

# HELSE

04/2005-Årgang 4-Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

**Helse Midt-Norge 2010:  
Mer til psykisk helse,  
rusbehandling, kronisk  
syke og eldre**  
side 4-7

**Epikrisetiden skal ned!**  
side 18-21

**Banebrytende forskning:  
Nytt håp for barn med tvangslidelse**  
side 9-11



## Ordet er virksomhetsportal – og snart dukker den opp på en PC nær deg!

Nå i høst lanseres det som skal bli en felles virksomhetsportal for ledere og ansatte i helseforetakene i Helse Midt-Norge. Og jo, du vil merke det – i det minste smått om senn.

Første versjon av virksomhetsportalen kommer samtidig med at alle helseforetakene tar i bruk vårt gjennomgående styringssystem. Neste år vil flere lokale intranett bli integrert i løsningen og en felles personalweb kommer. Vi får bedre mulighet til å samhandle og utveksle informasjon – og det skal bli lettere å finne fram.

Allerede fra starten av vil noen helseforetak møte virksomhetsportalen hver gang de starter sin datamaskin. Når de logger seg på vil de få tilgang til nye felles innholdstjenester og "Min Side" som kan skreddersys den enkeltes behov. Du skal slippe å forholde deg til mer enn ett passord når vi tar i bruk "single sign-on". Det handler om sikker identifikasjon av deg som bruker og enkel tilgang til de datasystemer du har rettigheter til å bruke.

I første fase er virksomhetsportalen avgrenset til administrative funksjoner, men med tida skal du også kunne navigere til IT-systemer som håndterer pasient-informasjon. Det pågår mye spennende utviklingsarbeid for å ta i bruk nye og effektive IT-hjelpemidler på mange steder i regionen. Derfor vil virksomhetsportalen utvikle seg over tid, og den blir en viktig del av din og min hverdag i tida som kommer.

Virksomhetsportalen betyr at de lokale intranettene vil endre karakter. De kommer ikke bare til å bli et sted man publiserer

nyheter og legger ut informasjon på web-sider. Gjennom virksomhetsportalen vil du også bl.a. få tilgang til

- saksarkiv
- kvalitetssystem (EQS)
- styringssystem
- reiseadministrasjon
- kalender med oversikt aktiviteter lokalt og andre steder i regionen
- arbeidssted for prosjektarbeid
- informasjonsdeling på tvers av helseforetak og avdelinger
- oppslagsverk

Innholdet i virksomhetsportalen vil bli utviklet over tid. Integrasjon av lokale intranett og utvikling av intranett for enheter som ikke har hatt dette før, vil skje utover i 2006. En del av IT-verktøyene er et resultat av arbeidet med å effektivisere administrasjonen av helseforetakene. En del verktøy skal gi støtte i arbeidet med å lede helseforetakene slik at vi når de mål vi har satt oss – og de skal hjelpe oss til å sikre kvalitet i de tjenester vi leverer.

Virksomhetsportalen er et virkemiddel for å samordne IT-investeringer og utvikling av IT-systemer. Slik vil vi kunne trekke veksler på hverandre og kunne dele erfaringer og løsninger fordi vi nå bygger en felles plattform. At en hel helseregion knyttes sammen på denne måten, er unikt og erfaringene våre vil være av interesse for resten av landet.

Hilsen

Tor Harald Haukås  
prosjektleder

# Balansekunst



*Paul Hellandsvik*  
Paul Hellandsvik  
adm. dir.

I september la ECON Analyse fram et notat som oppsummerer utviklingen i norske sykehus de siste årene. Konklusjonen er at flere har fått behandling, ventelistene har gått ned, kvaliteten er høy og effektiviteten er bedret. Sykehusreformen har med andre ord innfridd på viktige områder, men problemet med at kostnadene vokser utover vedtatte budsjettammer er ikke løst.

Siden sykehusreformen ble iverksatt, er ventelistene i Midt-Norge redusert med rundt 20.000 pasienter. Reduksjonen tilsvarer et fullsatt Lerkendal. Vi har særlig rettet oppmerksomheten mot de mest trofaste tribuneslitterne – altså de pasientene som har ventet lengst. Resultatet er at vi langt på vei har klart å fjerne uverdig venting ved våre sykehus. At det har kostet en del i form av kroner og øre, bør ikke overraske noen.

Men helsereformen handlet også om å ta ansvar for økonomien. Det var forutsatt at vi i løpet av få år skulle være i stand til innfri et krav om økonomisk balanse – og styre virksomheten innenfor de budsjett-rammene vi har fått. Vi har fått forståelse for at denne oppgaven har vært vanskelig, og vi er innrømmet utsettelse av fristen for å nå dette målet. Men nå vil hovedfokus være at vi klarer å gjennomføre de tiltakene som er nødvendig for å kunne levere et driftsresultat i balanse for 2006.

Budsjettarbeidet for neste år blir den avgjørende prøven på om helseforetakene er i stand til å styre aktivitet og kostnader innenfor de inntektsrammer vi har. Driften i 2006 er forutsatt å gå i balanse. Slik skal vi skape handlingsrom for videre målrettet satsing for å utvikle spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Vi må få økonomien under kontroll slik at vi kan styre utviklingen i den retning vi ønsker og sikre god kvalitet på tjenestene. Pasientene får et bedre tilbud i dag enn for få år tilbake, men skal vi kunne utvikle dette videre må vi sikre oss økonomisk handlingsrom for å kunne gjøre framtidsrettede investeringer, bygge opp kompetanse og sikre gjennomgående kvalitet i tilbudet. Enheter som driver godt og klarer å skape overskudd, bør også ha innflytelse på hvordan overskuddet best kan anvendes. Nå i høst blir vårt nye felles styringssystem tatt i bruk ved alle helseforetakene i regionen etter at Helse Nord-Trøndelag en tid har fått prøve ut og utvikle målekortene i systemet. Dette vil bli et viktig verktøy som skal hjelpe oss til å lede virksomheten mot de mål vi har satt oss innen både pasientbehandling, forskning, organisasjon og økonomi.

Sykehussektoren i Norge leverer i år rundt 1,3 millioner sykehusopphold og ingen forventer at vi skal levere kvalitet gratis. Men vi har betydelige økonomiske muskler: Spesialisthelsetjenesten forvalter nå årlig nær 70 milliarder kroner på vegne av fellesskapet. Vår midtnorske andel er rundt 10 milliarder kroner og vi har ansvaret for å forvalte denne ressursen til beste for befolkningen i vår landsdel.

Selv om budsjettprosessen for 2006 kan oppleves som krevende, er balansekravet en helt grunnleggende forutsetning for at vi skal fortsette å levere god kvalitet – og vise at vi er på lag med pasienten.

Den som skal holde balansen gjør lurt i å løfte blikket, da er det lettere å holde stø kurs. Men god balansekrever også grunnleggende basisferdigheter, rask reaksjonsevne og en organisasjon som er enig om å arbeide for felles mål.

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](http://www.helse-midt.no)

Ansvarlig redaktør: Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad • Tekst og utforming: Bennett AS

Illustrasjon: Ella K. Okstad • Trykk: TrykkPartner AS • Opplag: 16.500.





# Syk, men langt fra svak

**“Den nye pasienten” beskrives stadig oftere som en informert kunde, som kjenner og hevder sine rettigheter. Det er med andre ord altså slik at rettigheter og mulighet til påvirkning krever evnen til å hevde sin rett og ressurser til å påvirke.**

Mange pasienter føler i utgangspunktet avmakt i møte med helsevesenet. Hvis det er slik at det i tillegg stilles krav til at du skal fylle rollen som den informerte og ressurssterke pasienten for å få den behandlingen du har krav på, hvem kommer da egentlig pasientrettigheter og brukermedvirkning til gode?

Vi inviterte til debatt:

- Paula Iren Bø Syrstad, Leder i brukerutvalget for Sykehusapotekene
- Unni Dahl, rådgiver i Helse Midt-Norge
- Bjarne Håkon Hanssen, stortingsrepresentant (Ap)

**Er det sterke fokuset på pasientrettigheter og brukermedvirkning i ferd med å skape et klasseskille blant pasienter der de som roper høyest får den beste behandlingen?**

**Paula Iren Bø Syrstad**

Brukermedvirkning kan ikke assosieres med enkeltindividets kamp for egen sak. Det blir feil tilnærming.

