

HELSE

01/2007 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Debatt:

Spiller primær- og spesial- helsetjenesten hverandre gode?

side 4-7

Tema: Sykefrafær
side 11-15

Humor reduserer dødelighet
side 16-17





Da Semmelweiss lærte oss å vaske hendene, ble det bråk.
Nå skal vi lære å slukke lyset.

I en travel hverdag som handler om liv og død, blir det trivielt å få beskjed om å slå av lyset. Eller å skru av PC'en når du går hjem. Men om alle som ikke slo av PC'en i dag, gjør det i morgen, har vi spart minimum 2.000.000 kroner på et år. Bare på PC'ene. Tenker vi slik om belysning, varmtvann og varme kan vi til sammen få godt over 4.000.000 kroner ekstra å bruke på helse. Hvert år.

Da handler også det om liv og død.

Tips:

- Slå av lys der det er mulig og hensiktsmessig.
- Tenk gjennom varmtvannsforbruket – vi er 16.000 ansatte som vasker hendene flere ganger daglig.
- Slå av PC'en når du går hjem.
- Sjekk termostaten på nærmeste ovn – er temperaturen passe?
- Luft kort og effektivt, ikke la vinduet stå på gløtt.

Gjøre hverandre god



Jan Eirik Thoresen
Kst. adm.dir.

Vi er inne i et år der helt avgjørende forutsetninger for utvikling og drift av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, må på plass. Kontroll over økonomien er grunnleggende for at vi skal lykkes med å skape gode og likeverdige behandlings-tilbud for befolkningen. Dette gjelder i forhold til den daglige drift ved våre sykehus og institusjoner, men også i forhold til investeringer og langsiktig finansiering av spesialisthelsetjenesten.

Det er og må være stor oppmerksomhet rettet mot økonomien i Helse Midt-Norge i 2007. Omstillingsarbeidet som er iverksatt, vil ha stor betydning for hvordan vi blir i stand til å løse våre oppgaver i framtida. Samtidig er det også viktig å minne om at økonomien ikke er målet. Budsjett og økonomistyring er kun et virkemiddel vi trenger for å skape trygghet rundt et helt sentralt samfunnsgode.

Vi kan se tilbake på en periode der det har skjedd en kraftig opptapping og styrking av sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i Norge. Vår oppgave er å forvalte disse verdiene på vegne av samfunnet, slik at de gir mest mulig helse igjen for hver krone. Dette handler om å prioritere og gjøre valg som vi kan leve med både i etisk og økonomisk forstand. Jeg har full forståelse for at slike valg ikke er enkle, men slik vil det alltid være innenfor medisinsk praksis – i møtet med pasienten.

Det er umulig å fristille medisinsk faglige vurderinger fra økonomi og demokratiske spilleregler. Å være på lag med pasienten innebærer også at vi som ledere på alle nivåer innen helsetjenesten, må ta et helhetlig ansvar. Vi må forvalte ressursene vi er tildelt og vi løser ikke våre fundamentale utfordringer ved å bruke penger vi ikke har.

Derfor trenger vi kontinuerlig oppfølging av og presis kunnskap om både kvalitet, kostnader og effekt av de tiltak som iverksettes. Dette krever ryddighet og åpenhet. Både det regionale helseforetaket og våre helseforetak har definitivt et forbedringspotensial som det nå tas grep for å utløse. Vi skal dra lærdom av de eksterne gjennomgangene vi har hatt av vår drifts- og økonomistyring – og av de vi skal gjennomføre i forhold til bl.a. byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim.

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av tillit både i forhold til at den enkelte pasient blir ivaretatt på en god måte, og i forhold til storsamfunnet. Slår dette tillitsforholdet sprekker, er vi med på å svekke grunnlaget for et fortsatt sterkt offentlig helsetilbud i Norge. Utfordringene kommer fra flere kanter: Nyvinninger innen medisin krever at det gjøres endringer i hvordan vi organiserer behandlings-tilbud. Vi gjør tunge investeringer som skal forsvares og utnyttes på en fleksibel og god måte i mange år framover. Og pasienter og pårørende vil stille krav til oss som både vil utfordre vår kompetanse og vår omstillingsevne.

Med dette som bakteppe, må vi være villige til å skyve særinteresser i bakgrunnen. Vi må løse oppgaven i fellesskap. Prosessen vi har startet med eierstrategien for Helse Midt-Norge, er ett av tiltakene på denne veien. Vi må evne å samhandle mellom helseforetakene i vår region og vi må samarbeide med resten av landet på områder der dette er fornuftig. Men dette er ikke nok. En samordnet spesialisthelsetjeneste kommer ingen vei uten et tett og sømløst samarbeid med primærhelsetjenesten. Bare slik kan vi være på lag med pasienten – vi må evne å gjøre hverandre gode.

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: Kommunikasjonsrådgiver Tor Harald Haukås • Tekst og utforming: Bennett AS
Illustrasjon: Stina Langlo Ørdal • Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000.

Er primærhelsetjenesten fra Mars og spesialhelsetjenesten fra Venus?

Spiller vi hverandre gode? Eller er vi i hver vår verden når pasienten skal mellom nivåene?

Tar du utgangspunkt i en gruppe på 1000 personer og følger dem i en måned, viser statistikken oss at rundt 250 er helt friske. 85 har symptomer, men de trenger ikke behandling. Hele 500 tar hånd om problemene sine selv gjennom egenomsorg. 150 oppsøker sin fastlege for å få hjelp. 13 blir henvist videre til lokalsykehuset og 2 må til et regionsykehus.

I 2007 bevilges det 79,6 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten i Norge, men det er bare toppen av samfunnets totale helsekostnader. Små endringer i vår bruk av spesialisthelsetjenesten har store konsekvenser. Blir primærhelsetjenesten gjort i stand for å gi et tilbud til pasientgrupper som i dag kanskje ligger lenger på sykehus enn de trenger – eller har godt av, vil det gi bedre samfunns- og helseøkonomi fordi ei seng på et sykehus i snitt koster

like mye som fra fire til seks senger på sykehjem. Motsatt blir det raskt et kapasitets- og kostnadsproblem hvis fastlegene velger å sende flere for utredning og behandling på sykehus eller en annen institusjon innen spesialisthelsetjenesten. For hva sier fastlegen når pasienten forlanger røntgen eller MR-undersøkelse?

Deltagere i debatten:

- ▶ Hans Petter Mittet, "Kreftkriger"
- ▶ Helge Garåsen, kommunelege i Trondheim Kommune
- ▶ Greta K. Herje, styreleder i Rusbehandling Midt-Norge
- ▶ Daniel Haga, seniorrådgiver i Helse Midt-Norge

Bruker vi helseressursene riktig i dag?

Hans Petter Mittet

Vi får stadig oppfordringer om å ikke vente, men ta kontakt med legen når vi mener det feiler oss noe og vi kjenner etter. Kunnskapen om mulige sykdommer er blitt større. Pågangen til fastlege for konsultasjon øker, resultatet blir at stadig flere oversendes til spesialisthelsetjenesten for videre vurdering.

Det meste av helseressursene brukes nok riktig ut fra svar fra pasienttilfredsundersøkelser, men helseforetakene er pålagt fortsatt å gjennomføre en rekke tiltak som i størst mulig grad ikke skal ramme pasienter og pårørende. Bevilgning av tilstrekkelige midler fra departementet og likeverdig behandling, er viktig for å beholde en god helsekvalitet i Midt-Norge.





”Det har vært fokusert på denne problemstillingen i mange år og det har vært mange gode prosjekter uten at de er blitt videreført.”

Greta Herje, styreleder i Rusbehandling Midt-Norge

Helge Garåsen

Nei, det gjør vi absolutt ikke. Det mangler systemforståelse og en helhetstenking. Isolert sett gjør helsepersonell en kjempejobb med den enkelte pasienten. Men for mye ressurser brukes på enkelttilfeller uten at det gjøres systematiske kostnuttvurderinger både i sykehus og i kommunene. Før utskriving må en også huske på at et heldøgnsstilbud i eget hjem koster det samme som 15 sykehjemssenger eller fire sykehussenger.

Samtidig har slagbehandlingskjeden glimrende demonstrert at rask mobilisering og rehabilitering utenfor institusjon gir bedre resultater for pasienten samtidig som både kommune og sykehus sparer ressurser. Dette burde være en modell for samarbeid om flere pasientgrupper, og da burde ressursene følge brukeren slik at behandlingen gis der hvor det er mest kostnadseffektivt.

Greta K. Herje

Ansatte i helsetjenesten gjør en god innsats. Presset på å yte og være effektiv øker stadig. Samtidig øker helsevesenets muligheter til å gi behandling. Pasientenes kunnskap om hva som kan behandles øker også, og dagens pasienter stiller derfor større krav til helsevesenet enn noen gang.

Skal vi få mer ut av helseressursene må fokuset rettes mot systemene. Arbeid som defineres som pasientbehandling må skjermes. Vi bør gjøre en kritisk gjennomgang av oppgaver og krav som ikke er behandling og vurdere hvilke av disse som er nødt å til gjøres.

Ved økt tilbud av private tjenester har vi sett at flere private makter nettopp å skjermes pasientbehandling. En sammenligning av kravene til privat og offentlig

drift kan kanskje gi oss ideer på hvor det er mulighet til å endre systemer og senke krav til ”unødvendige” oppgaver.

