenåringsjenta trengte et hjelpetilbud. Kommunen tok kontakt med Habiliteringstjenesten for voksne, som kartla Gunn Hildes behov og fant fram til hjelpemidler som kunne lette hverdagen. Den elektriske permobilien blant annet, som Gunn Hilde kan styre og kjøre selv, og pannebåndet med en pinne, som gjør at hun kan skrive på tastatur.

Fikk minister-hjelp

I dag er hun elev ved Funkweb, en skole tilrettelagt for fysisk funksjonshemmede. Der studerer Gunn Hilde data og regnskap. Hun har stor tro på at det skal bli mulig å komme ut i arbeidslivet et par år fram i tid. Den troen hadde ikke Aetat i Molde da de opprinnelig avslø søknaden hennes om å få gjennomføre et utdanningsløp som yrkesrettet attføring. Et personlig initiativ fra tidligere arbeids- og administrasjonsminister Victor Norman fikk imidlertid Aetat til å snu. Det er bred politisk enighet om å få flest mulig inn i arbeidslivet, selv om det krever spesiell tilrettelegging.

- Habiliteringsteamet tok tak i forhold til jobbsituasjonen også, forteller hun.



GOD HJELP: Habiliteringstjenesten kartla Gunn Hildes behov og fant fram til hjelpemidler som gjør hverdagen lettere. I dag kan Gunn Hilde bruke mobiltelefon og skrive på tastatur.

KARRIEREBEVISST: *Gunn Hilde studerer data og regnskap og drømmer om en karriere innen IT. Pannebåndet med pinne er en uunnværlig del av studiene.*

- Funksjonshemmede møter problemer som man egentlig ikke tenker over. Bare det å skulle flytte, for eksempel, er jo en stor utfordring. Og da jeg kom i kontakt med tjenesten i 1996-97, var jeg langt nede etter å ha mistet moren min. Habiliteringsteamet hjalp meg ut av depresjonen, så for meg har de betydd enormt mye, både psykisk og fysisk, sier Gunn Hilde.

- Bruk ekspertisen

Der Habiliteringstjenesten for voksne tenker behov, tvinges ofte de enkelte kommunene til å tenke økonomi. Gunn Hilde mener kommunene må bli flinkere til å nytte seg den ekspertisen som tjenesten representerer.

- Først og fremst handler det om å følge råd. Habiliteringstjenesten laget en rapport om mine hjelpebehov der de slo fast at jeg kunne klare meg noen timer alene. Kommunen tolket det dit hen at jeg kunne klare meg alene i opptil tolv timer. De fleste må vel på do en gang i løpet av et halvt døgn, sier 25-åringen, som nå har et godt hjelpeapparat rundt seg og sjelden er mange timene alene.

Myndig sjef

- Vi er fem assistenter og skal bli til åtte, forteller Ann-Kristin Sarassen, som er venninne fra oppveksten på Midsund og nå lønnet av bydelen og Aetat for å hjelpe Gunn Hilde i hverdagen.

Gunn Hilde velger sine assistenter selv. Det er viktig når man skal tilbringe så mange timer sammen og kommer så tett på hverandre. Kanskje er det en fordel å like de samme TV-programmene og den samme musikken.

- Men det er jeg som er sjefen uansett, ler Gunn Hilde Johansen.

Fakta om cerebral parese:

- Cerebral parese skyldes hjerneskade som har oppstått i fosterlivet, under fødselen eller i løpet av de første leveårene. Det mest karakteristiske symptomet er motoriske vansker, men andre tegn på hjerneskade, som lærevansker, forsinket tale og språkutvikling og epilepsi, kan også være til stede.
- Både norske og internasjonale studier viser at 2 til 2,5 av 1000 nyfødte barn får cerebral parese. Med ca. 60 000 fødsler hvert år i Norge betyr det mellom 120 og 150 nye tilfeller i året.

Kilde: www.cp-foreningen.no





FORBEREDT: Habiliteringstjenesten i Midt-Norge, her representert med fra venstre Fritz Pettersen, Stig Are Winther, Johanne Rypdal, Åse Wold og Britt Hukkelås, er forberedt på omstilling og omprofilering.

Habiliteringstjeneste i omstilling

➤ **Habiliteringstjenesten stilles i dag overfor helt nye krav, fra andre typer brukere enn før. Regionalt samarbeid gjør det lettere å møte utfordringene.**

Vi skal ikke bare assosieres med utviklingshemmede, sier Fritz Pettersen, avdelingsleder i Habiliteringstjenesten for voksne i Nord-Trøndelag.