Det er en menneskerett å kjempe for eget og sine nærmestes liv og helse. De enkeltsaker vi møter i media hvor pasienter fronter en sak kan bidra til utvikling. De representerer imidlertid en

brøkdell av alle de møter som skjer mellom helsevesen og bruker. Slike saker med høy mediefaktor må ikke forveksles med brukermedvirkning. For oss som har opplevd alvorlig sykdom på nært hold kan diskusjonen om makt virke fremmed. Jeg kjemper for et journalsystem som fungerer som verktøy for behandlende lege, at avvikshåndtering og kommunikasjon mellom nivåer/fagområder settes i system og at arbeidsprosesser som ivaretar pasienten på alle måter etableres.

Brukermedvirkning handler om systemendringer som kommer alle pasienter til gode.

**Unni Dahl**

Jeg tror ikke så mange pasienter opplever å være ressurssterke når sykdom oppstår og de trenger hjelp fra helsevesenet, selv om de sitter inne med mye informasjon om sykdom og behandling. De fleste etterspør medisinsk kunnskap og erfaring. Ønsket om å medvirke i egen behandling kan være ulikt.

Vi opplever at flere pasienter enn tidligere stiller krav, er spørrende, aktive og tar egne valg. Og vi lytter mer enn tidligere fordi vi er blitt oppmerksomme på at pasient og pårørende har kunnskap

og erfaring som vi trenger for å forbedre tjenestetilbudet vårt – ikke bare for den enkelte pasienten, men for mange. Men det kan bli slik at vi hører mest på de som roper høyest; de som behersker helsetjenestens språk, de som krever mest, pårørende som stiller krav på vegne av pasienten eller på de som har en organisasjon som taler deres sak. Derfor er det viktig at vi undersøker hvem vi ikke lytter til for å unngå forskjellsbehandling.

**Bjarne Håkon Hanssen**

Jeg kan ikke se at dagens pasientrettighetslov fører til et klasseskille. Det forutsetter imidlertid at henvisende lege og sykehusene må være flinke til å informere om pasientrettighetene den enkelte har. Dersom pasienten har krav på å få behandling ved et annet sykehus på grunn av for lang ventetid i henhold til pasientrettighetsloven, forventer jeg at sykehuset informerer om dette.

**Er brukermedvirkning et spill for galleriet, der de få, ressurssterke har fått enda større makt over fellesgodene våre? Eller er det en mulighet til å påvirke helsevesenet til alles beste?**

**“Det er en menneskerett å kjempe for eget og sine nærmestes liv og helse”**

*Paula Iren Bø Syrstad, Leder i Brukerutvalget for Sykehusapotekene*





**“Vi er blitt oppmerksomme på at pasient og pårørende har kunnskap og erfaring som vi trenger for å forbedre tjenestetilbudet vårt – ikke bare for den enkelte pasienten, men for mange.”**

*Unni Dahl, rådgiver i Helse Midt-Norge*

#### **Paula Iren Bø Syrstad**

Hvis brukermedvirkning blir en kamp om fellesgoder er det beklagelig. Men brukermedvirkning kan – og må – være den korrigerende kraft som bidrar til at helsevesenet utvikler seg positivt. I et offentlig helsevesen vil god brukermedvirkning være en korrigerende kraft – slik får virksomheten den samme ”markedskorrigeringen” som konkurranseutsatte virksomheter får.

Hvis brukermedvirkning skal nå frem er det viktig med representanter som evner å påvirke. Som i enhver sammenheng ellers må det å være ressurssterk sees på som en ressurs. Men viktigst av alt er erkjennelsen av at vi har felles mål – at pasienten skal ha det best mulig og få best mulig behandling.

#### **Unni Dahl**

I brukerutvalgene våre sitter medlemmer som har kunnskap og som tør å si i fra. De kan godt kalles ressurssterke brukere. Det er viktig å huske på at de verken arbeider for seg selv eller sin brukerorganisasjon. Oppgaven deres er å representere alle pasienter og pårørende i deres helseforetak eller helse-region.

Rådene som brukerne gir til oss er til nytte for mange. Når brukerutvalget for eksempel krever at vi må bli bedre til å informere, samarbeide med primærhelsetjenesten og vektlegge mestrings av egen sykdom, da kommer disse rådene og forbedringene mange pasienter til gode.

Det blir pekt på at dagens brukerutvalg i hovedsak består av medlemmer fra brukerorganisasjonene. Spørsmålet blir da om vi greier å ta hensyn til pasienter og pårørende som ikke er organisert.

#### **Bjarne Håkon Hanssen**

Formålet med Pasientrettighetsloven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Videre skal loven bidra til å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Jeg synes det er helt naturlig at pasienten har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Jeg er selvfølgelig klar over at noen er mer ressurssterke enn andre, og derfor er det presisert i loven at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

**Hvordan sørger vi best for at rettighetene til de pasientene som ikke er i stand til å slåss for sine rettigheter blir ivarettatt?**

#### **Paula Iren Bø Syrstad**

Brudd på pasientrettigheter er et symptom. Min og mange andres erfaring er at utfordringene ligger i avvikshåndtering, arbeidsprosesser og kommunikasjon – det indre liv i spesialisthelsetjenesten. I det ligger også en god forvaltning av enkeltindividets rettigheter. Ved å bruke den ressursen som brukerne representerer, de som vet hvor ”skoen trykker”, bør vi sammen kunne utvikle et helsevesen som leverer forutsigbarhet og kvalitet til alle pasienter.

#### **Unni Dahl**

Generelt vil jeg si at min erfaring er at helsepersonell er opptatt av å ivareta rettighetene til alle pasienter. I tilrettelegging av helsetjenester har jeg tro på diskusjoner mellom fagfolk og erfarne brukere for å finne gode løsninger for mange. Vi lærer mye av å lytte til det vi

blir fortalt, og det er utrolig mange pasienter og pårørende som gjerne vil bidra for at rådene skal komme andre pasienter til gode.

Jeg synes vi alltid skal spørre oss selv om hvordan vi kan bli bedre. Kan vi bli bedre til å informere om rettigheter og tilbud til kommunehelsetjenesten og befolkningen? Pasientundersøkelser i avdelingene vil kunne gi verdifull kunnskap i forbedringsarbeidet. Noen har sett at brukerkompetansen er så nyttig at de har ansatt brukere i avdelingen. I forbindelse med dagens tema vil det være spesielt interessant for oss å finne svar på hva vi kan gjøre for å unngå at pasienter opplever avmakt i møte med helsetjenesten.

#### **Bjarne Håkon Hanssen**

Det er viktig at helsepersonell så godt som mulig informerer om rettighetene. Det er også viktig at pasientombudsordningen er godt kjent, og at den blir brukt. Videre har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse.

I loven heter det at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, og at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Jeg mener at loven er tilfredsstillende, men det er viktig at den følges opp på en god måte.

**“Jeg er selvfølgelig klar over at noen er mer ressurssterke enn andre, og derfor er det presisert i loven at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.”**

*Bjarne Håkon Hanssen, stortingsrepresentant (Ap)*





# “Ikke amerikanske tilstander”

Kommentar av Per Egil Hegge, redaktør i Aftenposten

Det er blitt et mantra i norsk samfunnsdebatt at vi ikke skal ha amerikanske tilstander. Vi skal ikke ha bilkøer og overforbruk av bensin, ikke skal vi ha kalori-rik og vitaminfattig hurtigmat, og vi skal slett ikke ha dårlige amerikanske fjernsynsserier, dårlig amerikansk popmusikk eller amerikansk slang inn i språket vårt.

Enhver ser og hører, minst et dusin ganger i døgnet, at vi lykkelig har unngått alt dette.

Per Egil Hegge

Vi skal heller ikke ha amerikanske tilstander i helsevesenet, for helsevesenet har ikke råd til det – i hvert fall ikke hva erstatningsbeløp angår. Det blir for dyrt. Kanskje var det en idé med amerikanske tilstander når leger utnytter ordninger og smutthull til å sikre seg et utbytte på 47 millioner kroner. For var det amerikanske tilstander da, i retts- og helsevesenet, ville det resultere i 20-40 års fengsel.

Men jeg ønsker én type amerikanske tilstander i norsk helsevesen, og jeg har opplevd den på nært hold: Et familiemedlem fikk for noen år siden en aggressiv kreft, med symptomer så diffuse at det må ha vært nærliggende å forordne to dispril og middagshvil. En mistenksom norsk primærlege gjorde ikke det. Han beordret øyeblikkelig undersøkelse – og det ble straks slått alarm med komplisert operasjon og strålebehandling og kjemoterapi, og det er fem år siden. Hadde han ventet en uke, ville utgangen sannsynligvis blitt en ganske annen.

