

HELSE

01/2006 – Årgang 5 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE



“Å prioritere er å
forsømme i riktig
rekkefølge”

side 4–9

**Jobbar vi grundig nok
med verdier?**

side 9

**På rett vei med
Rusbehandling Midt-Norge**

side 12–15

**Intervju med statsråd
Sylvia Brustad**

side 16–17



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 styrings-system. Neste år vil flere lokale intranett bli integrert i løsnin-gen 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 virksom-hetsportalen 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 skal også kunne navigere til IT-systemer som håndterer pasient-informasjon. Det pågår mye spennende utviklingsarbeid for å ta i bruk nye og effek-tive 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 effekti-visere 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 Haukas
prosjektleder

● L E D E R : ● ● ● ● ● ● ●

Et løft for hele regionen




Paul Hellandsvik
adm. dir.

Bygging av nytt universitetssykehus for Midt-Norge i Trondheim er en milepæl for hele landsdelen. Det bygges "hus for helse" på Øya. I alt 197 500 kvadrat-meter. Byggefase en er i ferd med å avsluttes, forberedelsene til fase to er i gang. Det nye sykehuset, basert på sentermodellen, er et løft både når det gjelder pasientkvalitet, arbeidsmiljø – og pengepung.

Uansett hvordan man velger å betrakte situasjonen, så betyr utbyggingen av nye St. Olavs Hospital at vår region tilføres betydelige ressurser. Investeringen er i sykehussammenheng samlet sett den største som er gjort i Norge. I første fase av prosjektet er milliardbeløp kommet som direkte tilskudd over statsbudsjettet, men med helsereformen er prinsippene for finansiering endret. Når vi framover tar ansvar for de låneopptak som nytt universitetssykehus og andre investerin-ger vil kreve, har vi også etablert en helhetlig forvaltning av spesialisthelse-tjenesten i Midt-Norge.

Investeringene vi gjør ett sted har betyd-ning for resten av regionen – både i forhold til pengebruk og i forhold til tjenestetilbud. Strategien og prioritering-ene som gjøres i forbindelse med Helse Midt-Norge 2010, har dette som ramme. Og det gjelder også for utbyggingen av regionens universitetssykehus.

Gjennom valget av en ny entrepriser-modell for fase to, er risikoen for kost-nadssprekk redusert. Utførende entre-prenører har større ansvar og trekkes tidlig inn i planarbeidet og bidrar med

sin kompetanse i utviklingen av prosjek-tet. Dette samspillet skal bidra til gevinst for begge parter.

Jeg vil i tillegg minne om at Helsebygg Midt-Norge kan dokumentere god pros-jektstyring for første fase av prosjektet, der man kom i mål med god margin. Ansvarlighet i forhold til tilgjengelige økonomiske rammer bidrar til å skape tillitt. Og det er ingen grunn til å være nedstemt når avdelinger nå etter hvert kan flytte inn i de flotte nye bygningene. Det nye St. Olavs Hospital gir oss god grunn til å være både stolte og tilfredse, selv om innflyttingen ikke har vært uten problemer.

Fremdeles har vi uløste oppgaver å ta fatt på: Arbeidet for et nytt sykehus i Molde. Etablering av et psykiatrisenter i tilknytning til universitetsmiljøet i Trondheim. Fortsatt utbygging og utvikling av psykisk helsevern, tilbudet innen rusbehandling, tilbudet til og oppfølgingen av kronikere og en stadig økende andel eldre, står på vår agenda for de neste årene.

Min ambisjon er å sikre en forsvarlig og offensiv satsing på alle disse områdene. Vi har gode forutsetninger for å lykkes, selv om vi får det ikke gratis. Kostnads-kontroll både når det gjelder investerin-ger og når det gjelder drift er krevende øvelser – og vi er ennå ikke i mål. Men det finnes i praksis ikke noe alternativ hvis vi skal kunne prioritere riktig og slik sikre befolkningen en likeverdig, framtidsrettet og god spesialisthelse-tjeneste. Og det er dit vi skal.

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: Kommunikationsdirektør Synnøve Farstad • Tekst og utforming: Bennett AS
Illustrasjon: Ella K. Okstad • Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.500.



Hvem skal vi forsømme?

Grunnlaget for denne debatten ligger i uttalelsen "Å prioritere er å forsømme i riktig rekkefølge". I hvilken rekkefølge skal vi forsømme – og på hvilket grunnlag kan vi si at vi forsømmer i riktig rekkefølge?

I Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument for 2006 heter det at Helse Midt-Norge skal ha et særskilt fokus på mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelmisbrukere, pasienter med kroniske sykdommer og pasienter som behøver rehabilitering – habilitering. Prioritering skal gjøres med forankring i prioriteringsprinsippet i forskriften, slik at det tas hensyn til forventet nytte, hvor alvorlig tilstanden er og kostnader sett i forhold til effekt av tilbudet.

Helse inviterte til debatt:

- ▶ Harald Nesvik, leder i stortingets helsekomité
- ▶ Reidun Førde, leder i rådet for legeetikk i Legeforeningen
- ▶ Michael Momyr, leder av regionalt brukerutvalg Midt-Norge

"Forskrift om prioritering av helse-tjenester" handler om at den som har størst behov og nytte av hjelpen, skal prioriteres dersom effekten står i forhold til kostnadene.

Hvordan brukes denne forskriften i det daglige – er det virkelig slik at vi hjelper de som trenger det mest?

Harald Nesvik

Det er viktig for FrP at alle som har et faglig begrunnet og definert behov får helsehjelp. En viss prioritering når det gjelder tilstander som er livstruende eller som faglig er vurdert som viktigere enn andre med hensyn til utvikling, konsekvenser osv. må foretas. FrP aksepterer imidlertid ikke at noen som har behov for helsehjelp prioriteres bort. Alle skal ha en lovfestet rett til helsehjelp innen faglig begrunnede tidsfrister.

Reidun Førde

Vi veit altfor lite om korleis forskrifta blir brukt. Vi saknar data på korleis prioriteringsarbeidet blir gjort, på klinisk nivå og opp på politisk nivå. Ei rekke handlingar både på klinisk nivå og ikkje minst på politiske og administrative nivå har sterke prioriteringsmessige føringar uten at dette er bevisst teken omsyn til når avgjerslene blir tekne. Om forskrifta har ført til at dei som treng det mest får meir hjelp i dag enn før forskrifta kom, veit vi også lite om. Men vi veit at somatikken og "enkle" somatiske tenester har hatt sterkare vind i segla dei siste åra, trass i at psykiatrien og helsetenesta for sjuke gamle var felt som trengte styrking.

Michael Momyr

Foreløpig er inntrykket at prioriteringsforskriften brukes i relativt beskjeden

"En viss prioritering når det gjelder tilstander som er livstruende eller som faglig er vurdert som viktigere enn andre med hensyn til utvikling, konsekvenser osv. må foretas."