Denne våren sluttføres utredningen av en ny regional plan for habilitering og rehabilitering. Planen legges trolig ut for høring

Habilitering:

- **Habilitering er planmessig arbeid og tiltak for å støtte og utvikle funksjonsevnen. Habilitering er en livslang prosess som krever individuell tilpasning.**
- **Habiliteringstjenesten for voksne er en statlig spesialtjeneste som yter tjenester til kommunene og bistår voksne mennesker med funksjonshemming. Målgruppen for Habiliteringstjenesten for voksne er i ferd med å endre seg noe, men har tradisjonelt bestått av personer med psykisk utviklingshemming, autister og andre med sammensatte funksjonsvansker. Tjenesten gir tilbud til personer over 18 år.**
- **I Helse Midt-Norge finnes det egne habiliteringstjenester for voksne i Nord-Trøndelag, Nordmøre og Romsdal, Sunnmøre og Sør-Trøndelag.**

Kilde: www.habilitering.org

før sommerferien. Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Midt-Norge er allerede forberedt på omstilling og omprofilering. Ikke minst i forhold til stadig nye pasientgrupper.

- Da Habiliteringstjenesten for voksne oppstod som følge av ansvarsreformen i 1991, var 100 prosent av våre klienter personer med psykisk utviklingshemming. I dag er dette tallet nede i 80 prosent, og en stadig større andel har annet enn generell utviklingshemming, forteller Fritz Pettersen. Blant de nye pasientgruppene finner vi blant annet personer med ADHD og Aspergers syndrom.

Nye grupper, nye krav

Britt Hukkelås er spesialpedagog i Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag. Hun mener det stilles helt andre krav til tjenesten nå enn for få år siden, ikke minst som et resultat av at kompetansen ute i kommunene har økt.

- Alle nivåer, både klienten, klientens hjelpe og kommunen, må oppleve oss som nyttige. Ingen kan pålegges å ha et samarbeid med oss. Vi skal velges, og det forutsetter at vi gjør en god jobb, sier hun. Dermed blir det viktig å vise at det er mulig å ta inn nye pasientgrupper som trenger livslang oppfølging, mens innsatsen innenfor noen av de tradisjonelle pasientgruppene kanskje kan reduseres.

- Flyktninger kan ha problemer som ofte tilskrives posttraumatisk stress, men hvor det i virkeligheten er snakk om kognitiv svikt. Tidligere barnevernsbarn er en annen

voksende gruppe. På disse områdene har vi en stor utfordring med å tilegne oss kompetanse, legger hun til.

Utteksling

Og én måte å øke kompetansen på er gjennom regionalt samarbeid. Habiliteringstjenesten for voksne mener opprettelsen av Helse Midt-Norge har skapt et bedre "byttemarked" mellom foretakene i Sør- og Nord-Trøndelag, Nordmøre og Romsdal og Sunnmøre.

- Det er mulig å drive utveksling innad i helseregionen, og vi har allerede hatt samarbeidsprosjekter der vi gjør jobber for hverandre. Det bør være et godt grunnlag for et utvidet samarbeid i framtiden, mener Britt Hukkelås.

- Jeg synes tendensen er mer regional tenkning, og det er bra. Vi jobber ofte i små enheter, og da må man søke samarbeid for å heve kompetansen, sier Åse Wold, leder for Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag.

Få leger

Felles for store deler av landet er at habiliteringstjenestene sliter med å få besatt legestillinger. Én årsak kan være at habilitering ikke er en egen medisinsk spesialisering. Åse Wold tror mer midler til forskningsaktivitet kan være nøkkelen.

- Vi jobber ikke med en statusgruppe, men det dreier seg om en stor gruppe i helse-Norge, og vi har et ansvar for å målbære deres sak. Mer forskning kan tiltrekke seg ekspertise og heve statusen for voksenhabilitering, tror hun.

Leserne godt fornøyd med magasinet HELSE

3 av 4 lesere har et positivt eller meget positivt helhetsinntrykk av magasinet HELSE. Det framgikk av leserundersøkelsen som ble gjennomført i april i år.

Undersøkelsen viste at leserne ønsker å lese om forskningssaker, ledelsens satsingsområder og politikkens syn på helsevesenet. Flere lesere etterlyste bedre dekning av samhandling og samarbeid med kommunene i magasinet.