Jeg snakker om handlekraft. For det jeg har opplevd med det amerikanske helsevesen, er reaksjonen: Vi må jo se å få deg frisk. Og så er det tut og kjør. Ja, det har kostet, og vi har betalt det selv. Hver gang. Men det har kostet mindre enn konsekvensene av en norsk holdning som går ut på at “vi får ta noen flere prøver, og så får vi se det an.” Vi har betalt de regningene også, og de har vært høyere, for de består av mer enn faktorer som skrives med tall, og som tapper andre ressurser enn bankkontoen.

Jeg har selv vært i en bransje, journalistikken, hvor det ganske ofte er bedre at det blir tatt en feilaktig avgjørelse enn at beslutningen blir utsatt. Jeg vet at konsekvensene kan være betydelig alvorligere, ja dødelige, når det begås feil i medisinen. De fleste ofre for dårlig journalistikk overlever uten videre, så jeg trekker ikke sammenligningen for langt. Men nølingen, utsettelsene, det inntrykk at det ikke haster, at ventelister ikke er noe å jamre over, men nærmest et uunngåelig naturfenomen på linje med novembertåke, skatter og avgifter, er noe av det jeg kunne tenke meg å unngå.

Så ville jeg gjerne ha litt ydmykhet, og jeg tror ikke at det emnet står på læreplanen ved de norske medisinske fakulteter. Hvis jeg tar feil, ber jeg om unnskyldning, men jeg har vært på leting etter den ved en rekke anledninger, og der hvor jeg har støtt på den, har den vært selvlært eller importert. “Jeg kan DETTE!!!” er en setning jeg aldri har hørt fra en amerikansk lege, men jeg har hørt den fra norskutdannede, særlig i tilfeller hvor det ikke er dekning for utsagnet.

Jeg blir utrygg når jeg hører slikt fra en lege. Og fordi vi har fritt legevalg, setter jeg da straks kurs for utgangsdøren.

Når blir jeg trygg? Jeg har aldri følt slik trygghet som jeg gjorde en gang jeg fulgte et familiemedlem til en legeundersøkelse i forbindelse med noen smerteanfall som ga grunn til uro. Det var en sommerlørdag, sykehuset gikk på feriebluss, og en høflig lege sa etter en nokså foreløpig undersøkelse:

– Jeg tror dette er noe som heter X. Det vet jeg lite om, men nå skal vi se etter i dette oppslagsverket.

Vi konfererte, og fant ut at det måtte være slik – en litt plagsom, men altså ufarlig historie.

Det at han ikke hadde noen som helst problemer med å vedstå seg at han ikke kunne alt, og heller ikke DETTE!!! – bar bud om at han var et helt vanlig menneske, med sunn og søkende fornuft.

Folkeveit, likevekt og handlekraft kan det aldri bli for mye av. Jeg tror det bør inn i pensum. Selv om vi da risikerer amerikanske tilstander.



### Ny HUNT biobank bygges i Levanger

Det medisinske fakultet ved NTNU har besluttet at Grande Eiendom AS skal tildeles kontrakten for bygging av ny HUNT biobank. Nye HUNT biobank skal stå klar til bruk senest 1. oktober 2006, som også er planlagt startdato for den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Bygget blir på 2.000 kvadratmeter, og får avanserte teknologiske løsninger for oppbevaring og håndtering av biologisk materiale.

### Åpner for salg av Brøseth

Styret for Helse Midt-Norge har gitt sin tilslutning til at St. Olavs Hospitals eiendoms- masse på Brøset i Trondheim kan selges. Det er forutsatt at inntektene fra salget brukes til å utvikle en ny sikkerhetsavdeling på Østmarka.

Eiendommen Brøseth omfatter institusjo- ner og jordbruksarealer på til sammen 350 daa. Bygningsmassen er på 18.000 kvadratmeter.

Et salg forutsetter utflytting av St. Olavs Hospitals virksomhet i området. Regional

sikkerhetsavdeling m/kompetansesenter og midlertidig sentral fagenhet for tvungen omsorg, ventes flyttet Østmarka. Psykiatrisk poliklinikk forutsettes flyttet til DPS Leistad og habiliteringstjenesten for voksne til annet egnet område i Trondheim.

### Videreføring av byggefase 2 i nye St. Olavs Hospital

Styret gir sin tilslutning til at arbeidet med fase 2 i nytt universitetssykehus i Trondheim videreføres som planlagt. Det betyr at prosjekteringen og kontrahe- ringen gjennomføres ut fra planlagt byg- gestart i oktober 2005. Styret vil samtidig anmode Helse- og omsorgsdepartemen- tet om et eget foretaksmøte for å avklare

de økonomiske forhold rundt byggefase 2. – Dette er en svært viktig sak for befolk- ningen i Midt-Norge. Arbeidet med prosjektet videreføres slik at vi ikke risi- kerer unødvendige forsinkelser og kost- nader med utsettelse. Men vi trenger rask avklaring av hvordan de økonomiske for- hold og de framtidige driftskostnadene

skal håndteres. Derfor vil vi be om et møte med vår eier, sier styreleder Per Sævik. Byggefase 1 i prosjektet er ferdig i løpet av neste år og skal taes i bruk høsten 2006. Denne fasen gjennomføres etter tidsplanen som er lagt, og ligger så langt foran vedtatt budsjett.



## Helselogistikk

### Managementprogram for helsesektoren

Ny og unik utdanning på mastergradsnivå

- 30 studiepoeng
- Samlingsbasert deltidsutdanning fra nov. 05 til mai 06
- Første samling 9. - 11. november 2005
- Forkunnskap: 3-årig utdanning på høgskole- eller universitetsnivå.

Fordel med helse- og sosialfaglig utdanning, men dette er ingen betingelse.

Søknadsfrist 24. oktober 2005. Deretter fortløpende opptak.

Logistikkunnskaper i helse- og sosialsektoren er med på å gi økt kunnskap og forståelse for pasientflyten fra sykdom oppstår til pasienter er ferdigbehandlet og hjemme igjen.

Mer informasjon og søknadsskjema får du ved å henvende deg til Høgskolen i Molde og koordinator I. amanuensis Kjetil Haugen. [kjetil.haugen@himolde.no](mailto:kjetil.haugen@himolde.no) eller 71 21 42 55

Høgskolen i Molde, Postboks 2110, 6402 Molde [post@himolde.no](mailto:post@himolde.no) [www.himolde.no](http://www.himolde.no) 71 21 40 00



Oppsiktsvekkende om tvangslidelser hos barn:

# Ny metode gir ny optimisme

En tvangslidelse hos et barn er ofte kronisk, og det er ingen grunn til å vente at barnet "vokser det av seg". Tidligere har det vært mye pessimisme knyttet til behandlingen av tvangslidelser. Men nå gir ny kunnskap grunnlag for optimisme.







**D**oktorgradsarbeidet til psykologspesialist Robert Valderhaug i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ved Ålesund sykehus, gir håp om bedre resultater i behandlingen av barn med tvangslidelser.

Valderhaug har i en periode arbeidet som stipendiat ved Regionsenter for psykisk helse hos barn og unge ved NTNU. Da studien startet hadde alle barna behov for klinisk behandling. Resultatene etter studien viste at samtlige hadde markert effekt av behandlingen. 60-70 prosent fikk meget god effekt ut av opplegget. De resterende hadde alle moderat bedring, men med noe variasjoner i behandlingseffekt.

– Resultatet er oppsiktsvekkende. All erfaring tilsier at vi overhodet ikke kunne forvente et slikt resultat med tradisjonell terapi. Oppfatningen om at tvangslidelse er kronisk har vært en grunnmur i mange år. Nå slår den endelig sprekker, forteller Valderhaug.

#### **Eksposering og responsprevensjon**

Metoden kalles "Eksposering og responsprevensjon" (ERP). Eksposering handler om å utsette seg for situasjoner som fremkaller angsten.

Responsprevensjon om å ikke utføre ritualene. Målet er at pasienten skal erfare at angsten gradvis slipper taket selv om ritualene ikke gjennomføres.

