

HELSE

05/2005-Årgang 4-Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

**Slutten eller begynnelsen
for lokale sykehusstilbud?**
side 4-7

**Er avtalespesialistene
spesialister i gode avtaler?**
side 14-15

Celleterapi
som framtidas operasjonskniv
og medisin. Er vi med? side 11-13



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

Endringsvilje




Paul Hellandsvik
adm. dir.

Vår evne og vilje til å tenkje nytt, endre åtfærd og omorganisere blir konstant utfordra i ei verd i rask endring. Gamle sanningar er sjeldan evigvarande. Det gjeld ikkje minst innan medisins og det er ein viktig premiss for arbeidet når vi stakar ut kursen for framtidens spesialisthelseteneste i prosjektet Helse Midt-Noreg 2010.

Utfordringane vi står overfor kan opplevast som truslar, men dei skaper også moglegheiter.

Pasientane blir meir og meir medvitne rettane sine, og blir bevisstgjorde i aukande grad også om kva som er god kvalitet i tilbodet – og kvalitetsforskjellar. Det gjeld både den medisinske kvaliteten (kva vi tilbyr), og det pasientane opplever som kvalitet (korleis vi tilbyr).

Etterspørselen etter dokumentert kvalitet gjer at vi i større grad må evaluere, dokumentere og synleggjere kva vi tilbyr og kvifor.

Pasientane utfordrar fastlegane på å ta stilling til kva sjukehus som har best kvalitet, og kvar dei tilrår at pasienten dreg. Alliansen mellom pasient og fastlege forsterkar biletet av pasienten som den medvitne brukaren av helsetenester.

Fritt sjukehusval er kome for å bli, og pasientar og fastlegar vil i stadig større grad velje kvalitet framfor nærleik dersom det blir dokumentert kvalitetsforskjellar.

Det vil bli aukande grad av spesialisering innan medisinen, og legar blir i stadig større grad spesialistar på eit stadig smalare fagfelt. Der det før fanst generalistar som kunne behandle ulike lidingar, er det i dag spesialistar.

Gårsdagen sin sjukehuslege var menn som jobba mykje, hadde bakkemannskap heime og som vigde seg til faget

sitt. Morgondagen sin sjukehuslege er like gjerne kvinne som mann, og dei vil begge ha høvet til å gjere andre ting i tillegg til legejobben. Dei forlanger ei akseptabel vaktbelastning som klart skil seg frå det vi har vore vant til.

Teknologien gjer det i aukande grad mogeleg å flytte delar av spesialisthelsetenesta nærmare folk ved at fleire oppgaver kan løysast gjennom samhandling med primærhelsetenesta. Det som tidlegare måtte gjerast i ein poliklinikk kan i dag gjerast av fastlegen. Oppfølging av kreftpasientar, eigenkontroll ved sukkersykje eller kontrollar av høgt blodtrykk eksempel på dette. Og denne utviklinga vil fortsetje.

Innføring av moderne innformasjons-teknologi reduserer avstanden mellom dei ulike nivåa. Dette gjeld mellom pasientar og helsetenesta, internt i sjukehusa, mellom sjukehusa og mellom dei ulike mellomnivåa.

Ambulanse og anna prehospital teneste fungerer meir og meir som framskotne sjukehus. Avstanden mellom sjukehusa blir kortare på grunn av betre infrastruktur og nye vegløyningar/fastlandsamband. Dette gjer helsetilboda meir tilgjengelege og mogeleggjir betre samhandling og arbeidsdeling.

Det vil alltid vere fleire oppgaver enn midlar som blir stilt til disposisjon. Sjølv i det rike landet vårt må vi innrette verksemda i tråd med rammene, og vi pliktar å vere kritisk til korleis vi bruker ressursane.

I sum er dette ti moment som alle påverkar verksemda vår i monaleg grad, og som vi må ta omsyn til når vi planlegg for framtida. Utfordringsbiletet er komplisert, men det gir oss også monaleg grad av handlingsrom – men det krev vilje til omstilling og nytenking.

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 utforming: Bennett AS

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

Slutten eller begynnelsen for lokale sykehustilbud?

Framtidas sykehustilbud er ikke ferdig konstruert, men én ting er sikkert – det blir endringer. Hvordan skal arbeidsfordelingen mellom det lokale og sentraliserte sykehustilbudet være, og hvilke hensyn skal det legges mest vekt på?

Vi inviterte fire mennesker med ulikt ståsted til å debattere hva som er, vil og bør bli viktig i utformingen av framtidas lokalsykehus-tilbud:

- Olav Sletvold, geriater ved St. Olavs
- Karin Søråunet, ordfører i Vikna (Krf)
- Jan Erik Larsen, redaktør for Tidens Krav, Kristiansund
- Einar Asen, regionskontakt for Folkebevegelsen for lokalsykehusene

Fra ditt ståsted, hva mener du er hovedmotoren i lokalsykehusdebatten slik den føres i dag – økonomi eller kvalitet?

Olav Sletvold:

Det er flere motorer i lokalsykehusdebatten, og de drives nødvendigvis ikke av ønsket om behandlingskvalitet. "Økonomismen" er inne for godt og foretakene ser langt klarere enn før behovet for effektivisering av driften. Og slik må det også være.

For oss praktikere kan det likevel virke som om helseforetakene ikke alltid ser verdien av det som oppfattes som viktig av befolkningen.

Man er motivert av "inntjening", i den grad det er en brukbar term for dette feltet, og dette er vanligvis knyttet til inndeling i pasientkategorier og definerte sykdomstilstander. Derved får man en tankegang som fragmenterer helheten.

Heldigvis inneholder dette også kimer til økt behandlingskvalitet: Som fagfolk blir vi flinkere når vi kan følge definerte behandlingsprotokoller og systematisk behandle mange pasienter, og ikke minst evaluere behandlingsgevinstene. Dette åpner for spesialsykehus og funksjonsfordeling.

Karin Søråunet:

Ut i fra det som blir kommunisert gjennom media ser det ut til å være økonomi, og det er jo der folk flest

henter informasjon. Kommunikasjon omkring innhold/kvalitet er alltid krevende samtidig som krav om innsparing foreligger. Dette med informasjon utad, og kommunikasjon mellom Helseforetak og ulike parter må det fortsatt jobbes aktivt med. Og vi som brukere av tjenestene må være aktive på de arenaene som finnes, slik at våre synspunkt kommer fram. Jeg tror nok de som styrer foretakene også kan lytte!

Jan Erik Larsen:

Jeg tror både økonomi og kvalitet er drivkrefter. Eierne av sykehusene, og da tenker jeg både på Stortinget og regjeringen, samt på de regionale og de lokale helseforetakene, er alle opptatt av kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Samtidig tror jeg at de samme eierne ser at det ikke er det medisinsk-faglige eller teknologiske som setter grenser for hva sykehusene kan gjøre for oss pasienter. Det er det økonomien som gjør. Og der faget og medisinen møter pengene, kommer de vanskelige prioriteringene.



"Gode lokalsykehus er viktig element i distriktspolitikken, ikke først og fremst på grunn av arbeidsplasser, men fordi det gir innbyggerne trygghet for å bo der de bor."

Karin Søråunet, ordfører i Vikna (Krf)







“...man etteraper det private næringslivet for å effektivisere offentlig sektor. Dette har ført til en stordriftstenkning uten at kvaliteten nødvendigvis har økt.”

Einar Aasen, regionskontakt for Folkebevegelsen for lokalsykehusene



Politikerne vet at det går en grense for hva de kan bevilge seg ut av. Derfor er det også slik at når sykehusledere sier at det ikke er økonomiske, bare faglige begrunnelser for endringer de vil gjøre, så vil det aldri være helt riktig. Den eksplosjonsartede lønnsveksten i legelønninger de siste årene gjør det ikke enklere å motivere stadig nye milliarder til sykehusene. Planleggingen og styringen har vel vært både god og ganske dårlig. Og teknologien har på dramatisk måte endret sykehusenes roller og oppgaver, både når det gjelder akuttfunksjoner, men også andre spesialiserte funksjoner.