Harald Tom Nesvik, leder i stortingets helsekomité





grad. Det er imidlertid grunn til å tro at den nye pasientrettighetsloven vil medføre at prioriteringsforskriften blir mer operativ når det gjelder å prioritere mellom enkeltpasienter. Når det gjelder pasientgrupper, er det to som etter mitt syn har vært nedprioriterte i helsevesenet. Det er psykiatriske pasienter og rusmisbrukere. Tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen var tydelig på at det er tilbudet til disse gruppene som skal ha hovedprioritet i årene fremover. Stortinget fulgte opp disse prioriteringene. Jeg har tillit til at Sylvia Brustad følger opp disse gruppene på samme måte, og at det nye Stortinget kvitterer ut disse prioriteringene.

Helsereformen forutsetter at spesialisthelsetjenesten drives innen ansvarlige rammer og kravet er at driften går i økonomisk balanse i 2006.

Brukes prioriteringer (eller forsømmelser) som brekkstang i kampen om ressurser ved at vi fremmer de gruppene det er lettest å få opinionens sympati for?

Harald Nesvik

FrP aksepterer ikke økonomiske rammer som er så begrenset at ikke behovet for helsehjelp dekkes. FrP mener at helseforetakene er underfinansiert og har fremmet forslag i Stortinget om at balansekravet til sykehusene skal utsettes for å unngå nedskjæringer og redusert tilbud til pasientene og uholdbare arbeidssituasjoner for ansatte helsearbeidere. FrP har også fremmet forslag om at foretakenes gjeld skal slettes og om økte økonomiske rammer, samt en høyre andel ISF (innsatsbasert finansiering – stykkpris).

Reidun Førde

Som nemnt over, vi veit for lite. Det er lang tradisjon for at legar slåst for sine egne pasientar. Det er det også viktig



“Generelt er det nok en tendens til at ressursstrømmene i for stor grad følger pasientgrupper med lidelser som er mye fokusert i media, og som har sterke interessegrupper bak seg.”

Michael Momyr, leder av regionalt brukerutvalg Midt-Norge

at dei gjer, dersom pasientane blir forsumt. Det som ikkje er legitimt er å slåst for egne interesse ved å la dette framstå som omsorg for pasientane. I ein prioriteringsmessig samanheng er det nødvendig at legar i periodar kan "avstå" ressursar til meir trengande fagfelt. Prioritering er nødvendig for gode samla helsetenester.

Michael Momyr

Det er ingen motsetning i at virksomhet skal drives innenfor vedtatte rammer og at vi får maksimalt med helse ut av hver krone. Generelt er det nok en tendens til at ressursstrømmene i for stor grad følger pasientgrupper med lidelser som er mye fokusert i media, og som har sterke interessegrupper bak seg. Derfor er det brukerutvalgets oppgave å lytte til de gruppene som ikke har de høyeste røstene og som ikke går fremst i fakkeltogene. Vi har blant annet sett at psykiatri og rusbehandling har blitt nedprioritert over en årrekke. Dette tok imidlertid den forrige regjeringen fatt i, og det er viktig at også den nye regjeringen stiller klare krav til at disse områdene skal prioriteres i tiden fremover. Politikere må bli flinkere til å foreta bevisste og klare prioriteringer, for alternativet er at de samme prioriteringene foretas på det enkelte sykehus eller av den enkelte lege, uten at man har foretatt en bevisst avveining av overordnede hensyn. For oss ligger derfor utfordringen i diskusjonen om funksjonsfordeling. Her må vi ha et genuint brukerfokus og da mener jeg at kvaliteten på tjenesten er overordnet lokaliseringsdebatten.

De som står nærmest pasienten vil gjerne yte mye for å hjelpe mennesker. Hvem skal til syvende og sist bestemme at innsatsen ikke lenger står i forhold til gevinsten – og hvilken ballast trengs for å ta denne avgjørelsen?

“I ein prioriteringsmessig samanheng er det nødvendig at legar i periodar kan “avstå” ressursar til meir trengande fagfelt. Prioritering er nødvendig for gode samla helsetenester.”

Reidun Førde, leder i rådet for legeetik i Legeforeningen



Harald Nesvik

Avgjørelser om når helsehjelp ikke lenger kan bidra til å bedre pasientens tilstand må tas av kvalifisert helsepersonell, eventuelt i samråd med pasientenes pårørende. Det kan ikke kreves at det skal kunne påvises en "gevinst" for å gjennomføre, eller opprettholde, et behandlingsopplegg. Andre vurderinger må også kunne foretas av kvalifisert personell.

Reidun Førde

Noen spørsmål skal avgjerast på prinsipielt nivå, at nytten av ein intervensjon er liten eller ikkje godt nok dokumentert og derfor ikkje skal dekkast av det offentlege. Det er viktig med lojalitet mot disse vedtaka. Dersom det dreier seg om behandling av alvorleg sjukdom som ikkje lenger har nytte og som er kostbar, må dette avgjerast av klinikaren i samtale med pasienten. Ofte har slik behandling også potensielle bivirkningar. Ingen kan kreve behandling som ikkje er til nytte. Likevel vil mange pasientar oppleve at behandlinga gir håp. Dette er ein krevjande situasjon med omsyn medisinsk faktakunnskap og til kommunikasjon.

Michael Momyr

Den beslutningen må i siste instans tas av den enkelte behandlende lege sammen med pasienten og de pårørende. Dette må selvsagt skje innenfor generelle retningslinjer vedtatt på politisk nivå. De generelle retningslinjene fra politisk hold må bli langt klarere enn i dag. Her ligger det en klar utfordring til Stortinget. Den medisinsk-teknologiske utviklingen fører til at vi får en økende avstand mellom det som er mulig og de økonomiske rammene vi har. Det er vanskelig å svare generelt på hvilken ballast som kreves av de mennesker som skal foreta slike beslutninger, men det er åpenbart behov for både faglig kompetanse og allmenn menneskelig innsikt for å takle denne typen vanskelige situasjoner.

Prioriteringer og verdivalg

Kommentar av Ingvil Krarup Sørbye, styreleder i Leger Uten Grenser

Akkurat nå venter utallige mennesker verden over på å bli behandlet av en lege. For mange står det om livet. Millioner av dem sitter ikke på noe venterom. Millioner av dem har ingen kølapp. De venter forgjeves utenfor kameraenes søkelys.



Leger Uten Grenser yter medisinsk nødhjelp og humanitær bistand til mennesker i over 70 land. Men vi kan ikke dekke alle behov. Prioriteringer gjøres løpende om hvor vi bør intervenere og hvor vi bør trekke oss tilbake. Krigshandlinger og sikkerhetsproblemer er de vanligste faktorene som begrenser vårt arbeid og hindrer tilgang til ofrene. Men vi må også velge hvor ressursene skal settes inn, det være seg antall hjelpearbeidere eller finansielle prioriteringer.

Leger Uten Grenser har under de ekstreme forholdene vi jobber i valgt å prioritere de aller mest sårbare og utsatte i verdenssamfunnet. Det kan være mennesker på flukt fra krigshandlinger, etniske minoriteter, undertrykte folkegrupper, mennesker som lever langt under fattigdomsgrensen, barn og kvinner i konflikt og kriser. Disse menneskene lever i områder av verden som myndighetene og omverden har glemt. Vi jobber der det ikke finnes venterom eller køer.