– Det er dokumentert at dette er en god metode på voksne, men metoden og

konklusjonene kunne ikke overføres direkte til barn. Derfor oppsøkte jeg internasjonale miljøer med erfaring, for å lære mer om hvordan metodikken kunne overføres til bruk på barn, og startet arbeidet med å bygge opp kompetanse her hjemme, sier Valderhaug.

#### **Grunnlag for klinisk arbeid og forskning**

Allerede i dag brukes Valderhaugs arbeid som grunnlag i klinisk behandling av barn med tvangslidelse.

– Det synes jeg er meget godt å se. Tilbudet har ikke vært bra. Det er fortsatt behov for å bygge opp bredere kompetanse, og dele den kompetansen vi allerede har.



Også internasjonalt har Valderhaugs arbeid vakt interesse. Forskningen er publisert i en rekke anerkjente tidsskrift, og han får stadig henvendelser fra internasjonale fagmiljøer

For å gjennomføre studien måtte Valderhaug bygge opp et fagmiljø for å opparbeide kompetanse på ERP. Valderhaug fikk tilgang på et bredt fagmiljø ved UCLA, og etablerte et samarbeid med poliklinikker i Trondheim, Molde og Ålesund.

– Alle barn som ble henvist til behandling i forskningsperioden fikk tilbud om å delta. De fleste var positive og satte pris på å få et strukturert behandlingsprogram, forteller han.

### Behandlingsopplegget

Behandlingen forutsetter ukentlige møter i tolv uker. Hvert møte består av 45 minutter med barnet alene og 30 minutter sammen med foreldrene. – Det er viktig å få etablert en ramme for behandlingen der både barnet, terapeuten og foreldrene har en felles forståelse for problemet. Det skal være et tett samarbeid mellom alle parter, og alle skal bidra i behandlingen. Derfor bruker vi de to første samlingene til å skape en felles forståelse av hva tvang egentlig er og hvordan behandlingen kan legges opp.

Når behandlingen starter er det tvangen som styrer barnet. I løpet av behandlingen skal dette snus slik at barnet styrer tvangen. I begynnelsen finner



**Robert Valderhaug, psykologspesialist i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) ved Ålesund sykehus.**

terapeuten områder som ikke skaper sterk angst, men nok til å vise at det går an å kontrollere angsten.

– Mange bruker enormt mye tid på tvangshandlinger, og involverer foreldrene i rituelle handlinger for eksempel ved legging eller vasking. Tålmodigheten blir selvfølgelig satt på prøve og hele familien opplever ofte mye frustrasjon og skyldfølelse.

Valderhaug er nå i gang med å planlegge nye behandlingsstudier på dette området. En felles nordisk studie basert på kombinasjonsbehandling med ERP og samtidig medikamentell behandling er under planlegging for å se om behandlingen kan forbedres ennå mer for den gruppen som bare har moderat effekt av ERP.

## Fakta om tvangslidelse

- Gjelder 2–3 prosent av den voksne befolkningen
- Hos barn er det antatt en forekomst på 1–2 prosent
- Ca. halvparten av alle voksne med tvangslidelse utviklet lidelsen som barn eller ungdom
- Tvangslidelse hos barn har en kort forskningstradisjon.
- Det var først på 80-90-tallet det ble fastslått høy forekomst av tvangslidelser hos barn, til dels langt ned i alder

## Eksempler på tvang

### Vasketvang

Hvis barnet kommer i kontakt med noe som oppleves som skittent må det utføre ritualpreget vasking av hendene for å redusere angst. Ritualer kan være preget av gjentakelser og har overdrevent omfang, der barnet "må" vaske seg et bestemt antall ganger. Hvis ritualer blir avbrutt, må barnet starte på nytt igjen.

### Ordnetvang

Barnet opplever angst eller sterkt ubehag dersom ting ikke er ordnet eller organisert i et bestemt system. Det kan dreie seg om ting på rommet som må stå på bestemte måter eller i en bestemt rekkefølge eller et teppe som må ligge på en helt spesiell måte. Barnet bruker mye tid på å justere og rette opp for å oppnå den perfekte orden.

Også tvang knyttet til tall/telling, sjekking, kontrollering, seksuelle tema, sykdom og skade er vanlig både hos voksne og barn.





## Dobbelt så mange rusavhengige får behandling

**Siden rusreformen ble gjennomført 1.1.2004 har antallet mennesker i tverrfaglig spesialisert behandling i institusjon for rusmiddelavhengighet i Midt Norge blitt fordoblet.**

Som eneste helseregion har Midt-Norge etablert et eget helseforetak for rusbehandling. Dette ble gjort blant annet for å synliggjøre brukerne og behandlingen bedre, og det kan vi nå slå fast at vi har lyktes godt med, sier administrerende direktør Dag Hårstad i Rusbehandling Midt-Norge HF.

I tillegg til institusjonsbehandling gis et betydelig antall mennesker poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern. Et eget senter for LAR (Legemiddel Assistent Rehabilitering) i Rusbehandling Midt-Norge har nå 185 brukere i behandling med Metadon og Subutex. Ventetiden for LAR er kraftig redusert.

Rusmiddelavhengige har fått de samme rettigheter som andre pasientgrupper.

Blant annet retten til:

Vurdering av egnet behandling, individuell frist, fritt sykehusvalg, medvirkning, god informasjon og rett til å klage.

Som i annen behandling er samhandling mellom kommunens primære tjenester, og de regionale spesialiserte behandlings-tjenestene viktig for et godt behandlingsresultat. I tillegg vil aetat, trygdekantor, barnevern, fengselsvesen, frivillige organisasjoner og andre kunne ha en viktig rolle.

Videre økning i tilbudet, kvalitetsforbedrende tiltak, pårørendeopplæring, forskning, opplæring og bedre samhandling er under utvikling. Samlet utgjør dette en betydelig satsning av Helse Midt-Norge på rusbehandling.

## Ryddighet mellom Helse Midt-Norge og legemiddelindustrien

**Helse Midt-Norge inngår samarbeidsavtale med Legemiddelindustrien. Avtalen skal regulere samhandlingen mellom ansatte i helseforetakene og legemiddelindustrien slik at kontakten foregår på en ryddig måte.**

– Befolkningen skal ha tillit til at samhandlingen mellom oss og industrien skjer på en etisk korrekt måte, og det skal ikke kunne reises tvil om vår troverdighet og habilitet. Avtalen som nå inngås bidrar til å skape ryddighet i kontakten. I tillegg ivaretar den hensynet til god faglig utvikling, riktig bruk av legemidler og forsvarlig medisinsk metodevurdering, sier styreleder Per Sævik.

Avtalen trer i kraft fra 1. januar 2006. Lignende avtale inngås mellom de andre regionale helseforetakene og Legemiddelindustrien.



## Nytt telefonnummer for St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim – har fått nytt telefonnummer. Det nye nummeret er **06800**, og gjelder de somatiske enhetene i Trondheim.

## Direktenummer

Direkte innvalgsnummer gjelder som før. Pasienter og publikum kan fortsatt slå **73 86 xx xx** hvis de kjenner direkte innvalgsnummer til den avdeling eller enhet de ønsker kontakt med.

## Samordner innkjøp og logistikk

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å gå videre med planene for etablering av felles innkjøpsavtaler og logistikk for helseforetakene. Dette betyr samordning av vareregistre, felles IT-system for ordre, lager, faktura og innkjøp – og etablering av en sentrallagerstruktur. Dette kan gi innsparinger på flere titalls millioner kroner.

## Styrker miljøarbeidet i Helse Midt-Norge

**Helse Midt-Norge styrker sitt miljøarbeid og skal nå utarbeide konkrete mål og handlingsplan for miljøledelse på områdene energi, innkjøp, avfall og transport. Styret for Helse Midt-Norge forutsetter at satsingen blir en del av det ordinære arbeidet med helse, miljø og sikkerhet (HMS) i foretakene.**

Her er noen av hovedmålene for satsingen på miljøledelse i Helse Midt-Norge:

- ▶ På energiområdet er målet å gjennomføre energisparende tiltak og redusere bruken av energi fra ikke-fornybare energikilder. Totalt bruker virksomhetene i Helse Midt-Norge rundt 150 GWh. Fram til 2008 er målet å redusere det årlige forbruket med 8 GWh.
- ▶ Gjennom en miljøbevisst innkjøpspolitikk skal bruken av helse- og miljøskadelige stoffer reduseres, og det skal satses på gjenbruk og miljøbevisst materialbruk. Målet er å øke andelen miljøsertifiserte leverandører og miljømerkede produkter med fem prosent.
- ▶ Foretakene i Helse Midt-Norge skal redusere den totale avfallsmengden og fram til 2010 redusere andelen restavfall til 25 prosent. I 2004 var avfallsmengden på nær 5000 tonn.
- ▶ Økt bruk av kollektivtransport for pasienter og tilsatte, økt bruk av telefonmøter og videokonferanser og andre tiltak for å redusere transportbehovet, skal også settes ut i livet.