Einar Aasen

Jeg velger å tro at alle ønsker et kvalitativt godt sykehustilbud. Manglende bevilgninger til spesialisthelsetjenesten har ført til forslag om strukturendringer som er blitt en trussel for lokalsykehusene. Det er min oppfatning at statlig overtagelse og opprettelse av regionale helseforetak med profesjonelle styrer er et politisk prosjekt der man etteraper det private næringslivet for å effektivisere offentlig sektor. Dette har ført til en stordriftstenkning uten at kvaliteten nødvendigvis har økt. Taperen er utvilsomt lokalsykehusene. I tillegg er helsemarkedet åpnet for private interessenter, noe som vil forsterke presset mot lokalsykehusene. Vi trenger etter min mening både lokalsykehusene og de store universitetssykehusene, men det krever at spesialisthelsetjenesten får forsvarelige økonomiske rammer.

Hva utgjør den egentlige kvaliteten i lokalsykehustilbudet og hvordan kan vi synliggjøre den?

Olav Sletvold

Den egentlige kvaliteten i lokalsykehustilbudet representeres nødvendigvis ikke av behandlingskvaliteten. Etter mitt

syn er det geografisk nærhet, kontinuitet og følelsen av at dette er "mitt" sykehus som utgjør de viktigste elementene i lokalsykehusets kvalitet. I det øyeblikk det blir snakk om teknisk behandlingskvalitet, som ikke sjelden er avhengig av stort "volum" og høyteknologiske tiltak, kan valgene bli vanskelige både for fagpersoner, pasienter og pårørende. Er vi villige til å gå på akkord med behandlingskvalitet av betydning for framtidig helse, "bare" for å opprettholde et tradisjonelt nærhetsbehov? Vi må kreve at det presenteres pålitelige data som sier noe om behandlingskvalitet, og da får hver og en avgjøre om dette er tilstrekkelig for seg.

Karin Søraune

Det handler i all hovedsak om trygghet og nærhet til et tilbud av god kvalitet, og at det vises respekt for mennesker i sårbare livssituasjoner. Fornøyde pasienter, pårørende og ansatte er den beste reklame. Ellers må vi kanskje tørre å tenke litt annerledes omkring kvalitetsbegrepet. Jeg tror ikke at ALLE tilbud i framtiden skal finnes på ALLE sykehus. Jeg tror ellers det er avgjørende for sykehusene å ha en god dialog med kommunene. Kommunene og ordførerne burde vært de beste ambassadørene, jeg er ikke sikker på om vi har grunn for å være det ennå!?

Jan Erik Larsen

Den store kvaliteten i lokalsykehusene ligger i ordet: de er lokale, og dermed nær pasienter og pårørende. Den som skal omstille norske sykehus må forstå dette. Spesialisthelsetjenesten er overmoden for endringer. Lokalsykehusene, ikke minst, må endre seg. Funksjonsfordeling vil tvinge seg fram. Men den som skal gjøre denne omstillingsjobben må ha innsikt i både psykologi og politikk. For å lykkes med endringsprosessen, må man forstå at lokalsykehusene

både skal ivareta behovet for medisinsk behandling av høy kvalitet, men at de også gir, og skal gi, befolkningen en mer udefinert form for trygghet ved sin blotte eksistens. Det siste er særlig knyttet til føde- og akuttfunksjoner. I tillegg er de bærende infrastrukturbedrifter i mange lokalsamfunn. Endringer som tilsynelatende truer disse tre områdene, vil møte sterk motstand. Og de politiske konsekvensene av å gjennomføre slike endringer uten noen form for forankring eller forståelse hos folk flest, er så store at politikerne da heller lever med høyere kostnader en stund til, for å skape trygghet i befolkningen.

Einar Aasen

Eldre mennesker bruker spesialisthelsetjenesten hyppigere enn den yngre. Her er det ikke nødvendigvis spørsmål om komplisert kirurgi eller andre spesialiteter. Derimot vil nærhet til pårørende virke som en positiv stimulans og få pasienten raskere på beina.

Et lokalsykehus vil normalt nås raskere enn sentralsykehusene og pasienten kommer raskere under behandling. I noen tilfeller vil det likevel være behov for å videresende pasienten til et større sykehus, men lokalsykehuset har da gitt stabiliserende førstehjelp for videretransport.

Et lokalsykehus må også inneholde en fødeavdeling. Siden de fleste fødsler forløper normalt, vil nærhet bety mer enn spesialkompetanse. Det kan faktisk være en større risiko med lang transport i en ambulanse uten jordmor.

Hvilke oppgaver må vi prioritere i framtidas lokalsykehustilbud?

Olav Sletvold

Framtidas lokalsykehus vil ha problemer med å ta hånd om alle de oppgaver de



“Etter mitt syn er det geografisk nærhet, kontinuitet og følelsen av at dette er “mitt” sykehus som utgjør de viktigste elementene i lokalsykehusets kvalitet.”

Olav Sletvold, geriater ved St. Olavs Hospital



“Den store kvaliteten i lokalsykehusene ligger i ordet: de er lokale, og dermed nær pasienter og pårørende...”

Jan Erik Larsen, redaktør for Tidens Krav, Kristiansund

har i dag. Sannsynligvis kommer vi ikke utenom en funksjonsfordeling.

For i det hele tatt å kunne kalles sykehus må de også ha et visst minstemål med diagnostisk og terapeutisk kompetanse. Men det å representere “minstemålet” kan føre til en negativ seleksjon av ekspertise, som igjen underminerer lokalsykehuset slik vi har det i dag.

Ett er hevet over tvil: Framtidas lokalsykehus må ha et akuttmedisinsk tilbud! Lokale forhold og kompetanse vil avgjøre hvor omfattende og avansert dette skal være. Min mening som geria-ter: Dersom helsevesenet skal ha en målsetting om likeverdighet i tjenestetilbudet blir det helt feil å segregere på grunnlag av alder.

Karin Søråunet

Det må være fødeavdeling og det må være mottak for øyeblikkelig hjelp. Og noen grunnleggende tjenester, innenfor kirurgi og medisin. I tillegg gjerne bygge gode “spesialiteter”, for å ivareta planlagte innleggelser. På den måten sikrer man et godt fagmiljø, som igjen gir gater rekruttering. Planlagte innleggelser kan utføres hvor som helst. Pasientene kommer sikkert til å være mer og mer opptatt av å finne de beste “tilbudene”. Gode lokalsykehus er viktig element i distriktspolitikken, ikke først og fremst pga arbeidsplasser, men fordi det gir innbyggerne trygghet for å bo der de bor.

Jan Erik Larsen

Jeg tror lokalsykehusene også i framtida må ivareta alle de tre behovene jeg har nevnt ovenfor. Det kreves en helt annen bred, folkelig forståelse for endringene innen akutt-medisinen, og hvordan gode, høyteknologiske ambulanser og sentraliserte spesialistfunksjoner kan erstatte lokale akuttavdelinger,

før man evt. kan fjerne disse fra lokalsykehusene, eller endre deres innhold vesentlig. Jeg er imidlertid overbevist om at alle aktører utenfor sykehusene, både politikere, pasienter, brukerorganisasjoner og andre, i det lange løp vil etterspørre det som gir den beste medisinske kvaliteten, størst overlevelsesmulighet og mest helse for pengene. Så tror jeg lokalsykehusene i større grad kan fylle en rolle innen omsorgselementet i spesialisthelsetjenesten, som i for liten grad vektlegges i dag. Dette elementet tror jeg både vil bli mer etterspurt, og mer vektlagt når den totale kvaliteten i det tilbudet sykehusene gir, skal måles. Og planlagte inngrep kan godt legges stil spesialiserte enheter på lokalsykehusene.

Einar Asen

For meg er det viktig at framtidas lokalsykehus får beholde akuttberedskapen og fødeavdelingen, og at de blir brukt aktivt som en del av spesialisthelsetjenesten. Et lokalsykehus skal kunne behandle normale sykdommer, men vi trenger selvfølgelig også sentralsykehusene og deres spisskompetanse. Tar man vekk akuttberedskapen, er det ikke lenger et lokalsykehus. For at lokalsykehusene skal overleve, må det utvikles en forståelse om at det for pasienter med vanlige sykdommer er like trygt å bli behandlet på et lokalsykehus som på et sentralsykehus. På denne måten reduserer man også antallet korridorpasienter. Til slutt er det viktig at det utdannes tilstrekkelig antall generelle kirurger. Dette er et ansvar som påhviler de som styrer medisinsutdannelsen.