Artiklene betegnes som aktuelle og leservennlige, og leserne er fornøyd med bilder og illustrasjoner. Magasinet HELSE oppfattes ikke som spesielt humoristisk – og kritiseres for ikke å ta opp kontroversielle saker.

Vi har fått konstruktive innspill som vi tar med oss i utviklingen av HELSE, sier kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad, som ønsker å takke alle som deltok i leserundersøkelsen for magasinet HELSE for nyttige og gode tilbakemeldinger.

Helse Midt-Norge samordner beredskapsplaner

Den endelige regionale beredskapsplanen ble godkjent i vår. I forbindelse med planen er det også laget risiko- og sårbarhetsanalyse for regionen. Med den regionale planen som grunnlag, legger Helse Midt-Norge opp til regelmessig revisjon av eksisterende beredskapsplaner for sykehus og enheter knyttet til helseforetakene i regionen.

Beredskapsplanen for Helse Midt-Norge består av tre deler. En operativ del, en planveileder og en intern kriseplan for Helse Midt-Norge RHF. Alle dokumentene er tilgjengelig på <http://www.helse-midt.no/DokRapUtred/14449/>

Storsatsing på forskning og utvikling

Iforslaget til regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge legges det opp til at 200 millioner kroner årlig settes av til forskning og utvikling fra 2007. Dersom forslaget går igjennom, vil det innebære en fordobling av forskningsbudsjettet i forhold til 2004.

Forslaget, som har vært ute på høring i vår, skisserer en kraftig opptrapping og samordning av forskningsinnsatsen i regionen.

Forskning i Helse Midt-Norge skal bidra til

- å utvikle nye behandlingsmetoder som gir bedre behandling og økt livskvalitet for pasienten
- å skape bedre tilbud til kronikere, eldre og pasienter med sammensatte lidelser, deriblant rus og psykiatri
- å utvikle bedre metoder for formidling av informasjon og veiledning til brukerne
- å utvikle systemer og metoder for god brukermedvirkning

Fire millioner kroner til brukerorganisasjonene

Helse Midt-Norge har fordelt fire millioner kroner i støtte til brukerorganisasjoner for 2004. Rundt 100 søknader ble innvilget ved årets tildeling.

Det kom inn søknader med en total ramme på 15,6 millioner kroner. Det er gitt støtte både til konkrete tiltak og til drift av organisasjonene.

Postjournal på web

Helse Midt-Norge er underlagt lov om offentlighet og praktiserer prinsippet om mer offentlighet. Derfor er Helse Midt-Norges postjournal nå gjort tilgjengelig på <http://www.helse-midt.no/postjournal/>

Eget nettsted for sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har fått sitt eget nettsted. Nettstedet inneholder informasjon for pasienter og for sykehus – foruten kontaktinformasjon og hva de ulike avde-

lingene tilbyr. Dette finner du på www.sykehusapoteket.no.

Helseforetaket har avdelinger i Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund.

**Portrettet:
Avdelingssjef Terje Hasselgård**



Kirurgen som må bli kremmer

Han er praktisk anlagt, trodde – inntil nylig – at det meste er mulig, og elsker nye oppfinnelser. Slike egenskaper kommer godt med når du skal lede én kirurgisk avdeling – som holder til i to forskjellige byer. - Den spillende trener er mitt ideal, sier Terje Hasselgård, avdelingssjef for kirurgisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal.



Det skjedde i juni 2003. Ord er makt, og gjennom noen pennestrøk – og hundrevis av dokumenter – ble det besluttet: En avdeling kan være én avdeling selv om de ansatte arbeider sju mil fra hverandre. De kirurgiske avdelingene i Molde og Kristiansund ble slått sammen. Så enkelt kan det gjøres, på papiret.

For på papiret skulle penger spares, dobbeltfunksjoner fjernes, ledelsen forenkles. Avdelingene skulle følge ett budsjett, de ansatte forholde seg til én sjef og ansvaret samles ett sted. Slik står det skrevet. Ansvaret ble samlet på Terje Hasselgårds overfylte kontorbord. Han skal omsette små trykte bokstaver til – helst – store overskudd, medisinsk, sosialt og økonomisk. Denne tidlige vårdagen i Molde snakker den rolige og erfarne kirurgen om alt det nye han møter i jobben sin. Han som er lykkeligst når han kan bruke sine frilørdager til å reparere hus og biler og finne opp nye ting, merker at alt som er nytt ikke nødvendigvis er bra.