# Krafttak for kortere epikrisetid

Direktørene og fagsjefene i de midtnorske helseforetakene tar utfordringen: Nå skal det arbeides målrettet for å innfri kvalitetsmålet om at 80 prosent av epikrisene skal være sendt fra sykehuset i løpet av de første sju dagene etter behandling.



*Jan Eirik Thoresen, viseadministrerende og fagdirektør i Helse Midt-Norge*

I dag leveres en av tre epikriser innen fristen på sju dager.

– Det finnes sikkert mange forklaringer, men de fleste er bortforklaringer. Det sier viseadm. og fagdirektør i Helse Midt-Norge Jan Eirik Thoresen. Han understreker at målet står fast.

– Vi er alt for dårlig på å sende ut tilstrekkelig antall epikriser til riktig tid. Selv om det er store forskjeller fra avdeling til avdeling er dette et satsingsområde i hele Helse Midt-Norge. Dette er selvsagt et regionalt felles prosjekt med felles ansvar der vi sentralt skal legge til rette og bidra i prosessen, men det enkelte helseforetak må gjøre jobben lokalt. Dette er en nødvendig og etterspurt leveranse fra oss. Kvaliteten på epikrisene og kort epikrisetid er viktig for å kunne skape god samhandling rundt den enkelte pasient, sier Thoresen.

Resultatene med å forbedre epikrisetiden har så langt generelt ikke vært tilfredsstillende. Men nå skal uklarheter om definisjoner og registreringer ryddes av veien.

– På samme måte som for ventetida skal vi ha reelle tall som beskriver situasjonen, og vi legger opp til regelmessig publisering av utviklingen i epikrisetid, sier Thoresen.

#### **Innsatsen starter nå**

Selv om Thoresen vil snakke mer om handling enn forklaring må han svare på hvorfor situasjonen ikke er bedre enn den er.

– Vi holder på å digitalisere for å få blant annet elektroniske pasientjournaler. Dette arbeidet vil gjøre det enklere å sende ut epikrisen, men det tar tid før alt er på plass. I mellomtiden må vi også legge vekt på å forbedre eksiste-

rende systemer, og ikke bruke framtidige løsninger som sovepute. Dette handler altså litt om kultur, mye om teknologi men mest av alt handler det om å gjøre en innsats nå.

#### **Merkbar satsing for pasienten**

Satsingen på å få ned epikrisetiden er et ledd i å skape en sammenhengende behandlingskjede der alle tiltak henger sammen på tvers. Sagt med andre ord – hvis pasienten ikke merker noe, da er alt som det skal være.

– Det er alltid viktig å ha pasientens perspektiv når vi må gjøre en ekstra innsats. I dette tilfellet skal pasienten slippe ergrelser, slippe å måtte etterspørre svar og slippe å oppleve at informasjon ikke kommer fram. Dessuten vil en lang epikrisetid kunne være direkte helsefarlig i og med at det blir umulig å få kontinuitet i behandlingen.







## Helse Nord-Trøndelag 31%

**Kort epikrisetid handler om respekt og det å gi pasienter god behandling. Vi skal bli mye bedre, og det skal skje raskt. Jeg sier det slik for å slå fast at kravet knyttet til epikrisetid ikke er noe vi skal strekke oss etter – det er noe vi skal og må innfri. Det sier administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag Arne Flaata.**

Han mener at det ikke holder med ett tiltak for å få dette på plass.

– En epikrise dikteres av behandler, skrives av merkantilt personell, godkjennes av behandler og sendes ut fra sykehuset. Hvert enkelt punkt kan være en flaskehals, og er sikkert det også i ulike tilfeller. Derfor angriper vi dette på flere måter.

Selve skrivingen effektiviseres av at dikteringssystemet nå er gjort digitalt i hele foretaket.

– Kontoransatte vil nå skrive på tvers av avdelings- og sykehusgrenser, samtidig som vi også har samlet kontoransatte i felles skrivestuer. Dessuten utvider vi en god ordning med egne team som kun skriver epikriser. For øvrig krever jeg at våre ledere har epikrisetiden spesielt under oppsikt. Dersom epikriser blir liggende på grunn av manglende signering, skal de rydde opp i situasjonen med en gang, sier Flaata.



### Epikrise

- ▶ En epikrise er en skriftlig beskrivelse av diagnose, utført behandling og plan for oppfølging.
- ▶ Epikrisen sendes fra behandlingsstedet til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten videre behandling og oppfølging.
- ▶ Kvalitetsmålet i Helse Midt-Norge er at 80% av alle epikriser skal sendes ut innen sju dager.

## ”I noen tilfeller er sju dager lang tid”

*Kommunelege i Overhalla, Per Tvette*

**Per Tvette er kommunelege i Overhalla og han mener at vi ikke må se oss blind på tallene. – Enkelte av sykehusinnleggelsene må følges opp tett like etter utskrivelsen. Da vil sju dager være lang tid.**

Tvette påpeker at det for han som fastlege er viktig at sykehusene sørger for at viktig informasjon kommer fram tidlig i de tilfellene det er nødvendig med hurtig oppfølging av pasienten.

– Min oppfatning i dag er at sykehusene stort sett prioriterer riktig, selv om vi innimellom må etterspørre informasjon. Etter hvert som vi går over til elektronisk kommunikasjon bør tiden gå ned.

Tvette har også inntrykk av at epikrisetiden er på vei ned. Men fortsatt er det et problem i legenes hverdag at epikrisene ikke kommer i tide.

– Ja, vi har mange pasientkontakter og mye oppfølging etter sykehusopphold. Vi må daglig søke etter informasjon for å kunne gjøre jobben vår. Pasientene merker også dette. Innimellom må vi spørre pasienten etter informasjon vi burde hatt før konsultasjonen, sier Tvette.



## Helse Nordmøre og Romsdal **45%**

**– Det er stor variasjon mellom avdelingene, men samlet ligger vi i Helse Nordmøre og Romsdal på 45 prosent utsendelse innen sju dager, sier medisinsk sjef Christian Bjelke.**

Variasjonene kommer av at det arbeides forskjellig med epikrisen på avdelingene. Også i Helse Nordmøre og Romsdal er det ventetid på prøver som tar tid.

– Det er variabel arbeidsmengde fra avdeling til avdeling. Særlig indremedisin har mye arbeid med epikrisene. Vi har diskutert muligheten for å sende ut et foreløpig notat med nødvendig informasjon til primærlegene før epikrisen endelig ferdigstilles, sier Bjelke.

Situasjonen på Nordmøre er ikke bare preget av utfordringer. Bjelke kan fortelle at voksenpsykiatrien på Hjelset har



tatt et krafttak i sommer, og bedret situasjonen fra 15 prosent til nærmere 100 prosent utsendelse innen sju dager. Han presiserer at avdelingslederne har tatt problemet på alvor, og jobber med å endre både holdninger og arbeidspraksis for å bedre epikrisetiden.

– Alle må først og fremst forstå alvoret med dette problemet. Deretter må

det legges tilrette for at det kan brukes tid til å skrive epikrisene. Jeg har tro på at Helse Midt-Norge som helhet kan nå målet på 80 prosent, men jeg tror ikke alle avdelingene vil klare det, avslutter Bjelke.

## ”Det er viktig å prioritere informasjonen”

*Kommunelege i Nesset, Bergljot Vinjar*

**– Målet på 80 prosent er godt nok, men det kommer an på hvilke epikriser som ikke blir sendt ut innen sju dager. Det er meget viktig å prioritere, sier kommunelegen i Nesset kommune, Bergljot Vinjar.**

Hun mener det er viktig at kreftpasienter og pasienter i hjemmesykepleien prioriteres.

– Det er meget viktig for disse pasientgruppene at informasjonen kommer raskt fram for at vi skal være i stand til å gi god oppfølging. Disse pasientene må ikke utgjøre hovedvekten av de 20 prosentene som ikke kommer ut i tide.