Prosjekt avdelingsfarmasi – Riktig medisin for

Fakta om Prosjekt avdelingsfarmasi

- Fokus i prosjektet har vært rundt medisineringsen pasientene hadde da de ble innlagt.
- Informasjon om medisinbruken har vært hentet inn fra hjemmesykepleie, fastleger, en gjennomgang av pasientenes medikamenter og samtaler med pasienter og pårørende.
- Avvik i opplysningene gjennomgås av en gruppe bestående av klinikere, farmakolog og farmasøyter.
- Prosjektet er et samarbeid mellom Seksjon for geriatri, Seksjon for gastrokirurgi og Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs Hospital og Sykehusapoteket i Trondheim.

kliniske avdelinger?

Av 61 medisinererte pasienter, fikk 49 feil medisin, eller feil dosering av riktig medisin. Det viser foreløpige resultater fra Prosjekt avdelingsfarmasi ved St. Olavs Hospital.

Prosjektet skal sikre riktig legemiddelbruk til den enkelte pasient ved at farmasøyter aktivt deltar i arbeidet ved kliniske avdelinger.

Mange, men få store avvik

Avvikene i den innhentede informasjonen ble klassifisert i tre kategorier etter stigende alvorlighetsgrad. – Vi fant få alvorlige avvik, men det totale antallet avvik var høyere enn vi trodde. Hvordan situasjonen er i andre avdelinger vet man ikke, men geriatriks seksjon har vært en avdeling med stor fokus på farmasien, så avvikene kan være flere for andre seksjoner, sier leder for prosjektet, Janne Kutschera Sund.

Synsingen er bekreftet

Olav Sletvold er seksjonsoverlege og geriater ved seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital. Han mener resultatene bekrefter synsingen som har eksistert rundt temaet. – Jeg håper at dette prosjektet kan føre til at legemiddelbehandlingen for geriatriks pasienter blir bedre, sier Sletvold.

Håper på flere farmasøyter inn i sykehusavdelingene

Et av delmålene med prosjektet var å

kartlegge hvordan behovet for farmasøyter er på avdelingene. Prosjektet viser at nytten er stor i innleggelsesfasen, og ønsket er at farmasøyter blir tilgjengelig under hele sykehusoppholdet, også etter utskrivingsfasen.

Geriatriks seksjon under lupen

Prosjektets første del ble kjørt ved geriatriks seksjon. Her er riktig medisinerings en ekstra stor utfordring. Pasientene har mange forskjellige sykdommer, både psykiske og somatiske. Gruppen har på grunn av alderen endret organfunksjon, og ofte nedsatt kognitiv funksjon, som gjør det vanskeligere å oppnå god kommunikasjon med dem. Del to av prosjektet har startet på en sengepost på gastrokirurgisk seksjon. Arbeidet der er ikke avsluttet ennå.

Pasientene involverer seg

Prosjektet har vært godt mottatt blant pasientene i avdelingene. Et resultat av at farmasøytene har vært mer synlige blant pasientene er at pasientene selv har blitt mer opptatt av problemstillingen rundt medisinerings. Terskelen for å spørre om sin egen medisinerings har blitt mye lavere og flere av pasientene har ringt i ettertid for å få svar på spørsmål rundt egen medisinerings.



Olav Sletvold, professor i geriatri

Farmasøytene sikrer kvaliteten

Sletvold håper også at farmasøytene blir mer involvert i avdelingene etter hvert. – På den måten får legene en kompetent person å spille på i forhold til medisinerings av pasientene. De kan spontant sette spørsmålstegn ved våre avgjørelser, og det gjør jo at vi skjerper oss. Farmasøytene blir en aktiv kvalitetssikrer i avdelingene, avslutter Sletvold.

Helse-illustratør til topps

“Helses” faste illustratør, Ella Kristine Okstad, gikk til topps i design konkurransen “Jul på papiret”. Årets design-papir skal hjelpe vanskeligstilte til en bedre julefeiring.

Okstads vinnermotiv blir å finne på årets julegavepapir og pakkelapper. Konkurransen arrangeres av Norsk Form og Grafill, interesseorganisasjonen for grafiske illustratører i Norge. Papiret blir å finne i utvalgte design-butikker. Okstad er svært glad for å vinne, men synes det beste med hele konkurransen er at inntektene uavkortet går til Rådet for psykisk helse.

Inngår avtale med Medi 3

Helse Midt-Norge inngår avtale om kjøp av kirurgisk behandling med Medi 3 AS i Ålesund. Partene velger å inngå en minnelig avtale etter at det ikke kom et klart og entydig svar fra Klagenemda for offentlige anskaffelser.

– Motivet vårt for å inngå avtaler med private er at dette skal være et supplement til det offentlige tilbudet og at det bidrar til å gi pasientene et bedre tilbud samlet sett. Dette gjelder også for avtalen med Medi 3 som nå inngås etter at vi nå er kommet fram til enighet, sier adm.dir. Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge RHF.

Avtalen som nå inngås gjelder fra dags dato og fram til og med 17. april 2007. Den kan forlenges med ett år. Avtalen omfatter kirurgisk behandling ved dagbehandling og innleggelse for følgende fagområder og volum:

- ▶ Ikke-kosmetisk plastkirurgi (inntil 1000 DRG-poeng i avtaleperioden)
- ▶ Ryggkirurgi (inntil 150 DRG-poeng per år i avtaleperioden)

Ikke-kosmetisk kirurgi omfatter inn-grep som brystreduksjoner, bryst-rekonstruksjon og stor bukplastikk.

Folkevalgte inn i sykehusstyrene

– Flere folkevalgte i foretakenes styrer vil gi nærmere kontakt mellom befolkningen og de som fatter viktige beslutninger om spesialisthelsetjenester, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

Regjeringen har sagt at et flertall av foretakenes styremedlemmer skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte. – Fylkeskommunene blir invitert til å foreslå kandidater blant folkevalgte på kommune- og fylkesnivå, sier Brustad.

Fylkeskommunenes forslag vil bli vurdert helhetlig og i forhold til kompetansebehov som skal dekkes. Styrene i fore-

takene vil bli satt sammen med syv eieroppnevnte styremedlemmer, hvorav fire foreslått av folkevalgte og tre ordinært eieroppnevnte styremedlemmer. I tillegg inngår ansattrepresentanter som velges gjennom en egen valgordning.

For styrene i regionale helseforetak legges det opp til ny sammensetning i foretaksmøter i januar 2006.

For helseforetakene lokalt legges det opp til at endring i styrer vil skje fra og med 1. mai 2006. Regionale helseforetak vil stå for sammensetning og utnevning av HF-styrene.

Raskere hjelp til narkomane

Ventetida for narkomane i Midt-Norge som ønsker rehabilitering med metadon er kraftig redusert i løpet av det siste halve året. I vår var ventetida om lag 10 måneder, men nå er gjennomsnittet på 5,5 måneder.

Da rusreformen trådte i kraft for snart to år siden var ventetida 2-3 år. Det har vært arbeidet aktivt med å gjøre ventetida kortere og samtidig sikre kvalitet i behandlingen.

– Vi har styrket rutineene for å sikre samhandling på tvers av fag og forvaltningsnivå. Slik er vi i stand til å gi rusmisbrukerne et behandlingstilbud av god kvalitet og samtidig gi et tilbud til flere.

Det er grunn til å gi all honnør til personalgruppen som har brettet opp armene og gjort en solid innsats. Det har vært avgjørende for å lykkes så langt, sier fungerende leder for Legemiddelassistert Rehabilitering Midt, Kristin Holm Smedsrud.



