



HELSE

03/2006 – Årgang 5 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Debatt:
Er mer penger riktig medisin?
side 4-7

Tema, psykisk helse:
Opptrapping etter planen
side 12-17

Prosjektstart
Eierstrategi 2010
side 21-23

Taler innvandrernes sak

side 8-10



Kortere ventetid med fritt sykehusvalg

Gratis offentlig tjeneste

www.sykehusvalg.no

Ring 800 41 004



Sosial- og helsedirektoratet

L E D E R :

Magamålet og livreima

Norsk helsevesen rangeres som et av Europas beste i en fersk rapport fra European Observatory on Health Systems and Politics. Det er bare Monaco og Sveits som bruker flere kroner på helse per innbygger enn Norge. I 2005 brukte vi som nasjon 170 milliarder kroner på helseoppgaver. Vi har med suksess gjennomført en rekke reformer som berører både primær- og spesialisthelsetjenesten og har styrket pasientens rettigheter. Det meste av dette har det vært bred enighet om og det hersker ingen tvil om at helsespørsmål står høyt på den politiske dagsorden.

Analysen av Helse-Norge forteller oss at vi lever lenger, bruker mer penger på helseoppgaver enn noen gang før og spesialisthelsetjenesten har aldri behandlet så mange pasienter. Ventetiden har aldri vært kortere, og det skjer en bevisst opptrapping av tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Slik framstår vi i forhold til resten av Europa og verden, men våre daglige oppgaver handler om å innfri krav om økonomisk balanse og omstille virksomhet for å bli mer effektive og gjøre bedre bruk av de helsekronene vi forvalter.

Utfordringbildet vårt er sammensatt. På medisinsk område har f.eks utgiftene til medikamenter økt med 10 prosent i snitt de siste årene. Økt bruk av TNF-hemmere ga oss i fjor en ekstra-regning på 170 millioner kroner. Dette er eksempler på at kvaliteten på det vi tilbyr blir stadig bedre, men det koster.

Rettes spørsmålet til finansmiljøer, er tilbakemeldingen at norske sykehus lider under kronisk dårlig styring og mangel på ledelse. I løpet av helsereformens fire første år er det akkumulert et samlet underskudd på seks milliarder kroner, og vi går mot nye underskudd i år.

Ber vi svenskene om råd vil de hevde at vi har valgt en kostbare desentralisert struktur for spesialisthelsetjenesten.

De medisinske utvikling har ført til en økende grad av spesialisering og det påvirker måten vi organiserer tilbud. Vi kan ikke gjøre alt på alle steder. Men selv om vi må samle en del tilbud for å sikre kvaliteten, så er også nærhet til tjenesten et kvalitetskriterium og et gode for pasienten. Vår desentraliserte struktur gir oss altså mulighet som svenskene har gitt fra seg. Derfor er vår strategi å sentralisere det vi må og å desentralisere det vi kan.

Forventningene til helsevesenet er høye. Statistikken forteller oss at nordmenn i dag i snitt lever 5-6 år lenger enn på 70-tallet. Vi blir flere eldre, vi vil leve lengre og ingen vil dø. Vi stiller andre krav til vår alderdom og som konsekvens av dette anbefales det i dag oftere behandling og utføres operasjoner for eldre mennesker som var utelukkert for få år tilbake.

Etterspørselen og forbruket av helsetjenester har økt betydelig i Norge de siste årene. Vi bruker i dag 12 prosent av vårt bruttonasjonalprodukt på helseoppgaver. Spørsmålet er om det er fornuftig å bruke mer. Det kan også gjøres godt forebyggende helsearbeid ved å satse på andre sektorer av samfunnet. Ja, kanskje det til og med vil gi større effekt på folkehelsen enn å bruke mer på oss som "lapper folk sammen". Så når vi i det daglige føler at livreima presser, er det kanskje en idé å tenke på magamålet også.

Vi skal ha høye ambisjoner for spesialisthelsetjenesten i Norge. Det skylder vi våre pasienter. Men lagånd handler også om lojalitet, om å gi rom for og å utvikle individuelle ferdigheter og om å ha en felles strategi mot målet. Vi er nødt til å prioritere og gjøre valg innenfor de rammene vi har, både i økonomisk og etisk forstand. Det er en krevende oppgave, men vi har egentlig ikke noe annet alternativ.




Paul Hellandsvik
adm. dir.

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: Stina Langlo Ørdal • Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000.



Pengene eller livet?

Med lov om helseforetak ble det innført et finansieringsregime der behandlingen ikke bare skulle være godt for pasienten, men også helseforetakenes budsjetter og resultater. I de statlige helseforetakene er det lagt stor vekt på å utvikle ledelse og skape forståelse for at virksomhetene må drives innenfor de økonomiske rammene som staten gir. For en sektor i sterk vekst og med årevisse underskudd i forhold til budsjett, er det en betydelig utfordring å komme i mål. Helse Midt-Norge har fått utsettelse til 2007, men da skal driften være i balanse. Hva er riktig medisin i en slik situasjon?

Deltagerne i debatten er:

- Forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund
- Professor Terje P. Hagen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo
- Professor Ivar Sønbo Kristiansen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo
- Representant i Regionalt brukerutvalg, Rikard Olsvik

Er dagens finansieringsregime en tjenlig måte å sikre og utvikle en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen?

Bente G. H. Slaatten

Det er noen åpenbare problemer med dagens finansieringsregime, men jeg tror ikke det er en enkel oppskrift på hvordan dette bør gjøres. Dagens finansiering premierer i for stor grad oppstykket behandling, og fremmer ikke helhet og kontinuitet. I 2005 var sykehusenes samlede regnskapsmessige underskudd vel 3 milliarder kroner og den foreløpige SAMDATA-rapporten kan tyde på at de

letteste pasientene prioriteres framfor de mer ressurskrevende som gir mindre inntjening til sykehusene. Den sterke bedriftsøkonomiske modelltenkningen som ligger i sykehusreformen bidrar til å gi slike uønskede utslag for pasientbehandlingen.

Ivar Sønbo Kristiansen

I hovedsak, ja. En blanding av rammefinansiering og stykkeprisfinansiering gir foretakene en rimelig mulighet til å få dekket økt tjenesteproduksjon samtidig som staten har en rimelig kontroll med sine totale utgifter. Foretakene kunne nok ønske et faktura-system der staten refunderte alle kostnader uavhengig av produksjonsnivå og effektivitet. USA hadde et slikt system, men har stort sett gitt det opp fordi det var for dyrt og byråkratisk. Det reelle alternativ til DRG-systemet, som har vært mye utskjelt, er rammefinansiering, ikke faktura-system.

Terje P. Hagen

Nei, det er det ikke, men det skal ikke så store endringene til for å rette på problemene. Slik jeg oppfatter det, er hovedproblemet

med finansieringssystemet i dag svake koplinger mellom aktivitet og ressurstilgang. Sykehusene øker aktiviteten, men får bare delvis finansiert aktivitetsøkningen. De siste årene har en fått finansiert 40-60 prosent av kostnadene ved aktivitetsvekst utover det regjeringen har satt som mål. Dette har hatt to effekter: 1) Vi har fått en litt for sterk vridning i aktiviteten over mot behandling av enklere lidelser og 2) det har ledet til store driftsunderskudd i mange av foretakene. For å løse problemet må det lages klarere koplinger mellom aktivitet og ressurstilgang. Utvalget som utredet finansieringssystemet for sykehusene etter den statlige overtakelsen i 2002 viste hvordan et slikt system kan utformes. Når det gjelder finansieringsregimet for investeringer så oppfatter jeg det som fortsatt uavklart. Det er naturligvis meget uheldig at dette ikke er avklart nesten 5 år etter at sykehusreformen ble vedtatt.

"Dagens finansiering premierer i for stor grad oppstykket behandling, og fremmer ikke helhet og kontinuitet."
Forbundsleder Bente G. H. Slaatten i Norsk Sykepleierforbund



Foto: Trond Isaksen/NSF



”Jeg ser ingen forhold som skulle tilsi at vekstperioden er over. Aldring og nye behandlingstilbud tilsier dessuten økte helsebudsjetter...”
Professor Ivar Sønbo Kristiansen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo



Illustrasjon: Stina Langlo Ørdal

Rikard Olsvik

Når staten som sykehuseier ikke er villig til å bevilge tilstrekkelig med penger til å utvikle ei fullgod spesialisthelsetjeneste, må det være mulig å finne et annet finansieringssystem. Helseforetakene må konsentrere seg om å drive pasientbehandling. All byggeaktivitet - både nybygg og ombygging - bør finansieres ved direkte bevilgninger over statsbudsjettet. Et statlig eiendomsselskap bør få ansvaret for hele bygningsprosessen til alle helseforetakene i hele landet. Utstyrsdelen bør være helseforetakenes ansvar sammen med drifta. Dagens regler om rentebelastning og avskrivning skaper uklarhet og uforutsigbare løsninger. Det er ei grense for hvor mye som kan spares uten at det går over pasientbehandligna.