Vinjar merker godt at det satses aktivt på å få ned epikrisetiden, men forteller at det foreløpig er de negative konsekvensene som preger situasjonen.



– Det er jo slik at vi allmennleger først tenker over problemet når epikrisene uteblir. Vi snakker alt for ofte med pasienter som tror at vi vet mer enn vi faktisk gjør.

**Er det noe dere på mottaksiden kan gjøre for å bedre situasjonen?**

– Som et ledd i vår kvalitetssikring gjennomfører vi møter med hjemmesykepleien her. I møter avdekker vi ofte tilfeller der pasienten har vært inne på sykehuset uten at informasjonen har nådd fram til oss som har oppfølgingsansvaret. I tillegg purrer jeg aktivt når jeg trenger det, og da bruker ting som regel å ordne seg på kort tid, sier Vinjar.

## Helse Sunnmøre 30%

**I Helse Sunnmøre sendes i underkant av 30 prosent av epikrisene ut innen sju dager. – Vi har en klar intensjon om at situasjonen må bli langt bedre enn den er i dag. Det sier Astrid Eidsvik, administrerende direktør i Helse Sunnmøre.**

Hun har forhåpninger om at det arbeidet som gjøres i Helse Midt-Norge for å skape felles forståelse og klarere definisjoner knyttet til innholdet i epikrisen skal gjøre det enklere å nå målene.

– Noen av avdelingslederne mener målet er urealistisk. Det henger sammen med behovet for å få tilbakemeldinger på prøver for å kunne stille riktig diagnose. Dette gjelder særlig i tilfeller der det er mistanke om kreft. I dag jobbes det meget effektivt



med å gi svar på prøver, så jeg ser ingen mulighet til å få redusert denne tiden, sier Eidsvik.

Innenfor psykiatrien og annen planlagt virksomhet mener Eidsvik at det bør være mulig å sende minimum 80 prosent av epikrisene ut innen sju dager.

## ”Vi har merket en vesentlig forbedring”

*Kommunelege i Herøy, Bjørn Martin Åsen*

**– Sykehusene har skjerpet seg betraktelig, og får ut epikrisene tidligere nå enn før. Elektroniske epikriser har også ført til at det går raskere. Det sier Bjørn Martin Åsen som er kommunelege i Herøy.**

Til tross for at Åsen har merket at det er en pågående satsing i Helse Midt-Norge er han ikke helt fornøyd med ambisjonsnivået om å sende ut 80 prosent av epikrisene innen sju dager.

– Målet burde være 100 prosent. Sykehusoppholdene blir kortere og en vesentlig del av behandlingen blir nå overført til allmennlegen. Epikrisen er et av de viktigste redskapene vi har.

Åsen er enig i at det finnes tilfeller der det ikke er realistisk å forvente en epikrise innen sju dager, men mener at en foreløpig epikrise er bedre enn ingenting.

– Pasienten forutsetter at allmennlegen er oppdatert. I verste fall kan en sent utsendt epikrise føre til feilmedisinering, manglende oppfølging av funn og at

allmennlegen og pasienten snakker forbi hverandre.

Åsen forteller at problemet med manglende epikriser er noe som preger hverdagen, men at han ser utviklingen den siste tiden som positiv. Han mener at det neste satsingsområdet for å effektivisere behandlingsskjeden må være elektroniske henvisninger.

– Henvisningene fra allmennlegene til sykehusene går nå på ”gamlemåten” med manuell postgang og ekspedering. Vi kan øke effektiviteten vesentlig ved å gå over på elektroniske henvisningssystem, mener Åsen.



## Klinikk for ortopedi og revmatologi ved St. Olavs Hospital

# 60%

**Ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital er en av de flinkeste i klassen. Derfra sendes 60 prosent av epikrisene ut innen 7 dager. Revmatologisk avdeling ligger like under. Men selv de flinkeste har forbedringspotensiale.**

– Flaskehalsen hos oss er signeringen. Derfor burde det være lett å gjøre noe med. Problemet tas på alvor, og seksjonsoverlegene har ekstra fokus på å forbedre situasjonen i tiden som kommer. Det sier Henrik Sandbu som er klinikkjef ved klinikk for ortopedi og revmatologi.



Han poengterer at verken kvalitetsmålene og satsingen er nytt hos dem.

– For avdelingen har epikriseskrivingen vært et satsingsområde lenge. – Vi har en intern målsetting om at epikrisene helst skal skrives samme dag som pasienten skrives ut, eller senest etter to dager.

Dette er et langt strengere krav enn det kvalitetsmålet Helse Midt-Norge har satt. Er kvalitetskravet for defensivt?

– Det bør i alle fall være oppnåelig. Ortopedien er nok et enklere fagfelt å produsere epikriser innenfor enn for eksempel indremedisin. Likevel mener jeg at målet på 80 prosent innen sju dager bør være oppnåelig for Helse Midt-Norge som helhet, sier Sandbu.





Helse Midt-Norge 2010:

**Vilje til å prioritere  
psykisk helsevern,  
rusbehandling,  
kronisk syke og eldre?**

Økt behov for tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling, og mer til eldre og kronisk syke ser ut til å bli sentrale områder i "Helse Midt-Norge 2010", når det framtidige sykehusstilbudet i regionen utformes.

– Det betyr at sykehusene må forandre seg, og innrette seg på det morgendagens pasient etterspør, sier visedministrerende direktør og fagdirektør Jan Eirik Thoresen. Det regionale foretaket og de lokale helseforetakene er nå i gang med dialogmøter med politikere for å få innspill til prosessen.

– Så langt har brukere, private aktører, fagfolk og ledere i helseforetakene bidratt. Nå møter vi politikerne og kommunehelsetjenesten. I løpet av oktober skal vi møte politikere i alle helseforetaksområdene, sier kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad.

#### **Første fase snart avsluttet**

Sluttresultatet med anbefalinger for hvilke valg som bør gjøres skal legges fram for styret i slutten av 2005. Relevant bakgrunnsmateriale og nødvendige analyser for arbeidet er utarbeidet. Analysearbeidet sluttføres i midten av september og vil deretter bli lagt fram for det regionale styret. Bakgrunnsmaterialet og foreløpige satsingsområder diskuteres med politikere og andre i dialogmøtene som gjennomføres.

#### **Hva er bakgrunnen for prosjektet Helse Midt-Norge 2010?**

I første fase av helsereformen rettet vi oppmerksomheten mot lange ventetider og tok tak for å få bort uverdig venting. Dessuten har det vært et mål å skape balanse mellom inntekter og utgifter i sykehusene. For å få dette til må vi spare penger og løse oppgavene våre smartere, men uten at dette går ut over kvaliteten. Vi er nå nær ved å nå dette målet. Kravet om balanse skal være oppfylt i 2006.

I neste fase fram mot 2010, er målet å skape et økonomisk handlingsrom slik at vi kan gi et løft for de pasientene som trenger det, og på områder som må styrkes. Det er blant annet snakk

om psykisk helsevern og tilbudet til eldre og kronisk syke.

Utgangspunktet for prosjektet Helse Midt-Norge 2010 er befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester og hvordan vi kan løse dette i framtida. I tillegg blir vi flere eldre, vi får stadig nye og raskere transportløsninger. Pasienten er mer mobil og har rett til selv å velge sykehus. Medisinsk teknologi og ny kunnskap gir oss nye muligheter. – Og vi har behov for å trappe opp innsatsen på områder som psykisk helsevern, behandlingen av sammensatte lidelser og overfor pasienter med kroniske tilstander med lange behandlingsforløp.

#### **Samle det vi må, desentralisere det vi kan?**

Utbyggingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim skal være med på å styrke tilbudet til befolkningen i hele Midt-Norge.

Sykehusene skal fortsatt gi et godt tilbud for behandling av de vanligste sykdommene. Det er fornuftig å unngå unødige reising for å få dekket dette behovet. Vi må derfor sørge for at det er god kvalitet på de tjenestene som sykehusene tilbyr, slik at pasienten velger å få hjelp nært. Det gjelder selvfølgelig også St. Olavs Hospital som skal ivareta sine lokalsykehusoppgaver.

Samtidig som vi styrker lokalsykehusstilbudene, er det fornuftig å bli enige om oppgavefordeling og samle noen spesialiserte tilbud til færre sykehus. Det kan gi både bedre kvalitet og bedre utnyttelse av ressursene.