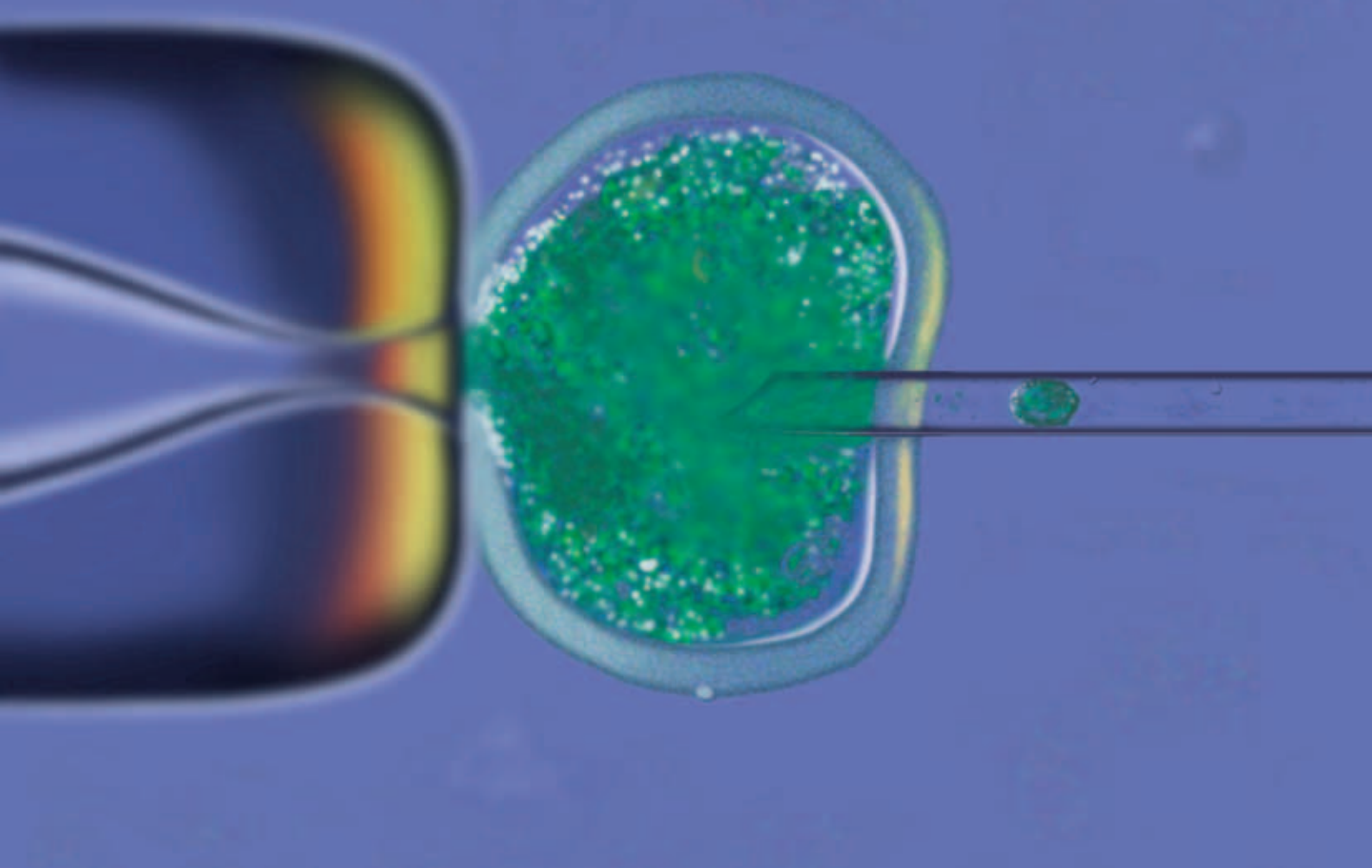
2,8 millioner kroner til pasient- og pårørendeopplæring

Helse Midt-Norge har fordelt 2,8 millioner kroner i prosjektmidler til pasient- og pårørendeopplæring for 2005–2006.

Det ble fremmet 57 søknader og samlet søknadssum oversteg rammen for tilde-ling. Flere gode prosjektforslag får derfor ikke støtte. Helse Midt-Norge håper like-vel at helseforetakene i regionen vil vurdere å videreføre flere av disse.

“Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring” som ble vedtatt i juni 2004, legger grunnlaget for priorite-ring av søknader. Det er blant annet lagt vekt på samhandling med brukere og primærhelsetjenesten, at tiltaket skal inngå i en helhetlig behandlingsskjede og at tiltaket har overføringsverdi for resten av regionen.

Du finner mer informasjon på www.helse-midt.no



Framtidens operasjonskniv og medisin

Bioteknologiloven skiller mellom bruk av stamceller fra voksne mennesker og fra befruktede egg. Det første er lovlig og det siste burde være det. Det mener Arne Sunde, professor i cellebiologi ved NTNU. – I framtiden kan stamceller erstatte både operasjonskniven og medisin og men det forutsetter forskning på stamceller på befruktede egg, såkalte embryonale stamceller.



Arne Sunde, professor i cellebiologi ved NTNU

Bioteknologiloven sier dette i dag:

- Det er forbudt å forske på befruktete egg, menneske-embryoer og cellelinjer som er dyrket ut fra befruktete egg eller menneskeembryoer.

Celleterapi i framtiden

- Stamceller har to viktige egenskaper som gjør at de i framtiden vil kunne kurere for eksempel kreft, hjerte-kar-sykdommer og skader etter ulykker.
- De finner veien hjem på egen hånd. Hjernestamceller vil gå til hjernen, og hjertestamceller vil gå til hjertet. Slik vil en stamcelle kunne bygge opp ødelagt vev for eksempel etter en ulykke.
- De kan brukes til å transportere medisin til riktig sted i kroppen. Slik kan stamceller bidra til for eksempel å drepe kreftsvulster som har spredt seg i kroppen.

Embryonale stamceller har et langt større vekst og utviklingspotensial enn andre stamceller. Like etter befruktningen kan hver enkelt av stamcellene utvikle seg til hvilken som helst celletype i kroppen. Etter hvert blir stamcellene mer spesialiserte og vanskeligere å overtale til å utføre andre oppgaver. Slike celler kalles også adulte stamceller.

– Ved å tilsette signalstoffer, som er kroppens måte å gi en ordre til cellen, får cellen beskjed om hvilken oppgave den skal utføre. Det er altså mulig å “programmere” en embryonal stamcelle gjennom oppskrifter, omtrent som i en kokebok, forteller Sunde.

Dolly gav ny lærdom

Klone-sauen Dolly markerer veiskillet innen celletreapi. Da resten av verden i en blanding av sjokk og fascinasjon så kopisauen Dolly i øynene, var forskerne opptatt av helt andre ting enn muligheten til å kopiere. De var opptatt av stamceller. Dolly ble nemlig skapt ut fra en eneste jur-stamcelle. Inntil da trodde forskerne at en stammcelle bare var i stand til å utføre en oppgave. Man trodde for eksempel at en hud-stamcelle bare var i stand til å lage hud.

– Hver eneste celle inneholder et komplett bibliotek av ca. 30.000 gener. Tidligere trodde vi at deler av biblioteket ble låst av og aldri kunne låses opp etter hvert som cellen spesialiserte seg. Dolly viste oss det motsatte, sier Sunde.

Forskning på embryonale stamceller nødvendig

Men hvis det er slik at alle stamceller kan låses opp og reprogrammeres, hvorfor skal du da på død og liv forske på de omstridte embryonale stamcellene?

– Med den kunnskapen vi har i dag, får vi som oftest vi ikke de adulte stamcellene til å vokse og utvikle seg i tilstrekkelig antall til å kunne brukes

terapeutisk. Vi får kanskje 1000 celler mens vi trenger tusen milliarder celler. Derfor må forskerne gis tilgang til å forske på embryonale stamceller. Målet med forskningen er å forstå mekanismene godt nok til at de kan utnyttes også på adulte-stamceller.

Religion skiller kunnskap

Ute i verden er genteknologi big science, særlig i Midt-Østen og Asia. Korea er kanskje det landet som satser mest, og har kommet lengst i forskningen. De resultatene som er offentliggjort ligger 10–15 år foran det norske forskere trodde var mulig, og det spekuleres i hvor langt de egentlig har kommet. Den vestlige verden henger etter i denne typen forskning. Sunde mener det har med religion å gjøre.

– Det går et skille mellom de religiøse som mener at livet oppstår ved befruktningen og de som mener livet i moralsk forstand oppstår senere. Derfor er forskning på embryonale stamceller omstridt, ikke bare i Norge men i hele den vestlige verden.

Viktig å henge med

Men kunnskap kan vel importeres?

– Ja, til en hvis grad. Det investeres store pengesummer i forskningen og det ligger et enormt industripotensiale i celleterapi. Derfor blir mye av kunnskapen behandlet som forretningshemmeligheter. Vi får tilgang til resultatet, men ikke til oppskriften. Det har to store konsekvenser: For det første vil dagens prioriteringsdebatt bli som fuglesang å regne i forhold til framtidens. Celleterapi vil i framtiden kunne kurere større grupper av sykdommer, som for eksempel kreft. Vi må regne med å kjøpe dyre behandlingstilbud på markedet til topppris. For det andre blir vi passivisert i kunnskapsutviklingen – det er noe helt annet å forske seg fram til kunnskap framfor å lese seg til kunnskap, hevder Sunde.