Vi arbeider ut fra en kritisk analyse av behov basert på medisinsk etikk. Slik forsøker vi til enhver tid å være der nøden er aller størst. Noen ganger kan situasjonen endre seg til det bedre, eller andre krefter kommer til som kan gjøre det vi gjør. Da går vår assistanse til andre mer nødlidende grupper som ikke får annen hjelp. Av og til er det meget tøffe og vanskelige, men nødvendige avgjørelser vi må ta.

Men vi vil også gjøre mer. En lege som i felt opplever at den medisinske behandlingen ikke er nok for å redde liv eller lindre lidelse vil basert på det samme etiske grunnlag også vitne om og fortelle omverden om det vi ser. Slik håper vi å bidra til politisk eller sosial endring som kan forbedre pasientenes liv et skritt i riktig retning.

Verdiar til å stole på?



– Når du står med eit menneskeliv i hendene, må du kunne stole på at systemet du jobbar i, har jobba grundig med verdiar.

Ingeborg Overvoll er bymisjonsprest i Bodø og har vore styremedlem i Nordlandssykehuset. Ho saknar ein tydeleg ideologi som forklarar bakgrunnen for at vi skal prioritere slik vi gjer.

– Det er ikkje dei same menneska som har bestemt kva som skal prioriterast, som gjer prioriteringane i det daglege. Verken overfor helsepersonellet eller befolkninga er det sett tydelege ord på kvifor vi prioriterer slik vi gjer.

Forsømme rett

Overvoll liker ikkje ordet prioriteringar, men støttar seg til sitatet om at "å prioritere er å forsømme i rett rekkjefølgje".

– Prioriteringar er eit sviskefullt ord, fordi du slepp unna med å snakke om det du gjer, og ikkje om det du forsømmer. Det er det du forsømmer, som er vanskeleg å snakke om. Grunnane til å forsømme er ofte like viktige som grunnane til å prioritere.

Helsereforma som verdival

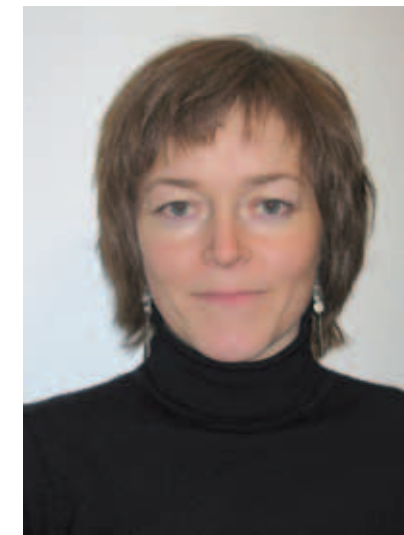
Overvoll meiner at helsereforma og krava til effektivitet, balanse i rekneskapane og ansvarsfordeling representerer eit verdivegval utan at det er uttalt.

– Eg skulle ønskje at nokon kunne seie at vi i dette samfunnet ikkje ønskjer å bruke uendeleg mykje pengar på helse.

Kva godt skulle komme ut av det?

– Når folk ikkje får vite kva verdival som ligg til grunn, kan dei heller ikkje meine noko om dei. Dersom du får forklart samanhengane bak vala, er det lettare å akseptere at noko blir prioritert. Eller forsømt. Men det er ein langt vanskelegare og meir arbeidskrevjande prosess.

Overvoll meiner at vi som jobbar i helsevesenet, har ansvar for å etterspørje grunngevingane for vala vi må gjere i jobben vår. Ho meiner at problemet med



Ingeborg Overvoll, bymisjonsprest i Bodø

store statlege system er at enkeltpersonar slepp å tenkje, særleg fordi det er vi som møter pasienten, som må ta den verdimessige støyten.

– Med så mange fine ord er det lett å jukse i verdiarbeidet. Eit grundig verdiarbeid skal gjere litt vondt i møtet med realiteten, fordi det får konsekvensar. I helsevesenet har vi avgrensa ressursar og endelause behov.

Helse og lykke

Overvoll framhevar at det er vanskeleg å styre i eit rettssamfunn med store forventingar til kva du har krav på som pasient. Ho tilrår helsearbeidarar å skilje mellom ansvaret for helsa og lykka til folk.

– Som helsearbeidar må du ha eit avgrensa arbeidsområde. Ansvaret for at folk manglar meining og lykke i livet, må ikkje overførast til helsevesenet. Då blir ansvaret grenselaust og oppgåvene uløyslege.

Sjå òg debatten på side 4–6.



Utdrag frå Ingeborg Overvolls foredrag om verdi- arbeid i praksis

Ein dag i fjor haust blei eg tilkalla til Bymisjonen si varmestue fordi det var tilløp til bråk. Det var ein svær mann på 1.90, han hadde blanda rusmidlar, han var byrja å bli paranoid og han stod og sperra døra for dei to andre, klar til å angripe i forsvar. Han fortalde meg om eit jævlig liv og at han hadde drept eit menneske. Eg innsåg at dette var ein mann som eigenleg ikkje har noko meir å tape – nifst. Plutselig drylte han ein diger neve i bordet og seier "Du ser ned på meg du! Korleis formidlar du eit truverdig svar i ein så pressa situasjon?"

De vil stå overfor pasientar og ikkje minst pårørande som stiller ekstremt dramatiske verdispørsmål. Kanskje ikkje med ord – kanskje berre med kroppen... Ein som arbeider i eit sjukehus må kunne seie noko truverdig om helse, livskvalitet og prioriteringar på kort tid og i ein rimeleg grad – etterleve det.

Ein kveld eg sat på kafé med ein god kamerat. I motsetnad til meg har han vore alvorleg sjuk. Eg spurde om han visste at antallet legar i Norge var fordobla berre dei ti siste åra og om det var ei utvikling han som norsk statsborger var komfortabel med? Om han syntes det var rimeleg? "Kvifor er det ingen som seier slike ting?" var hans respons. "Kvifor høyrest det ut som om helsevesenet er så utarma at det snart ikkje er trygt å bo i Norge?"

Satser på forskning blant høgskolegruppene

Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge og høgskolene ble før nyttår tildelt 1 million kroner til ulike forskningsprosjekter i hele regionen. Med tildelingen av FoU-midlene ønsker Samarbeidsorganet å styrke forskningskompetansen og samarbeidet mellom høgskolene og høgskolefaggruppene i helseforetakene.

Det er andre året på rad Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge og høgskolene i helseregionen deler ut øremerkede midler til forskning blant høgskolefaggruppene i regionen.

Pasientnære prosjekter
– Det er viktig å legge forholdene til rette for at flere av høgskolefaggruppene kan heve sin kompetanse gjennom økt forskningsaktivitet. Alle prosjektene er knyttet

nært opp til den praktiske pasienthverdagen i helseforetakene. Derfor er det lett å høste ut resultater som gir grunnlag for utvikling av et bedre tjenestetilbud til pasientene våre, framholder Jan Erik Thoresen, fagdirektør og visedirektør i Helse-Midt Norge. Han legger til at samtlige prosjektene retter seg mot Helse Midt-Norges prioriterte pasientgrupper.

Dekker hele regionen
Totalt kom det inn 25 prosjektsøknader, mens 6 fikk tildelt midler. Fra Samarbeidsorganets side er det gjort et bevisst valg i å gå bredt ut geografisk, og dele ut midler til alle deler av regionen. Alle høgskolene og helseforetakene i regionen er derfor representert.