Daniel Haga

Det har vært en betydelig ressursvekst i spesialisthelsetjenesten de senere år, og behandlingsskapiteten er økt tilsvarende. Ventetiden er klart redusert, og da særlig innenfor de kirurgiske fagene. Andre sykdomsgrupper har ikke i samme grad fått del i denne utviklingen, og det er bred enighet om at vi nå må prioritere psykisk helsevern og rusbehandling, tilbud til kronisk syke og til syke eldre.

Jeg mener at det i tillegg er et misforhold mellom det som brukes på forebyggende tiltak i forhold til det som brukes på ”reparasjon”. Vi vet at en rekke sykdomstilstander som i dag binder opp betydelige ressurser i spesialisthelsetjenesten kan forebygges.

Er spesialisthelsetjenesten dyktig på å gjøre primærhelsetjenesten god? Hva skal til for å bygge og forsterke en slik allianse?

Hans Petter Mittet

Samhandling til det beste for pasienten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten kan i enkelttilfeller fungere godt, men i store trekk vurderer jeg den som svak. Hver for seg fungerer de meget bra. Begge nivåene har problemer med å ta innover seg at de skal samarbeide ut fra en totalvurdering til beste for pasient og pårørende. En rekke enkle tiltak kan forsterke alliansen som aktiv kommunikasjon/nettverksbygging mellom partene,

rutiner som er nedfelt må respekteres og følges, respekt for hverandres vurderinger og pasienters innspill, forbedret felles aksept av resultater ved prøvetaking, datasamarbeid om pasientjournaler/kasus. Start enkelt med noen punkter og deretter utvid.

Helge Garåsen

I dag har vi et godt samarbeid på mange områder med felles forståelse for hverandres oppgaver som for eksempel geriatri og lungesykdommer, dvs. der vi har gode samhandlingsarenaer. Mange spesialister bidrar også med god og målrettet kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten. Imidlertid er det fortsatt fagområder som lever sitt indre eget liv og som selv definerer hva som er de beste tilbudene i og utenfor sykehus og åpent kritiserer allmennlegene overfor pasientene: ”Du skulle kommet for lenge siden!”

”Du skulle ikke vært innlagt her hos oss!” Det kan ikke bli gode allianser før vi respekterer hverandre som spesialister på hvert vårt område. Og da må fagmiljøene ha felles møtearenaer og samarbeidsavtaler.

Greta K. Herje

Jeg tror svaret ligger i økt og bedre kommunikasjon og samhandling. Det har vært fokusert på denne problemstillingen i mange år og det har vært mange gode prosjekter uten at de er blitt videreført.

Forpliktende samarbeid, felles arenaer for samhandling, hospitantordninger, kurs, osv. som er satt i systemer som fungerer, er nødvendige tiltak.



”Mye av samhandlingen mellom fagområdene er basert på ”slik har vi alltid gjort det”-atferd og et forsøk på tilfredsstillelse av pasienters lovpålagte muligheter.”

Hans Petter Mittet, ”Kreftkriger”



Dessuten har jeg stor tro på utvikling av et felles elektronisk pasientjournalssystem der pasienten kan ha ”en journal for livet”.

Daniel Haga

Jeg tror det er mange spesialister som er flinke til å gi råd til primærhelsetjenesten om enkeltpasienter, men det drives langt mindre systematisk kunnskapsoverføring med tanke på å redusere behovet for å henvise. Det finnes selvsagt unntak, men i all hovedsak har spesialisthelsetjenesten ”tatt imot” det primærlegene henviser. Kanskje har det også vært forventningene hos både fastlegene og pasientene?

Tar vi utgangspunkt i de store sykdomsgruppene, som diabetes, kols og høyt blodtrykk, vil langt de fleste få sin behandling og oppfølging hos fastlegen. Høy kompetanse hos fastlegen vil både gi en bedre oppfølging og en redusert belastning for spesialisthelsetjenesten.

Det er svært viktig å understøtte denne alliansen, men da på en mer systematisk måte. Og her kan lokalsykehuset ha en nøkkelrolle. Jeg skulle ønske at lokalsykehuset og fastlegene i opptaksområdet møttes både til fagmøter og til temakurs. Dessverre er dagens finansieringsordning snarere et argument for å la være, enn en støtte til slike tiltak.

Samhandling mellom nivåer kan være utfordrende. Det gjelder også mellom fagområder og enheter innen spesialisthelsetjenesten. I hvilken grad mener du at sykehus og institusjoner klarer å samarbeide og gi pasienten et godt tilbud? Hva er forutsetningen for å lykkes?

Hans Petter Mittet

Mye av samhandlingen mellom fagområdene er basert på ”slik har vi alltid gjort det”-atferd og et forsøk på tilfredsstillelse

av pasienters lovpålagte muligheter. Bedre kunnskaper om forventet behov for rehabilitering og habilitering må fremskaffes. Fremtidige forventede behandlingstilbud med eventuelle ønsker/behov for fleksibilitet og spesialtilpassning må utredes. Små og diagnosevurderte institusjoner har ofte svak økonomi og er behandlingsmessig for lite utviklet for dagens pasienter. Flere små må lære seg å samarbeide og slå seg sammen for å oppnå stordriftsfordeler og gi et bredt utvidet kvalitetstilbud som er tilpasset flest mulig pasientgrupper med behov for rehabilitering og habilitering.

Helge Garåsen

De fleste pasientene får svært god behandling med smertefri overføring mellom nivåene. Men jo flere diagnoser og jo flere problemstillinger, dess vanskeligere blir samarbeidet. Ingen vil for eksempel ha den utagerende, senile mannen, den voldelige psykiatripasienten eller kombinasjonen rus og psykiatri. Studier fra USA viser også at ethvert fagområde har en tendens til å overvurdere nytten av sitt eget arbeid. Vi må derfor etablere ekspertpanel som sammensettes på tvers av fag- og forvaltningsnivåer i fellesskap definere hva som er riktige behandlingstilbud i sykehuset, i kommunen og hva som skal forventes av hverandre til beste for de pasientene som trenger tjenestene mest.

Greta K. Herje

Vi vet at spesialisthelsetjenesten gir et

godt tilbud og at langt de fleste pasientene er fornøyde.

Noen enheter og avdelinger samhandler godt og har gode rutiner for dette. Andre har lite samarbeid og ønsker ikke å sende pasienter til hverandre.

Dette er på mange måter et ledelsesproblem og bør løses på ledelsesnivå. Innen avdelinger på den enkelte enhet, må avdelings- og enhetsledelsen legge til rette for og utvikle gode samarbeidsforhold, kultur og rutiner.

Mellom enheter vil også ledelse være viktig, men her vil samtidig systemer som funksjonsfordeling og økonomi være avgjørende. Her har vi store utfordringer og mye å hente.

Daniel Haga

De fleste pasientforløpene er enkle, og går fra fastlege/legevakt til spesialisthelsetjenesten, og så tilbake.

Generelt kan en si at samhandlingen i slike situasjoner fungerer godt. Men mange har kroniske lidelser og/eller flere diagnoser samtidig, og må ha hjelp og behandling fra flere instanser og oppfølging over lang tid. Det er i slike situasjoner at samhandlingen oftest svikter.

Det må til et økt fokus på behovet for samhandling. Ofte er det ikke nok å levere deltjenester av høy kvalitet, hvis ikke det i sum blir bra for pasienten. Mange av disse pasientene har rett på individuell plan. Det vet vi letter samhandlingen. I tillegg er det viktig at alle får tilgang på nødvendig informasjon. Jeg tenker da på IT-systemer inne på sykehus, og meldingsutvekslingen mellom de ulike aktørene.



”...for mye ressurser brukes på enkelttilfeller uten at det gjøres systematiske kostnuttvurderinger både i sykehus og i kommunene.”

Helge Garåsen, kommunelege i Trondheim Kommune



” Vi vet at en rekke sykdomstilstander som i dag binder opp betydelige ressurser i spesialisthelsetjenesten, kan forebygges.”

Daniel Haga, konstituert fagdirektør i Helse Midt-Norge





Rådgiveren

Dette må bli personlig. Ikke fordi det er behov for en kjærlighetserklæring, men fordi Paul Hellandsvik har gitt mye av seg selv som leder av Helse Midt-Norge RHF. Nå får han en ny rolle som rådgiver. Ikke som ”kårkail” men som trekkplaster for programmet for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge. Han har mer å gi.

– Jeg tror jeg har en erfaring og bakgrunn som kan brukes både i vårt regionale program for ledelsesutvikling, og i vårt nasjonale topplederprogram for spesialisthelsetjenesten. Det er dette jeg hadde et ønske om å få bruke mer tid på når jeg skulle trekke meg tilbake fra rollen som administrerende direktør. Nå skjer det litt før enn det vi hadde planlagt, men omstendighetene gjør ikke timingen dårligere, sier han.

Det regionale programmet for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge måtte ta en brå pause høsten 2006 da primus motor, direktør for ledelsesutvikling Ragnhild Meirik, ble utsatt for en ulykke og måtte langtidssykemeldes. Nå er hun tilbake i redusert stilling og har startet planleggingen av videre framdrift for programmet – og det skjer i nært samarbeid med Hellandsvik. Det blir både en videreføring for tidligere deltakere og en utbygging ved at flere vil få tilbud om å delta.

