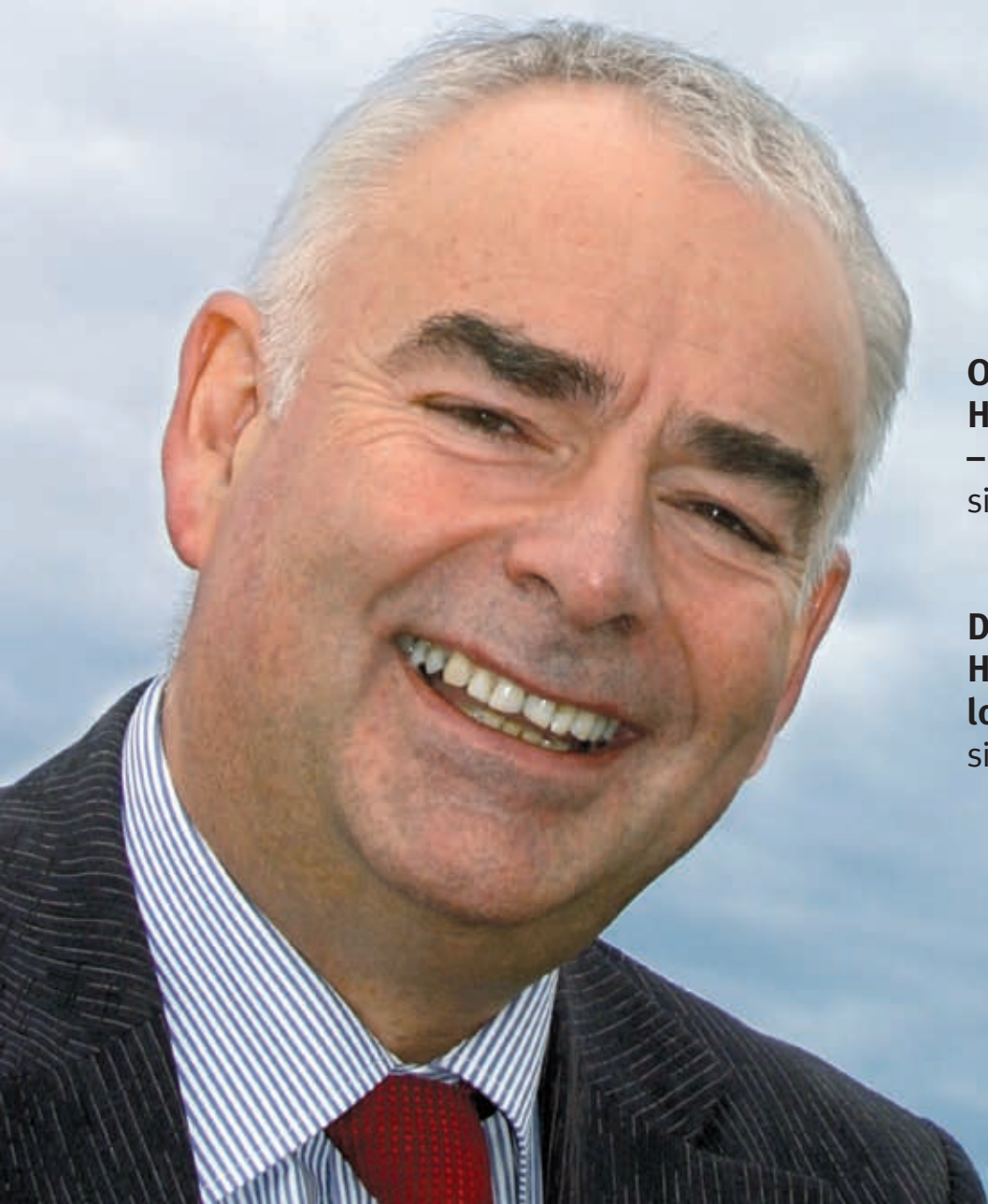


HELSE

02/2007 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Ny direktør i Helse Midt-Norge

side 2–3



**Omstillingen på St. Olavs
Hospital: Bedre økonomi
– den beste medisin**
side 8–12

Debatt:
**Hvordan ser fremtidens
lokalsykehus ut?**
side 4–7



Det å kunne stole på andre er en stor ting. Det å oppleve trygghet er viktig både i personlige relasjoner og i forhold til de omgivelsene vi ferdes i til daglig. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er en grunnstein i vårt velferdssamfunn og vi som er ansatte i helsetjenesten har en utfordring i å bidra til at folk flest har tillit til oss og føler trygghet for at de får god behandling til rett tid – uavhengig av hvor de bor.