Asbjørn Hofslis – konstituert direktør for Helse Nordmøre og Romsdal HF

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal har vedtatt å konstituere Asbjørn Hofslis som administrerende direktør i helseforetaket. Hofslis skal lede organisasjonen til en ny direktør er på plass.



Hofslis er prosjektdirektør i Helse Midt-Norge RHF og har omfattende ledererfaring fra helsesektoren. Han har til nå vært Helse Midt-Norges representant i styret for Helse Nordmøre og Romsdal,

men går ut av styret når han nå konstitueres som direktør.

Avtroppende direktør Eirik Heggemsnes går over i stilling som spesialrådgiver i Helse Nordmøre og Romsdal. Han får ansvar for å intensivere arbeidet med å etablere et nytt Molde sjukehus.

Helseforetaksmodellen får positiv omtale

Helseforetaksmodellen er velegnet for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i årene som kommer. Dette er hovedkonklusjonen i en evaluering av modellen, utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

– Evalueringen gir en bekreftelse på at helseforetaksmodellen bør bestå, men peker også på at det er behov for justeringer og endringer i måten den rent faktisk har utviklet seg på. Noen av anbefalingene i rapporten har regjeringen allerede sett og fulgt opp i Soria-Moria-erklæringen, sier Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

Behov for utvidet lokal- og regionalpolitisk innflytelse
Konsulentrapporten anbefaler klart at den lokale- og regionalpolitiske innflytelse utvides. Gjennom foretaksmøtene i januar i år, ble dette oppfylt ved at styrene i de regionale helseforetakene fikk en ny sammensetning med folkevalgte i styrene. – For helseforetakene skjer det samme fra 1. mai 2006, sier Brustad.

Rapporten peker også på at det er behov for at Stortinget i høyere grad blir involvert på en strategisk måte i utviklingen av spesialisthelsetjenesten og at det blir skapt en plattform for dette. – Utarbeidelse av nasjonale helseplaner slik vi foreslår i Soria-Moria-erklæringen, kan være en slik plattform, påpeker Sylvia Brustad.

Samspill med primærhelsetjenesten fremtidens utfordring
Rapporten nevner at i dagens situasjon, hvor spesialisthelsetjenesten er preget av relativt få og ganske store helseforetak, vil samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten være den kanskje største utfordringen for det norske helsesystem i de nærmeste årene. Helse- og omsorgsdepartementet

etablerer derfor en arbeidsgruppe for å bedre samarbeidet mellom de ulike nivåene i tjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet har oppgaver som foreslås overført til de regionale helseforetak
Videre påpeker rapporten at Sosial- og helsedirektoratet har enkelte oppgaver som de regionale helseforetak i høy grad kan overta ansvaret for. Den nevner særlig områder som IKT, prioritering og kvalitet hvor det i dag skjer dobbeltarbeid mellom direktoratet og de regionale helseforetak. – Rolle- og ansvarsfordeling mellom sentrale aktører har vært et vitalt tema siden reformen ble innført. Evalueringsrapporten viser at vi må arbeide enda mer med dette, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

Flere sjekker Fritt Sykehusvalg på internett

200 flere besøkende hver dag. Det er fasit for Fritt Sykehusvalgs nettsted for 2005. Samtidig som nettbruken øker, er det færre som henvender seg til telefontjenesten.

75 prosent av henvendelsene fra midt-norske pasienter til Fritt Sykehusvalgs gratis telefontjeneste gjelder ventetid. I tillegg spørres det om pasientrettigheter. Tre av fire som ringer er pasienter. I tillegg benytter pårørende, foreldre, primærleger, trygdekantor, sykehus og andre telefontjenesten.

Tjenesten Fritt Sykehusvalg er nasjonal, men betjenes av regionale pasientråd-

givere. De kartlegger og innhenter informasjon om behandlingstilbud og forventede ventetider ved de offentlige sykehusene. I tillegg framskaffes tilsvarende informasjon om behandlingstilbud i private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene. Informasjonen oppdateres månedlig og publiseres på internett. Du finner oversikten på <http://www.sykehusvalg.no/>

Brukerutvalgene vil samarbeide nasjonalt

Det bør opprettes et felles møtepunkt for lederne av de regionale brukerutvalgene – knyttet til forberedelsene til de årlige bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det var konklusjonen etter historiens første fellesmøte fredag 10. februar 2006.

Diskusjonen og erfaringsutvekslingene dreide seg om felles arbeidsoppgaver og problemstillinger. Hvordan arbeider de regionale brukerutvalgene og hvilke erfaringer har utvalgene gjort? Hvordan kan brukervedvirkningen styrkes?

Hvilke arbeidsoppgaver kan man jobbe sammen om?
Det var Helse Midt-Norge og regionalt brukerutvalg som tok initiativ til møtet mellom ledere og nestledere i landets regionale brukerutvalg.



Deltakere på møtet: Helen Aareskjold (Helse Vest), Annlaug Stavik (Helse Midt-Norge), Tom Paulsen (Helse Øst), Sissel Brufoss Jensen (Helse Nord), Ragnhild Myklebust (Helse Øst), Torbjørn Hodne (Helse Sør), Ingrid Müllberg (Helse Vest) og Michael Momyr (Helse Midt-Norge).



Utsmykning i Kvinne-barn-senteret, i bakgrunnen Nevrosenteret.

Legger om flytteplanene

Helsedepartementet har skjerpet kravet til budsjettbalanse. Det understrekes at merkostnader som påløper i bygge- og innflyttingsperioden ved St. Olavs Hospital er en del av balansekravet. Derfor utsetter St. Olavs Hospital de mest kostnadskrevenne aktivitetene i Kvinne-barn-senteret og Nevrosenteret. Kirurgisk aktivitet som krever tung overvåkning og intensivbehandling, vil fortsette i dagens lokaler inntil videre. Slik nærmer sykehusledelsen seg budsjettkravet uten at det får større konsekvenser for pasientbehandlingen.

– Jeg skulle ønske situasjonen var en annen, men er tilfreds når vi finner løsninger som ikke direkte berører pasientbehandlingen. Samtidig er det beklagelig at noen av våre pasienter må vente på den kvalitetsheving de nye byggene vi gi. Gjennom naturlig avgang og redusert innleie av personell vil mange av de berørte få andre oppgaver, sier administrerende direktør Roar Arntzen.



Foto: Karl Otto Kristiansen

Vestmo behandlingssenter

Vestmo Behandlingssenter i Møre og Romsdal var et av tilbudene som ble overført fra fylkeskommunen og til Rusbehandling Midt-Norge. Vestmo ble startet allerede i 1961. Da hadde senteret seks ansatte og et budsjett på ca. 170.000 kroner. I 1985 var de gjennom sin første omlegging, da Møre og Romsdal Fylkeskommune overtok ansvaret for all drift, og i forbindelse med rusreformen i 2004 tok Rusbehandling Midt-Norge over senteret. I dag er har de 50 ansatte og et budsjett på ca. 27 millioner kroner.