Sjøl med ei velfungerende samhandling med primærhelsetjenestene, vil behovet for sjukehusbehandling bare øke fordi befolkningen stadig blir eldre. Innen psykiatri og rus ser det ut til å være et raskt økende behov. Innen somatikken tyder alt på at livsstilslidelser vil tilta.

I 2005 kostet det 50 milliarder kroner å drive de somatiske sykehusene i Norge, beløpet har vokst med 10 milliarder kroner siden 2002. Tilbudet trappes opp innen psykisk helsevern og rusbehandling. Totalt disponerte spesialisthelsetjenesten over 73 milliarder kroner i 2005. Er dette en vekst som vil fortsette - og er det i så fall ønskelig?

Bente G. H. Slaatten

Vi kan og skal bruke mye penger til helsetjeneste. Det gir Norge et sterkt velferdsfortrinn og bidrar til at vi skårer godt på mange andre indikatorer. Det er derimot ikke selvsagt at spesialisthelsetjenesten skal fortsette å vokse som den har gjort. Vi må se mer på hele behandlingsforløp. I dag er oppstyking hovedprinsippet – ”min eller din pasient”, kostnader på det enkelte behandlingssted, lite hensyn til totalkostnader og med lite innsats innrettet mot forebygging, rehabilitering og mestrings. For en stor og økende gruppe mennesker med vedvarende sykdom og behov for sammensatt helsehjelp, er ikke dette hensiktsmessig.

”...ønsker vi ei spesialisthelsetjeneste av topp kvalitet både når det gjelder personale og utstyr, må nok sykehuseieren være villig til å øke bevilgningen betydelig de nærmeste årene.”
Representant i Regionalt brukerutvalg, Rikard Olsvik



Ivar Sønbo Kristiansen

I nesten alle OECD-land øker helse-tjenestens utgifter både relativt og absolutt med økende økonomisk velstand (økende BNP). Helsesektoren har således prioritet, og økende oljeinntekter gir Norge grunnlag for å bevilge mer til helsetjenesten. Aldringen vil med sikkerhet øke etterspørselen etter helsetjenester. Forebygging kan øke levetiden, men vil ikke redusere de totale kostnader. Nye behandlingsmuligheter vil øke tilbudene til pasientene og skape økt etterspørsel. Det skal sterk politisk vilje og makt til å stå i mot alle disse vekstkreftene. Regjeringen har makt, men Soria Moria-erklæringen bærer ingen bud om at den har ønske eller vilje til å bremse veksten. Jeg ser ingen forhold som skulle tilsi at vekstperioden er over. Aldring og nye behandlingstilbud tilsier dessuten økte helsebudsjetter, men vi mangler metoder for å angi hvor stor veksten bør være.

Terje P. Hagen

Jeg tror det blir vekst i ressursbruken i spesialisthelsetjenestene de nærmeste 8-12 årene, men at veksten blir litt svakere enn den vi har hatt de siste ti årene. Årsakene til fortsatt vekst er i første rekke en aldrende befolkning og teknologiske nyvinninger. Årsaken til at veksten ikke blir fullt så sterk som de siste årene, er at ventetidene er betydelig redusert etter 1999. Det skjer også en stadig endring i arbeidsdelingen mellom sykehusene og primærhelsetjenesten. Oppholdene ved sykehusene blir kortere, og mer av rehabiliteringen skjer i primærhelsetjenesten. Dette øker ressursbehovet i kommunesektoren. Ser vi utover den neste 10-årsperioden, ser jeg to scenarier. Det ene innebærer fortsettelse av dagens trender. Det andre forutsetter en genteknologisk revolusjon. Da kan behovet for ressurser, i alle fall i enkelte deler av spesialisthelsetjenestene, faktisk gå ned.

Rikard Olsvik

Av svaret under spørsmål 1 går det fram at økende behov vil kreve fortsatt vekst i bevilgningene til spesialisthelsetjenestene. Ved effektivisering og streng funksjonsfordeling mellom sykehusene, kan veksten begrenses noe, men ønsker vi ei spesialisthelsetjeneste av topp kvalitet både når det gjelder personale og utstyr, må nok sykehuseieren være villig til å øke bevilgningene betydelig de nærmeste årene. Betydelig beløp kan trolig spares ved et langt bedre forebyggende helsearbeid enn i dag. Det gjelder spesielt livsstilssykdommer. Det må legges til rette for at både spesialisthelsetjenestene, kommunehelsetjenestene og frivillige organisasjoner setter søkelyset på forebyggende helsearbeid.

Det er satset mye på ledelse og ansvarliggjøring i forbindelse med helsereformen. Målet er å få en ledelse som er i stand til å forene økonomiske og medisinske hensyn. Har vi lyktes?

Bente G. H. Slaatten

Jeg har stor respekt for de som påtar seg lederoppgaver i helsevesenet. De har en krevende jobb og skal forene mange kryssende hensyn. Kompleksiteten i disse jobbene er sterkt undervurdert. En avdelingssykepleier har et ansvarsområde som en leder i en middels stor bedrift. Lederne bør ha mer løpende støtte og opplæring, og kravene til lederne må ikke være så motstridende at de er umulige å fylle. Om det er satset mer på ledelse enn før, er det likevel ikke nok. Topplederprogram for utvalgte ledere er vel og bra, men kvaliteten på helsetjenester avhenger av kompetent og godt faglig lederskap på poster og avdelinger.

Ivar Sønbo Kristiansen

”Helsetjenestens kostnader bestemmes i stor grad av beslutninger som tas av

helsepersonellet, ikke ledelsen. Kanskje er det derfor viktigst at de som arbeider klinisk kan forene økonomiske og medisinske hensyn. Her er det fortsatt et godt stykke vei å gå så vidt jeg kan bedømme fra mitt ståsted.”

Terje P. Hagen

Det er dessverre ikke alltid slik at økonomiske og medisinske hensyn kan forenes. Vektlegging av rene medisinske hensyn tilsier prioritering etter alvorlighet. Den som er sykest skal ha mest helsetjenester. Økonomiske hensyn innebærer at en også tar hensyn til effektene av et tiltak, og stiller spørsmål om vi kan få mer helse for pengene ved å bruke ressursene på en annen måte. Når det gjelder satsningen på ledelse og ansvarliggjøring, så er jeg usikker på effektene. At en leder står ansvarlig for resultatene til en seksjon, en avdeling eller et sykehus er av det gode. Men på meg virker det som at ledelsesmessig ansvarliggjøring er kombinert med et veldig pragmatisk syn på virkemidler. At en prioriterer pasienter utfra inntjening, eller stykker opp oppholdene for å øke inntektene er ikke ønskelig. Det må idag settes inn tiltak for å motvirke slike tendenser.

Rikard Olsvik

Til en viss grad har vi lyktes i å forene økonomiske og helsefaglige hensyn. Hvis Helse Midt-Norge skal drive i balanse fra 2007 etter dagens økonomiske rammer, vil det bli økonomi og oppsparing som setter dagsorden. Pasientens behov for behandling er jeg redd vil komme i andre rekke. Ei slik utvikling er uakseptabel. RHF-styrene må ta styringa når det gjelder funksjonsfordeling. De oppgavene lokalsykehusa får ansvaret for må bli av fullgod kvalitet. Både velkvalifisert personale og det beste tekniske og medisinske utstyr som finnes må være tilgjengelig.

”Årsaken til at veksten ikke blir fullt så sterk som de siste årene, er at ventetidene er betydelig redusert etter 1999. Det skjer også en stadig endring i arbeidsdelingen mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.”

Professor Terje P. Hagen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo





Hamida Schreiner

- handlingens kvinne

- Min representasjon i det regionale brukerutvalget er en bekreftelse som stimulerer til refleksjon og debatt, noe som setter i gang endringer som gir innvandrere en legitim plass i helsedebatten. Det handler om likeverd, respekt og mer aksept for forskjeller. Norge er mitt hjem også, for meg og mine etterkommere, sier Hamida Schreiner. Hun har fått den store oppgaven å representere fremmedkulturelle i Helse Midt-Norges regionale brukerutvalg.

Kommunikasjon er nøkkelen

– Min største oppgave blir å være et kommunikasjonsledd mellom aktørene. Et bindeledd mot de andre brukerutvalgene. Innvandrere har ikke vært oppmerksom på systemene for pasientpåvirkning som finnes i vårt fylke, sier Hamida. – Vi som allerede er blitt nordmenn, bør stille bedre med dem som holder på å bli det. Mennesker løser sine oppgaver bedre sammen, ikke hver for seg. Innvandrere og innvandrersorganisasjoner er ikke representert i brukerorganisasjonenes landskap i dag. Og kunnskap om innvandrernes sykdomsbilder i vår region er ikke godt nok dokumentert fra brukernes perspektiv, fortsetter hun.