- Jeg er ikke vant til å møte umuligheter. Som kirurg er jeg vant til å møte et problem – og fikse det. Som avdelings-sjef står jeg overfor budsjettkrav jeg ikke ser hvordan vi skal møte. I møtet med budsjettet taper vi overalt. Jeg er blitt en kremmer, ikke kirurg, innrømmer Hasselgård.

Mer tillit, bedre kvalitet

Kravene framover kan virke uoverkommelige. Innen utgangen av 2005 skal underskuddene fjernes og avdelingen gå i null. Hyggeligere er det å se bakover på de gode resultatene som er oppnådd siden sammenslåingen for ett år siden.

- Vi har fått økt tillit mellom enhetene. Mellomlederne har mer kontakt, og det har også legene i Molde og Kristiansund. I tillegg har vi høynet kvaliteten på avdelingen. De ansatte har felles nytte av hverandres kompetanse, mener avdelingssjefen.

Hasselgård mener kvalitet er nøkkelen til hvorfor sammenslåingen har gått så bra.

- Når du bruker økonomi som argumentasjonsgrunnlag, da kommer braket. Vi har fokusert på hvordan vi kan høyne kvaliteten på tjenestene ved å være én avdeling. Vi tok utgangspunkt i kvalitet, ikke økonomi. Og vi har ikke rørt akuttfunksjonen i noen av byene, forklarer Hasselgård.

Det har tydeligvis vært en vellykket strategi. I februar gikk et forslag om funksjonsfordeling mellom Molde og Kristiansund glatt igjennom blant de ansatte. Molde skal særlig konsentrere seg om mage/tarm, brystkerft/endokrin



KIRURG OG LEDER: Terje Hasselgård, avdelingssjef for kirurgisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal, deler tiden sin mellom operasjonssalen og møterommet. Som avdelingssjef mener han at det er en stor fordel å vite hva som foregår "på gulvet" i sykehuset.



MØTEVIRKSOMHET: Siden Terje Hasselgård ble leder for den sammenslåtte kirurgiske avdelingen ved sykehusene i Molde og Kristiansund, har han fått god hjelp av dyktige medarbeidere, blant annet, fra venstre: Helene Lossius, Anne-Marie Pedersen og Solfrid Kanestrøm Haltvik.

kirurgi og karkirurgi, mens Kristiansund skal ha urologi og ortopedi. Begge sykehusene skal ha ortopedi, men med forskjellig profil.

- Det er viktig at vi ikke blir kantete. Alt innen ortopedi er ikke flyttet til Kristiansund. Avdelingene må ikke bli så spesialiserte at de ikke blir nyttige for den befolkningen vi er satt til å tjene. Molde og Kristiansund skal ha sine spesialområder, men ikke gjemme seg bort i nisjer, understreker kirurgen.

Ledelse med fart

De 70 kilometerne som skiller ansatte ved kirurgisk avdeling fra hverandre, kan virke små på kartet. Men de er en betydelig ledelsesutfordring. Hasselgård deler sine dager mellom kontor og operasjonssal i de to byene, og han er avhengig av en velfungerende organisasjonsstruktur.

- Skulle vi føre de to enhetene sammen, var én ting helt klart: Vi måtte unngå

Bagdad. Vi måtte ha på plass en organisasjonsstruktur som fungerte fra dag én, forteller Hasselgård.

Rundt seg har Hasselgård et felles lederråd som består av fire personer med stabsfunksjoner fra både Molde og Kristiansund. Spørsmålet om hvordan ledelsen av én kirurgisk avdeling i to byer kan være mest hensiktsmessig og integrert, er ikke endelig bestemt over natten. En ny organisasjonsmodell er på trappene. For avdelingssjef Hasselgård er det viktig å kunne jobbe både fort og sakte samtidig. En foreløpig organisasjonsmodell var raskt på plass – men avdelingen bruker tid på å utvikle den videre.

- Foretaksmodellen gir oss en unik mulighet til å bestemme timing og hastighet. Nå som vi er frikoblet fra det politiske systemet, kan vi foreta ting raskere. Fart er det viktigste lederredskapet. Som ledere må vi kunne bestemme noe raskt. Kanskje vi over-

rumpler først, men vi må forsøke å skape trygghet på lang sikt, sier avdelingssjefen.

Han legger ikke skjul på at hans syn på ledelse også gjelder for ledelsen i regionforetaket.