Utbyggingen av nytt sykehus ved St. Olavs Hospital i Trondheim vil altså aldri kunne være en erstatning for lokalsykehusene, men de spesialiserte tilbudene blir viktig for de pasientene som har behov for dem.

#### **Er ikke dette med på å sette et B-stempel på enkelte sykehus?**

Vi må slutte å bruke slike merkelapper og gradere sykehus ut fra hvordan de er organisert eller hvilke tilbud de skal gi. Det viktigste er at sykehusene er i stand

til å levere femstjerners kvalitet for de tilbud de gir til sine pasienter.

Vi har behov for å styrke lokalsykehusstilbudet slik at sykehusene dekker behovet for behandling av de vanligste sykdommene og slik at de kan gi gode tilbud der nærhet er viktig for behandlingsforløp og samhandling.

#### **Hva med fødetilbudet?**

Helse Midt-Norges vurdering av fødetilbudet bygger på meldingen som Stortinget behandlet i 2003. Det forutsettes at vi skal ha et differensiert tilbud og dette kan løses på flere måter. Normale fødsler kan gjerne legges til fødestuer eller enheter som er organisert for å ta hånd om fødsler med lav risiko på større sykehus.

Hvordan vi skal organisere fødetilbudet vil være avhengig av antallet fødsler og at vi har den nødvendige kvalifiserte bemanningen. For å kunne ta hånd om risikofødsler på en god måte, må vi unngå at den fødende må reise langt. Valget kan stå mellom en godt rustet avdeling i hvert helseforetak, eller fortsatt ha egne avdelinger ved hvert sykehus. Det er altså hensynet til mor og barn som må veie tyngst. Denne type beslutninger kan ikke fattes med bakgrunn i økonomiske argumenter alene. Vi må se på hvilken kvalitet fødetilbudet skal ha og hvordan vi kan organisere dette best mulig. Det regionale styret har tidligere vedtatt at det skal være et fødetilbud ved alle sykehusene i Midt-Norge.

#### **Hva med rekrutteringen til nye oppgaver?**

Sykehus med høy kvalitet vil ganske sikkert også hevde seg i kampen om de beste kandidatene på arbeidsmarkedet. Avdelinger som drives på marginalt grunnlag, enten i forhold til pasientgrunnlag eller bemanningsmessig, er ikke en styrke når man skal rekruttere nye medarbeidere. Det er viktig at sykehusene selv utvikler tilbud og tjenester slik at vi unngår turnus og beredskapsvakter som er unødige belastende og kan skremme bort potensielle jobbsøkere. Dette vil kunne gjøre det lettere å rekruttere. Et godt samarbeid mellom universitetssykehuset St. Olavs Hospital



og resten av regionen, er dessuten viktig for å kunne gi mulighet til videreutdanning og faglig stimulans. Norsk spesialisthelsetjeneste har en felles utfordring i å sikre at vi utdanner spesialister som har bred kompetanse og ikke bare spesialister på smale fagområder. Dette er nødvendig for å møte en situasjon der det blir flere eldre, og flere pasienter med sammensatte lidelser og lange behandlingsforløp.

#### **Hvordan skal prosessen gjennomføres?**

Prosjekt Helse Midt-Norge 2010 skal legge fram forslag til mål for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Det skal presenteres en strategi og det kan være

aktuelt å foreslå enkelte konkrete tiltak. Dette vil bli lagt fram for det regionale styret etter at mange parter har fått anledning til å uttale seg. Etter styrebehandlingen vil det regionale helseforetaket ha mandat til å foreta prioriteringer gjennom økonomiske rammer og styringsdokument til helseforetakene. Resten vil være omstillingsprosesser som hvert enkelt helseforetak selv vil ha hånd om i stor grad. Omfattende omlegginger i helseforetaket må først behandles av foretaksmøte og vurderes i en helhetlig regional sammenheng. Eierstrategien som foretaksgruppen nå arbeider med, vil ikke bli sluttført før det regionale foretaksstyret har tatt stilling til strategien for hvordan befolk-

ningen i de tre midtnorske fylkene skal få dekket sine behov for spesialisthelsetjenester.

Hvis vi skulle ende opp med forslag om å legge ned funksjoner, så er ikke det en sak for det regionale helseforetaket alene. Saken må først forelegges foretaksmøtet og godkjennes av helseministeren (§ 30 i helseforetaksloven).

Dette er en viktig sikkerhetsventil i forhold til de faglige vurderingene som vil ligge til grunn for konklusjonene som trekkes i Helse Midt-Norge. Norske sykehus er under demokratisk kontroll og skal fortsatt være det.

## Pasientstrømmer undersøkes nærmere

Arbeidet med å kartlegge pasientstrømmer i Midt-Norge fortsetter. Så langt er det avdekket noen hovedtrekk som krever nærmere analyse for å få fram årsaker. Analysen vil være viktig for å vurdere eventuelle tiltak. Dette er hovedpoengene:

- ▶ Private sykehus tok i 2004 hånd om 10,7 prosent av planlagt (elektiv) virksomhet, målt i DRG-poeng; det tilsvarer 5,2 prosent av den samlede ISF-finansierte virksomhet.
- ▶ Befolkningen i Kristiansund sykehusområde benytter i høy og økende grad St. Olavs Hospital, og dobbelt så hyppig som befolkningen i Molde sykehusområde (2004). Dette gjelder i særlig grad elektiv virksomhet, men også øyeblikkelig hjelp.

- ▶ Bruken av St. Olavs Hospital fra Levanger sykehusområde ligner den fra Nordmøre, både når det gjelder omfanget og utviklingen over tid.

De private sykehusene har så langt bidratt med ekstra kapasitet for å redusere ventelistene. Nå er målene for ventelistereduksjonen langt på vei nådd. Begrunnelsen for bruk av private blir derfor en annen framover. Dette skal avklares gjennom strategiarbeidet. Med fritt sykehusvalg, og så lenge St. Olavs Hospital har tilstrekkelig kapasitet, må vi være forberedt på fortsatt økning i bruken av St. Olavs Hospital. Helse Midt-Norge må ta stilling til om denne utviklingen er ønskelig, om det skal iverksettes tiltak for å stanse eller reversere utviklingen, eller om den tvert

imot skal oppmuntres og forsterkes. Svarene på disse spørsmål kan få betydelige konsekvenser for de berørte foretakene.

– Vi har behov for en grundig gjennomgang av pasientstrømmene slik at vi vet hva de er et uttrykk for. Det er ikke nok å konstatere hva som skjer, vi må også være trygge på årsakene før vi trekker konklusjonen, sier visedirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF.



Foto: Helsebygg

# Høyteknologisk laboratoriesenter åpner på St. Olavs Hospital: Laboratorier på flyttetof

**Det er tre stikkord som gjelder i det nye laboratoriesenteret ved St. Olavs Hospital – metodefelleskap, teknologi og trivelige lokaler. – Jeg gleder meg veldig til vi er fullt operative, og er meget fornøyd med å få være med på et sånt kvantesprang. Det sier Siri Bratlid som er kliniksjeff ved laboratoriemedisinsk klinikk.**



**Siri Bratlid, kliniksjeff ved  
Laboratoriemedisinsk klinikk**

**D**et nye laboratoriesenteret er et høyteknologisk bygg, som er bygget slik at det kan tilpasses fremtidig faglig og teknologisk utvikling og nye måter å samarbeide på.

## Metodefelleskap

Laboratoriene som skal inn i Laboratoriesenteret har inntil nå vært spredt over hele sykehuset.

– Nå blir de samlet, og det gir nye driftsmessige muligheter. Nytt felles prøvemottak vil gi rekvirentene én adresse, samtidig som man får én prøvevei for alle blodprøver uavhengig av hvilken laboratoriespesialitet prøven skal analyseres ved. Videre er det et mål at samme analyse ikke skal utføres to steder i sykehuset. Dermed får vi samlet kompetansen, og en bedre utnyttelse av dyrt teknologisk utstyr. Ved å samles, kan vi også utnytte fordelene ved et såkalt metodefelleskap.

Det vil gi St. Olavs Hospital både faglige og organisatoriske gevinster, forteller Bratlid.

– Det å samle de som benytter de samme instrumentene og metodene innenfor flere fagområder i samme lokaler er en naturlig følge ut fra faglig og teknologisk utvikling. Det at de ulike avdelingene flytter samtidig legger til rette for en slik omorganisering. Målet er at det skal være minst mulig dubleringer.