”Vi og dem”

Schreiner skal representere en gruppe som er svært sammensatt. Mennesker fra et vidt spekter av land, med ulike kultur- bakgrunn og ulike religioner. Det er lett å tro at mange av disse ikke ville akseptert at en kvinne representerte dem, men Schreiner ser ikke dette som den største utfordringen. – Jeg har kjempet langt for å bevare min selvrespekt som kvinne men nesten ingen av de jeg har kjempet mot har vært flerkulturelle, sier Schreiner. Her rører vi ved den største jobben Schreiner mener Norge står framfor – å snu holdninger, uansett hvordan vei de går. – Jeg har ønsket om å avlive oppfatningen om ”vi og dem”. Media skaper et skjevt bilde av innvandrere og vi strever fortsatt med myter og gamle oppfatninger fra koloni- tiden. Det skapes et holdnings-

grunnlag som må forandres for å virkelig gjøre framskritt. En pasient er en pasient, og en bruker av helsetjenesten først og fremst, sier Schreiner.

Fra ønsker til handling

Schreiner mener at viljen til å forandre holdningene er der, men at vi av en eller annen grunn ikke klarer å sette dette ut i live. – Fremdeles dokumenteres mange vennlige tanker og mye god vilje blant rapportskrivende aktører innen bl.a. helse, utdanning, politikk osv. Ingen behøver å tvile på at ønsket er der, ønske om å få det til, ønske om at det fargerike fellesskapet skal bli virkelighet. ”Flerkulturelt fellesskap” reiser stadig nye og påtregende spørsmål. Nå må handling også inn på arenaen, ikke bare som begrep, sier hun.

Ser problemene fra flere sider

Schreiner er autorisert helsesekretær, og jobber selv i helsevesenet. Hun har dermed muligheten til å se problemstillingene fra flere vinkler. – Det jeg ofte ser er at helsevesenet for mange flerkulturelle ikke kan gi en helhetlig hjelp. Flere erfarer at etatene skylder på hverandre og pasienter blir en kasteball i systemet. Man kan føle at velferdssystemet belaster, snarere enn avlaster, mener Schreiner. – Psykiske lidelser handler om hvordan vi ivaretar sjelen og kroppen. Samarbeid mellom fagområdene kan til dels være vanskelig å beskrive. Dette er for meg et problem som trenger en helhetlig tenkning, sier Schreiner. Hun tror

at informasjon om brukervedvirkning og individuell plan blir de viktigste verktøyene i så henseende framover.

Forståelse er viktig

Schreiner sier at det er viktig at brukerorganisasjonene og helsepersonellet utvikler bevissthet omkring individuell plan og bidrar til at pasientene ser nye muligheter og får en opplevelse av å influere på sin egen situasjon. – Her er for eksempel bruk av tolk en veldig viktig faktor. Hvis pasienten og helsepersonell bedre forstår hverandre er det enklere å finne ut riktig diagnose på riktig lidelse, sier hun. Videre forklarer hun at kulturforståelse også er et kritisk punkt for å forbedre helsetjenestene for innvandrere. – Helsearbeidere er avhengig av god kommunikasjon med pasientene og gi en innsikt som kan gjøre det tverrkulturelle møtet lettere. Målet er å gi innblikk i det mangfold av måter mennesker fra ulike kulturer tenker om sykdom og behandling, og belyse hvor komplekst dette er.

Helse Midt-Norge tar tak

Schreiner er glad for at hun nå er inne i det regionale brukerutvalget. I lovverket ble det allerede i 2002 sagt at man skulle ha en representant for minoriteter i utvalgene. Nå i år har dette kommet på plass. – Jeg håper jeg kan bli en brobygger mellom brukerorganisasjoner, innvandrersorganisasjoner og helseforetaket, slik at vi får enda mer driv i alle de oppgavene vi står foran.



Skreddersydd tilbud for flyktninger



Tiltak for fremmedkulturelle flyktninger, asylsøkere og innvandrere ved Tiller DPS

- En stilling er opprettet for å differensiere og utvikle behandlingstilbudet til flyktninger
- Gruppebehandling med bevegelse i fokus. Ledes av fysioterapeuter og forventes å ha god psykisk, fysisk og sosial effekt.
- Etablerer i høst samtalegrupper for kvinner med sammensatte lidelser. Dette blir et lærings- og mestringstiltak der brukerne selv skal være med å utvikle tilbudet.
- Norskopplæring i regi av Senter for Voksenopplæring, Trondheim kommune har etter ønske fra Tiller DPS lagt noe av norskopplæringen sin her. Et av de viktigste redskapene for å få det bedre i et fremmed samfunn er språk.
- Driver et regionalt psykososialt team for flyktninger med krigstraumer. Dette er en ny behandlingsform som er under utprøving.

Tiller DPS har en stor andel flyktninger i sitt opptaksområdet, og prioriterer å bruke ekstra ressurser på å utvikle et behandlingstilbud tilpasset deres behov.

Anne Marit Hassel er klinisk sosionom ved Tiller DPS og fyller en spesialopprettet stilling som skal bedre utvikle behandlingstilbudet for flyktninger.

– Når du jobber med flyktninger oppdager du ofte at den tilnærmingsmåten som brukes i forhold til etnisk norske ikke møter flyktningenes behov. Flyktninger er mer sårbare for å utvikle psykiske plager på grunn av sin bakgrunnshistorie. Flyktninger har sammensatte behov, noe som medfører at behandlingen krever mye samarbeid innad og med andre etater.

Det blir ofte mye fokus på praktiske forhold som for eksempel oppholdstillatelse, manglende nettverk, sosiale og økonomiske problemer. Dette er problemer som kommer i tillegg til den psykiske lidelsen og representerer ”støy” i behandlingen.

– Vi har blant annet laget en ressurskatalog som skal fungere som et oppslagsverk for behandlerne når det gjelder særskilte tiltak i forhold til denne pasientgruppen.

Hassel forteller at hennes stilling blant annet brukes til å gjøre innledende vurderinger av pasienten. Denne vurderingen har særlig fokus på den psykososiale situasjonen og på å avklare problemstillinger. Etter en slik vurdering tilbys enten gruppebehandling, individuellbehandling eller kombinasjon av disse slik at selve samtaleterapien hurtig kan sikte seg inn mot den psykiske lidelsen. I tillegg bistår hun pasientene med enkel praktisk hjelp.

Kulturelle forskjeller

Flyktninger er ikke mer psykisk syke enn befolkningen forøvrig, men de er naturlig mer sårbare på grunn av livssituasjonen sin. Problemene er ofte sammensatte og

komplekse. I tillegg kan det være kulturelt betingede forhold som gjør det vanskelig å nå fram til pasienten. De fleste behandlere er fortsatt av etnisk norsk opprinnelse. Hassel utdyper:

– I noen kulturer er psykiske lidelser forbundet med psykisk utviklingshemning, og vi må bruke mye tid på å forklare forskjellen. Det er også en tendens til at psykiske lidelser uttrykkes med somatiske symptomer. I tillegg eksisterer det ikke begreper for vår psykologiske forståelse i en del andre kulturer. Derfor driver to fysioterapeuter her en gruppe for innvandrerkvinner med fokus på bevegelse og med innebygget nettverksbygging. I mange kulturer – også vår egen – mangler det fortsatt mye åpenhet omkring psykiske lidelser. I tillegg vil det bli startet en gruppe med fokus på mestring av symptomer for flyktningekvinner med sammensatte symptomer høsten 2006. Derfor er det viktig med et godt samarbeid med primærhelsetjenesten. Det hender at vi får pasienter fra somatiske avdelinger men det har også hendt at vi har fått pasienter som ikke skulle til oss.

Tolk det viktigste tiltaket

For å sikre god forståelse og kommunikasjon mellom behandler og pasient er det viktig at de har et felles språk. Den beste løsningen er tolk.

– Vår erfaring er at deler av hjelpeapparatet bruker tolk i for liten utstrekning. Det øker faren for misforståelser og feilbehandling, sier Hassel.

Fortsatt spesialisthelsetilbud på Røros

Foretaksmøtet mellom Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital slår fast at det fortsatt skal være et spesialisthelsetilbud på Røros. Det betyr at det framtidige tilbudet skal utvikles samtidig som konsekvensene av å flytte den ortopediske virksomheten til Trondheim utredes. Ortopedisk aktivitet skal uansett flyttes til Trondheim i 2009, etter at Bevegelsessenteret er tatt i bruk.

Det framtidige tilbudet på Røros var tema i foretaksmøte i dag, sammen med eierstrategien Helse Midt-Norge 2010, hvor det forutsettes større grad av oppgavefordeling mellom sykehusene i regionen.

- Vi har fått en nødvendig avklaring for arbeidet med å utvikle tilbudet på Røros. Nå må vi jobbe videre med hvordan dette kan gjøres i tråd med erklæringen fra Soria Moria og signalene fra eier. Det framtidige sykehusstilbudet skal fortsatt spille en rolle i akuttberedskapen i fjellregionen, sier styreleder Nils Kvernmo ved St. Olavs Hospital. Han understreker at kravet om balanse i 2007 fortsatt står ved lag, og at tiltak som settes i verk skal bidra til å innfri kravet.