- I saker hvor det haster med en avgjørelse, hvor flere foretak er involvert, bør Helse Midt-Norge RHF si noe. Det er bra at ting skal skje innenfra og ut. Men det må skje noe annet samtidig. Det må være ledelse ovenifra; en tydelig, sentralstyrt ledelse i Stjørdal. I den grad det er mulig, må Helse Midt-Norge styre pasientflyten dit det er ressurser. Ledelsen i Stjørdal må sy foretakene sammen, mener Hasselgård.

Avdelingssjefen retter blikket framover. Mot budsjettkrav og ny organisasjonsmodell. Med seg har han en egen ledelsesvisjon: "En ledelse på riktig vei. Ibland svinger det."



Millioner å spare ved å handle bedre

Helse Midt-Norge skal bli bedre på shopping. Riktige varer skal handles til en lavere pris, fraktes enklere og oppbevares bedre. Målet er å spare 50 millioner kroner i 2004.





Som et ledd i å snu alle steiner for å forbedre driften av sykehusene, har vi også satt fokus på innkjøp og logistikk. Motivet er å sikre kvalitet og bedre økonomi, sier administrerende direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.

Det høres besnærende enkelt ut: Kjøp billigere, spar millioner. Det er ideen bak Helse Midt-Norges innkjøpsprosjekt som startet sommeren 2003. Det er mye lettere sagt enn gjort.

- Vi måtte utvide prosjektet for å nå målsettingene våre. Nå fokuserer vi på tre ting: innkjøp, beredskap og lager- og forsyningsfunksjonen, forteller prosjektleder Kjell Åge Nilsen.

Prosjektet har allerede redusert felleskostnader som forsikringer, pasienttransport og strøm. Ambisjonene er

store. I løpet av året skal Nilsen og hans kolleger bidra til å redusere helseforetakenes kostnader med 50 millioner kroner.

Innkjøp av riktig produkt til riktig pris er én måte å nå målet på. Nilsen regner med å spare 10 millioner kroner på å redusere prisen på medisinske forbruksvarer. Helse Midt-Norge skal utnytte storkundefordelene på en helt annen måte enn før. Nøkkelen er tverrfaglige anskaffelsesteam (TAT):

- Dersom vi trenger nytt medisinsk utstyr, for eksempel en dialysemaskin, skal det etableres et team med både medisinsk, teknisk og administrativt personell. I fellesskap lager de en kravspesifikasjon. Dette hjelper oss å lage gode konkurransegrunnlag som vi kan gå ut i markedet med. Alt i den hensikt å oppnå best mulig pris, forklarer Nilsen.

Helse Midt-Norge etablerer TAT på alle fagområder. De oppnevnes offisielt av det regionale helseforetaket og har et klart mandat og tilsvarende funksjonsbeskrivelse.

- Bedre pris er bare ett kostnadsreduserende tiltak. Helse Midt-Norge har satt opp et ambisiøst spareprogram. Foruten redusert pris på medisinske forbruksvarer, forhandler vi oss fram til lavere priser på en rekke felleskostnader, redusert forbruk av kjøp av tjenester og nedbygging av lagerverdier, sier Nilsen.

Mer omløp

Det handler ikke bare om å handle billig. Nilsen og hans kolleger arbeider også med å sørge for en effektiv bestilling, transport og distribusjon av varer fra leverandørene til alle avdelingene på foretakenes sykehus. I tillegg skal de sikre at det finnes tilstrekkelig forsyningsberedskap for hele regionen.

- Det er to ting vi må bli flinkere til: Vi må forbedre logistikkprosessene internt på foretaksnivå, og vi må få mer samordnede og standardiserte prosesser foretakene imellom.

Helse Midt-Norges store akilleshæl er lagersituasjonen. Per i dag ligger det store verdier bundet opp i lagerbeholdningen, og distribusjonen fungerer ikke godt nok.

- I dag har våre lager en omløpshastighet på null. Det vil si at varene blir liggende på lager – uten å bli sendt til avdelinger som trenger nettopp disse varene. Det kan ikke fortsette, slår Nilsen fast.

I tillegg viser beregninger fra Sverige at helseregionen kan spare 6 prosent av innkjøpsutgiftene dersom leverandøren bare trenger å forholde seg til én leveringsadresse. Det blir mye penger når Helse Midt-Norge kjøper inn utstyr for en milliard kroner i året. I dag har alle foretakene i regionen eget lager. Dette er noe av bakgrunnen for det pågående arbeidet med å utrede et sentrallager for region Midt-Norge (se egen sak).