Er du usikker på flyselskapet, kan du velge et annet – eller du kan droppe flyturen. Like enkelt er det ikke for den som trenger akutt hjelp for å berge livet eller trenger hjelp for å holde livsmotet oppe. I kritiske livssituasjoner er behovet for trygghet, nærhet og medmenneskelighet, helt avgjørende. Samtidig vet vi at mange forhold påvirker vår opplevelse av trygghet – og det er ikke alltid sikkert at vår trygghetsfølelse er reell.

Vår utfordring er å dokumentere vår kvalitet samtidig som vi er lydhøre og villige til å innrømme og lære av feil og mangler når de avdekkes. Fritt sykehusvalg gir pasienten rett til å velge, men valgmuligheten er ikke reell med mindre det finnes noe som kan dokumentere forskjeller i kvalitet. Kort reiseavstand er ikke, og bør ikke være det eneste kriteriet.

Ny kunnskap, bedre behandlingsmetoder, ny teknologi og økende grad av spesialisering på medisinsk område, skaper større forventninger og krever evne til nytenkning og vilje til omstilling. Vi forvalter store verdier på vegne av storsamfunnet og er forpliktet til å utnytte disse på best mulig måte innenfor de rammene vi er tildelt. Dette kan være krevende prosesser som påvirker sykehusenes indre liv og den enkelte medarbeiders arbeidssituasjon. Det er av stor betydning hvordan vi opptrer som ledere og fagpersoner i disse prosessene. Som medarbeider i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skal du ha trygge og forutsigbare arbeidsforhold. Du skal kunne forvente støtte og åpenhet fra både ledelse og medarbeidere. Men lojalitet går begge veier. Jeg har liten sans for å sette lojalitet med pasienten opp mot lojalitet til helseforetaket. Dette burde være en side av samme sak.

Vi kommer aldri unna en debatt om prioritering. Den er viktig, og den må

skje i full offentlighet. Det er nødvendig for å skape troverdighet i forhold til de beslutninger som blir tatt, og forhåpentligvis også forståelse for de valg som gjøres – selv om det aldri blir slik at alle vil være hundre prosent tilfreds. Det er prisen ved å leve i et demokratisk system hvor man er villig til å inngå kompromisser for å sikre løsninger som gir en forsvarlig helhet.

Kontinuerlige omkamper og konflikter er ikke med på å bygge et positivt omdømme. I verste fall kan det undergrave den trygghet vi ønsker pasientene skal oppleve i møtet med spesialisthelsetjenesten.

Også i Helse Midt-Norge har vi fortsatt en vei å gå på dette området. Selv om både pasientundersøkelser og andre spørreundersøkelser viser at flertallet mener at vi yter gode tjenester og har høy gjennomgående kvalitet, så er det ingen grunn til å være tilfreds. Vår rapportering på og utvikling av kvalitetsindikatorer er fortsatt bare i startfasen. Utøvelse av godt lederskap og aktivt medarbeiderskap, er ambisjoner vi skal innfri daglig.

Ingen kan regne med å få tillit uten å vise seg den verdig. Det gjelder allment, men det gjelder for helsevesenet i særdeleshet. Jeg er ydmyk i forhold til de oppgaver jeg er satt til å løse som ny administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF. Det tror jeg også at mange andre er, ut fra sitt ansvar og sitt ståsted i Helse-Norge. Det gjelder både innenfor de offentlige institusjonene, de private tilbyderne og de mange som på frivillig basis støtter opp og bidrar til å bygge gode helsetjenester.