Vestmo behandlingssenter

– Fra livets harde skole til høyere utdanning



– Fra å ha angst til å handle, hente posten eller åpne ytterdøra når noen ringte på, kan jeg nå gå på Moa og kose meg med en kopp kaffe. ”Robert” (30) og mange flere er nå på bedringens vei med god hjelp fra Vestmo behandlingssenter.

Han er en av 75 000 her i landet som sliter med et alvorlig rusmisbruk. Tar vi nære pårørende med i beregningen, betyr det at mange hundre tusen er direkte berørt av rusmiddelavhengighet som et helseproblem. ”Robert” har vært rusmisbruker siden han var atten. I 2002 pådro han seg en yrkesskade med en påfølgende sykemelding, og da eskalerte problemene. Han fikk sterk sosial angst og klarte ikke å leve et normalt samliv eller opptre i sosiale sammenhenger. Han mistet mye av familienettverket. Rusmisbruket førte også til en

alvorlig vektreduksjon og en dårligere og dårligere helse. Han ble så innsøkt på Vestmo gjennom lokalt Rusteam.

Samarbeid fører fram

Seks uker på utredning, ni uker på klinikken og nå tre uker på videreføringsopphold har fått han godt på veien til et bedre liv. – Jeg ble møtt med respekt og fant raskt trygghet i miljøet på Vestmo. Oppfølgingen fikk jeg både individuelt og i grupper jeg synes var viktige. Det gjorde det også enklere for meg at jeg kunne samarbeide med Rusteamet både

under og mellom opphold, og med attføringsansvarlige i hjemmekommunen, sier ”Robert”, som mener han har fått stor utnytte av Vestmo.

Kontaktnettett opp på beina igjen

– Nå har jeg fått en mening med livet og er godt i gang med videre attføring. ”Robert” har inntatt skolebenken og har høyskolen som mål. – Jeg føler meg mye tryggere nå og har fått økt og ny kontakt med familien, som nå gir meg god støtte og respekt for de positive valgene jeg har tatt, sier han.



Rusproblematikk – et komplekst område

Behandlingstilbudet på Vestmo

- Avgiftningsopphold – Somatiske undersøkelser, kartlegging av rusinntak, og behandling av abstinenser
- Utredningsopphold – Kartlegging og vurdering av brukerens ressurser og hindringer, rushistorie og mønster. Stabilisering, motivasjon og avklaring av videre behandlingsbehov.
- Klinikkopphold – Ulike typer individuell oppfølging. Tilbudet skreddersys den enkelte. Systematisk miljøterapi.
- Selvhjelpgrupper for tidligere innlagte.



Foto: Karl Otto Kristiansen

Einar Vonstad, leder for Vestmo Behandlingssenter

Leder for Vestmo Behandlingssenter, Einar Vonstad, bekrefter at avhengighet sitter dypt. – Det utvikles over tid i samspillet mellom biologiske, psykiske, sosiale og kulturelle årsaker. I tillegg virker rusmiddelet selv inn på avhengighetens omfang. Mange vil ha et sterkt behov for å innta stoffet, men har svekket kontroll over bruken, og fortsetter til tross for konsekvensene for egen helse. Et så sammensatt problem krever ulike tilnærmingmåter fra person til person, og et bredt faglig team. Det er her utfordringene ligger for Vestmo behandlingssenter, sier Vonstad.

Kunsten å mestre eget liv

Arbeid i grupper både under klinikkopphold og utredningsopphold er viktig. Dette for å styrke brukernes evner til kommunikasjon og samhandling i fellesskap med andre. – Rusmisbrukere er ganske vanlige folk, med både sterke og svake sider. Mange er sårbare, har skyldfølelse, dårlig samvittighet og

dårlig selvtillit, sier Vonstad. Brukerne på Vestmo får et grunnlag til å utvikle seg på disse områdene, og muligheten til å bruke sine egne ressurser optimalt. Dette skaper motivasjon og som er avgjørende for at brukeren skal kunne mestre eget liv uten avhengighet av rusmidler, sier Vonstad

Rusfeltet styrket på flere områder

– Vestmo Behandlingssenter har fått utviklet nye behandlingstilbud, og antall behandlingss plasser økt fra 21 til 36 som en direkte følge av økte ressurser etter rusreformen. Rusbehandling er en omfattende og sammensatt prosess, og derfor er tverrfaglighet blant personalet en av nøklene til suksess. Vestmo har rekruttert høyt kvalifisert personale til behandlingen, og er nå godt forspent med både helse- og sosialfaglig kompetanse, avslutter Vonstad.

Rusbehandling i Midt-Norge

– En omstilling for flere enn pasientene



Dag Hårstad, direktør for Rusbehandling Midt-Norge

– Vi er godt fornøyd med resultatene vi har oppnådd i Rusbehandling Midt-Norge, men vi ser at vi fortsatt har en del utfordringer foran oss. Etterspørselen etter leger og psykiatere er så stor, at vi har problemer med å rekruttere de, sier direktør for Rusbehandling Midt-Norge, Dag Hårstad. – Også på den økonomiske siden er det mye å ta tak i. Våre bevilgninger over Statsbudsjettet er basert på tilbudet som forelå i 2002, før rusreformen ble iverksatt. Da dekket ikke tilbudet behovet, og derfor har vi et stort sprik mellom tilgjengelige midler og reelt behandlingsbehov.

Eget helseforetak forenkler gjennomføringen

Da rusreformen ble innført, innebar det at de regionale helseforetakene overtok fylkeskommunenes behandlingstiltak for rusmiddelavhengige. Helse Midt-Norge etablerte et eget helseforetak for implementering av rusreformen, Rusbehandling Midt-Norge. Hensikten var blant

annet å synliggjøre pasienter og behandlingssapparatet. På bakgrunn av reformene i 2004 ble det også utarbeidet en handlingsplan, som konkretiserte oppgavene Helse Midt-Norge har for perioden fram til 2010. Tiltakene utgjør en samlet plan for hvordan Helse Midt-Norge skal sørge for rusmiddelavhengige i Midt-Norge på en god måte.

Mange utfordringer

– Utgangspunktet for rusreformen trådte i kraft var et fragmentert tilbud med lite helsefaglig kompetanse. Tilbudet var underdimensjonert og manglet en klar faglig profil, sier Hårstad. Han mener videre at organiseringen i et eget foretak sørget for at rusreformen fikk en forankring høyt i organisasjonen og tilrettela for å holde fokus på alle viktige elementer i et omfattende reformarbeid og at implementeringen derfor ble enklere.

Forbedring på de viktigste utfordringene

– Resultatene så langt er et rusbehandlingstilbud som er bedre på alle de utfordringene vi opprinnelig hadde. Kapasiteten har økt med det dobbelte, og kvaliteten på rusbehandlingen er også hevet, sier Hårstad. Samhandlingen mellom rusbehandlingen og psykiatrien er også bedret gjennom felles ledermøter og fagmøter. Mye av rusbehandlingen i Midt-Norge skjer i psykisk helsevern, mens institusjonsbehandlingen skjer i regi av Rusbehandling Midt-Norge. Veien videre er definert gjennom handlingsplan for rus. Denne planen er førende for satsingen på rusbehandling i Midt-Norge, og er en samlet plan for både psykisk helsevern og Rusbehandling Midt-Norge.