Sentrallager på svensk

Westma sentrallager i Västra Götalandsregionen er nesten 7500 kvadratmeter stort og oppbevarer sykehusvarer for 1,5 millioner innbyggere. Helse Midt-Norge vurderer å bygge et liknende lager.

Det var svært interessant å se hvordan svenskene hadde arbeidet på overordnet strategisk nivå, forteller prosjektleder Kjell Åge Nilsen.

Han er med å utrede om Helse Midt-Norge bør bygge et felleslager for alle sine foretak. Styret i Helse Midt-Norge RHF skal behandle en rapport om dette i juni 2004.

- Foreløpig er det for tidlig å si noe om innholdet i et eventuelt sentralt lager, størrelsen på et slikt lager eller hvor det skal ligge, understreker Nilsen.

Studietur

Som et ledd i utredningsarbeidet har Nilsen og hans kolleger besøkt Westma sentrallager i Västra Götalandsregionen.

Lageret betjener et område på 25 ganger 30 mil hvor det bor 1,5 millioner innbyggere i 49 forskjellige kommuner. Området har 18 sykehus. Til sammenlikning har region Midt-Norge 640 000 innbyggere, 7 sykehus og 60 kommuner (ved siste telling var det 85 kommuner i de tre midtnorske fylkene).

- Vi lurte blant annet på hvordan lageret var dimensjonert, hvilket vareassortiment de hadde, antall ansatte og produksjon av ordrelinjer. I tillegg ønsket vi å se Westmas OLF-system (Ordre - Lager - Faktura - Innkjøp) i drift. Vi ville gjerne se hvordan de rent praktisk gjennomførte hele logistikkoperasjonen, med hovedvekt på levering til hver enkelt avdeling. Dette er forhold vi må ta med i vurderingen av et sentrallager for Helse Midt-Norge, forklarer prosjektlederen.

Det svenske lageret er stort, har 37 ansatte og rundt 9 000 artikler i beholdningen. Tilbakemeldingene fra avdelingene på Salgrenska har vært meget bra. Men Nilsen ser rom for forbedringer.

- Lageret fungerte svært bra for lavrisikoprodukter som for eksempel hanser, kanyler, sprøyter, reagenser og kontorrekvisita. Derimot hadde ikke lageret like stor dekningsgrad på høyrisikoprodukter eller strategiske produkter knyttet til kjernevirksomheten, mener Nilsen.

- Kan Westma fungere som en blåkopi for et sentrallager i region Midt-Norge?

- Vi har så mange særegenheter at vi ikke kan gjøre alt som svenskene har gjort. Westma er en geografisk konsentrert region sammenliknet med Midt-Norges fjorder, ferger og fjell. Men selv om vi må finne helt forskjellige løsninger, er det alltid lurt å se hvordan andre har gjort det.

Kort liggetid – raskere frisk

Jo raskere du som pasient kan komme tilbake til ditt hjemlige miljø, jo raskere frisk blir du. Tettere samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten bidrar til færre korridorpasienter og økt behandlingsskapitet.



Anders Grimsmo,
kommunelege i
Surnadal

Det er liten sammenheng mellom kapasitet og kø, og det er dermed ikke tilstrekkelig å fokusere på antall senger når problemet er pasienter i korridoren, sier kommunelegen i Surnadal, Anders Grimsmo. Han mener beleggprosenten ved mange sykehus og sykehjem i Norge er altfor høy.

- Mange tror man driver effektivt når man er nær 100 prosent belegg. Undersøkelser viser at dette slett ikke er tilfellet. Jo nærmere 100 prosent belegg man er, jo mindre får man igjen per krone, sier Grimsmo.

Grimsmo viser til at følgene av overbelegg ofte blir høyere dødelighet, kvalitetsforringelse for alle, dårligere arbeidsmiljø, ineffektivitet og ulik behandling av dem som ønsker plass.

100 prosent belegg i sykehjem skviser faglige behovsvurderinger og blir derfor et opplegg for forskjellsbehandling, mener Grimsmo. Han tror et normtall på 90-95 prosent er riktig nivå for balanse i forholdet innleggelse/utskrivning.

Han viser til at en dreining av aktiviteten i pleie og omsorgssektoren, fra døgnbasert tilbud til dagtilbud, korttidsplasser, aktiv rehabilitering og ambulante geriatriske team, vil øke kapasiteten i hele behandlingsskjeden. Det finnes dokumentasjon på at alle disse tiltakene reduserer behovet for sykehjemsplasser. Gjennom tverrfaglig rehabilitering oppnår man både bedre funksjonsevne og økt overlevelse for en rekke pasientgrupper.