Ny regjering vil endre loven

Dette står i den nye regjeringens programerklæring, utformet på Soria Moria:

Flere sykdommer kan helbredes ved å dra nytte av de medisinske framskritt som bio- og genteknologi vil frembringe. Regjeringen vil ha økt fokus på forskning på såkalt adulte stamceller (fra fødte individer). Regjeringen vil revidere bioteknologiloven slik at det på bestemte vilkår åpnes for forskning på overtallige befruktede egg, herunder stamcelleforskning, og begrenset bruk av preimplantasjonsdiagnostikk.

Celleterapi i dagens behandling

Celleterapi brukes i stor skala i behandling av blant annet benmargskreft på hematologisk avdeling ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Vi tar da celler ut av pasienten som fryses ned og settes tilbake i pasienten etter cellegiftbehandling. Disse cellene erstatter benmarg som er ødelagt av cellegiftkuren.

Det sier Anders Waage som er professor i molekylær medisin ved NTNU.

Waage sier videre at vi har både kunnskap og forskningsmessig kompetanse til å utvikle dette fagområdet. Han understreker at etableringen av en stamcellelab på St. Olavs er viktig.

– Det er av stor betydning å få samlet den forskningen som drives på ett sted.

At laboratoriet gis merkelappen “Stamcellelab” er viktig fordi det knytter oss til internasjonal forskning. Målet må være at vi kan levere delprosjekter av høy kvalitet til den internasjonale stamcelleforskningen.

Waage advarer mot å søke etter raske resultater innen forskningen.

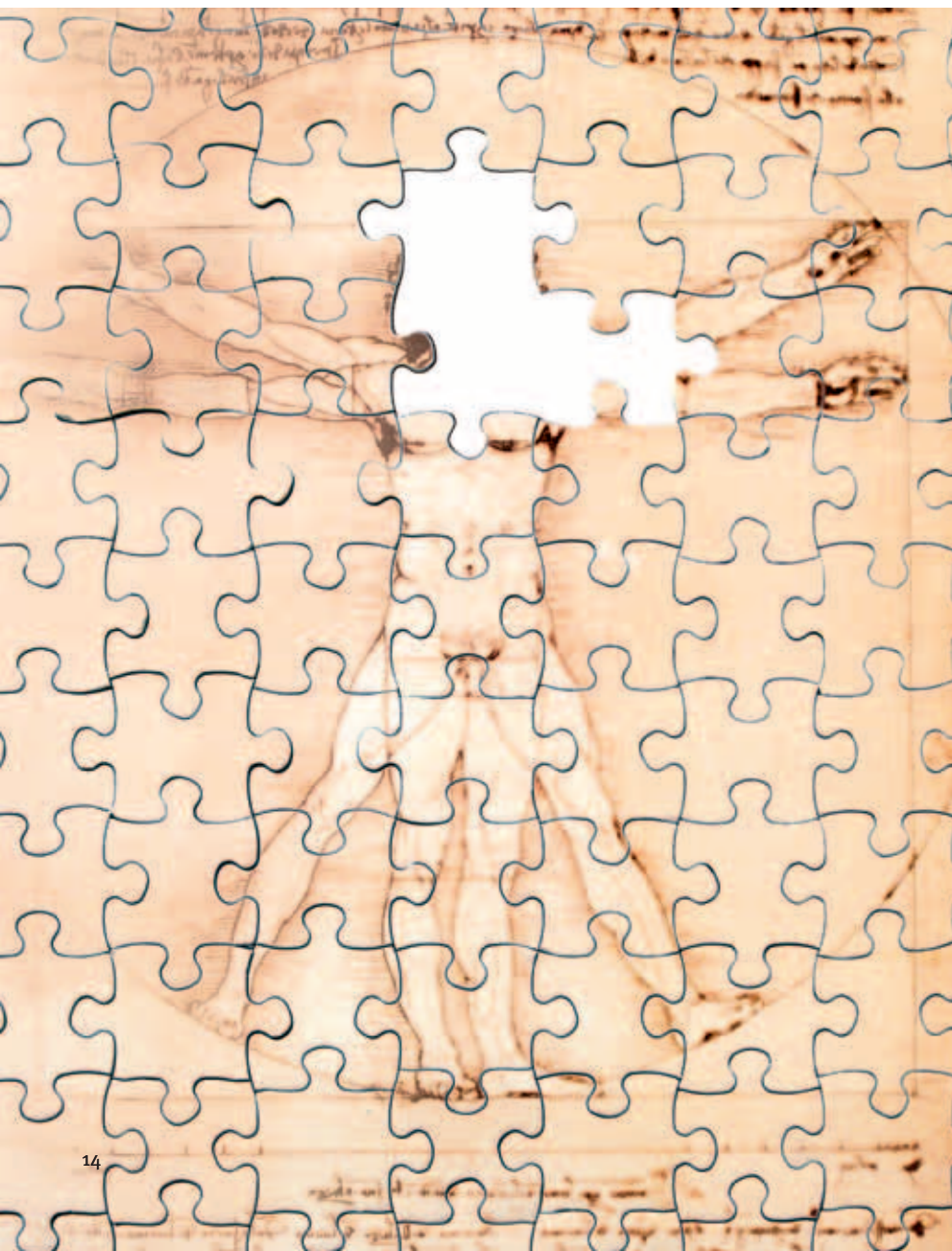
– Potensialet er stort, men hva som er realiserbart er fortsatt usikkert. Celleterapi er ressurskrevende medisin og vil neppe bli brukt på store befolkningsgrupper.



Anders Waage, professor i molekylær medisin ved NTNU

Avtalespesialisten – Helse Midt-Norges

Helse Midt-Norges 177 avtalespesialister utgjør en betydelig del av det samlede polikliniske tilbudet i regionen. I disse dager kartlegges alle avtalespesialistene for å få til et enda bedre samarbeid om å skape et godt helsetilbud.



Det er tidligere fagsjef i Helse Midt-Norge, Inge Romslo som har fått i oppgave å besøke alle spesialistene.

– Den personlige kontakten er viktig for å kommunisere godt – både for Helse Midt-Norge og avtalespesialisten. Vi blir bedre kjent med praksisene og spesialistene får tatt opp ting som er viktige for både oss og dem, sier Romslo.

Bedrer tilgjengeligheten

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) gjorde en undersøkelse som viste at tilgjengeligheten til mange privatpraktiserende spesialister var for dårlig. Det gjelder også vår region.

– Tilgjengelighet er ett av temaene vi tar opp. Mange har fortsatt for dårlig tilgjengelighet på grunn av trapper, smale dører, heiser og lignende, men situasjonen er i ferd med å bedre seg. I de tilfellene vi påpeker forhold som bør utbedres blir det møtt meget positivt.

I tillegg til tilgjengelighet er praksisprofil, pasientgrupper og samarbeid sentrale tema i samtalen. Romslo fremhever det faglige ambisjonsnivået som kommer fram i samtalen.

– Graden av kursdeltagelse, etterutdanning, publisering av artikler og annet faglig engasjement som går utover det å behandle pasienter er imponerende og borger for god kvalitet, sier Romslo.

en viktig del av tilbud



Einar Vandvik, seniorrådgiver i Helse Midt-Norge



Inge Romslo, rådgiver i Helse Midt-Norge

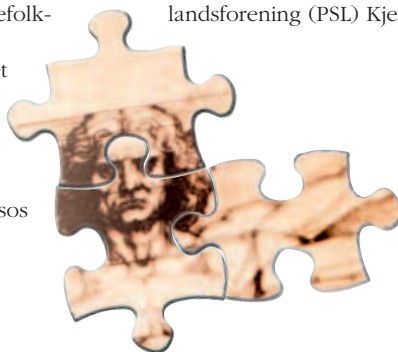
Geografiske skjevheter

Tilgangen til spesialhelsetjenester er ulikt fordelt innen Helse Midt-Norge. Per innbygger er det Sør-Trøndelag som har flest, deretter kommer Nord-Trøndelag og dårligst tilgang til spesialister har vi på Nordmøre. Seniorrådgiver Einar Vandvik i Helse Midt-Norge mener avtalespesialistene får en viktig rolle i det framtidige helsetilbudet.