Mitt oppdrag er å sørge for at befolkningen får et godt og likeverdig behandlingstilbud – intet mindre. Skal dette være mulig framover, må vi få til enda bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kom-

munene enn det vi har fått til så langt. Vi blir flere eldre, vi lever lengre og i et velferdssamfunn som Norge, settes det med rette høye krav til hva helsetjenesten skal levere. Forventningene er høye både fra pasienter og fra fagmiljøer som stadig presenteres for nyvinninger innen medisin.

Vår visjon er å være på lag med pasienten – og det krever at vi ser helheten i behandlingsskjeden og i behandlingsforløpet. Styrket kvalitet innen rehabilitering, oppgraderte behandlings- og pleietilbud som gir forsvarlig medisinsk oppfølging utenfor sykehus (intermediærposter), bedre rutiner og raskere utsendelse av epikriser eller mer forpliktende oppfølging av pasienter gjennom bruk av individuell plan, er eksempler på nye grep som tas. Vi har sett at sykehusoppholdet gjøres kortere takket være nye behandlingsmetoder og vi er i ferd med å endre organiseringen av våre sykehus for å utnytte disse mulighetene – slik at vi kan gi tilbud om behandling til flere. Det er ikke slik at mer penger er svaret på alle våre utfordringer.

Jeg ser fram mot spennende og utfordrende oppgaver. For å kunne løse dem, må vi skape sterke allianser mellom forvaltningsnivåene og innad i Helse Midt-Norge. I denne prosessen har pasientene og deres talspersoner en sentral plass.

Jeg gleder meg til å ta fatt – sammen med dere alle!

Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør

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: Kst. informasjonssjef Tor Harald Haukås • Tekst og utforming: Bennett AS • Forsidefoto: Helse Midt-Norge
Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000

Hvor skal fremtidens pasienter behandles?

Framtidens helsetjeneste skal gi et fullverdig tilbud innenfor ansvarlige økonomiske rammer og samtidig gi trygghet til befolkningen gjennom nærhet og god kvalitet. Lokalsykehusene og primærhelsetjenesten vil derfor spille viktige roller i helsevesenet. Hva skal de tilby, og på hvilken måte?

Rapporten om lokalsykehusenes akutt-funksjoner ble overlevert Sylvia Brustad rett før påske. Den konkluderer med at lokalsykehusene på grunn av sin nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap spiller en viktig rolle i norsk helsetjeneste. 90 prosent av befolkningens behov for helsetjenester dekkes i dag i primærhelsetjenesten, og 50–70 prosent av pasientene som trenger øyeblikkelig hjelpinnleggelse, ferdigbehandles på et lokalsykehus.

Deltakerne i debatten er:

- ▶ Per Meinich, visepresident i Den Norske Lægeforening
- ▶ Steinar Aspli, styreleder i Helse Nord-Trøndelag og ordfører i Nærøy kommune
- ▶ Bjørn Erikstein, leder av arbeidsgruppa og adm. direktør i Helse Sør RHF
- ▶ Rolf Johannes Windspoll, samhandlingssjef i St. Olavs Hospital HF

Hva skal et lokalsykehus være i framtida?

Per Meinich

Myndighetene har sagt at lokalsykehusene skal være trygghetsbaser for lokalbefolkningen, med et særlig fokus på hyppige tilstander som kronikeromsorg og eldre. Mye av dette vil være sammensatte, indremedisinske problemstillinger, så bredden i tilbudet må vedlikeholdes. Samtidig er håndtering av øyeblikkelig hjelp sentralt for trygghet: Man må vite at hjelpen er der når man trenger den. Øyeblikkelig hjelpmedisin innebærer et samarbeid mellom ulike fagområder, og dette vil nok utgjøre en spesiell utfordring for særlig de mindre lokalsykehusene.

Det er særdeles viktig at innholdet i de tjenestene lokalsykehusene tilbyr er av samme høye kvalitet som de mer sentrale sykehusene, selv om omfanget av tjenester nødvendigvis ikke vil være like omfattende. Dårligere kvalitet på innholdet kan fort gjøre at lokalsykehuset oppfattes som en hindring for god helsehjelp, heller enn en trygghetsbase.