Grimsmo framholder to fellesnevne,

som trolig gjelder både sykehus og sykehjem:

- tidlig mobilisering og utskrivning
 - tilbake til det miljø og de aktiviteter pasienten kjenner best fra før
- For at vi skal finne inntaksbalansen og ivareta behandlingsskapiteten, må samarbeidsordninger mellom kommune og sykehus videreutvikles og utvides, mener Grimsmo

- I stedet for å holde igjen, burde vi invitere sykehusene til et tettere samarbeid om utskrivelsen. De har kompetansen på rehabilitering, de har et betydelig veiledningsansvar etter de nye retningslinjene, og det er opprettet praksiskonsulentordninger som har som hovedformål å stimulere dette samarbeidet.



Quality Hotel Augustin
Trondheim

Hotell-overnatting i Trondheim



Comfort Hotel Park
Trondheim

Helse Midt-Norges pasienter og personell har avtale-fordeler på våre hoteller.

Midtuke: Enkelt rom kr. 745,- Dobbel rom kr. 845,-
Weekend: Enkelt rom kr. 645,- Dobbel rom kr. 745,-
Inkl. frokost, gratis kaffe/te og kake/frukt buffet.
Vi serverer et nydelig aftensbord med flere varmretter man-tors til kun kr 95,-

Quality Hotel Augustin
Kongens gt 26, 7011 Trondheim
Tlf: 73 54 70 00 Fax: 73 54 70 01
E-mail: hotel-augustin@hotel-augustin.no

Midtuke: Enkelt rom kr. 735,- Dobbel rom kr. 835,-
Weekend: Enkelt rom kr. 635,- Dobbel rom kr. 735,-
Inkl. frokost og gratis kaffe/te hver dag. Gratis kveldsbuffet, nystekte vafler og kake/frukt buffet (søn.- tors.)

Comfort Hotel Park
Prinsens gate 4A, 7012 Trondheim
Tlf: 73 54 72 00 Fax: 73 54 72 01
E-mail: hotel-park@hotel-park.no



Faller bort fra seg selv

Hvert år faller én av tre hjemmeboende **eldre minst én gang**. Mange klarer aldri å finne helt tilbake til den de var før de falt. For **de ansatte ved** Seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital er et fall mye mer enn **en tilfeldig ulykke**.

- Vår ambisjon er å bli den forskergruppen i **Norge som er** toneangivende når det gjelder kunnskap om fall hos gamle, sier **seksjonsoverlege** Olav Sletvold.





I geriatrien arbeider vi med personer som er kommet til enden av livet. I tillegg til å behandle akutt sykdom, er en stor del av jobben å lindre, trøste og legge til rette. Å kunne lindre er også å lykkes, mener Olav Sletvold, seksjonsoverlege ved Seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Tall fra Samdata viser en voldsom økning i sykehusopphold for eldre. Fra 1991 til 2002 økte døgnopphold for pasienter over 80 år med 42 prosent. - Geriatri er framtidens viktigste fagområde. Populasjonen av eldre vil bare øke og øke, spesielt fra 2030, kommenterer Sletvold.

Fallets forbannelse

Fall er en sentral problemstilling innen geriatrien. Hvert år faller én av tre hjemmeboende eldre minst én gang. Slike fall fører ofte til bruddskader, som igjen fører til lange sykeleier og stort tap av livskvalitet. Mange eldre klarer aldri å finne helt tilbake til den de var før de falt.

- Vi kartlegger alle årsaker til at gamle mennesker faller. Det kan skyldes hjerte- og karsykdommer, bivirkninger av medikamenter eller forstyrrelse av blodtrykksreguleringen. Bak et fall kan det også ligge årsaker som infeksjon, kreftsykdom, høfteslitasje, sukkersyke, svekket balansefunksjon eller ryggsmarter, forklarer Sletvold.

Falltendens hos eldre mennesker bekjempes gjennom diagnostisk utredning og behandling av de bakenforliggende årsakene. Styrke- og koordinasjonstrening med fysioterapeut er et annet viktig tiltak. Pasientenes hjemmesituasjon analyseres og utbedres. Løse matter fjernes og ekstra gelendere settes kanskje inn. Noen får hjelpemidler i kjøkkenet, mens andre får installert dostol. Belysningen gjøres bedre, og ernæringstilstanden undersøkes. Mange hjelpes til aktivisering ved nærmeste dagsenter. Hoftebeskyttere og kosttilskudd kan også være gode våpen i kampen mot fallene.