Nye oppgaver

Hellandsvik har 25 års erfaring som leder i ulike deler av helsesektoren. Doktoren, fylkeslegen, forskningsdirektøren, utrederen og helseadministratoren har en solid ballast av kunnskap og erfaring. Ved siden

av oppgavene han vil ha i Helse Midt-Norge og i det nasjonale topplederprogrammet er han invitert som foreleser til BI og NTNU. Han skal representere regionen i det nasjonale programmet for innovasjon i helsesektoren (et program han i sin tid tok initiativ til da han var leder i Sintef Unimed). Sosial- og helsedirektoratet ønsker å drøfte muligheten for å engasjere han til spesialoppgaver. Og han håper å kunne gi bidrag til arbeidet med å utvikle distriktsmedisinske sentre i Helse Midt-Norge.

Tid for refleksjon

– Jeg har innsett at jeg bare må leve med at det spekuleres i hvorfor jeg tok valget og ba om avløsning. Nå var planen at jeg skulle sitte ett år lenger enn det ble, men større dramatikk er det ikke. I romjulen var tiden inne for å tenke gjennom min egen situasjon og hva jeg ønsker å bruke resten av livet på. Det å være toppleder har også sin pris i forhold til familieliv, fritid, å kunne dyrke egne interesser og ta vare på seg selv. Samtidig erkjenner jeg at vi ikke har levert det resultatet vi skulle når det gjelder driftsøkonomien. Det la jeg også på vektskåla. Men selv om jeg ikke lenger er en del av ledelsen i Helse Midt-Norge, ønsker jeg fortsatt å kunne bidra, sier han.

Personlig

Han er på fornavn. Paul er personlig – også som leder. Kanskje er det noe han har med seg fra barndomshjemmet i Brattvåg på Sunnmøre. I alle fall var det noe han i sin tid hadde nytte av som kommunelege i Stjørdal: Ordet er tilstedeværelse. Tilstedeværelse i møtet med pasienten er nødvendig hvis legen skal forstå situasjonen og kunne gi hjelp. Empati er også nødvendig for den som skal utøve lederskap. Ikke minst gjelder det innenfor helsevesenet. Skal du finne balansen mellom kravet til kvalitet i behandlingen og økonomisering med ressursene, må økonomisk forståelse og etikk forenes. – Som leder må du ha mot til å være nær, og samtidig være villig til å ta ansvar for helheten. Det er en krevende rolle – ikke minst når forventningene er høye, slik de skal være til norsk helsetjeneste. Men det er også givende – ikke minst har møtet med de mange dyktige og engasjerte helsemedarbeiderne vi har, vært og vil fortsatt være en viktig inspirasjonskilde, sier han.

Omstillingsutfordringen

krever rask handling

– 2007 blir det året vi må få kontroll over driftsøkonomien. Det er gjort en jobb for å sikre at vi nå får fram reelle tall og mer solide prognoser i den månedlige økonomirapporteringen. I tillegg blir det nå tydeligere styring og tettere oppfølging av helseforetakene. Den foreløpige rapporteringen for januar 2007 viser at dette blir helt nødvendig for å innfri kravet om balanse. Helseforetakene i Midt-Norge må slutte å bruke penger de ikke har, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge RHF.

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet fredag resultatet for 2006 og ble orientert om foreløpig rapportering for januar 2007. Det legges nå opp til tett oppfølging av helseforetakene i regionen. Helse- og omsorgsdepartementet skal ha månedlige rapporter om utviklingen i regionen og for de enkelte helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet har godkjent at Helse Midt-Norge samlet vil kunne gå med et underskudd på 85 millioner kroner i 2007.

Betydelig omstillingsutfordring

Helse Midt-Norge budsjetterte med et driftsunderskudd på 350 millioner kroner i 2006, men resultatet blir 300 millioner kroner dårligere. I sum gir dette en

omstillingsutfordring på 650 millioner for 2007. Ekstrabevilgningen på 275 millioner kroner som er varslet av regjeringen, er med på å redusere underskuddet – men vil ikke redusere behovet for innsparinger i 2007.

Helseforetakene har identifisert en rekke tiltak for å redusere kostnader. Effekten av disse tiltakene er ikke kommet så raskt som forventet. Det blir nå viktig å sikre at planlagte kostnadsuttak og omstilling iverksettes raskt for å få nødvendig effekt på resultatet for 2007 og slik bidra til økonomisk handlingsrom på sikt. En nylig avlagt rapport peker spesielt på behovet for konsernstyring og forsterking av arbeidet med å sikre kostnadskontroll og rapportering. Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å ikke fordele ekstrabevilgning

gen på foretakene i 2007. Beløpet vil i sin helhet bli brukt som et bidrag for å redusere det budsjetterte underskuddet i foretaksgruppen. Den økte rammen vil først bli fordelt mellom helseforetakene i 2008 etter en revisjon av inntektsfordelingsmodellen som gjelder i Helse Midt-Norge.

Differensiert arbeidsgiveravgift

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å endre sitt vedtak om hvordan ordningen med differensierte arbeidsgiveravgift skal praktiseres i foretaksgruppen. Endringen har særlig betydning for Helse Nord-Trøndelag som nå vil dra nytte av redusert arbeidsgiveravgift i blant annet Namsos uten at dette får betydning for fordelingen av driftsmidler i Helse Midt-Norge.

275 millioner kroner ekstra til Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge får økt basisbevilgningen med ytterligere 275 millioner kroner i 2007. Regjeringen har valgt å særlig prioritere Midt-Norge og Nord-Norge når den nå varsler at det vil bli bevilget 800 millioner kroner mer til spesialisthelsetjenesten i 2007.

– Den økonomiske situasjonen i Helse Midt-Norge og i Helse Nord er alvorlig. For å nå Stortingets resultatkrav for 2007 og samtidig sikre pasientbehandlingen, mener regjeringen at det er nødvendig å gi en ekstrabevilgning nå. Helse- og omsorgsdepartementet vil samtidig stille skjerpede krav til rapportering og styring, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

De 800 millioner kronene fordeles slik i proposisjonen fra regjeringen:

- ▶ 275 millioner kroner til Helse Midt-Norge RHF
- ▶ 225 millioner kroner til Helse Nord RHF

- ▶ 100 millioner kroner til Helse Vest RHF
- ▶ 100 millioner kroner til det nye Helse Sør-Øst RHF

I tillegg foreslår regjeringen:

- ▶ 50 millioner kroner til lokalsykehusprosjekter
- 50 millioner kroner til rustiltak

Helse Sør og Helse Øst slås sammen til et nytt helseforetak "Helse Sør-Øst RHF". Denne prosessen skal være sluttført seinest innen 1. juli i år. Dette skal sikre bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet og gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, mener regjeringen.

Andre tiltak som settes i verk er:

- ▶ Enda sterkere styring av sykehusøkonomien. Utgiftskontrollen i sykehusene skal forbedres.

- ▶ Samhandlingsprosjekter blant annet mellom kommuner og sykehus i Vestfold og i Helse Vest og i Helse Nord.
- ▶ Pilotprosjekter som skal sikre bedre medarbeidermedvirkning i omstillingsprosesser ved 2-3 sykehus.
- ▶ Systemet med aktivitetsbasert finansiering skal gjennomgås med sikte på å bedre utgiftskontrollen, unngå uheldige vridninger og sikre bedre pasientforløp.
- ▶ Vurdere mulige grensejusteringer i randsonene mellom Helse Sør og Helse Øst og tiliggende helseregioner. Dette berører også opptaksområder for sykehusene. For Helse Midt-Norge er dette av spesiell interesse for tilbudet i den såkalte "fjellregionen" som omfatter sykehusavdelingen på Røros og Tynset Sykehus.
- ▶ Bedre utnyttelse av IKT



Oddveig Indergård, hjelpepleier ved steril forsyning St. Olavs Hospital, er takket være god oppfølging fortsatt i jobb til tross for slitasjeproblemer (se sak side 13).

Steril Forsyning ved St. Olavs Hospital

Sykefravær i fritt fall

På seks år har sykefraværet ved Steril Forsyning, St. Olavs Driftsservice gått ned fra 17 prosent til 5,9 prosent. – Dette handler først og fremst om å kommunisere med den ansatte for å finne gode løsninger, sier avdelingssjef Ann Margrete Berg.



Avdelingssjef Ann Margrete Berg

St. Olavs Hospital er i likhet med de andre helseforetakene i Helse Midt-Norge, en IA-bedrift (Inkluderende Arbeidsliv), og har tegnet en samarbeidsavtale med trygdeetaten. Som IA-bedrift er St. Olavs Hospital forpliktet til å arbeide for målene i intensjonsavtalen:

- Redusere sykefraværet
- Ansette og beholde flere med redusert funksjonsevne
- Ta bedre vare på eldre arbeidstakers ressurser og arbeidskraft

Stressrelatert fravær

– Ved Steril Forsyning har det i senere år vært lite folk i forhold til de arbeidsoppgavene som skal utføres. Arbeidet kan sammenlignes med å stå ved samlebånd – man må ta utstyr og instrumenter etter hvert som det kommer ned fra operasjonsavdelingene. Hvis ikke hopper det seg

opp. I kombinasjon med mye tungt fysisk arbeid førte dette til blant annet stressrelatert fravær.

Denne utviklingen ønsket Berg å snu for å hindre at flere ansatte var på vei over i langvarige trygdeordninger. I løpet av sin periode som leder har hun fokusert på å finne løsninger i samarbeid med den ansatte.