– Folk ønsker ikke innleggelse med mindre de må, og så lenge det er medisinsk forsvarlig vil vi gi tilbud i nærheten av bostedet. Avtalespesialistene kan brukes til å jevne ut de geografiske skjevhetene i helsetilbudet, og vil fortsatt være en viktig del av det lokale helsetilbudet til Helse Midt-Norge. Vi vil også se på den faglige vektingen av tilbudet – hvordan fordeler vi ressursene på somatisk satsning i forhold til psykiatri.

Vandvik presiserer at målet med Helse Midt-Norges aktivitet – også bruken av avtalespesialister – alltid vil være å gi befolkningen best mulig tilgang på helsetjenester.

– På Sunnmøre og Nordmøre ønsker vi å komme i dialog med befolkningen og kommunehelsetjenesten for å få vurdert det framtidige behovet for privatpraktiserende spesialister. I Nord-Trøndelag er spesialistene samlet i og omkring sykehusene i Namsos og Levanger.



Testing av ulike modeller

Vandvik forteller videre at to spennende modeller er under utprøving på Ørland og Oppdal.

– På Ørlandet er det etablert et distriktsmedisinsk senter der spesialister som arbeider ved St. Olavs Hospital reiser ut til Ørland og jobber. St. Olavs Hospital tar på denne måten ansvar for både den administrative og faglige driften av senteret på Ørlandet. På Oppdal har vi samlet 7 privatpraktiserende spesialister som arbeider sammen i lokaler som disponeres av kommunen. Her er Oppdal kommune aktivt med i driften og stiller med utstyr og hjelpepersonell i tillegg til lokaler, sier Vandvik.

Helse Midt-Norge ønsker å teste og videreutvikle disse modellene atskilt for å få et godt grunnlag å evaluere på.

Kritiske avtalespesialister

Samarbeidet mellom avtalespesialistene er ikke bare preget av harmoni og forståelse. Blant annet har kriteriene for hvilken tilskuddsklasse avtalespesialisten skal plasseres i vært et stridsemne. Tillitsvalgt i Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) Kjell Midelfart

hevder at tildelingskriteriene skal være gjenstand for sentrale forhandlinger, og ikke kunne defineres av Helse Midt-Norge alene slik som i dag. Vandvik kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen.

– Vår oppfatning er at klassetildelingen er i tråd med retningslinjene som er beskrevet i rammeavtalen mellom Den norske legeforening og Helse Midt-Norge.

Se også kommentar fra Kjell Midelfart side 17.

Avtalespesialistene i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har avtale med 177 spesialister fordelt på 110 legespesialister og 67 psykologspesialister. Driftstilskuddet utgjør ca. 60 millioner kroner årlig.

Fordeling av spesialister innenfor regionen:

	Lege- spesialist	Psykolog- spesialist
Nord-Trøndelag	23	7
Sør-Trøndelag	69	39
Nordmøre og Romsdal	8	9
Sunnmøre	10	12



Fra venstre:
Åse Jysta, anestesisykepleier, Sigurd Fasting, anestesilege
Magne Skjøstad, øre-nese-hals-lege og audiograf/sekretær Unni Mørk.
Foto: Geir Mogen.



Jon Anton Haugum, psykologspesialist i Steinkjer.
Foto: Johan Arnt Nesgård.

Avtale med en **spesialist**

Helse Midt-Norges avtalespesialister utfører 4908 konsultasjoner i måneden. Magasinet Helse bestilte time hos to av dem, for å høre deres oppfatning av sin rolle i helseforetaket.

Vi fikk time hos øre-nese-hals spesialist Magne Skjøstad i Trondheim og psykologspesialist Jon Anton Haugum i Steinkjer.

Beskriv praksisen din:

Magne Skjøstad

– Jeg driver en generell øre-nese-hals-praksis. Har egen operasjonsstue og har hittil i år utført over 230 inngrep i narkose. I tillegg gjør jeg en rekke inngrep i lokalbedøvelse. Jeg utfører også allergi-testing, hørselsmålinger, høreapparat-tilpasninger og andre oppgaver som tilhører faget. Vi er totalt to heltidsansatte og fire deltidsansatte. I tillegg samarbeider jeg med narkoselege og anestesisykepleier.

Jon Anton Haugum

– Jeg er spesialist i klinisk voksenpsykologi med fordypning i kognitiv terapi som metode. Jeg driver virksomheten alene og startet opp september i fjor med 50 % driftshjælp i Helse Midt-Norge. Jeg fikk umiddelbart mange søknader og har hatt fullt belegg siden dag en. Driftshjælp har nå blitt utvidet til 100 %.

Hva er ditt viktigste bidrag i Helse Midt-Norge?

Magne Skjøstad

– Min praksis er en avlastning for sykehusene, særlig den operative virksomheten. Jeg har bidratt direkte til å redusere ventelistene i Helse Midt-Norge ved å utføre operasjoner. Fordelen med oss som er privatpraktiserende er at vi er mer fleksible enn sykehusene. Hvis en av mine pasienter får et problem kan han nå meg på telefonen samme dag.

Jon Anton Haugum

– Jeg avlaster de offentlige sykehusene med mitt tilbud om samtaleterapi til mennesker med milde og moderate problemer. De tyngre problemene går til sykehusene. Det er også slik at mange pasienter ikke ønsker å benytte seg av offentlige tilbud, men ønsker å gå til en privatpraktiserende. Andre trenger lenger behandling og tettere oppfølging enn det sykehusene kan tilby. I slike tilfeller blir jeg et supplement til det offentlige tilbudet.

Hvordan fungerer samarbeidet med Helse Midt-Norge?

Magne Skjøstad

– Jeg har etterlyst besøk fra Helse Midt-Norge. Derfor er jeg meget positiv til den besøksrunden som pågår. Den er viktig for å få forståelse av hvordan vi avtalespesialister driver. Den faglige kvaliteten er høy og den tekniske standarden er god. Jeg har for eksempel nylig gått til anskaffelse av nytt narkoseutstyr. Det er likevel viktig at Helse Midt-Norge ikke blir for detaljert i styringen. Vi har tross alt valgt dette yrket fordi vi ønsker å drive virksomheten selv.

Jon Anton Haugum

Jeg er godt fornøyd med den interessen som vises for vår arbeidssituasjon og tilbakemeldingene på hvordan vi løser ting. Jeg har også satt pris på at folk har vært lette å få tak i hos Helse Midt-Norge når jeg har hatt behov for å få svar på spørsmål. Jeg har ingen tro på noen revolusjon i behandlingstilbudet i framtiden, men det vil nok bli et økende behov for psykologtjenester. Jeg tror det vil bli større fokus på at også somatiske pasienter, for eksempel kreftpasienter, vil ha behov for samtaleterapi.

Psykologspesialistene: Positiv utvikling

– Jeg føler Helse Midt-Norge gradvis har gitt en anerkjennelse av den helsegevinsten det gir å gå til psykolog. Det har ført til flere hjemler innen psykisk helsevern, men fortsatt er behovet større enn tilbudet.

Det sier Sverre Sævareid som er regionstillitsvalgt for Norsk Psykologforening. Han mener at det siden samarbeidet med psykologspesialistene ble inngått i 2003 har dreid seg mye om å kartlegge virksomheten.

– Helseforetaket har vist stor interesse for den tjenesten vi kan tilby. Det har vært både positivt og frustrerende. Mest positivt fordi det har ført til en økt forståelse for vårt bidrag. Men det har vært frustrerende fordi vi har måtte bruke mye tid på rapportering og fordi vi

opplever at det har blitt brukt mye tid til å undersøke forhold som allerede var godt kjent blant våre fagfolk.

Hvordan kan samarbeidet bli enda bedre?

– Jeg tror samarbeidsutvalget fortsatt vil spille en meget viktig rolle for å bedre samarbeidet. En ting som kunne blitt bedre er rapporteringssystemet. Dette arbeider vi med for tiden, både lokalt og på landsplan. I rapporteringen opereres det i dag med et begrepsapparat

som er tilpasset medisinsk behandling. Særlig er bruken av begrepet “kontroller” problematisk, for ikke å si misvisende.

Etter diagnose vil psykologer drive behandling, og ikke kontroller, men dette er det ikke rom for i rapportene. Derfor framstår det som om psykologer driver unødige mange kontroller, sier Sævareid.