- På finspråket kalles dette multifaktorrell individualisert risikointervensjon. Vi

har en svært bred tilnærming til problemet, understreker Olav Sletvold.

I glemselens vold

Seksjonen for geriatri ved St. Olavs Hospital konsentrerer seg særlig om den betydningen ulik grad av mental svikt har for falltendens hos eldre. Av dem som faller, er andelen med demens svært høy.

- Vi undersøker om demens fører til at eldre tar flere sjanser ved at de ikke lenger er like oppmerksomme på farer. Demens fører til svekket oppmerksomhet og orienteringsevne, forklarer geriateren.

Olav Sletvold og hans medarbeidere har startet et prosjekt for personer som er operert for grå stær. 70 prosent av de eldre lider av nedsatt syn, noe som lett kan føre til fall. Legene ser på hvilke gevinster operasjonen gir i tillegg til å forbedre synet. 400 personer deltar i prosjektet. Olav Sletvold ønsker ikke å si noe om resultatene ennå, men røper at han har stor tro på denne forskningen

- Vår ambisjon er å bli den forskergruppen i Norge som er toneangivende når det gjelder kunnskap om fall hos gamle. Vi er på god vei allerede.

Seksjon for geriatri har fått langsiktige forskningsmidler fra helseforetaket for å fortsette forskningen på falltendens hos eldre. Sletvold forteller at ledelsen ved St. Olavs Hospital hele tiden har vært velvillig innstilt, og at Trondheim kommune har vært en viktig alliert i dette arbeidet.

Sprer kunnskapen

Annenhver tirsdag har landets geriatriske sykehusenheter nettmøter og telefonkonferanser med undervisning i og diskusjon om geriatri. Seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital har laget sin egen versjon av disse konferansene. Pleiepersonalet ved seksjonen og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene møtes nå til telefonkonferanser, der tolv kommuner i Sør-Trøndelag er med.

- Det er viktig å skape en regional identitet for geriatri. I ti år har vi hatt årlige møter. Det er nok en av grunnene til at



interessen for geriatri øker i denne regionen, mens interessen på landsbasis skranter. Kandidater fra hele regionen kan komme til St. Olavs Hospital for å spesialisere seg i faget. Fagmiljøene i regionen og Det medisinske fakultet ved NTNU holder nå på å utvikle en regional, IKT-basert utdanningsmodell, der sykehusene i Volda, Ålesund, Molde og Namsos blir invitert til å være med, forteller Sletvold.

Seksjon for geriatri samarbeider nært med førstelinjetjenesten. Et geriatriksk team på tre-fire personer følger opp



- Å kunne lindre er også å lykkes, mener Olav Sletvold, seksjonsoverlege for geriatri ved St. Olavs Hospital.

hjemmeboende eldre som utskrives fra avdelingen.

- Vi ønsker å sikre den vanskelige overgangen etter at pasientene blir utskrevet. Teamet holder kontakten med pasienter og pårørende, og hjemmesykepleie og fysioterapi trekkes inn. Vi påser at avtaler overholdes. Det å være vaktbikkje er tidkrevende. Man må være både diplomatisk og bestemt, kommenterer Sletvold.

Optimist

Fra 1994 til 1999 bevilget Stortinget

10 millioner kroner årlig til Nasjonalt Geriatriprogram. Målet var å styrke geriatri som fagfelt og å få første- og andrelinjetjenesten til å samarbeide bedre om de syke gamle.

- Det satte geriatrien på dagsorden og brakte oss framover. Geriatriprogrammet førte til at fagfeltet ble etablert ved flere sykehus, og flere geriater kom til, sier Sletvold.

Like fullt må geriatrien fremdeles kjempe for å heve sin posisjon i det medisinske landskap. I Norge er det

kun opprettet fire overlegestillinger i geriatri siden 1999. I Sverige er det sju ganger så mange spesialister i geriatri som i Norge.

- Vi har for få overlegestillinger innen feltet, her har foretakene et ansvar. Geriatri blir ofte definert som et håpløst område. Utviklingen går mot mer og mer spesialisering, mens geriatrien er bredt orientert. Men jeg er optimistisk, jeg tror geriatrien vil få sin tid, sier Olav Sletvold.



B

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

ISSN 1503-1780

”På lag med deg
for din helse”