– Dette er et delt ansvar mellom meg som leder og den enkelte ansatte. Den ansatte har ansvar for å ta opp problemer omkring sin funksjonsevne med meg, og jeg har ansvar for å lytte og legge til rette for løsninger. Gjennom slike samtaler, har vi kommet fram til ulike ordninger tilpasset den enkelte, der den ansatte eventuelt har blitt omskolert, gått over i andre stillinger, fått redusert stillingsandelen eller fått spesielle tilpasninger på arbeidsplassen.

Åpenhet viktig

Når en av de ansatte ble syk eller fikk problemer med å mestre sine vanlige arbeidsoppgaver, tok Berg initiativ til en samtale der målet var å tilrettelegge arbeidstid eller -oppgaver sammen med den ansatte. Den enkelte kjenner seg best selv, men trenger ofte hjelp til å finne mål å strekke seg etter. Gjennom samtalene blir man enige om en oppfølgingsplan. Selv om samtalene er belagt med taushetsplikt, er det likevel viktig at alle ansatte i enheten er klar over hvilken plan som er lagt for den kollegaen som er i IA-oppfølging.

– For å lykkes må også de andre arbeidstakerne i enheten informeres om de tiltak som er viktig for å gjennomføre tilretteleggingen, og som er nedfelt i oppfølgingsplanen. Hele enheten må ha god informasjon om hva Inkluderende Arbeidsliv (IA)

betyr og innebærer. Det er snakk om å skape et godt arbeidsmiljø, hvor alle tar sin del av ansvaret når noen trenger oppfølging. I neste omgang kan det gjelde en selv. Man skal heller ikke glemme å ta vare på de som er friske. God informasjon gir forståelse for den som trenger tilrettelegging i en periode.

For mye tilrettelegging?

IA har blitt kritisert for å åpne for overdreven tilpasning som i ytterste konsekvens kan redusere den ansattes egenverdi på arbeidsplassen.

– Nei, slik fungerer det ikke. Dette handler om å behandle folk individuelt. Noen trenger ”et spark bak” for å komme i gang, mens andre trenger ”en hjelpende hånd” når de spør om hjelp. Gjennom samtalene med de ansatte har jeg lært to ting. For det første har alle ansatte egenskaper og ressurser som det er mulig å hente ut og ta i bruk. God kommunikasjon er en viktig faktor for å få dette til. For det andre er alle som jobber her glade i arbeidsplassen sin og interessert i å gjøre en best mulig jobb. Det må det legges til rette for!

Resultatorientert

Berg mener fokuset i slike prosesser alltid må være på resultater.

– Jeg har som alle andre ledere strenge krav til lønnsomhet og effektivitet. Derfor ønsker jeg å ha stabile og ansvarlige arbeidstakere. På samme måte ønsker arbeidstakeren å finne en arbeidsmengde som fungerer over tid. For å klare dette er begge parter avhengig av den andres aktive deltagelse i prosessen, sette oss klare mål og legge til rette slik at det er mulig å nå målene.



Oddveig Indergård

Fortsatt i jobb – mot alle odds

Oddveig Indergård jobber som hjelpepleier med spesialopp-læring ved Steril Forsyning. Hun slet med slitasje problemer og ble langtidssykmeldt i 2002. Gjennom god oppfølging er hun i dag i 40 prosent stilling – mot alle odds.

Etter å ha vært sykmeldt i tre år begynte Indergård på jobb igjen med aktiv sykmelding. Det gikk ikke lenge før problemene dukket opp på ny.

– Da innså jeg at det var en mulighet for at jeg ikke kom meg tilbake i jobb igjen. Gjennom samtaler med Ann Margrete (Berg, avdelingssjef ved Sterilsentralen, red.anm.) kom vi fram til en løsning som gjorde det mulig for meg å være i jobb igjen. Jeg ville jo helst vært i 100 prosent stilling, men jeg måtte innse at det var umulig.

Indergårds arbeidsevne ble gjennom en utprøvningsperiode på fire uker kartlagt ved at hun gradvis fikk flere arbeidsoppgaver. Listen over arbeidsoppgaver og progresjon var tilgjengelig for alle kollegene slik at alle visste hva som foregikk. Etter utprøvningsperioden ble det klart hvilke arbeidsoppgaver hun var i stand til å utføre, og fikk oppgaver og stillingsandel tilpasset dette.

– Vi har et godt samhold her, og mye omsorg for hverandre. Vi snakker mye bedre sammen nå, og kan være uenige uten at det er farlig.

Helseklipp

Jan Eirik Thoresen konstituert som ny adm. direktør i Helse Midt-Norge RHF

Thoresen har til nå vært fagdirektør og viseadministrerende direktør i helseforetaket. Styret har samtidig opprettet et ansettelsesutvalg som skal gjennomføre prosessen knyttet til ansettelse av ny administrerende direktør etter at Paul Hellandsvik har fratrådt etter eget ønske.

– Selv om vi nå får en periode med en konstituert ledelse av Helse Midt-Norge, blir det ikke noe hvileskjær for endringsprosessene i helseregionen eller for arbeidet med å innfri budsjettmålet for helseforetakene våre, sier styreleder Kolbjørn Almlid. Thoresen (54) er kirurg og har også mastergrad i helseadministrasjon. Han har vært overlege ved kirurgisk avdeling ved universitetssykehuset i Trondheim, medi-

sinsk sjef for utbyggingsprosjektet samme sted, og har i perioder vært konstituert som administrerende direktør både ved St. Olavs Hospital og ved Helse Nord-Trøndelag.

Som følge av endringene i ledelsen av Helse Midt-Norge RHF, blir seniorrådgiver Daniel Haga konstituert som fagdirektør. Stillingen som økonomidirektør ved Helse Midt-Norge RHF vil bli lyst ut om kort tid, etter at Jan Morten Søraker nå har tiltrådt stilling som økonomidirektør ved St. Olavs Hospital HF.

Avtroppenende direktør Paul Hellandsvik vil fortsatt være ansatt hos og ha oppgaver for Helse Midt-Norge. Han er også forespurt om å bistå nasjonale helsemyndigheter.

Norsk Elektronisk Legehåndbok gratis til norsk helsepersonell

På www.helsebiblioteket.no får norsk helsepersonell gratis tilgang til Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). – Dette er et praktisk oppslagsverk som kan brukes av alle i helsetjenesten, og som kan bidra til en kvalitetsheving av arbeidet, sier direktør John-Arne Røttingen i Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.

Om NEL
NEL har vært på markedet i åtte år, og har etablert seg som et praktisk, elektronisk oppslagsverk til bruk for helsepersonell i en travel hverdag. NEL inneholder blant annet pasientinformasjon og beskrivelser av kliniske prosedyrer, symptomer og sykdommer. I tillegg finnes informasjon om:
– førstehjelp
– legemidler
– trygdemedisin
– vaksiner
– legemiddelinteraksjoner
Praktiske verktøy som skjemaer og diagnoselistene ICD-10 og ICPC er også lett tilgjengelig. I de enkelte kapitlene finnes lenker til relaterte tilstander, undersøkelser, behandlinger, undervisningsprogram, illustrasjoner, bilder og videoer.

Slik skal vi redusere sykefraværet

Ei rundspørring til Helseforetakene i regionen viser at det er bra fokus og aktivitetsnivå i forhold til å redusere eget sykefravær.

Spørsmål:

1. Hvor høyt er sykefraværet i dag?
2. Hva er det/de viktigste tiltaket/ene som er iverksatt for å redusere sykefraværet?

**Jan Ole Flenstad, økonomisjef
Rusbehandling Midt-Norge HF**

1. Sykefraværet i Rusbehandling Midt-Norge HF var per november 2006 8,3 prosent.
2. Benytte de virkemidler som finnes i IA-avtalen (spes. mhp oppfølging), gjennomgang av bemanningssituasjonen (herunder endring i bemanning og kompetanseheving), aktivt diskutere sykefravær i interne stabs-/ledermøter, oppfølging av gjennomført arbeidsmiljøundersøkelse, samarbeidsprosjekt med NAV vedrørende sykemeldte og ansatte i faresonen, legge til rette for trening i arbeidstiden.

**Olav Finnøy, personalsjef
Helse Sunnmøre HF**

1. I 2006 har sykefraværet i Helse Sunnmøre HF auka frå 7,7 prosent til 7,8 prosent (9,0 prosent netto). Målet om 20 prosent reduksjon i sykefraværet står fast, derfor er ei auke med 0,1 prosent ikkje tilfredsstillende.
2. Arbeidsmiljøundersøkinga synar at det ikkje er ein samanheng mellom arbeidspress, plagar og fråver. Det er difor viktig å halda fokus på det som

får den tilsette til å velja å gå på jobb, sjølv når ein er under eit stort arbeidspress, og ein har mindre plagar. Bedrifthelsetenesta i Helse Sunnmøre gjennomfører i 2006 og 2007 eit helsefremjande prosjekt Eigenrehabilitering for tilsette som var sjukmeldt eller som sto i fare for å bli sjukmeldt. Tilbakemeldingane er gode.

Vi tilbyr tilsette med langvarige eller hyppige sjukefråver og som ynskjer å vere meir fysisk aktive, å vere med i prosjektet. Prosjektet varer over 24 veker og er inndelt i 3 faser med ei gradvis opptapping til passande eigenaktivitet i fritida. Helse Sunnmøre har ansvarleggjort leiarar på alle nivå om å ta initiativ og halde kontakt med sjukemelde arbeidstakar, og leggje forholda til rette slik at arbeidstakar kan kome tilbake i arbeid/unngå å bli langtids-sjukmeld.