- Rusreformene i 2004 flyttet behandlingstiltakene fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene i landet.
- Som et ledd i gjennomføringen av reformene, opprettet Helse Midt-Norge et eget helseforetak for rusbehandling – Rusbehandling Midt-Norge.
- Foretakets oppgave er å gjennomføre rusbehandling i henhold til handlingsplanen "Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010".
- Handlingsplanen er en del av strategiarbeidet med Helse Midt-Norge 2010.

Statsråd Sylvia Brustad:

Forventer vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling

– Kortere ventetid for barn og unge innen psykisk helsevern og bedre tilgjengelighet til akuttpsykiatri er blant det som skal ha høyest prioritet. Dette er hva Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad vil trekke fram som de mest sentrale målene for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge for 2006.



Sylvia Brustad, helse- og omsorgs-ministister.

– Jeg forventer at Helse Midt-Norge prioriterer mennesker med psykiske lidelser, rusbehandling, tilbud til pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med behov for rehabiliterings- eller habiliteringstilbud.

Hun legger opp til at det skal være en sterkere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn innen somatikken. Regjeringen har startet arbeid med å vurdere en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år. Brustad viser til regjeringens Soria Moria-erklæring som framholder at Norge skal ha et desentralisert sykehustilbud, som inne-bærer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Hun understreker at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Lokal forankring i styret

Styret i Midt-Norge er nå utvidet og består av ni medlemmer i tillegg til de tre ansatte-representantene. I det nye styret for Helse Midt-Norge er flere av styre-medlemmene oppnevnt etter forslag fra fylkestingene i Midt-Norge. Dette er en endring som Statsråden ønsker skal gi styret større lokal forankring.

– Jeg mener at det nå er lagt til rette for bedret kontakt mellom befolkningen og sentrale beslutningsorganer i spesialist-helsetjenesten. Det er viktig å lytte til lokalsamfunnet. Vi har sørget for god kjønnsbalanse og spredning i partitil-hørighet og geografi. Også evalueringen av helsereformen pekte på at det burde tas slike grep, og jeg tror at folkevalgt flertall i styrene vil gi god forankring for beslutninger og slik bidra til å fornye og styrke helsereformen.

Fortsatt er det slik at styrene oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom foretaksmøte for det regionale helseforetaket. Alle medlemmene i styret – også de som er oppnevnt etter forslag fra fylkestinget – har samme rolle som de øvrige medlemmene.

– Med en flertallsregjering ligger forholdene bedre til rette for å få på plass langsiktige og mer forutsigbare rammer. Styrene for de regionale helseforetakene blir viktige når strategiene for framtidens spesialisthelsetjeneste skal utformes. Med helsereformen som basis for styring og utøvelse av lederskap, og med en

regjering som kommer til å legge vekt på å videreutvikle felles velferdsgoder, må dette være en særdeles spennende oppgave, sier Brustad.

Uforenlige krav?

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som forvalter statens eierrolle, men utgangspunktet er Stortingets prioritering i forhold til økonomi og vektlegging av oppgaver. I 2006 har regjeringen redusert andelen for det aktivitetsbaserte tilskuddet til behandling i somatiske sykehus. Kombinert med kravet om at helseforetakene skal gå i økonomisk balanse, kan det virke som en vanskelig oppgave å opprettholde aktivitetsnivået og samtidig unngå at ventelistene øker.

Ressursbruken må være i tråd med helsepolitiske mål og prioriteringer. De siste årene har vi hatt sterk vekst i pasientbehandlingen på områder som omfattes av innsatsstyrt finansiering. Ventetidene er blitt kraftig redusert. – Regjeringen forventer at ventelistene fortsatt holdes på et lavt nivå, og mener at budsjettet for 2006 gjør det mulig å holde aktiviteten i sykehusene på omtrent samme nivå som i fjor. Men flere av de områdene som vi ønsker å prioritere, henter sin finansiering fra basistilskuddet. Endringene i innsatsstyrt finansiering bør kunne gjøre det lettere å sikre at vi når målene – og samtidig sikre forsvarlig drift innen for de budsjetttrammene som er lagt.

Brustad framholder at departementet har bidratt til å skape mer forutsigbarhet gjennom utbetaling av 2,9 milliarder kroner i investeringstilskudd til fase 1 av St. Olav og avklaring av fremtidig rammer knyttet til finansiering av nød-vendige investeringer i helseregionen.

– Jeg er fullt ut klar over at balanse-kravet er en stor utfordring for helse-foretakene og at dette kan påvirke både innretning av aktivitet og investerings-planer. Det er helt avgjørende at nødvendig omstilling og identifiserte effektiviseringstiltak blir gjennomført. Hvis ikke vil det begrense det framtidige handlingsrommet for å utvikle spesialist-helsetjenesten i Midt-Norge.

Bruk av private aktører

For å innfri befolkningens behov for helsetjenester er ikke Brustad i mot å bruke private aktører, men vil utnytte ledig kapasitet før det eventuelt gjøres.

– Sentrale velferdsoppgaver bør primært løses gjennom god utnyttelse av det offentlige tilbudet. Det vil ligge til grunn når Helse Midt-Norge i 2007 tar opp til vurdering de avtalene som allerede er inngått med private. Jeg forutsetter at dette skjer på en ryddig måte. Regjeringen legger også vekt på at sykehus som er eid av ideelle organisasjoner skal gis gode vilkår i form av forutsigbarhet og avtaler.

Helse- og omsorgs-ministister Sylvia Brustad (AP)

- ▶ stortingsrepresentant for Hedmark Arbeiderparti siden 1989, med unntak av to perioder som statsråd.
- ▶ kommunal- og regional-minister i Jens Stoltenbergs regjering fra 2000 til 2001.
- ▶ barne- og familieminister i Torbjørn Jaglands regjering fra 1996 til 1997.
- ▶ leder av Sosialkomiteen fra 1993 til 1996
- ▶ leder av Kommunalkomiteen fra 1997 til 2000.
- ▶ medlem i Den utvidede uten-rikskomiteen siden 1993
- ▶ medlem i Energi- og miljø-komiteen fra 2001 til 2005
- ▶ leder av Arbeiderpartiets kvinnepolitiske utvalg fra 1992 til 1998
- ▶ medlem av Arbeiderpartiets sentralstyre



Nord-Trøndelag

– et levende medisinsk laboratorium

Nord-Trøndelag har i løpet av de siste tiårene blitt et av verdens største medisinske laboratorium. Det har helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT, sørget for.

HUNT er den mest omfattende helseundersøkelsen som er gjennomført i Norge, og en av de største internasjonalt. To store undersøkelser har blitt gjennomført, en fra 1984 til 1986 og en fra 1995 til 1997. Alle resultater fra disse undersøkelsene har blitt lagret i et stort "bibliotek", og ligger tilgjengelig for forskere fra inn og utland. HUNT er en del av Det medisinske fakultet på NTNU.