Utredningen som pågår om ortopedisk virksomheten på Røros skal ferdigstilles til styret i september. Parallelt med dette pågår utviklingsarbeidet for det framtidige tilbudet. Til grunn for dette ligger blant annet satsingsområdene i Helse Midt-Norges strategi fram mot 2010, der tilbudet innen psykisk helsevern, rusbehandling, kronisk syke og rehabilitering skal styrkes.

- Helse Midt-Norge forventer at St. Olavs Hospital utvikler tilbudet på Røros samtidig med at arbeidet med å utrede konsekvensene av å flytte den ortopediske virksomheten fra Røros til Trondheim før 2009 pågår, sier administrerende direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.



Sverre Solstrand fikk årets ”St. Olavs brukerpris”

Solstrand får prisen for sitt arbeid som leder av det første brukerutvalget ved St. Olavs Hospital, oppnevnt i 2002. Der var han med på viktig nybrottsarbeid, og la grunnlaget for et godt samarbeid mellom pasienter, pårørende og ansatte ved sykehuset.

Tøff omstilling gir resultat

- Halvårsresultatet for Helse Midt-Norge viser at det blir en tøff utfordring å nå budsjettmålet for 2006, men tendensen de siste månedene gjør at det er grunn til optimisme. Helse Midt-Norge er bestemt på å komme i balanse i 2007, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Kolbjørn Almlid.

Etter at ekstramidler fra revidert nasjonalbudsjett er bakt inn, er prognosen for 2006 et underskudd på 394 millioner kroner. Oppgaven er å begrense dette til et underskudd på 350 millioner kroner som er målet Helse- og omsorgsdepartementet har satt. Avviket utgjør i underkant av én prosent av driftsbudsjettet for andre halvår, og burde ligge innenfor det som er mulig å oppnå.

Helse Midt-Norge hadde et underskudd på 279 millioner kroner første halvår. Med unntak av Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, ligger alle helseforetak i regionen på etterskudd i forhold til budsjettmålet. Noe av årsaken er at planlagte iverksatte innsparingstiltak ikke har hatt full effekt første halvår 2006.

Helse Nord-Trøndelag best på epikrisetid

Helse Nord-Trøndelag er blitt et av landets beste helseforetak i å gi rask tilbakemelding etter behandling. Tall for juli viser at over 80 prosent av epikrisene blir sendt ut innen sju dager. Resultatet kommer etter målbevisst arbeid for å forbedre rutinene ved sykehusene i Namsos og Levanger.

- For at pasientene skal få nødvendig og forsvarlig oppfølging hos for eksempel fastlegen sin, er det helt nødvendig at vi er raske med å informere om sykehusbehandlingen. Jeg er stolt over at vi har nådd kravet om epikrisetid, fordi det bidrar til at pasientene opplever et mer sømløst og bedre helsevesen, sier administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag, Arne Flaata.

Helse Nord-Trøndelag har ikke brukt tid på å diskutere om kravet til epikrisetid er riktig, men heller satt i verk tiltak for å innfri kravet. Hver enkelt leder er stilt til ansvar for sine tall, samtidig som det er gjort en betydelig innsats i den omorganiserte kontortjenesten. Dette innbefatter digital diktering, skriver på tvers av sykehusene og andre effektiviserende tiltak.

- Resultatet som er oppnådd i Helse Nord-Trøndelag er gledelig. Vi har også en positiv trend i de andre helseforetakene i vår region, og det legges opp til en tett oppfølging av utviklingen framover. Rask utsendelse av epikriser er viktig for å skape god samhandling rundt det enkelte pasientforløp og er derfor av stor betydning for den kvalitet vi leverer, sier viseadm. direktør og fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Opptappingsplan for psykisk helse:

I rute, men ikke i mål!

Psykisk helsevern og rusomsorg er de eneste kliniske områdene som er nevnt ved navn i Helse Midt-Norges 2010-strategi. I fjor var for første gang veksten innen psykisk helsevern større enn innen somatikken. Målsetningen er at denne veksten skal fortsette.



Odd Sverre Westbye, som er rådgiver i Helse Midt-Norge, forteller at det er vanskelig å sammenligne psykisk helsevern og somatikk direkte.

– Det er to like innsatsfaktorer innen

begge grenene, nemlig arealer og mennesker. Somatikken har i tillegg kostnadskrevende teknologi. Men vi ser at den forskningen som pågår innen psykisk helse i stadig større grad handler om eksempelvis genetik og nevrologi, så vi må regne med at det også innen psykisk helse vil være et større behov for teknologi i framtiden.

Utbyggingen av psykisk helsevern foregår i to parallelle prosesser – desentralisering og sentralisering. Desentralisering av tilbudet handler om utbygging av solide poliklinikker.

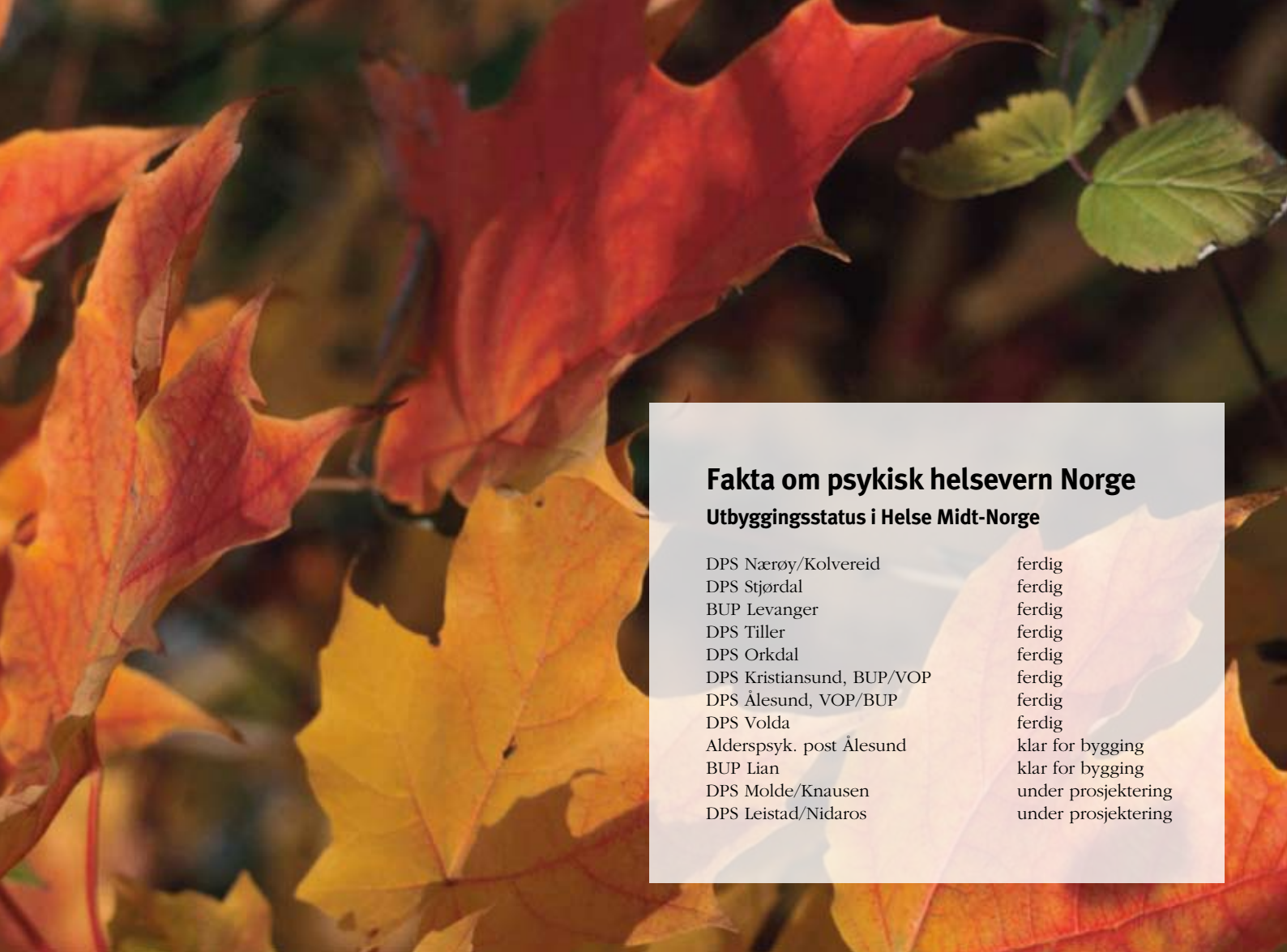
– Det er en klar politisk målsetning om at tilbudet skal finnes der folk er – når de trenger det. Satsningen på DPS'er er ett eksempel, der målet er å fange opp psykiske lidelser tidlig i sykdomsutviklingen. Innleggelse ved akuttavdelinger ved de psykiatriske sykehusene skal tilhøre sjeldenhetene.

Den andre prosessen handler om å sentralisere tjenester som ikke har stort

omfang, men krever spesialkompetanse. Eksempler på slike tjenester er Regional enhet for Spiseforstyrrelser, sikkerhetsavdelingen på Brøset, akuttpsykiatrien og alderspsykiatrien.