**Björg Johansen HMS-ansvarlig
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF**

1. Sykefraværet i Sykehusapotekene i Midt-Norge HF ligger per november 2006 på 9,3 prosent. Ved utgangen

- av 2007 mener vi at sykefraværet bør ligge på 7,6 prosent.
2. Vi har fokus på organisasjon og ledelse, fleksible arbeidstidsordninger og seniorpolitikk i det videre arbeidet med sykefraværet. Vektlegging av nærværsfaktorer. Forebygging av helseplager blant annet gjennom rygg/-nakkeskole og stressmestringskurs for de ansatte.

**John Ivar Toft, personalsjef Helse
Nord-Trøndelag**

1. Sykefraværet i 2006 var 8,2 prosent i gjennomsnitt noe som er liten nedgang i forhold til 2005. Det er et mål å redusere fraværet med 1,5 prosentpoeng.
2. Vi fokuserer på langtidssykmeldte blant annet ved tett oppfølging av individuelle oppfølgingsplaner og tidlig individuell tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Videre er det viktig at ledere får opplæring i blant annet IA-avtalen og konflikthåndtering. Vi har et tett samarbeid med NAVs arbeidslivssenter og særlig oppfølging av gravide arbeidstakere for å motvirke sykmelding tidlig i svangerskap. Etablering av intern stillingsbank

ivaretar behov for intern omplassering. I tillegg vil vi sikre kvaliteten på fraværssrapportering.

**Kjetil Bjerkestrand, personalsjef
Helse Nordmøre og Romsdal HF**

1. Per januar 2007 hadde vi et sykefravær på 9,1 prosent. Gjennomsnittlig sykefravær i 2006 var 8,4 prosent. Målet for 2007 er å redusere fraværet med 20 prosent.
2. Fra vi iverksatte IA-avtalen i juli 2003, har vi jobbet mye med implementering av nye retningslinjer for oppfølging av sykmeldt arbeidstaker. Vi har hatt fokus på tett dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver fra 1. fraværsdag. Vi har tett kontakt med NAV, trygd, arbeidslivssenter og arbeid. Vår store utfordring er å få til gode tilretteleggingstiltak for personer med redusert yteevne innenfor turnusarbeid. Det er ikke økonomiske rammer for å ta flere ut av turnus på samme enhet.

**Helge Evensen, fungerende personal-
og organisasjonssjef**

1. I januar var brutto sykefravær på 9,4 prosent. Det er lavere enn samme periode i fjor. Målet fremover er å ha lavest mulig sykefravær, og at det ikke øker under omstillingsarbeidet.
2. Vi bruker resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen aktivt. Alle enheter definerer egne forbedringstiltak, og helsetilstand og sykefravær står sentralt. Vi prioriterer å få ned langtidsfraværet gjennom aktiv bruk av IA-avtalen og egne kurs. I tillegg skal vi nå legge bedre til rette for at gravide kan stå lenger i jobb.

NAV-samarbeid skal få flere i arbeid og færre på stønad

Helse Midt-Norge og Arbeids- og velferdsetaten (NAV) i Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag har inngått en samarbeidsavtale som blant annet bidrar til å redusere sykefraværet i de tre fylkene.

Fylkesdirektør i NAV Nord-Trøndelag sier at alt ligger til rette for at befolkningen skal få et bedre tilbud.



Jostein Solberg

å gjøre noen pasientgrupper viktigere enn andre.

Solberg mener denne ordningen kommer alle til gode – også de som ikke omfattes av den.

– NAV og Helse Midt-Norge jobber ofte med de samme menneskene, men med ulikt fokus. Der vi er mest opptatt av å få folk tilbake i arbeid, er de mest opptatt av å behandle. Avtalen handler mye om å samhandle enda bedre i berøringspunktene mellom oss, slik at folk kommer seg i arbeid. Blant annet ønsker vi å bidra til at det blir enda større fokus på at det er arbeidsevnen som vurderes ved sykmeldinger.

Solberg bruker historien om en av hans medarbeidere som måtte operere et kne som eksempel. Da han ble skrevet ut fikk han tilbud om 14 dagers sykmelding, hvorpå medarbeideren svarte ”Men jeg jobber da ikke med kneet!”.

Seniorrådgiver Einar Vandvik i Helse Midt-Norge tror avtalen bidrar til bedre utnyttelse av ressursene.

– Vi forvalter begge to store ressurser på vegne av samfunnet, og med denne samarbeidsavtalen har vi formalisert den praktiske tilnærmingen og sikrer at vi har samme fokus i arbeidet med de samme pasientene. Vår rolle er å være en tilrettelegger for NAV slik at vi sammen kan gi et best mulig tilbud til befolkningen.

Et av de områdene det knyttes størst forventninger til, er frikjøp av behandlingstilbud – en ordning mange har kritisert for å være sniking i helsekøen og bidra til

– Et frikjøp for å få folk raskere tilbake i arbeid bidrar til at køene blir kortere. Når man tar ut de som omfattes av ordningen, vil det være positivt også for de som er igjen. Dette er friske helsepenger som kommer i tillegg til ordinære bevilgninger.

Områdene i NAV-avtalen:

- Kjøp av helsetjenester
- Oppfølging av spesialisterklæringer
- Felles informasjonstiltak
- Bruk av fritt sykehusvalg
- Helserefusjoner
- Rehabiliteringstjenester
- Grupper med spesielle behov
- Videreutvikling av legeprogrammet
- Bruk av data fra NAV-systemet for å vurdere behov for helsetjenester



Jan Ole Flenstad, økonomisjef
Rusbehandling
Midt-Norge HF



Olav Finnøy, personalsjef
Helse Sunnmøre HF



Björg Johansen, HMS-ansvarlig
Sykehusapotekene
i Midt-Norge HF



John Ivar Toft, personalsjef
Helse Nord-Trøndelag



Kjetil Bjerkestrand, personalsjef
Helse Nordmøre
og Romsdal HF

Et humoristisk forskningsprosjekt

Sven Svebak, professor ved
Det medisinske fakultet på NTNU



– En god latter forlenger livet heter det i et gammelt munnhell, men det har aldri blitt bevist, sier professor Sven Svebak ved Det medisinske fakultet på NTNU. Sammen med spesialsykepleier Bjørn Kristoffersen og overlege Knut Aasarød fra St. Olavs Hospital kan han nå endelig legge fram bevis på at sans for humor kan redusere dødelighet.

Latteren er ikke viktig

Det er ikke helt riktig at det er latteren som forlenger livet – humoren gjør det. Det finnes minst ti forskjellige latter typer og bare en av dem kommer av humor. – For eksempel kan man le av å bli kilt. Vi ler også av at andre ler, en slags sugesjon. Så kan vi le av angst, ja til og med som en konsekvens av hjerneskade. Og selvfølgelig av en god vits.

Humor er en tankeprosess

Humor er sosialt betinget. Engelsk humor har blitt et begrep, nettopp på grunn av dette. – Man ser det også på arbeidsplasser. Mye av humoren blant personellet i helsevesenet blir neppe forstått om den ble servert offentlig, smiler Svebak. Siden humoren er et sosialt fenomen, blir vi helt fra barndommen lært opp til at det er noen situasjoner det ikke er sosialt akseptert å le. Men i de situasjonene har vi det likevel morsomt uten at andre trenger å se det. Og dét er sans for humor. Evnen til å tenke det humoristiske.

Stress er en påvirkende faktor

– Det er ingen direkte sammenheng mellom sykkelighet og sans for humor.

Men når stress blir blandet inn i miksen har humor en dempende effekt. Humor er en form for kriseminimering, fortsetter han. Dette har forskere sett i 20 år, men det har aldri bydd seg en anledning til å se på dødeligheten. – Grunnen til at vi kunne gjøre et stykke forskning på sammenhengen mellom sans for humor og dødelighet, var at Kristoffersen og Aasarød ville se på sammenhengen mellom livskvalitet og dødelighet hos pasienter med kronisk nyresvikt, sier Svebak. Prosjektet de kjørte i gang tok for seg pasienter som fikk dialyse minst en gang i uka. Disse pasientene ville dø uten dialysen. Dette var pasientene klar over, og var derfor utsatt for en betydelig stressfaktor.

Overraskende tall fra undersøkelsen

Da nyrepasientene ble innlagt, fylte de ut et spørreskjema. Der måtte de svare på spørsmål om alder, kjønn, utdanning, livskvalitet og sans for humor. To år senere ble resultatene fra spørreskjemaet dratt opp fra skrivebordsskuffen og deretter prøvde man å finne en sammenheng mellom livskvalitet og dødelighet.

– Man hadde vel en tro på at biomedisinske årsaker som alvorlighet av nyresvikt eller for eksempel kroppsmasseindeks kunne ha utslag på dødeligheten, men der ble vi overrasket. Det var ingen andre kjennetegn ved pasientene som kunne forutsi liv eller død to år senere, så sterkt som sansen for humor. Det var over tretti prosent redusert risiko for å være død to år senere, dersom pasienten skåret høyt på sans for humor.

Ser på sammenhengene i HUNT 2

Også ved andre runde av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT 2 ble sans for humor registrert for alle voksne over 19 år. Neste skritt er derfor å se på sans for humor og overlevelse i denne store populasjonen som også omfattet 2000 kreftpasienter, og prøve å finne tilsvarende sammenhenger mellom humor og dødelighet. – Det er lite trolig at fenomenet bare gjelder nyrepasienter, men det kan jo være. Når vi får sett resultatene vi nå henter ut fra HUNT 2 vil vi få et mye bredere utvalg, med mye lavere usikkerhet om vi ønsker å trekke konklusjoner som har gyldighet for folk flest, avslutter Svebak.