HUNT 3 utvider biblioteket

Den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT 3, starter senhøsten 2006, og vil pågå i omtrent to år. De to foregående undersøkelsene har ført til betydelig forskningsaktivitet på de store folkesykdommene, opprettelse av et eget forskningssenter på Verdal i

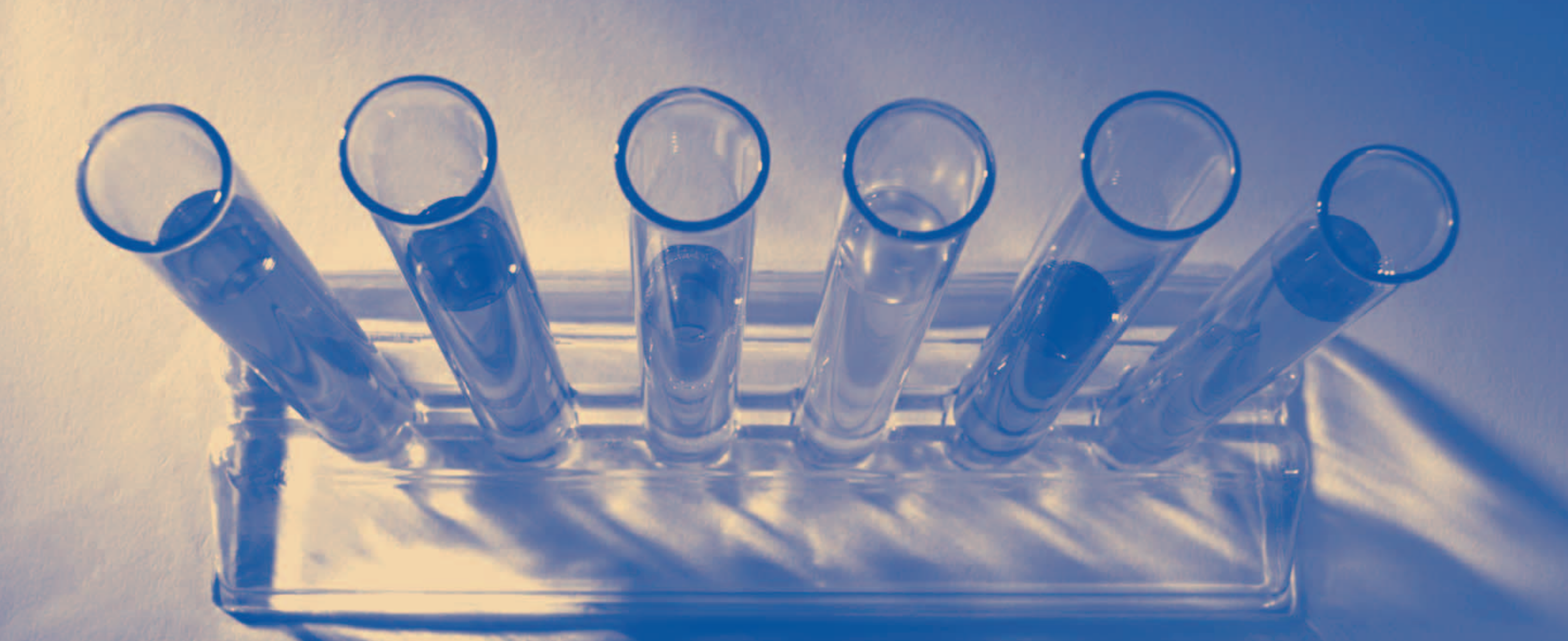
Nord-Trøndelag med omtrent 20 personer i virksomhet, og en stor biobank som gir et unikt grunnlag å forske videre på.

Biobanken – innskudd i fremtidig forskning

Biobanken lagrer blodprøver som ble samlet inn under HUNT 2. Banken klarer og utleverer biologisk materiale til godkjente forskningsprosjekter, og har et laboratorium det blant annet utvinnes DNA. Biobanken er lokalisert på Røstad i Levanger, ca. 15 kilometer sør for Verdal. I løpet av 2006 skal det bygges nye automatiserte lokaler for biobanken i umiddelbar nærhet til Sykehuset Levanger. HUNT 3 vil også levere blodprøver hit.

Dette er HUNT

- ▶ HUNT forskningssenter gjennomfører befolkningsundersøkelser i Nord-Trøndelag, driver medisinsk og helsefaglig forskning og forvalter forskningsdata
- ▶ HUNT biobank oppbevarer biologisk materiale og utleverer prøver til godkjente forskningsprosjekter
- ▶ Data er framskaffet gjennom to befolkningsundersøkelser, HUNT 1 (1984-86) og HUNT 2 (1995-97)
- ▶ Mer enn 90 000 personer har samtykket til at anonymiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og 60 000 har avgitt blodprøver
- ▶ HUNT 3 skal gjennomføres i 2006-08, og vil gjøre HUNT til en enda mer betydningsfull samling av helsedata og biologisk materiale, også i internasjonal sammenheng



Rigmor Austgulen, professor ved Det medisinske fakultet, NTNU.

Nye forskningsstillinger bruker HUNT

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU utlyste før nyttår 27 nye forskningsstillinger med oppstart i 2006. Av disse var fire knyttet direkte opp mot HUNT. Rigmor Austgulen er veileder på et av disse prosjektene. – Forskningsprosjektet handler om den viktigste sykdommen hos gravide i den vestlige verden, sier Austgulen. Hun snakker om svangerskapsforgiftning. Prosjektet kommer som en oppfølging av et tidligere prosjekt som også benyttet seg av HUNT.

Svangerskapsforskningen går i to retninger

Forskningen på svangerskapsforgiftning går langs to retninger. Den ene retningen

peker mot at immunsystemet til den gravide reagerer negativt på fars celler, mens den andre kan tyde på at det er genetiske og arvelige egenskaper som virker inn. 70 % av de som får svangerskapsforgiftning er førstegangsfødende, noe som underbygger teorien om immunsystemet. De resterende 30 % har født en eller flere ganger før, og det kan tyde på at nøkkelen ligger i genetikken. Det er på disse 30 % at HUNT blir et stort hjelpemiddel.

1100 gravide skal gi svaret

I det tidligere prosjektet ble materiale fra i alt 1100 gravide kvinner ble plukket ut fra HUNT. I tillegg ble dobbelt så mange kontroller plukket ut. Det vil si

prøver fra kvinner som har hatt normale svangerskap. Den genetiske kartleggingen tyder på at svangerskapsforgiftning kan henge sammen med små endringer på kromosom 2. Lignende funn er påvist på Island og Australia. Kvinner som utvikler den arvelige formen av svangerskapsforgiftning har økt risiko for hjerte/kar-sykdommer og diabetes. I et forskningsprosjekt som Austgulen starter opp nå, skal det spinnnes videre på dette. Er det slik at genene som styrer utvikling av svangerskapsforgiftning også forårsaker hjerte/kar-sykdommer? Eller, utløses sykdommene i et samvirke mellom forskjellige gen-områder med ytre påvirkninger som den utløsende faktor?

Forskningen ser fram til HUNT 3

– Vi kommer ganske sikkert til å bruke data fra HUNT 3 til vårt forskningsprosjekt når resultatene der er ferdige. Da håper vi at så mange som mulig av våre opprinnelige damer, både de med svangerskapsforgiftning og de med normale svangerskap, avgir nye prøver slik at vi får sett hvordan det går, sier Austgulen. Med flere helseundersøkelser over tid kan man forske videre på bakgrunn av konklusjoner man har funnet før. Resultatet fra undersøkelsene er verdifulle i seg selv, men summen av de øker verdien enda mer. Med tiden vil disse samlingene trolig bli viktigere og viktigere.