Når Odd Sverre Westbye får i utfordring å gi et helikopterblikk på hvordan statusen er i Helse Midt-Norge, er konklusjonen: "I rute, men ikke i mål."

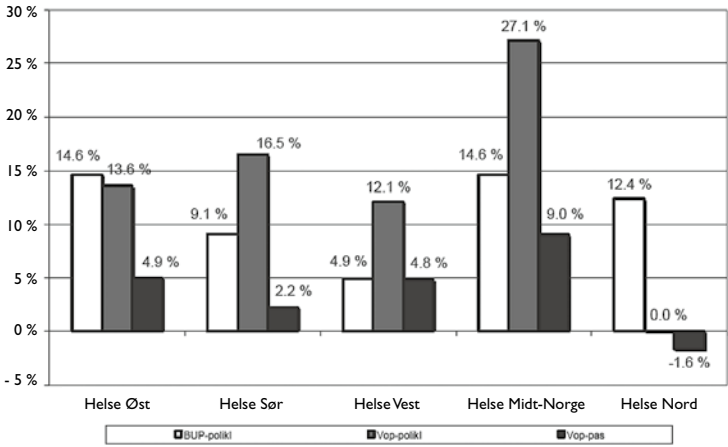
– Vi har bygd ut en god DPS-struktur med funksjonelle arealer. Arealer til sykehusformål er tilfrestillende i på Sunnmøre og i Nord-Trøndelag, mens det gjenstår mye utbygging i Sør-Trøndelag i Nord-Møre og Romsdal. Kravet om 5% dekningsgrad innen barne- og ungdomspsykiatrien blir nådd i hele helseregionen innen utgangen av 2008. I dag varierer dekningsgraden fra 3,5% til 5,5% i helseforetakene. Den store utfordringen er kompetanse. Fra et vedtak om kompetansebygging fattes til vi har ferdig utdannende mennesker som oppfyller kravene tar det 6-15 år, sier Westbye.



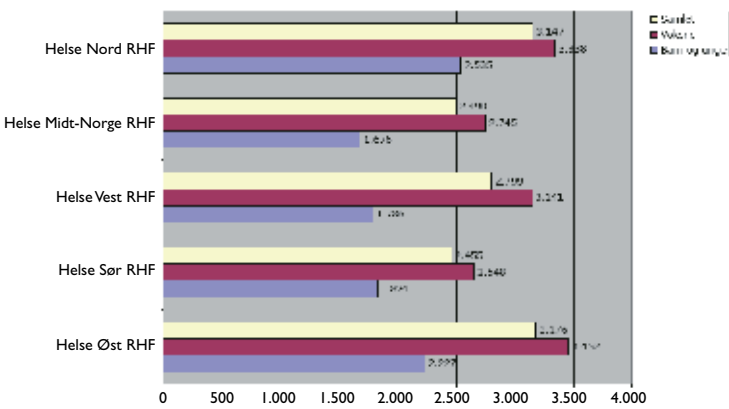
Fakta om psykisk helsevern Norge Utbyggingsstatus i Helse Midt-Norge

DPS Nærøy/Kolvereid	ferdig
DPS Stjørdal	ferdig
BUP Levanger	ferdig
DPS Tiller	ferdig
DPS Orkdal	ferdig
DPS Kristiansund, BUP/VOP	ferdig
DPS Ålesund, VOP/BUP	ferdig
DPS Volda	ferdig
Alderspsyk. post Ålesund	klar for bygging
BUP Lian	klar for bygging
DPS Molde/Knausen	under prosjektering
DPS Leistad/Nidaros	under prosjektering

Vekst i aktivitet innen psykisk helsevern 2002 – 2005



Totale driftskostnader innen psykisk helsevern per innbygger





Hilde Ranheim, klinikkleder ved Psykiatrisk klinikk Overlege og avdelingsleder Pål Sandvik ved Stjørdal DPS

Stjørdal DPS

Nærmere folket

Bedre behandlingsskapasitet, tydeligere og mer systematisk samarbeid med primærhelsetjeneste på den ene siden og sykehus på den andre, bedre beredskap og mindre ventetid. Det er status etter fire måneders drift på Stjørdal DPS.

Til tross for et dokumenterbart bedret tilbud vil overlege og avdelingsleder Pål Sandvik ved Stjørdal DPS nyansere bildet.

– Det er viktig å være klar over at DPS-modellen ikke bare har fordeler, men også noen ulemper. En ensidig satsning på DPS-modellen kan føre til at noen pasientgrupper får et dårligere tilbud enn de hadde tidligere. For eksempel vil åpenheten gjøre det vanskelig å yte et optimalt tilbud til voldelige pasienter og pasienter med rusproblematikk. Det aller viktigste er å finne en samarbeidsform der pasientene ikke blir kasteballer, men får være der de mottar den beste behandlingen i forhold til sin lidelse. Derfor er det viktig at DPS-modellen fortsetter å være gjenstand for diskusjoner.

Lavterskeltilbud

Opptaksområdet til Stjørdal DPS er kommunene Stjørdal, Selbu, Tydal, Meråker, Frosta og halvparten av Malvik. Et av hovedmålene med å opprette DPS på Stjørdal er å flytte helsetjenestene nærmere der folk bor – og være mer tilgjengelig enn tidligere.

– Terskelen for å komme inn til vurdering skal være lav. Vi foretrekker å ta inn

pasienter til vurdering, framfor å avslå. Vårt hovedmål er å tilby en god utredning som resulterer i riktig diagnose og den behandlingen som er best for lidelsen. Vi gir stort sett individuelle opplegg men planlegger fra høsten å bygge opp en gruppebasert behandling, sier Sandvik.

Samarbeid med primærhelsetjenesten

Opptaksområdet til Stjørdal DPS er spesielt fordi det omfatter to fylker og betjener to sykehus. Forutsetningen for å kunne gi god behandling er et nært og godt samarbeid med primærlegene, forteller Sandvik.

– Vi har begynt å gjennomføre møter med legetjenesten i kommunene i opptaksområdet vårt. Der drøfter vi blant annet ventetid og henvisningspraksis og hvordan deres aktivitet kan tilpasses vårt tilbud på best mulig måte. Målet er å øke forståelsen for hva både de og vi er i stand til gjøre.

Etter noen måneders drift er tilbudet i ferd med å ta form og det begynner å bli mulig å si noe om kapasiteten møter behovet.

– Kapasiteten er bra. Vi har hatt en betydelig økning i antall henvisninger,

særlig til poliklinikken. Til tross for det har vi klart å holde ventetiden mellom 60 og 90 dager som er lavere enn målsetningen. Behovet for sengeplasser er dekket opp, men vi mangler fortsatt psykologspesialister og psykiatere for å ha nok kapasitet på poliklinikken.

Åpenhet

Åpenhet var et viktig stikkord da Stjørdal DPS var under planlegging. En av de sentrale personene i planleggingen var Hilde Ranheim, som er klinikkleder ved Psykiatrisk klinikk.

DPS Stjørdal er bygd med en åpen midt-sone med hovedinngang og soner for døgntilrettelagt og dagbehandling.

Den åpne sonen skal invitere fagfolk, brukere og publikum til samhandling. Større åpenhet mot samfunnet, vil gi større åpenhet i forhold til psykiske lidelser.

– Det henger enda igjen mange myter og historier fra psykiatrien. Vi vet at mellom 15 og 30% av befolkningen har en eller annen psykisk lidelse, og åpenhet er viktig for at det skal bli lettere å leve med lidelsen.



Åpenheten ved Stjørdal DPS har flere dimensjoner. Arkitekturen er lys, luftig og lett å orientere seg i. Går du gjennom hovedinngangen kommer du inn i en foaje med en kantine. Her spiser både ansatte og pasienter sammen, og kanten er åpen for den som måtte ønske en matbit. Møterommene lånes ofte ut til eksterne.

Fleksibilitet

Et annet viktig stikkord for oss er fleksibilitet. Vi skal være fleksible i forhold til den enkeltes behandlingsbehov og i forhold til hvordan rommene brukes.

Ved utviklingen av DPS må det legges vekt på fleksibilitet i behandlingstilbudet slik at en kan møte den enkelte brukerens vekslende behov og ta imot nye brukere som vil komme.

Vi ønsker også fleksibilitet i bruk av rom og bygningsmasse. Pasientfløyene kan deles og brukes på mange ulike måter. Ved å åpne dører kan f.eks. omgivelsene innlemmes og øke arealet for den enkelte, sier Ranheim. Møterom må videre kunne brukes til undervisning, veiledning og i perioder kunne fungere som grupperom og dagbehandlingsrom.

Stjørdal DPS:

- ▶ Åpnet desember 05
- ▶ 20 sengeplasser
- ▶ 29 årsverk på sengenheten
- ▶ 10 årsverk på poliklinikken
- ▶ ca 250 henvisninger pr 1. juli
- ▶ Psykiatrisk klinikk i Helse Nord- Trøndelag er ISO-sertifisert av Veritas, noe som blant annet innebærer strenge krav til kvalitetssikringssystemer.
- ▶ Tilbudet preges av lav terskel for innleggelse, lite bruk av tvang, høy effektivitet og godt samarbeid med primærhelsetjenesten.