”Akkurat hvordan oppgavene og samarbeidet legges opp vil jo variere ..., men det som uansett vil være vesentlig er god kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten.”

Per Meinich, visepresident i Den Norske Lægeforening



”Jeg er ikke i tvil om at vi i framtiden vil få mest igjen for ressursene ved å ruste opp primærhelsetjenesten ...”

Steinar Aspli, styreleder i Helse Nord-Trøndelag og ordfører i Nærøy kommune

Steinar Aspli

Et lokalsykehus må være lokalisert i nærhet til der folk bor og levere tjenester av høy kvalitet gjennom moderne utstyr og høy kompetanse. Kompetansen kjennetegnes ved at mange fagspesialiteter er representert. Fødeavdeling og gode akuttfunksjoner er grunnleggende for et lokalsykehus. I tillegg må det være i stand til å gi tjenester innenfor de fleste store sykdomsgruppene. Lokalsykehusene bør etablere DPS- og DMS-funksjoner som bringer spesialisthelsetjenesten enda nærmere befolkningen. I tillegg bør det være aktivt samarbeid med primærhelsetjenesten både gjennom blant annet individuell plan og ambulerende team. Det lokalsykehuset som tilbyr et eller flere spesialisttilbud og er aktiv på forskning har et stort fortrinn gjennom sterkere fagmiljø som rekrutteringsfaktor og status som lokalsykehus.

Bjørn Erikstein

Vi har i rapporten sagt at lokalsykehusene er viktige enheter i helsetjenesten. 50–70 prosent av pasientene som trenger øyeblikkelig hjelpinnleggelse ferdig-behandles på et lokalsykehus. Det jeg mener gjenstår å beskrive er hvordan lokalsykehusfunksjonen til de store sykehusene skal være. Kan de organiseres på en klokere måte? Det bør for eksempel ikke være slik at superspesialisten er den første pasienten møter. Generelt vil det i framtiden bli behov for større ressurser til pasienter med kroniske lidelser og innenfor geriatrien. Disse må behandles med tjenester som hele tiden ligger i grenselandet mellom første- og andrelinje. Her må man finne kloke modeller.

Rolf Johannes Windspoll

Jeg tror lokalsykehusenes fremtid er helt avhengig av en tillit basert på god kvalitet på tjenestene. Jeg mener derfor de først og fremst vil ha oppgaver der det enkelte sykehus har et tilstrekkelig volum på behandling. Nærhet og kontinuitet i forholdet til befolkningen og primærhelsetjenesten er sentrale kvaliteter i lokalsykehusene, men dette kan i framtiden også sikres med andre virkemidler enn geografisk nærhet, eksempelvis ved større bruk av elektroniske kommunikasjonsløsninger, eksempelvis telemedisin, kombinert med avtalt samarbeid med primærhelsetjenesten. Jeg mener at det må åpnes for lokale løsninger som sikrer kvalitet og kostnads-effektivitet. Eriksteinsutvalgets rapport er viktig for videre drøftinger av lokalsykehusenes rolle i framtiden.

Hvordan mener du sykehus og primærhelsetjeneste best kan fordele oppgaver og samarbeide slik at behandlingsskjeden blir optimal?

Per Meinich

Legeforeningen mener at god ressursutnyttelse kan oppnås gjennom at behandlingen følger LEON-prinsippet, altså at den gis på laveste effektive omsorgsnivå. For eldre og kronikere betyr dette som oftest at mye kan følges opp av fastlegen, men også at pasienten fra tid til annen vil trenge oppfølging fra mer spesialiserte helsetjenester. Akkurat hvordan oppgavene og samarbeidet legges opp vil jo variere, blant annet med medisinsk tilstand, men det som uansett vil være vesentlig er god kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten. Det er

i denne forbindelse særdeles viktig at det nå snarest kommer på plass et felles, effektivt system for kommunikasjon og utveksling av informasjon mellom nivåene.