*Sverre Sævareid,
regionstillitsvalgt
Norsk Psykolog-
forening*

Legespesialistene: Ønsker mer innflytelse

– Avtalespesialistene bør få mer reell innflytelse, og ikke bare ha uttalerett. Det sier regionstillitsvalgt i Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), Kjell Midelfart.

Han hevder samarbeidsutvalget som er en del av rammeavtalen med Helse Midt-Norge fungerer for mye på Helse Midt-Norges premisser, og ikke bidrar til samarbeid i viktige saker.

– Dette har vært et problem særlig i forhold til definisjon av kriteriene for hvilken tilskuddsklasse avtalespesialisten skal plasseres i. Helse Midt-Norges nyinnførte praksis på området har vakt oppsikt i vår fagforening som også sentralt tar sterkt avstand fra denne.

Er det ikke en arbeidsgivers rett å definere kriteriene for tildeling av tilskudd?

– Vi mener det er forhold som skal være gjenstand for sentrale forhandlinger, noe som også vil skje når disse starter i desember, sier Midelfart.

Et annet problemområde er tilsetning i ledige hjemler. Der andre regionale foretak har lyktes i å bruke felles regler basert mye på PSLs retningslinjer, har vi ikke hatt gjennomslag for dette i Helse Midt-Norge.

Han ønsker også at det blir satt av midler til utvidete hjemler til spesialister

som jobber heltid med deltids-hjemler.

– I dag er det flere spesialister som jobber fulltid med deltids-hjemler. Det er vårt mål at disse skal ha fullt tilskudd.

Han stiller seg positiv til det kartleggingsarbeidet som foregår.

– Det er utmerket at vi får vist fram hva vi står for, og hvordan vi jobber. Vi vil gjerne ha god kontakt med Helse Midt-Norge, avslutter Midelfart.



*Kjell Midelfart,
regionstillitsvalgt
i PSL*

Nye avtaler om opptrenings- og rehabiliteringstjenester

Helse Midt-Norge RHF inngår avtaler med sju private institusjoner om kjøp av opptrenings- og rehabiliteringstjenester for 2006.

– Dette er avtaler som gir et viktig bidrag i spesialisthelsetjenesten og danner et godt grunnlag for samarbeidet videre, sier viseadministrerende direktør og fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge vil inngå avtaler med følgende institusjoner:

- Namdal Rehabilitering – Høylandet
- Røros Rehabiliteringssenter

- Selli Rehabiliteringssenter
- Muritunet – Senter for Meistring og Rehabilitering
- Bjørnang Rehabiliteringssenter
- Meråker Sanitetsforenings Kurbad
- Kastvollen Rehabiliteringssenter

I tillegg får pasientene et tilbud ved Aure Opptreningssenter, som eies av Helse Nordmøre og Romsdal.

Det blir tilbud om opptrenings- og rehabiliteringstjenester til 11 pasientgrupper. De største gruppene er pasienter med behov for opptrening og rehabilitering etter ortopediske operasjoner, ved revmatiske lidelser, ved hjerte- og karsykdommer og for pasienter med lunge sykdom. I tillegg inngås det en forsknings- og utviklingskontrakt med Røros Rehabiliteringssenter rettet mot pasienter med sykkelig overvekt.

Ny livsstil og en lettere tilværelse

Motivasjonen og lysten til å endre og gjøre opp med gamle levevaner har vært helt topp. Resultatet har så langt vært positivt for de 30 kursdeltakerne som nå er i ferd med å avslutte sitt 18 uker lange opphold på Ebeltoft Kurcenter i Danmark.

Tiltaket er et ledd i et forsknings- og utviklingsprosjekt knyttet til behandling av og hjelp til overvektige i Midt-Norge. 17. desember er returdag for deltakerne. De veide 4,3 tonn da de kom. Ved hjemreise er de 0,7 tonn lettere. Det er rekord, rapporterer Ebeltoft Kurcenter. I snitt har deltakerne redusert sin vekt med 16 prosent.

Deltakerne har hatt et omfattende og krevende program med trening og undervisning flere ganger om dagen i Danmark. Dagene har vært fast strukturert med 6 måltider om dagen med sunn og fettfattig mat. Ingen har gått på diett. Den nye livsstilen handler om riktig og næringsrik mat kombinert med mosjon. Psykologisk handler det om å arbeide med seg selv og lære å forstå hva som skaper ubalanse og stress – og som medvirker til økt og

uheldig kosthold. Alle deltakerne har også inngått i familiegrupper med et slags sosialt forpliktende fellesskap med matlagning på kveldstid basert på ferdige oppskrifter og innkjøpte råvarer. Og med seg hjem har de både oppskrifter på mat – og en sunnere livsstil.

Det gjenstår fortsatt en stor oppgave i å få den nye sunne livsstilen integrert i hverdagen hjemme – i forhold til familie, arbeid og fritid. Derfor skal de følges opp i fem år framover. Det er St. Olavs Hospital som har ansvar for prosjektet og på nyåret blir det et opphold på Røros Rehabiliteringssenter for å gi støtte til arbeidet med å endre vaner holde på den nye livsstilen.

Tiden skal benyttes til å evaluere egne mål og planer: Greide jeg å integrere de

nye vanene, den nye livsstilen, i hjemmemiljøet? Å dele erfaringer med andre i forhold til utfordringer og gode råd og å planlegge veien videre i hjemmemiljøet er en viktig del av oppholdet.

Når deltakerne er hjemme, vil en fagperson, en coach, tilknyttet St. Olavs Hospital vil være en kontaktperson og fungere som et koordinerende bindeledd mellom den enkelte kursdeltakeren og kommunehelsetjenesten. Kontakten mellom coach og deltaker vil i hovedsak skje per telefon.

Videre blir Landsforeningen for overvektige, LFO, etablert i Midt-Norge i januar 2006. Dette er en frivillig organisasjon som har mulighet for å opprette selvhjelpsgrupper og organisere likemannsarbeid.

Fra venstre Britt, Astrid og Anlaug.



Helse Midt-Norge i endring:

Kunsten å få folk med på laget

Skal du lykkes med endringer, bør 80 prosent være som før. Det mener ekspertene. De siste 20 prosentene, som skal forme morgendagens helsetilbud, spurte vi en av Norges mest erfarne organisasjonspsykologer om.

Bjørn Ekelund

- Adm. dir. i konsultentselskapet Human Factors, som blant annet bistår større organisasjoner i endringsprosesser
- En av Skandinavias mest anerkjente organisasjonspyskologer
- Publiserer ofte artikler i vitenskapelige tidskrifter
- Jobber med doktorgrad om hvordan konsulenter støtter endringsarbeid i organisasjoner ved bruk av psykologiske målemetoder



De konturene vi ser av morgendagens helsetilbud forteller oss at det blir endringer i tilbudet – måten vi tilbyr det på og hvordan vi jobber. Ansatte har mange spørsmål – om egen situasjon, om faget og om tilbudet til pasientene. Og vi må alle være med og trekke i samme retning. Hvordan skal vi lykkes?

Summen av tiltak gir suksess

– Dessverre finnes det ikke noen tydelige enkeltfaktorer som gir suksess i omstillingsprosesser. Det er summen av riktige tiltak som har effekt – jo flere målrettede tiltak som gjøres, desto større effekt gir det.

Bjørn Z. Ekelund er administrerende direktør i Human Factors AS og en av Norges mest erfarne og anerkjente organisasjonspyskologer. Han mener at de ansattes dedikasjon til jobben er noe av det som gjør endringsprosesser i helsesektoren spesiell.

Dedikerte fagfolk med motivasjon

– Helsesektoren består av mennesker som har valgt sitt yrke fordi de ønsker å bidra med noe. Arbeidet preges av kjærlighet til faget og folk har en sterk indre motivasjon i jobben sin. De som driver endringsarbeidet må spille på lag med denne positive motivasjonen for å unngå at folk blir demotiverte.

Ekelund mener at ensidig fokus på målstyring kan gå på bekostning av den indre motivasjonen. Den dyrkes ved anerkjennelse av faglig integritet hos de ansatte. Men dette er ikke bare et lederansvar – fagfolkene har også et ansvar.

– Det sentrale for å lykkes i helsesektoren er kunnskap. Derfor er det viktig at kunnskapsarbeiderne sitter med makt, og bruker kunnskapen sin til å målrette virksomheten slik at resultatene også blir mer synlige. Fagfolk med ulikt ståsted må finne en felles plattform og bli i stand til å uttrykke den kunnskapen som er verdifull for eierne. Så må ledelsen legge til rette for at kunnskapen kan omsettes til tiltak som utvikler virksomheten.