Medisin: Det normale



Sigrid Bjørnelv, avdelingsleder ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF).

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser

- Oppgaver: pasientbehandling, forskning og fagutvikling
- Opptaksområde: Helse Midt-Norge. I tillegg er det satt av fire senger til pasienter utenfor regionen. Poliklinisk virksomhet hovedsaklig innenfor Helse Nord-Tøndelag, sykehuset Levanger samt deler av Sør Trøndelag.
- 16 sengeplasser
- 1300 – 1400 konsultasjoner (2005)
- To sengeposter – én på psykiatrisk klinikk på Levanger og én i lokalene til Stjørdal DPS.

– Mange av våre pasienter vet ikke hva som er normal mat, hvor stor normal porsjon er og hvordan et normalt måltid forløper. Vår viktigste oppgave er å bringe normalitet inn i pasientens forhold til mat. Det forteller Sigrid Bjørnelv som er avdelingsleder ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF).

I begynnelsen av behandlingen lager kjøkkenpersonalet på sengeposten maten. Etter hvert er målet at pasienten skal bli i stand til å lage normale måltider selv. For å klare det, må pasienten ha en oppfatning av hva som er normalt.

– Vi teller aldri kalorier her. Det er svært få som har ernæringsproblemer og vi skal formidle til pasienten at normal mat gir normal ernæring. Vi bruker alltid smør på brødskiva, og aldri slankeprodukter. Det er ingen ting som heter "liker ikke". Etter hvert vil pasienten – både i kropp og øyne – etablere en forståelse av hva som er normalt både med hensyn til mengde og måltidet som en sosial begivenhet, sier Bjørnelv.

Kontraktsfestet samarbeid

RKSF er kjent for den såkalte "Levanger-modellen" som handler om at det inngås en skriftlig samarbeidsavtale – en kontrakt – mellom behandlingsstedet og pasienten. Kontrakten beskriver både plikter og rettigheter for begge parter.

– For at vi skal kunne gi hjelpe må pasienten ha en viss grad av motivasjon og være interessert i å yte en innsats selv. Hovedpoenget med kontrakten er å skape en strukturert hverdag. Den inneholder blant annet krav om at pasienten må møte opp til alle måltider, og være til stede så lenge måltidet varer. Alle pasienter starter med en prøveuke der pasienten skal bli kjent med oss, behandlingsopplegget og de kravene som stilles. Hittil er det bare to pasienter som har valgt å ikke gå videre, forteller Bjørnelv.

Dersom det skjer avtalebrudd og RKSF har oppfylt sine forpliktelser, blir pasienten bedt å tenke seg om en uke, og kjenne

etter om det er ønskelig at behandlingen fortsetter. Pasienten kan til enhver tid avslutte behandlingen dersom det er ønskelig.

Samkjørt behandlingsskilt

Bjørnelv forteller at alle ansatte er samkjørte og støtter seg til den samme filosofien. Fordelen for pasientene er at de møtes av forutsigbarhet. De risikerer aldri å få motstridende beskjeder fra ulike personer. Et eksempel er matkultur. De ansatte spiser sammen med pasientene og selv om du ikke bruker smør til vanlig på brødskiven, skal du bruke smør når du er sammen med pasienten.

– Både vi og pasienten må forplikte oss overfor kontrakten. Men at vi er samkjørte og lojale mot behandlingsopplegget ut mot pasienten betyr ikke at vi ikke har faglige diskusjoner – tvert i mot. Vi har hele tiden faglige diskusjoner og stiller ofte spørsmål ved egne rutiner. Poenget er at vi gjør det "på kammeret" slik at vi ikke skaper utrygge omgivelser for pasientene.

To målgrupper

RKSF har to enheter, en ved psykiatrisk klinikk på Levanger og én i lokalene til Stjørdal DPS. Avdelingen på Levanger tar i mot unge pasienter og behandlingen har som målsetning at de skal bli helt friske. Disse pasientene er som regel fra 16 til 30 år gamle og følger stort sett samme behandlingsopplegg med relativt få individuelle tilpasninger. På Stjørdal kommer det inn pasienter fra 25 – 30 år og oppover, og målet med behandlingen er å øke livskvaliteten og lære pasienten å leve med sykdommen. Disse pasientene får mer individuelt opplegg i behandlingen.



Strengt, men nødvendig

”Jeg satte egentlig ikke pris på strengheten og den manglende medlidenheten, men etter hvert innså jeg at det var det som måtte til. Jeg måtte lære meg å kjenne på smerten inni meg, uten å ty til mat som trøst.”

Kvinnen som forteller om det 19 uker lange oppholdet på Stjørdal er 42 år gammel og lider av bulimi. Hun ble utskrevet for få dager siden, og er erklært 73% frisk. Hun forteller at hun aldri kommer til å bli helt frisk, og hele tiden må fokusere på å takle eventuell motgang i livet uten å ty til mat.

– De første ukene var skremmende. Det var en voldsom overgang å måtte tilpasse seg institusjonslivet. Jeg synes de var strenge med oss, og innimellom behandlet oss som barn. En av de ansatte fortalte jeg rett ut at var masete. I ettertid ser jeg at hun er en av dem som har hjulpet meg mest, forteller kvinnen.

Hun sier videre at det var veldig greit

å forholde seg til de faste rutinene og reglene.

– Det var med blandede følelser at jeg skrev under kontrakten. Forpliktelsen tynget, men jeg så også på det som en investering i livet. Jeg hadde innsett at jeg måtte ta problemene mine på alvor og at det ikke var noe hvilehjem jeg var kommet til.

Etter tre uker fikk hun sin første permisjon og kunne dra hjem til familien. Der ble hun godt fulgt opp.

– Det var tosidig å komme hjem. Det var rart å være i "den virkelige verden" igjen, uten den tryggheten de stramme rammene gav. Jeg gledet meg faktisk til å komme

tilbake til Stjørdal igjen etter de første permisjonene. Men det var selvfølgelig veldig godt å komme hjem til familien og få prøvd seg i dagliglivet sammen med dem.

Etter sommeren skal kvinnen tilbake til jobb etter 11 måneders sykmelding. Hun gleder seg, men synes naturlig nok det er utfordrende.

– Det var litt som å kutte navlestrengen da jeg ble skrevet ut. Jeg ble veldig knyttet til folk, og savner dem. Men jeg gleder meg til å komme ut i jobb, og være i stand til å takle hverdagen med nye tanker og et nytt syn på livet.

IKT-satsingen i Helse Midt-Norge

I 2003 ble Nasjonal IKT etablert på initiativ fra Helsedepartementet og er et samarbeid mellom alle de regionale helseforetakene.. Det skal være en arena for koordinering og samordning av aktiviteter og tiltak innenfor IKT-området i spesialisthelsetjenesten. Målene med IKT-satsningene i helseforetakene er at informasjons og kommunikasjonsteknologi skal bidra til å bedre kvaliteten i helsetjenesten gjennom å sørge for at helsepersonellet frigjør mer tid til pasientbehandling, og sørge for et bedre og mer helhetlig pasientforløp. Dobbeltarbeid og arkivering skal reduseres og rutinene skal bli mer automatiserte.

IT-Aktørene i Helse Midt-Norge:

HemIT

Den operative delen av Helse Midt-Norges IT-satsinger er skilt ut i en felles regional driftsenhet– HemIT. De har eierskap og ansvar for sentrale servere, felles programvare og felles infrastruktur i Helse Midt-Norge. De strategiske valgene Helse Midt-Norge gjør, blir satt ut i livet av HemIT.

Norsk Helsenett

Norsk Helsenett er et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og omsorgssektoren i Norge. Norsk Helsenett er et eget selskap, eid av de regionale helseforetakene. Nasjonal IKT har ansvaret for de nødvendige føringene/premissene for Norsk Helsenett AS på vegne av helseforetakene som kunder.

Nasjonal IKT

Nasjonal IKT ble etablert på initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er en felles strategigruppe for informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Gruppen består av representanter fra ledelsen i de regionale helseforetakene, Sosial og helsedirektoratet og observatører fra helse- og omsorgsdept. og Norsk Helsenett. Nasjonal IKT er spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor IKT området. Både innad i spesialisthelsetjenesten, og samhandling mot andre sentrale aktører.

Elektronisk Pasientjournal

Et av de store satsningsområdene i 2006 og 2007 er Elektronisk Pasientjournal - EPJ. Den elektroniske pasientjournalen blir et sentralt verktøy for å få til elektronisk samhandling i helsevesenet. Systemet skal fylle oppgaven som dokumentasjon, prosess og planverktøy, og blir beskrevet som navet i informasjonsstrømmen ved et sykehus. Av alle IT-satsninger i helsesektoren, forventes EPJ å ha det absolutt største gevinstpotensialet.