Visjonen til laboratoriesenteret er å stå for god service og diagnostikk. Kritiske

røster har hevdet at metodefelleskapet gjør det vanskelig å levere både god service og riktig diagnostikk. Hvordan skal laboratoriesenteret klare å holde kontroll på den faglige kvaliteten innenfor hvert fagområde?

– Det skal ikke være noen tvil om at den faglige kvaliteten blir ivaretatt. Vi er svært nøye på at alle skal være fortrolig med det medisinskfaglige, og vil ha de respektive medisinsk-faglige spesialitetene knyttet til alle seksjonene, sier Bratlid.

## Teknologi som endrer hverdagen

Det er likevel teknologi som vil stå for de største endringene i hverdagen til de ansatte. Det blir nye rutiner på alt fra søppelhåndtering til innlogging på PC'ene. Adgangskortet vil regulere hvor i bygget man har adgang, det skal brukes når man skal ha rent arbeidstøy, og ikke minst gi adgang til de data-systemer man har bruk for. Det skal gjennomføres et grundig opplæringsopplegg slik at alle ansatte skal føle seg trygge på alt det nye.



Foto: Geir Mogen

## Det nye Laboratoriesenteret ved St. Olavs Hospital

### ORGANISERING:

5 spesialiteter er samlet i Laboratoriemedisinsk klinikk. Disse er organisert i 4 avdelinger:

- Avd. for medisinsk biokjemi
- Avd. for medisinsk mikrobiologi
- Avd. for patologi og medisinsk genetikk
- Avd. for immunologi og transfusjonsmedisin

### TALL:

- Total produksjon ca. 4.400.000 analyser
- Brutto budsjett eks. internhandel på vel 251 mill. kroner
- Polikliniske inntekter 72 mill. kroner
- Ca. 400 ansatte fyller ca. 350 stillinger

### INNFLYTTING:

- Innflytting startet i september
- Operativt fra 10. oktober
- Normal drift fra 1. februar 2006
- Ingen mister jobben til tross for nedbemanning på 10–12 stillinger

### DE STØRSTE ENDRINGENE:

- Ett felles prøvemottak
- Bedre sporbarhet
- Metodefellesskap
- Ny organisering på tvers av laboratoriespesialitetene

Bratlid framholder at et hovedmål med det nye senteret er å få en drift som er mer i tråd med den teknologiske utviklingen.

– Laboratoriesenteret vil få en mer strømlinjeformet produksjonsløsning som preges av en betydelig automatisering blant annet på grunn av en ny, felles IT-løsning. Tidligere ble prøver rekvirert på papir, nå skal bortimot alt foregå elektronisk. Når prøvene tas ute på avdelingene blir de strekkodemerket, og sendt i strekkodemerke glass med rørpost inn til ett felles prøvemottak. Etter å ha blitt mottakskontrollert, sendes prøvene til riktig analysestasjon. Dette er bare noen eksempler på endringer som gir flere fordeler for mange. Viktigst av alt er effektene av de nye rutinene – at hverdagen blir enklere for både ansatte ved senteret, øvrige ansatte ved St. Olavs Hospital, og primærhelsetjenesten. Og summen av omleggingen skal selvsagt komme pasienten til gode.

### Fordeler for alle

For pasientene vil det være viktig at sjansen for feil og sammenblanding blir mindre. I tillegg åpner det nye laboratoriedatasystemet for en enklere rekvirering og svarutsendelse. Frigjort tid på avdelingene kan overføres til prøvetaking som igjen har mange fordeler sett fra pasientens ståsted. En annen fordel ved datasystemet er bedre sporbarhet av prøvene både på person, sted og tid. Og ved hjelp av rørposten kommer prøver til øyeblikkelig hjelp frem til laboratoriet i løpet av to til fire minutter.

For rekvirerende lege vil det være en fordel at svarene kommer raskere nå enn før. Primærhelsetjenesten skal også etter hvert benytte systemet med elektronisk rekvirering og svar for alle sine prøver. Foreløpig er det de 50 største legekantorene i regionen som vil få nytten av å få alle pasientsvarene elektronisk overført i stedet for å måtte vente på postgangen.

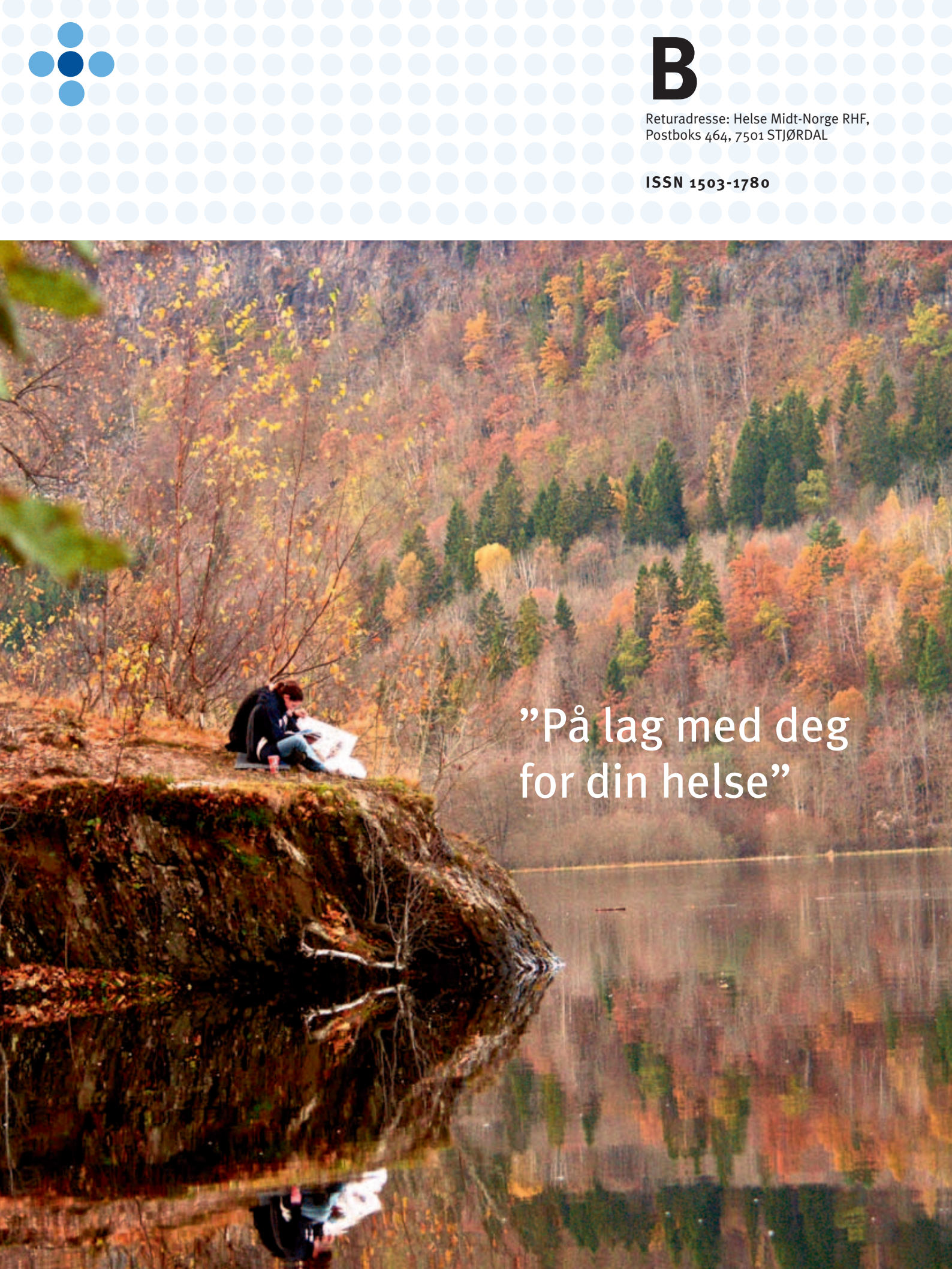




# B

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

ISSN 1503-1780

A photograph of a person sitting on a rocky outcrop overlooking a lake. The person is wearing a dark jacket and light-colored pants, and is looking down at a white bag or paper. The background is a dense forest with trees in various shades of autumn (yellow, orange, red, and green). The lake is calm, reflecting the surrounding forest and the person on the rock. The text "På lag med deg for din helse" is overlaid on the right side of the image.

”På lag med deg  
for din helse”