Tverrfaglig samarbeid

Ekelund tror noe av problemet i det tverrfaglige samarbeidet har vært en likhetstanke der ingen har kunnet hevde å ha mer kompetanse enn andre, uten å såre.

– Organiseringen av virksomheten rundt pasientstrømmen slik det bl.a. sies at det legges opp til på St. Olavs Hospital kan gi en konkretisering av tverrfaglighetsbegrepet. En slik organisering kan bidra til at fagfolk snakker sammen fordi de har kompetanse på ulike områder, og ikke på tross av. Det åpner for at vi kan tørre å si at noen er flinkere til å håndtere noen oppgaver, og på den måten innrette organisasjonen slik at vi utnytter hverandres kompetanse enda bedre.

Styringssystemenes veikryss

Helsevesenet ligger i et veikryss der tre ulike logikker møtes. Det klassiske styringssystemet med "ovenfra og nedmakt", det faglige kunnskapssystemet med flatere strukturer og det brukerstyrte systemet. Endringsledelse innen helsesektoren dreier seg om å balansere disse tre systemene. Det er naturlige og tydelige motsetninger mellom eiere, brukere og fagfolk. Som i alle interessekonflikter vil noen nå fram ved å ha større beslutningsmakt enn andre.

Hvordan er det mulig å skape eierskap og lojalitet til de mål og verdier som er gjeldende?

– Man skaper eierskap ved at folk involveres og får nærhet til målene. Det å sette mål for mennesker skaper produktivitet. Der den ansatte selv har vært med å sette målene, leveres det bedre resultater enn om vedkommende ikke har vært med å sette målene. Når målsetting bidrar til at folk lykkes i det de gjør, vil de jobbe bedre sammen. Om det skapes en opplevelse av at målformuleringen ikke gir konsekvenser i hverdagen, snakker vi om fremmedgjøring. Da blir det fort et inntrykk av at ledelsen holder på med prat og papir, mens de ansatte er alene om å få jobben gjort, forteller Ekelund.

Hovedstrategier

Her er de strategiske satsingsområdene i forslaget til strategi for Helse Midt-Norge 2010 som legges fram for styret i desember:

Psykisk helsevern og rusbehandling

Folk med psykiske plager og/eller rusavhengighet skal oppleve at spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge gir god hjelp og behandling når de trenger det.

Sammenheng i behandlingstilbudet

Den enkelte pasient skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Tjenestetilbudet skal være sammenhengende og godt koordinert mellom de ulike samarbeidspartnerne.

Kronisk syke og syke eldre

Kronisk syke og syke eldre skal oppleve trygghet, nærhet og kvalitet i tilbudet. Behandlingen skal bidra til økt mestring og bedret livskvalitet i hverdagen.

Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom

Befolkningen skal føle trygghet for at de får hjelp ved akutt sykdom nærmest mulig der de bor. Dersom pasienten trenger det, skal lokalsykehuset sørge for sikker og trygg overføring til et mer spesialisert sykehus.

Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet

God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehustilbudet skal være enkel å få tak i, og lettfattelig i sin form. Pasienter, pårørende og fastleger skal kunne bruke informasjonen som grunnlag for vurderinger og valg av sykehus. For ledere og medarbeidere skal informasjonen gi grunnlag for riktige beslutninger i det daglige arbeidet.

Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Helse Midt-Norge skal utnytte ressursene slik at befolkningen i regionen får gode og likeverdige tjenester. Spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skal framstå like veldrevet som annen spesialisthelsetjeneste i Norge. Helse Midt-Norge skal gå i balanse i 2006, og årsresultatet skal være positivt fra og med 2007. Overskudd skal brukes til å forbedre tilbudet til befolkningen.



Fødestua i Alta

– Behandles fødestuene

Debatten rundt sentralisering av helsetjenester går for fullt, og et av de hete temaene er fødestuene. Flere steder er det foreslått å gjøre om fødeavdelinger til fødestuer – og reaksjonene har ikke uteblitt. Blir tilbudet så mye dårligere med fødestuer?



Arja Olsen, jordmor

Iover 30 år har Arja Olsen tatt imot nye Finnmarkinger. Hun er jordmor og leder av fødestua i Alta. Alta har rundt 300 fødsler hvert år, og av disse foregår ca. 100 på fødestua. Nærmeste sykehus er 14 mil unna, i Hammerfest.

Tett oppfølging i svangerskapet

Fødestua i Alta har en tett oppfølging helt fra start av svangerskapet. Tilbudet starter med en kontroll, og i løpet av graviditeten blir mor og barn fulgt tett opp med flere undersøkelser ved jordmor. Fødestuen arrangerer også svømming for gravide, med sosialt samvær etterpå. Jordmor og fysioterapeut er tilstede ved begge aktivitetene. Det blir i tillegg holdt informasjonsmøter for mødre og fedre. – Informasjon er en betydelig faktor for å skape trygghet, sier Olsen.

Selektering – hvem kan føde hvor?

– Selekteringen er noe av det viktigste vi gjør. En tett oppfølging avdekker tidlig om det kan oppstå komplikasjoner. Finner vi ut underveis at fødselen ikke kan skje på fødestua, gir vi beskjed med en gang. Førstegangsfødende blir konsekvent sendt til Hammerfest, selv om mange av dem har lyst til å føde her ved fødestua. Den endelige avgjørelsen om fødested tar vi i det riene kommer, sier Olsen.

Stort beredskapsapparat

Fødselen bistås av en jordmor, og en ekstra kan tilkalles om fødselen er krevende. I helt spesielle tilfeller kan kommunelegen kobles inn. Må fødselen flyttes til en klinikk er det også her mange muligheter. Ambulanseflyet er stasjonert i Alta og har en anestesisykepleier tilgjengelig, og i Tromsø finnes det i tillegg et henteteam som kan komme opp til Alta og frakte mor og barn til et sykehus.

Fødestua samler familien

Stua har god plass, og har derfor et godt tilbud i barseltiden. Alt fra fedre til svigermødre har fått tilbud om å ligge over om nettene, slik at familien kan være samlet. Også kvinner som har født i Hammerfest kan tilbringe barseltiden i Alta.

“Å føde er ingen sykdom”

– Fødsel har mye med tradisjon å gjøre. Folk her har i mange år født hjemme, og ser ofte ikke vitsen med å reise til et sykehus. De ser på fødselen som en del av livet, ikke en sykdom. Da er det greit at fødestua står fram som et trygt alternativ, der mødre kan føde i varme omgivelser, men likevel vite at beredskapen er der, om noe skulle oppstå, avslutter Olsen.

stemoderlig?

Kommentar fra Bjørn Backe:

Differensiering er nøkkelen

Fødselslege Bjørn Backe ved St. Olavs Hospital savner tryggheten ved at jordmødrene kjenner sine pasienter og omvendt.



Bjørn Backe

– Vi har positive erfaringer med et differensiert tilbud. Vi skiller mellom de som kunne vært forløst på en fødestue og de som trenger spesi-

elle tiltak. Dette for å unngå unødvendig innblanding, og for å betrakte de friske fødende som sunne og normale. Erfaringene våre er positive, men den virkelig store organisatoriske utfordringen for en stor fødeavdeling er å utvikle modeller som gjør at kvinner som skal føde, treffer jordmødre de kjenner, sier Backe.

Kommentar fra Grete Teigland:

Fødestuene best på kontinuitet

Kvalitet er et begrep det er vanskelig å definere entydig, mener avdelingssjef ved fødeavdelingen i Helse Nordmøre og Romsdal, Grete Teigland.
– Kvalitetskriteriene som ligger til grunn for alt arbeid vi gjør, er at vi skal oppnå



Grete Teigland

best mulig resultat og opplevelse for mor, barn og familien. Kontinuitet er noe jeg tror fødestuene er gode på. Det gir trygghet for brukerne å møte de samme personene igjen i de ulike fasene av svangerskapet. Jeg tror dette er lettere å oppnå på en fødestue enn ved en stor fødeavdeling, selv om den har differensiert omsorg, sier Teigland.

best mulig resultat og opplevelse for mor, barn og familien. Kontinuitet er noe jeg tror fødestuene er gode på. Det gir trygghet for brukerne å møte de samme



B

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

ISSN 1503-1780

“På lag med deg
for din helse”