Positive effekter

Arild Faxvaag er både overlege ved Revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital og Førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet ved NTNU. Han arbeider for tiden ved Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal (NSEP). NSEP gjennomfører en rekke forskningsprosjekter innen områdene utvikling, bruk og nytte av elektronisk pasientjournal. Så og si alle norske sykehus har innført EPJ, men bare et fåtall har gått til det skritt å fjerne papirjournalen. NSEP har fulgt utviklingen ved noen av de sykehusene som forsøker å gå papirløst ved å kartlegge arbeidssituasjonen til sekretærer, leger og sykepleiere før og etter at papirjournalen ble fjernet. – Noen av sykehusene vi har studert synes å ha gjennomført overgangen fra papir til EPJ på en glimrende måte. Både leger, sykepleiere og medisinske sekretærer rapporterer at overgangen til papirløs journal har ført til en enklere og mer effektiv hverdag, sier Faxvaag.

- Bedre helse med et tastetrykk?

Store sykehus må lære av de små

– De store sykehusene ser ut til å være i en langt vanskeligere situasjon. Når vi kartla situasjonen her rapporterte brukerne at mange arbeidsoppgaver ble langt vanskeligere å gjennomføre i fravær av papirjournalen, og at arbeidet gikk mindre effektivt. Hva som er årsaken til dette vet vi ikke sikkert, men min gjetning er at forklaringen delvis ligger i manglende funksjonalitet i EPJ systemene som brukes ved de store sykehusene. Helsepersonell ser på EPJ-systemet som et verktøy, et redskap de behøver for å kunne utføre jobben på en god måte. Å bruke et EPJ system med dårlige funksjonalitet kan sammen lignede med å kjøre en bil som har girspaken i baksetet: Det er mulig å kjøre bilen, men spesielt festlig er det ikke, forklarer Faxvaag.

Gammel vane, vond å vende

Utfordringene ved innføring av EPJ-systemer er at de skal løse store og tunge oppgaver, og da blir systemet fort komplekst. Jo større større sykehus jo større kompleksitet. Når et elektronisk system innføres må alle rutinene rundt pasientjournalene erstattes med nye rutiner. Derfor blir mange av endringsprosjektene rundt innføring av et EPJ, også en øvelse i å utvikle organisasjonen. – Det er klart at større sykehus har mange flere organisatoriske ledd fra toppen og ned, og derfor blir oppgaven større. Man må heller ikke glemme at rutinene på et sykehus er bygd opp rundt en journal som er mer enn 100 år gammel, forteller Faxvaag.

St. Olavs papirløst i 2007?

På St. Olavs hospital, samt de øvrige sykehusene i regionen er de midt i prosessen, og er nå i perioden Faxvaag beskriver

som den vanskeligste. Som lege ved sykehuset, synes han at prosessen ved St. Olavs har gått sent, og setter spørsmålstegn ved funksjonaliteten i systemet. IT-sjef for Helse Midt-Norge, Arild Pedersen, mener de har kommet langt, men fortsatt er papir hovedverktøyet i de aller fleste avdelinger. – Planen er at alle papirbaserte journaler skal være fasert ut innen første halvår neste år, men vi forstår de som synes dette har vært en lang prosess, sier Pedersen. – Parallelt med innføringen av EPJ kjører vi en rekke prosesser rundt gevinstrealisering, og organisasjonsendringer. Vi innser jo at vi er en stor organisasjon, og skal ikke stikke under en stol at vi er en tung skute å snu. Med en omfattende og helhetlig satsing fra ledelsen, positiv medvirkning fra ansatte og en profesjonell IT-organisasjon, ser det nå ut til at vi skal nå målet, avslutter Pedersen.



Arild Faxvaag er førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet ved NTNU.



Arild Pedersen er IT-sjef for Helse Midt-Norge

➤ Stille rapportering på sengepost B

- Elektronisk rapportering betyr at sykepleierne nå kan komme på morgenen og lese alt på en PC. De kan konsentrere seg om rapportene på de pasientene de faktisk skal være med å behandle, og ikke alle de andre. Vi er helt i startgropa nå, men ser effektene allerede, sier avdelingssykepleier Birgit Jordet ved medisinsk sengepost B i Molde.



Fra venstre: Sjukepleierne Eilin Vestad, Bente Dalseng og Siw Caroline Myklebost.



Avdelingssykepleier Birgit Jordet ved medisinsk sengepost B i Molde.

Rapporteringen er et resultat som opprinnelig ble satt i gang på St. Olavs Hospital. Der ble et pilotprosjekt kjørt for å finne hvilke gevinster elektronisk pasientjournal ga. Det ble sett på to gevinster; de direkte gevinstene, for eksempel mindre utgifter til papirutskrifter og lignende, og de indirekte. For eksempel elektronisk pasientflyt, bedre planlegging og nye muligheter for prosessstyring.

Spin off fra St. Olavs

Etter prosjektet på St. Olavs Hospital ble en forkortet utgave av prosjektet kjørt på medisinsk sengepost B ved sykehuset i Molde. Et av endringsprosjektene som ble satt i gang som en følge av dette var stille rapportering. Det innebærer at vakt- og sykepleierjournaler blir vist på skjerm, slik at de som jobber med pasientene får informasjonen de trenger der.

Gode resultater hittil

- Vi har ikke brukt systemet så lenge, men vi ser at det går veldig bra. Opprinnelig skulle vi gå over til elektronisk rapportering fra sein- til nattevaktene, men det viste seg at det ble vanskelig, så vi gjorde det fra natt- til tidligvaktene. Hos oss buttet det rett og slett på plassen. Nå har vi tre arbeidsstasjoner, men skulle vi rapportert elektronisk mellom sein- og nattevakt måtte vi hatt flere, og dermed mer plass, sier avdelingssykepleier Birgit Jordet ved sengeposten i Molde.

For tidlig å se alle effektene

- På natta skjer det også mindre enn på dagtid, så mengden rapportering blir mindre. Jeg tror oppskriften på å lykkes ligger i å ikke gjøre for mye av gangen, for da blir overgangen vanskeligere, fortsetter hun. Avdelingen har kun brukt systemet en knapp uke når vi snakker med dem. – For sykepleierne har det gått greit å sette seg inn i systemet, og håpet er at de om et halvt år kan ta rapporteringen videre til vaktskiftet på ettermiddagene også, avslutter Jordet.



Bildet viser fagdir. og viseadm.dir. Jan Eirik Thorsen i dialog med prosjekt-deltakere under oppstartsamlingen for de første prosjektene i eierstrategien.

Eierstrategi 2010

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i mai 2006 Eierstrategi for Helse Midt-Norge. Startegien bygger på Helse Midt-Norge 2010 og utløser nå flere prosjekter for å utvikle foretaksgruppens tjenestetilbud. 4. og 5. september gikk startsignalet for de første prosjektene. De skal være i mål før jul – og nye prosjekter vil starte seinere og pågå inn i 2007.

Prosjektarbeidet vil bestå i å framskaffe dokumentasjon, drøfte og foreslå løsninger. Prosessen skal legges opp slik at ansatte og brukere blir involvert og får anledning til å diskutere og komme med innspill.

- Vi trenger engasjement og meningsbryting om det arbeidet vi nå starter. Dette er viktig for å få fram et godt beslutningsgrunnlag for styret for Helse Midt-Norge RHF. Vi skal ivareta

både kvalitet i pasientbehandlingen og utvikle tjenestetilbudet innenfor økonomisk forsvarlige rammer. Når beslutningen er tatt, må vi kunne stå sammen om de endringsprosessene som er nødvendig for å nå målet, sier leder for styringsgruppa for eierstrategien, fagdirektør og viseadministrerende direktør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF.

› Eierstrategi 2010

Dette er prosjektene

• Utrede delt beredskapsfunksjon for akuttkirurgi for sykehusene i Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda. Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser skal synliggjøres. Alle sykehusene skal ha et akuttkirurgisk tilbud og kompetanse for vurdering og stabilisering av tilstander som skal sendes til andre sykehus. Prosjektet skal derfor se på konsekvenser av å begrense akuttberedskapen for enten ortopedi eller bløtdelskirurgi ved sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda.
Dette er prosjektgruppen: Kjell Griegel (HNT), Frode Myrland (HNT), Anne Catharina Hegstad (HNR), Gunnar Dagslott (HSM), Ola Sæther (St Olavs Hospital). Prosjektleder er Sigbjørn Lid (HSM).

• Utrede hvordan framtidig tilbud til særlig krevende fortidlig fødte skal være i regionen. Utredningen skal bygge på økonomiske og faglige vurderinger.
Dette er prosjektgruppen: Bjørn Myklebust (HNT), Ove Økland (HSM), Svanbild Jenssen (HMN RHF), Christian Bjelke (HNR), en ekstern økonomikonsulent. Prosjektleder er Hanne Farstad (St Olavs Hospital).

• Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at røntgen og laboratorietjenester skal inngå i lokalsykehusene, men har samtidig bedt om at mulighetene for økt bruk av regional vaktordning innen bilde-diagnostikk (røntgen) blir utredet. Prosjektets overordnede mål er å utrede bruk av teknologi og fagressurser på en kostnads-effektiv måte, slik at pasienten sikres nærhet og tilgjengelighet til tjenesten. Regionalt vaksamarbeid og økt

samhandling mellom helseforetakene er virkemidler som skal vurderes.
Dette er prosjektgruppen: Karin Steen (St Olavs hospital), Atle Skjetne (HNT), Espen Rise (HNR), Anders Grimsmo (Norsk senter for EPJ), Mads Troøien (St Olavs Hospital), Jon Helge Samset (HS). Prosjektleder er Edmund Søvik (St Olavs Hospital).

• Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å utrede muligheten for å opprette en satellitt for PCI-behandling (ved akutt hjerteinfarkt) i Ålesund. Det er behov for en bred utredning basert både på kvalitets- og kostnadsanalyser, der transportkostnadene blir en naturlig del av analysen.
Dette er prosjektgruppen: Hans Halland (HNT), Rune Wiseth (St Olavs Hospital), Anne Marie Barane (HMN RHF), Erik Andreas Øyen (HMN RHF). Prosjektleder er Torsten Hole (HS).

• Styret for Helse Midt-Norge RHF har bedt om en utredning av omlegging av fødeavdelingen ved Orkdal sykehus til fødestue. Det regionale prosjektet starter opp i etterkant av den interne utredningen i St. Olavs Hospital HF om dette spørsmålet. Styret har vedtatt å opprettholde dagens fødetilbud ved de andre fødeinstitusjonene i regionen. Organiseringen skal imidlertid vurderes på nytt dersom lavt fødselstall eller vansker med rekruttering av fagpersonell skaper tvil om kvaliteten på tilbudet.
Dette er prosjektgruppen: Wenche Debli (HNT), Oddbjørn Bolås (St Olavs hospital), Sigrid Torblå (St Olavs hospital), økonom fra RHF. Prosjektleder er Svanbild Jenssen (HMN RHF).

Flere prosjekter seinere

I løpet av høsten 2006 og inn i 2007 vil det bli oppstart for flere nye prosjekter knyttet til Eierstrategi 2010. Dette er prosjektene som nå planlegges:

- Fordeling av tilleggsoppgaver utover lokalsykehusfunksjoner. Prosjektet vil bl.a. være avhengig av de konklusjoner og anbefalinger som kommer i utredningen av det akuttkirurgiske tilbudet.

- Utredning av laboratorietjenester.

- Utredning knyttet til framtidig organisering av tilbudet innen psykisk helsevern i foretaksgruppen. Utredningen vil starte etter at evalueringen av organisering av rusbehandling i Midt-Norge er gjennomført. Evalueringen av helseforetaket Rusbehandling Midt-Norge HF gjennomføres høsten 2006.

- Helseregionene har startet et felles nasjonalt prosjekt for å vurdere organisering av administrative og tekniske tjenester. Dette arbeidet vil få betydning for hvilke prosjekter som skal etableres i Helse Midt-Norge.

Det vil komme flere prosjekter knyttet til Eierstrategi 2010 framover. I tillegg er det i verksatt og planlagt tiltak i form av en egen Handlingsplan for Helse Midt-Norge 2006-2010.

Forventninger til Eierstrategien

Magasinet HELSE har invitert direktørene ved de store helseforetakene i Helse Midt-Norge til å si noe om hvilke forventninger de har og hvilke utfordringer de ser i forhold til arbeidet med Eierstrategi 2010. De er alle medlemmer av styringsgruppa for eierstrategien. Dette er spørsmålene vi har stilt:

1. Hvilke forventninger har du til arbeidet med Eierstrategi som nå starter?

2. Hva er de største utfordringene knyttet til denne prosessen?

3. Hvilke konkrete utfordringer og gevinster ser du for helseforetaket?



Astrid Eidsvik, adm.dir. Helse Sunnmøre HF:

1. Eg forventar at vi får avklart og konkludert på ein del problemstillingar omkring funksjonsfordeling mellom foretaka. Dette gjeld spesielt dei problemstillingane der det no er nedsett arbeidsgrupper for å få utgreia. Det er nødvendig at det blir trekt konklusjonar for å få avslutte desse sakene.

2. Utfordringane vil vere å lede prosessane fram mot konklusjonar som dei ulike foretaka og regionen kan einast om. Dette krev deltaking i prosessen og kjensle av å bli høyrte og respektert for meiningane og dei faglege innspela som vil kome i prosessen.

3. Eg viser her til svaret på pkt. 1. Det er viktig at vi får ro omkring problemstillingar som stadig blir trekt fram i m.a. media som uavklarte. Eg kan m.a. trekkje fram akuttfunksjonar, premature, fødeavdeling som døme på område som stadig skaper uvisse både for innbyggjarar og tilsette. Gevinstane må ligge på kvalitetssida når vi går inn i desse prosessane, sidan dette fokuset har vore fronta sidan starten av "prosjekt 2010".



Asbjørn Hofslis, Heles Nordmøre og Romsdal HF:

1. Arbeidet med Eierstrategien må gi et grunnlag for å utvikle foretakene videre, både relatert til fag og til struktur. Vi må finne løsninger som utnytter ressursene, sikrer høy kvalitet i de ulike deler av tilbudet, og som svarer på utfordringene fra nye og økende pasientgrupper.

2. Det er viktig å kommunisere ryddig og tydelig om både prosess og innhold, og prosjektene må sikre en tett dialog med miljøene i de enkelte helseforetak. Gjennom medvirkning og ansvarliggjøring av fagmiljøene må prosjektet synliggjøre faglige utfordringer og muligheter innenfor de rammene helseforetakene forholder seg til.

3. Jeg ser på dette arbeidet som et viktig grunnlag for bedre samarbeid internt i vårt eget foretak, først og fremst gjennom å gi arbeidsro og klare rammer for utvikling. Vi kan dermed konsentrere oss om hvordan våre to sykehus kan samarbeide for å opprettholde og helst øke kvaliteten til pasientene i årene fremover, i en situasjon med nye krav og ressurser som ikke øker. Det er vår viktigste utfordring.



Arne Flaas, Helse Nord-Trøndelag HF:

1. Innbyggere i Midt-Norge skal føle trygghet for gode helsetjenester, uansett hvor de bor. Nettopp derfor har så mange av våre medarbeidere og samfunnskrefter rundt oss vært aktivt med i strategiprosessen. Alle som har brukt tid og krefter i Helse Midt-Norge 2010 må nå få synlige resultater av innsatsen. Jeg forventer altså at strategier omgjøres til beslutninger og praktisk handling. Det betyr først og fremst at vi treffer tiltak som styrker funksjonene som lokalsykehus, og at viktige tilleggsoppgaver legges til våre sykehus.

2. Å diskutere seg fram til felles strategier kan nok være enklere enn når vi nå kommer ned på konkrete endringer i sykehusene. Den største faren vil da være at vi ender i en ørkesløs tautrekkingsøvelse hvor man igjen drar i hver sin retning. Det vil regionens pasienter tape på.

3. Helse Nord-Trøndelag går inn i arbeidet med sterke forventninger. Det klareste mandatet fra deltakerne i strategiprosessen er at lokalsykehusfunksjonene skal videreutvikles og styrkes. Vi forventer også at viktige tilleggsoppgaver, blant annet innen ortopedi, kirurgi og laparoscopi, blir lagt til sykehusene i Namsos og Levanger. Alt dette vil være med på å styrke våre sykehus og fagmiljø, og dermed gi et enda bedre helsetilbud til befolkningen i Nord-Trøndelag.



Gunnar Bovin, St Olavs Hospital HF:

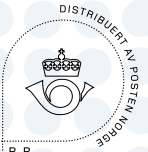
1. Dersom vi lykkes med dette arbeidet, vil spesialisthelsetilbudet i Midt-Norge fremstå som godt koordinert og med høy kvalitet for den enkelte pasient og pårørende. Dessuten skal tilbudet være rasjonelt og effektivt drevet, slik at omfanget kan være tilfredsstillende.

2. Prosessen kan være utfordrende fordi vi ønsker at tunge avveininger skal kunne ut med mest mulig konsensus. Kvaliteten ved nærhet til et tilbud skal avveies mot kvaliteten ved å utøve tjenesten i et tilstrekkelig omfang. Dessuten skal ulike fagmiljø få anledning til å utvikle seg på ulike måter, innenfor en akseptabel arbeidsdeling.

3. En av de viktigste gevinstene for Helse Midt-Norge vil være om vi lykkes med en konstruktiv prosess frem mot en rimelig konsensus. Funksjonsdeling og eierstrategi vil nemlig ikke være en statisk affære. Medisinsk utvikling og brukernes forventninger vil stadig skape behov for nye prosesser. Arbeidet slutter ikke med den pågående prosessen, for den er samtidig en begynnelse på et nytt tankesett. For St. Olavs Hospital blir det avgjørende viktig at forventningene til oss som universitetssykehus og lokalsykehus avklares og oppfylles på en god måte.



B



NORGE

P.P.

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

ISSN 1503-1780