Revisjon i Helse Midt-Norge – hvem er hvem?

Hvorfor blir det avisoppslag når Riksrevisjonen avgir sin rapport? Og hvorfor trenger vi både intern- og ekstern revisor? Internrevisjon, eksternrevisjon og riksrevisjon har samme mål, men ulike roller. Helse har sett nærmere på hvem de er og hva de gjør.

Riksrevisjonen: Stortingets øye

– I forhold til helseforetakenes virksomhet har Riksrevisjonen to oppgaver. For det første skal vi kontrollere hvordan statsråden utøver sin eierrolle. For det andre skal vi kontrollere hvordan Helse Midt-Norge utfører sitt oppdrag. Det forteller riksrevisjonssjef, Therese Johnsen.



Therese Johnsen

Riksrevisjonen er Stortingets kontrollorgan som påser at pengene blir brukt slik de skal, og at stortingets vedtak følges opp.

– Riksrevisjonen utfører forvaltningsrevisjon og ikke finansiell revisjon. Det betyr at vi systematisk kontrollerer helseforetakenes økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra Stortinget vedtak og forutsetninger. Dersom vi gjør vesentlige funn, rapporterer vi til Stortinget.

Riksrevisjonen skal være uavhengig av internrevisjonen. Likevel er det samarbeid, uten at dette går på bekostning av uavhengigheten, forteller Johnsen.

– Vi har møter med internrevisjonen der vi klargjør oppgaver og orienterer om hverandres planer. Slik unngår vi dobbeltarbeid. Dersom internrevisjonens rapporter har en tilfredsstillende kvalitet kan vi benytte disse, men det er en avgjørelse vi tar på egen hånd ut fra våre vurderinger.

Utdrag fra Riksrevisjonens uttalelse om Helse Midt-Norge (2005)

”I Helse Midt-Norge synes den styringsmessige og økonomiske situasjonen å være ute av kontroll. Det er økende underskudd i regionen, de finansielle leieavtalene er ikke avskaffet slik som

forutsatt, og ledelsen i det regionale helseforetaket synes i begrenset grad å følge opp departementets krav og styringssignaler.”

Ekstern revisor – PricewaterhouseCoopers

– Send meg magasinet Helse, sier Per Hansen i PricewaterhouseCoopers. Helse Midt-Norges nye eksterne revisor. – For å utføre en god jobb som ekstern revisor, må vi ha oversikt over det som foregår i selskapet. Dette er en stor utfordring, og ett av de mange instrumentene vi bruker for å oppnå dette er å gå gjennom kommunikasjonen. Både formell kommunikasjon som styrereferat og foretaksplaner, men også det som går via uformelle kanaler. For eksempel magasinet Helse, sier Hansen.

Formelt sett skal ekstern revisor bekrefte regnskapsinformasjonen i form av årsregnskapet og i noen tilfeller perioderegnskap. – Vi foretar en risikovurdering på rutinene i foretaket, og på bakgrunn av de funnene utfører vi de revisjonshandlingene vi mener er nødvendige. Svakheter rapporteres tilbake som forbedringspunkter, forteller Hansen.

En viktig samarbeidspartner for oss er internrevisjonen i Helse Midt-Norge. Et tett samarbeid med dem sikrer at vi ikke kontrollerer de samme tingene, og at vi kan fordele arbeidsoppgaver oss i mellom, slik at vi får en bredest mulig revisjon av foretaket, avslutter Hansen.

Internrevisjonen: Vaktbikkja

Gunnar Sørensen er internrevisjonssjef i Helse Midt-Norge. Han synes ”Vaktbikkje” i ordets positive betydning, er et godt uttrykk på den rollen han har.



Revisjon -en, -er

1

det å revidere(s); kritisk gjennom-syn: *avtalen er under revisjon/revisjon av et regnskap*

2

person(er) som reviderer: *det var ingen antegnelser fra revisjonen*

Kilde, Norsk ordbok

De fleste tenker på en revisor som noen som gjennomgår reiseregninger, fakturaer og regnskap. Sørensen jobber i tillegg til økonomi med Helse Midt-Norges oppfyllelse av lover og forskrifter, drift, etikk og forvaltning som eksempelvis produksjon og kvalitet.

To roller
– Som internrevisjonssjef har jeg to roller. Jeg har en bekreftelsesfunksjon som handler om å beskrive hva som faktisk skjer. I tillegg har jeg en rolle som rådgiver der jeg kan komme med innspill og anbefalinger til hvordan vi kan bli enda bedre. Denne rådgiverfunksjonen er blant annet det som skiller min funksjon fra en ekstern revisor.

Dette virker litt i overkant for ett menneske?
– Ja, det er selvsagt umulig å ha detaljkunnskaper innen alle områder. Derfor samarbeider jeg også med ressurspersoner i helseforetakene og jeg har anledning til å leie inn eksterne konsulenter innen de områdene som krever spesialkunnskaper.

Fokusområder
Områdene som intern-revisjonen skal fokusere på bestemmes av en kontrollkomité som består av tre styremedlemmer deriblant styrets leder. En vanlig måte å fastsette fokusområde på er å ta for seg de mål Helse Midt-Norge har, og så vurdere om det er noen risiko for at de ikke nås og hva eventuelt konsekvensene er. Sørensen får da jobben med å se nærmere på de områdene der risikoen og konsekvensene er størst for å ikke nå målene.

– Da handler jobben min enten om å øke sjansen for at vi skal nå målet, eller om å redusere konsekvensene av at vi ikke når målet. Det siste året har jeg jobbet mye med økonomien i helseforetakene, og de tiltakene som er iverksatt for å nå målene. Da har det ikke vært målene som har hatt hovedfokuset, men de økonomiske tiltakene for å nå målene. I tillegg til økonomi

har jeg kartlagt intern-kontrollsystemene i HF'ene, sett på hvordan de er organisert, hva som fungerer og hva som kan forbedres.

Riksrevisjonens kritikk
Riksrevisjonen skrev i sin rapport for 2005 at Helse Midt-Norge "...styringsmessig og økonomisk er ute av kontroll". Betyr det at du har gjort en for dårlig jobb?

– Riksrevisjonens rapport kom ikke som noen overraskelse på noen av oss. Den bekreftet langt på vei de funnene internrevisjonen allerede hadde gjort. Det en kan skje ikke er klar over er at styret allerede på det tidspunktet hadde iverksatt tiltak for å bedre situasjonen.

Upopulær funksjon?
Internrevisjonen i Helse Midt-Norge ble opprettet etter krav fra staten i 2005, og har – satt litt på spissen – som oppgave å finne feil med egen arbeidsplass. Folk som til stadighet jakter etter feil er ofte lite populære.

– Jeg har følt meg både velkommen og verdsatt, og blitt betraktet som et middel til å gjøre Helse Midt-Norge bedre. De fleste ledere oppfatter min rolle positivt, og er svært ofte klar over de problemene jeg eventuelt måtte påpeke. Da blir mine rapporter brukt til å få iverksatt tiltak.

Myter og misforståelser
Revisjon er et ukjent fagområde for de fleste av oss som jobber i Helse Midt-Norge, og det er lett å ty til myter når ordet "revisjon" og "revisor" blir nevnt. Sørensen bekrefter at det finnes noen myter og misforståelser om funksjonen han fyller.

– Mange tror at internrevisjonen har ansvar for internkontrollen også. Slik er det ikke. Det er den enkelte leder som har ansvar for internkontroll. Jeg er ingen saksbehandler, jeg skal på vegne av styret se etter at internkontrollen er etablert,

altså revidere. En annen setning jeg ofte hører er "hvorfor har ikke internrevisjonen oppdaget dette?" Jeg jobber innenfor noen fokusområder, og er avhengig av å få tilgang til informasjon for å kunne revidere. Informasjonen må altså gjøres kjent meg for at jeg skal oppdage forhold.

Internrevisjonen i HMN

- Består av internrevisjons-sjef Gunnar Sørensen. Ansatt siden august 2005, utdannet Siviløkonom med MBA i økonomisk styring og ledelse, har tidligere vært økonomidirektør i Hålogalands sykehuset HF og rådgiver i Helse Nord RHF.
- Avdelingen opprettet etter krav fra eier ved Helse- og omsorgs-departementet i foretaksmøte.
- Rapporterer til styret for Helse Midt-Norge RHF, ikke til administrerende direktør.
- Skal evaluere og bidra til å forbedre de styrings- og kontrolltiltak som er etablert for risikostyring og måloppnåelse i Helse Midt-Norge.
- Er en uavhengig, objektiv bekref-telses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre mer-verdi og forbedre Helse Midt-Norges drift.
- Fungerer som rådgiver i tillegg til å utføre revisjon.
- Fokusområder 2007: Økonomi, etterlevelse av regler for innkjøp, oppfølging av oppdragsdokumen-tet fra eier og internkontroll og etikk.

Nasjonale retningslinjer for tildeling av insulinpumper

De regionale helseforetakene vil bidra til at det utarbeides felles retningslinjer for tildeling og bruk av forskjellige insulinpumper for å sikre et likeverdig tilbud til pasientene i hele landet.