Forskningen hadde ikke eksistert uten HUNT

– Uten HUNT og biobanken hadde ikke forskningsprosjektet vi drar i gang nå eksistert. Heller ikke det forrige, sier Austgulen. – Det er et unikt bibliotek som mange forskermiljøer setter pris på, også internasjonalt. – Vi har et nært samarbeid med forskningsmiljøer i Detroit og Texas, og mye av forskningen vi driver med er finansiert av amerikanske penger. De gir et betraktelig økonomisk bidrag, men de hadde ikke vært interessert i oss hvis vi ikke hadde hatt HUNT. Vi kan nesten si det slik at HUNT er vår medgift, avslutter Austgulen.

Eierstrategi på høring: Hvordan vil Helse Midt-Norge se ut i 2010?

Hvordan skal de offentlige sykehusene og tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling i Midt-Norge se ut i framtida? Hvordan skal tjenestene utvikles? Hvordan skal vi sikre god kvalitet og likeverdige tilbud innen spesialisthelsetjensten for befolkningen i Midt-Norge? Dette er spørsmål som står sentralt i Helse Midt-Norges eierstrategi som nå er ute til høring i foretaksgruppen.

Hva er bakgrunnen for det omstillings-arbeidet Helse Midt-Norge nå er midt oppe i?

Målet med å redusere uverdig venting er på det nærmeste nådd, men Helse Midt-Norge står overfor nye store utfordringer i årene framover. Samfunnet forventer økt prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling, og det er bred enighet om bedre tilrettelegging av behandlings-tilbudet for kronisk syke og syke eldre. I prosjekt "Helse Midt-Norge 2010" er disse en del av til sammen 6 hoved-satsingsområder. Det er utarbeidet mål og strategier, og det arbeides med et handlingsprogram som vil peke på konkrete tiltak i årene fram mot 2010.

Hvorfor er det nødvendig med en egen eierstrategi?

Rundt 90 % av spesialisthelsetjenestene ytes av våre egne sykehus og poliklinikker. Så godt som all akutt hjelp ytes her, og disse institusjonene utgjør derfor den klart viktigste delen av spesialisthelsetjenesten. Skal vi lykkes med de nye oppgavene, må vi både ha en effektiv drift og en god arbeidsdeling i hele regionen. "Eierstrategien" handler om hvordan vi skal oppnå dette. Den skal tegne bildet av de tjenestene vi trenger for å møte utfordringene i 2010.

Her er hovedelementene i forslaget:

Styrking av lokalsykehusfunksjonen til beste for folk flest

Alle dagens sykehus i Midt-Norge skal bestå i 2010. Og alle skal yte gode lokalsykehustjenester til befolkningen i sitt område. Folk må føle trygghet for både tilgjengelighet og kvalitet på de tjenestene når de trenger spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at alle lokalsykehusene i regionen skal ha solid akuttberedskap og topp kompetanse innen de tilbudene som finnes i sykehusene. I størst mulig grad skal lokalsykehusene dekke de vanligste behovene for lokalbefolkningen i nærområdet. Det forelås derfor at lokalsykehusene skal gjøre mer av tjenester som befolkningen trenger ofte, og mindre av tjenester som utføres sjelden. De tjenestene alle lokal-

sykehus skal ha er definert som "basisfunksjoner".

Felles tilleggfunksjoner og støttefunksjoner gir bedre kvalitet og økonomi

Alle sykehus vil ikke ha fullt spekter av tilbud, men alle skal kunne tilby lokalsykehusfunksjoner. Tilbud som kommer i tillegg til dette, skal foredeles etter kriterier som legger vekt på økonomi og kvalitet. Ressurskrevende tilbud for fåtall av pasienter skal i større grad samles og tilbys færre steder enn i dag.

Også kvalitet i støttefunksjoner er avgjørende for å få kvalitet i de kliniske delene av virksomheten. Dette gjelder både for medisinske og administrative støttefunksjoner. Nye it-løsninger åpner for omorganisering av støttefunksjonene. Både ved at spesialister og fagpersoner kan utføre oppgaver for et annet sykehus enn der de til vanlig arbeider, og ved at systemene gjør det mulig med felles organisering på tvers av helseforetakene. Ved å ta i bruk mulighetene som ligger i nye og eksisterende it-løsninger, er det mulig å få bedre kvalitet og økonomi.

Forbedring av pasientforløp sikrer sammenheng i behandlingsskjeden

Eierstrategien beskriver en mer oppgavedelt spesialisthelsetjeneste enn det vi har i dag. For mange pasienter betyr det at ulike deler av behandlingen foregår på ulike sykehus i regionen. For den enkelte pasient er det avgjørende at behandlingen oppleves som sammenhengende, koordinert og effektivt. For å sikre dette skal pasientforløp i Helse Midt-Norge beskrives. Særlig viktig er det å beskrive pasientforløp som går på tvers av flere sykehus, og som preges av gjentatte opphold.

Strategien setter en rekke endringsprosesser på dagsorden

Tiltakene i eierstrategien setter en rekke felles endringsprosesser på dagsorden i helseforetakene. Forslaget til eierstrategi er nå ute på høring, og i mars skal styret i Helse Midt-Norge behandle reaksjonene fra organisasjonen og samtidig vedta en handlingsplan for de endringsprosessene som skal iverksettes.

Lokalsykehuset

Dette er noen av prinsippene som ligger i forslaget til eierstrategi:

Sykehusene i Namsos, Levanger, Trondheim, Orkdal, Kristiansund, Molde, Ålesund og Volda er lokalsykehus og skal inneholde et sett av lokalsykehusoppgaver.

Satsing på lokalsykehusoppgaver i alle sykehus skal befeste lokalsykehuset som en trygghetsbase for befolkningen og gi tydelige kvalitetsgevinster i forhold til de store og prioriterte pasientgruppene.

Gjennom geografisk nærhet kan sykehusene praktisk utvikle god samhandling med helse- og sosialtjenester i samme område. Ved å være fastlegens samarbeidspartner og kompetansepool skal sykehuset bidra til helhet i helsetjenestene.

Alle lokalsykehus skal ha tilbud for mottak av all øyeblikkelig hjelp, enten for behandling eller for stabilisering og videre transport.

Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten skal styrkes gjennom lavterskel-tilbud. Tidlig spesialistvurdering kan redusere behov for akuttinnleggelse. Lavterskeltilgang skal tilbys poliklinisk eller i ambulante team, dag, ettermiddag og kveld, men ikke natt.

Sykehusene skal ha høy kompetanse innenfor de tjenestene sykehuset tilbyr. De prioriterte oppgavene skal omfatte både pasientbehandling, undervisning av helsepersonell, forskning og pasient-/pårørendeopplæring.

Sykehusenes opptaksområde skal tilsvare dagens sykehusområder med en justering av grenser basert på infrastruktur for kommunikasjon (ikke fylkeskommunegrenser). Pasienter skal kunne velge sykehus etter rett til fritt sykehusvalg.



B

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

ISSN 1503-1780

“På lag med deg
for din helse”