– Det har vært uklart hvem som har ansvar for utstyr og forbruksmateriell som brukes til kontinuerlig overvåking av blodsukkernivået, sier kst. fagdirektør Daniel Haga i Helse Midt-Norge. Nå har helse- og omsorgsministeren definert overvåknings-utstyret som kombineres med en insulin-pumpe som et behandlingshjelpemiddel de regionale helseforetakene har ansvaret for. Dette følges opp ved å utarbeide retningslinjer som helsepersonell kan legge til grunn ved vurdering av pasientenes behov og ved å avtale priser og betingelser med leverandøren av utstyret.

Det er et fåtall pasienter som vil ha behov for det spesielle overvåkningsutstyret. Noen pasienter skal bruke det midlertidig

for å få god regulering av blodsukkeret, mens andre kan ha behov for det på varig basis. I utarbeidelsen av retningslinjene vil forhold som graden av ustabilt blodsukker-nivå, antall blodsukkermålinger per døgn, nattovervåking og stikkvegring være noen av de forhold som må vurderes. Varigheten på utprøvings- og oppfølgingsperioden må også vurderes. Dette ble drøftet i et møte i den nasjonale kompetansegruppen for behandlingshjelpemidler i Oslo i februar. For tildeling av andre insulinpumper vil liknende forhold også måtte vurderes, for eksempel hvilke pasienter som har behov for fjernkontroll.

– Pasientene har imidlertid ingen rett til å få innvilget det utstyret vedkommende

selv ønsker. Det gjelder for eksempel nytt utstyr eller nye modeller utover det som er tildelt som en del av behandlingen. Dette har helse- og omsorgsministeren nettopp presisert, sier Haga. Pasienten kan påklage vedtak til Helse- og omsorgs-departementet, som vil behandle klagen på vanlig måte.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utforme nye, felles kliniske retningslinjer for diagnostisering og behandling av diabetes gjeldende for både primær- og spesialisthelsetjenesten i tråd med føringene i Nasjonal strategi for diabetesområdet.

Samarbeider om å skape verdier i Midt-Norge

NTNU, Helse Midt-Norge og Nord-Trøndelag fylkeskommune har vedtatt at de sammen skal etablere HUNT Biosciences AS. Hensikten er å sikre at verdiene fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) kan utnyttes til økt forskningsaktivitet og folkehelsearbeid i Midt-Norge.

HUNT Biosciences AS etableres med et ideelt formål, og med tre offentlige eiere. NTNU eier 34 prosent av aksjene, mens de to andre partene eier 33 prosent hver.

– Vi ønsket et samarbeid mellom offentlige aktører, og er svært godt fornøyd med at fylkeskommunen og det regionale helseforetaket går inn som medeiere i selskapet. Det er en garanti for lokal forankring og for åpenhet omkring virksomheten, sier prorektor for forskning og nyskaping ved NTNU, professor Astrid Læg Reid.

HUNT Biosciences AS skal i første omgang kartlegge om det er mulig å etablere

aktivitet som kan gi inntekter til forskning og folkehelse tiltak, med utgangspunkt i Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag. Innherred Vekst og Innovasjon Norge bidrar i dette arbeidet.

– Det blir viktig å øke kompetansen og skape en profesjonell organisasjon som kan håndtere utfordringer knyttet til videreutvikling av forskningsresultatene, sier Læg Reid.

HUNT forskningssenter, som er en del av Det medisinske fakultet ved NTNU, forvalter data og biologisk materiale som er samlet inn gjennom de tre HUNT-

undersøkelsene. Materialet bearbeides og oppbevares i HUNT Biobank i Levanger. Det er befolkningen i Nord-Trøndelag som eier materialet som er samlet inn, og dermed også verdiene som HUNT Biosciences AS skal forvalte. Avtalen som er inngått med hver enkelt deltaker i helseundersøkelsen om hvordan opplysninger og prøver kan benyttes, er grunnlaget for aktivitet i HUNT Biosciences AS. Utnyttelse av slikt materiale er forøvrig regulert gjennom lover og forskrifter.

Det skal også inngås en avtale mellom HUNT Biosciences AS og HUNT/NTNU om hvordan selskapet kan bidra til å etablere ny aktivitet innefor gitte rammer.

Sissel Hjelle,
seksjonsoverlege
ved fødeavdelingen
Ålesund sjukehus.



Bedre mottak – godt mottatt

Et prosjekt initiert av Nasjonalt Råd for fødselsomsorg med støtte fra Helse- og sosialdepartementet blir nå gjennomført ved noen fødeavdelinger i landet. De foreløpige resultatene fra Kvinneklubben i Ålesund viser at de alvorlige rupturane etter fødsler er betydelig redusert.

Hva er en sfinkterruptur?

Musklene som regulerer avføring og utslipp av tarmgass i ende-tarmsåpningen er såkalte sfinktere. Sfinkterruptur oppstår under fødselen, og kvinnen får en stor flenge fra vagina og ned til anus. Man deler inn i hvor alvorlig skaden er; den mildeste formen gir kun skade i området mellom vagina og anus – perineum, mens den mest alvorlige formen for skade ødelegger også selve åpningen i anus.

Skade av analsfinkter er en velkjent komplikasjon til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader opereres umiddelbart, men anal inkontinens etter slike operasjoner er ganske vanlig. Riktignok vil de fleste av disse kvinnene bare være plaget med inkontinens for luft eller løs avføring, men en slik fødselsskade vil for mange føre til redusert livskvalitet og affisere kvinnen fysisk, psykisk og sosialt.

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn av 26 fødeinstitusjoner i Norge. En av hovedkonklusjonene i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen ikke er god nok og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis.

Finland i front

– Professor Jouko Pirhonen ved UUS og professor Pål Øian ved UNN er prosjektledere for denne intervensjonsstudien. Professor Pirhonen og jordmor Tiina Pirhonen som begge er finske og har sine utdannelse fra Finland, har satt i gang prosjektene ved fem fødeinstitusjoner i Norge.

– Tiina Pirhonen var ansatt ved fødeavdelingen Ålesund sjukehus i to måneder og underviste alle fødselshjelpere ved avdelingen, og vi er veldig god fornøyd med resultatene så langt, sier Sissel Hjelle, seksjonsoverlege ved fødeavdelingen Ålesund sjukehus. Finland har hatt påfallende få sfinkter-rupturer ved vaginale fødsler sammenliknet med de øvrige nordiske land – bare 0,5 prosent. Norge har de høyeste tallene i Norden – 4,3 prosent, tett fulgt av Sverige med 3,8 prosent og Danmarks 3,2 prosent. Resultatene i Finland har vært stabile i en årrekke og er kvalitetssikret. Årsaken til de gode resultatene i Finland er høyst sannsynlig forårsaket av bedre teknikk ved forløsning.

Ny teknikk øves inn

– Den sannsynlige årsaken til dette er at man i Finland leder den siste delen av fødselen på en annen måte, slik at man begrenser hvor raskt barnets hode forløses, sier Hjelle. De har en tradisjon for aktiv støtte av fosterhodet (opp og fram) og perineum under fødsel, mens man i de andre nordiske land ikke har vært like systematisk bevisste på dette. I tillegg til støtteteknikk omfatter opplegget også hvilke fødestillinger som er gunstigst. De fødende får instruksjon når det gjelder pressing i siste del av fødselen slik at forløsningen blir mer kontrollert. I tillegg brukes "klipp" oftere under fødsel.

Til å begynne med ble tre jordmødre opplært i teknikken, og disse igjen har fått i oppgave å lære teknikken videre til de øvrige jordmødre og leger. Hensikten er at alle fødselshjelpere skal bruke samme metode i prosjektperioden.

Gode resultater til nå

– Dette er tredje måned vi er "alene", og vi er veldig godt fornøyd med resultatene. Personalet er også tilfreds med den nye metoden. Vi skal fortsette prosjektet i et år før det gjøres en evaluering, men resultatene hittil er lovende, og det inspirerer selvfølgelig til fortsatt arbeid, avslutter Hjelle.



Eierstrategier for omstilling

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjorde i februar vedtak for fire av prosjektene innen foretaksgruppens eierstrategi. Vedtakene berører samarbeid om bildediagnostikk og røntgen, behandling av hjerteinfarkt (PCI), tilbudet til ekstremt for tidlig fødte og fødetilbudet i Orkdal.

Styret valgte å utsette behandling av forslaget om organisering av beredskap og vakter for akuttkirurgi. Bakgrunnen for utsettelsen er at man ønsker å se dette i forhold til den pågående nasjonale utredningen om lokalsykehus – rapporten legges fram i mars 2007.

Her er en kort presentasjon av vedtakene som ble gjort i styret for Helse Midt-Norge RHF:

Røntgen

Alle helseforetak i Helse Midt-Norge blir nå pålagt å innføre vaksamarbeid innad i det enkelte helseforetak for tolkning av radiologiske undersøkelser på kveld/natt og i helger. Tolkning av radiologiske undersøkelser skal ved et slik vaksamarbeid skje på ett sted i helseforetaket. Helseforetakene bestemmer selv når på døgnet vaksamarbeidet starter. Ordningen med vaksamarbeid bør være i drift senest fra 1. juli 2007, heter det.

Gjennomføring av vaksamarbeid internt i et HF er første skritt på veien i retning av et fremtidig vaksamarbeid mellom flere HF.

Helse Midt-Norge RHF ønsker også å redusere antall unødvendige røntgenundersøkelser. I den forbindelse kommer det nå to nye prosjekter. Her skal man

sammen med primærlegene se på mulighetene for å endre rekvirent-adferd hos primærlegene. I tillegg skal man sammen med private røntgeninstitutter starte et arbeid med standardisering av prosedyrer for billedopptak og rutiner for overlevering av undersøkelser fra private røntgeninstitutter til offentlige sykehus.

PCI-behandling

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at PCI-behandlingen (invasiv utredning og behandling av hjerteinfarkt) i Midt-Norge fortsatt skal være samlet ved St. Olav Hospital. Vedtaket er i tråd med konklusjonen i den faglige evalueringen som er gjennomført. Det har vært vurdert å etablere et tilbud om PCI-behandling i Ålesund, men dette ble ikke anbefalt. Styret vedtok at tilbudet skal vurderes på nytt innen 3 år.

Tilbudet til ekstremt for tidlig fødte

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å videreføre tilbudet til ekstremt premature barn ved både St. Olavs Hospital og ved Ålesund sjukehus. Det forelå en delt innstilling fra faggruppen som har utredet framtidig organisering av tilbudet. Deler av faggruppen foreslo at det burde skje en sentralisering til St. Olavs Hospital av tilbudet for barn født før 26. svangerskapsuke. En sentralisering ville gitt økte kostnader.

Fødetilbudet i Orkdal

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt å opprettholde fødeavdelingen ved Orkdal sykehus. Faggruppen som har utredet spørsmålet mente at også en fødestue ville gi et medisinsk forsvarlig fødetilbud med god pasientopplevd kvalitet, men det er usikkerhet om dette ville gitt økonomisk gevinst.





Fra venstre: Oddbjørn Hauge, Trond Rindal og Line Kristine Greve

Billediagnostikk i Kristiansund og Molde: Deler vaktene – styrker fagmiljøet

Kristiansund og Molde har siden 1999 hatt en fungerende samarbeidsmodell på billediagnostikk. Samarbeidet har sitt utspring fra før foretaksmodellen. Da hadde Kristiansund problemer med sin radiologdekning, mens Molde var godt skodd. Ansvarer for billediagnostikken ble dermed underlagt sykehuset i Molde.

– Det var naturlig nok blandede følelser for denne modellen da den ble presentert, sier Oddbjørn Hauge, avdelingssjef for radiologisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal HF. – Kristiansund brukte Moldes kompetanse før også, men kontakten mellom de to stedene var

usystematisk, så på den måten var det bra å få samarbeidsmodellen på plass.

Faglig tyngdepunkt i Molde

I dag fungerer samarbeidet ved at Molde forsyner Kristiansund med radiologer. – Vi deler på å dra til Kristiansund. En av radiologene reiser dit hver dag, som en stafett. I tillegg leier vi inn vikarer, slik at det er to på vakt i Kristiansund på dagtid. Som ellers i landet sliter vi med rekrutteringen, og det hjelper ikke på at vi holder til i utkanten av de store byene, sier Hauge. – Det å samle alle radiologene på ett sted er likevel med på å styrke oss med hensyn til rekruttering. I stedet for to små fagmiljø har vi nå ett stort, noe som hjelper oss også i forhold til å utveksle kompetanse og erfaringer.

Få ulemper

Ulempen med modellen er at det kan oppstå problemer når det trengs en

radiolog fysisk til stede, spesielt når det er behov for akutt ultralyd på kveld og natterstid. – Da kan det være behov for å flytte pasienten, sier Hauge. Det skjer av og til i helger og på kveldstid, men det store antallet er det ikke. – En alternativ løsning kan også være å velge alternative undersøkelser som kan avdekke det samme, sier han.

Primærhelsetjenesten får hjelp

Utredningen om den framtidige organiseringen av billediagnostikk i Helse Midt-Norge har også pekt på inntjeningspotensialet ved å sette primærhelsetjenesten bedre i stand til å vurdere hvilke pasienter som bør henvises til spesialhelsetjenesten og ikke. – Vi har en kontinuerlig dialog med primærhelsetjenesten, og prøver til en viss grad å gi veiledning, men vi kan nok bli flinkere til å lage kurs og drive med opplæring. Dette gjelder spesielt nye undersøkelsesmetoder, avslutter Hauge.

Nye prosjekter planlegges

Styringsgruppa for Eierstrategi 2010 har vedtatt å gjennomføre et forprosjekt som blir første fase av en utredning og anskaffelsesprosess knyttet til arbeidet med å effektivisere de administrative støttefunksjonene i foretaksgruppen. Arbeidet vil også ha relevans i forhold til den samarbeidet som ønskes gjennomført nasjonalt.

Akuttkirurgi og ortopedi:

Samarbeid mellom Namsos og Levanger økte tilbudet og kuttet kostnadene

Kirurgi som fag blir mer og mer spesialisert, og nå deler man kirurgene opp i to ekspertiser. Kirurger som behandler muskler og bløte deler, og ortopeder som tar for seg bein. Konsekvensen av en slik spesialisering blir at kvaliteten på de ulike operasjonen øker, men at man trenger en spesialist mer enn tidligere.

Delt vaktordning

For sju år siden tok sykehuset i Namsos konsekvensen av dette, og delte opp vaktordningen slik at de fikk en kirurg og en ortoped. – Faglig sett er dette en god løsning. Feltet har blitt så stort at det er umulig å holde seg oppdatert i bredden, og derfor er faget nå spisset i to retninger, sier overlege Kjell Griegel ved sykehuset. Nedsiden ved dette er selvfølgelig at det gir høyere kostnader, men dette har Sykehuset i Namsos løst.

Færre vakt-sjikt – mindre kostnader

– Tradisjonelt sett har det vært tre vakt-sjikt som vi kaller det. Første sjikt er en turnuskandidat, altså en som ikke har autorisasjon ennå. Sjikt to er en assistentlege

som ikke har fullført spesialiseringen sin og tredje sjikt er de spesialiserte overlegene, forklarer Griegel. – Hos oss har vi slått sammen de to nederste sjiktene slik at de går en natt hver på vakt. For overlegen blir dette en utfordring da han av og til må bistå en lege med lite erfaring. Fordelen er at pengebruken går ned, men kvaliteten og kapasiteten opp, sier Griegel.

Blir ikke et B-tilbud

Et ledd videre i dette var å se på hvor mye behov Namsos hadde for ekspertisen på natterstid. Størstedelen av de ortopediske operasjonene skjer før klokken 24, og derfor ble det foreslått at den delen kunne overlates til Levanger sykehus.

I fjor var det bare 5-6 pasienter som ble oversendt dit. Så lenge omfanget ikke er større, er det ingen fare for at sykehuset oppfattes som et B-tilbud. Store ulykker er for eksempel ikke noe problem fordi de uansett skal til et annet sykehus, gjerne med helikopter eller ambulanse.

Kan korte ned ventelistene

De fleste har behov for flere kirurger, og ved å redusere sjiktene går det økonomisk i orden. – Utfordringen blir å sysselsette spesialistene på dagtid, men ortopedien er et volumfag med lange ventelister, så en betydelig andel av dette kunne blitt overført til lokalsykehusene, avslutter Griegel.



Kjell Griegel, overlege ved Namsos sykehus

Pågående prosjekter

Utredning av laboratorietjenester i Helse Midt-Norge

Prosjektet skal se på mulighetene for økt bruk av regional vaktordning innen klinisk kjemisk laboratorievirksomhet, mikrobiologi og patologi.

Utredningen skal vurdere regional oppgavedeling, hvilke undersøkelser/analyser som egner seg og hvordan oppgavene i tilfelle kan fordeles. Laboratoriefunksjonen skal fortsatt være en integrert del av lokalsykehusfunksjonen. Mange klinikere etterlyser tilgang på fagpersoner for å utdype prøvesvar eller for å diskutere alternative analyser med bakgrunn i kliniske problemstillinger. Derfor stilles spørsmålet: Er det mulig med et regionalt kompetansenettverk som gjøres tilgjengelig for det kliniske fagmiljøet?

Man skal også se på omfanget av tjenester utenfor regionen og om dette er rasjonelt i forhold til alternativt å løse oppgavene innad i regionen. Foretakenes og primærlegenes bruk av private laboratorier blir også en del av vurderingsgrunnlaget.

Prosjektgruppa skal vurdere sammenhengen mellom volum/kvalitet innen laboratorievirksomheten og om dette har betydning for problemstillingene som blir utredet. Tilsvarende skal konsekvenser for det kliniske arbeidet på lokalsykehuset ved evt. forslag til endret praksis blir belyst. Utredningen framlegges i mars.

Utredning av eiendomsforvaltning i Helse Midt-Norge

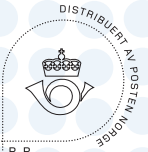
Hvordan skal Helse Midt-Norge forvalte sine bygg og eiendommer på en mest mulig kostnadseffektiv måte og sikre at dette støtter opp under kjernevirksomheten i foretaksgruppen?

Dette er spørsmålet som stilles når det nå etableres et eget prosjekt for å beskrive ulike modeller for organisering av forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling og tilpasning av bygg til endringer i virksomheten.

Prosjektet skal også beskrive byggherrerollen i regionen og Helsebyggs kompetanse skal vurderes i denne sammenheng. Utredningen framlegges i mars.



B



NORGE

P.P.

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

ISSN 1503-1780

”På lag med deg
for din helse”