Steinar Aspli

Jeg tror det er mye å hente i en erkjennelse av at en i større grad må samarbeide om gi et best mulig tilbud på tvers av profesjonene i det Nord-Trøndelag kaller våre felles pasienter, som i dag i for stor grad sendes opp gjennom systemet til behandling på et høyere behandlingsnivå. Mye ligger i holdning hos fastlegene og kompetanse på legevakt og tilgang på lege på sykeheimene. Gjennom kompetanse, bevisstgjøring og ressurser i primærhelsetjenesten kan mange innleggelser unngås, og presset på sykehuset avtar og gir plass til de som virkelig trenger sykehusplass. Ved tilbakeføring av pasienter må det bli bedre samhandling og kunnskap mellom nivåene om individuelle forhold som angår pasienten.

Bjørn Erikstein

Akkurat dette har vi jobbet mye med. Rapporten sier at primærhelsetjenesten bør bli tydeligere til stede også i den akuttmedisinske behandlingstjenesten. I framtiden bør samhandlingen bli tettere. Man kan tenke seg at fastlegen i større grad blir den pasientansvarlige. Da trenger vi gode tekniske løsninger slik at denne legen hurtig kan få tilgang til nødvendige – og oppdaterte – dataopplysninger, og raskt kan komme i kontakt med en ekspert om det er nødvendig. Relasjonen må bli tettere, og der må vi tenke i nye baner. I framtiden tror jeg trykket mot spesialisthelsetjenesten bare blir større, grunnet høyere alder blant befolkningen, og dermed øker behovet for slike tjenester.



”Det er viktig at helsetjenesten i fremtiden klarer å vurdere pasientene så tidlig som mulig.”

Bjørn Erikstein, leder av arbeidsgruppa og adm. direktør i Helse Sør RHF

Rolf Johannes Windspoll

Jeg opplever at det er veldig avgjørende at vi har avtaler og stabile samarbeidsformer både på ledelsesnivå og faglig nivå som grunnlag for samarbeidet. Kreativitet og en løsningsorientert holdning er viktig for å få til en bedre behandlingsskjede. Jeg mener at LEON-prinsippet fortsatt er godt for å sikre en hensiktsmessig oppgavefordeling, og endringer må ta nødvendig hensyn til lokale forhold. Jeg mener at vi i sykehusene kan bli bedre til å støtte primærhelsetjenesten i å løse oppgaver, i stedet for å overta.

Jeg ønsker meg også mer forskning på dette feltet for at vi kan vite mer om hva som gir eller er en optimal behandlingsskjede.

Arbeidsgruppen mener at flere ressurser skal dreies mot lokalsykehusene og primærhelsetjenesten. Hvordan bør denne delen av helsetjenesten organiseres i framtiden for å utnytte de tilførte ressursene på best mulig måte? Hvor bør ressursene settes inn?

Per Meinich

Det vil bli et markant økt behov for pleie og omsorg, slik at kapasiteten innenfor dette området må økes betraktelig. Legedekningen på sykehjemmene er i dag til dels svært dårlig, og her mener vi at det må en nasjonal normering på plass for at det skal skje vesentlige endringer. Både når det gjelder de vanligste problemstillingene og når det gjelder tilgjengelige ressurser og støttefunksjoner er sykehjemsmedisin å betrakte som en forlengelse av allmenn-

medisinen, og det er viktig at en satsning her kommer nettopp i form av en styrking av tilstedeværelsen av allmennlegene på sykehjemmene.

Videre vil jeg igjen få poengtere det helt vesentlige i at kommunikasjonen mellom lokalsykehusene og primærhelsetjenesten styrkes. Det bør være enkelt å nå hverandre, og det må bli lettere å bruke hverandres ressurser effektivt. Dette er allerede delvis innført noen steder, men mye gjenstår!

Steinar Aspli

Vi må være åpne for å prøve ut forskjellige modeller for hvordan dette skal organiseres i framtida, da vi i dag ser at det er krevende å få til et godt samarbeid til pasientens beste mellom nivåene. Klarer vi ikke å skape en bedre kultur for dette må det vurderes løsninger der en større del av tiltaksskjeden tilhører en og samme tjeneste. Jeg er ikke i tvil om at vi i framtiden vil få mest igjen for ressursene ved å ruste opp primærhelsetjenesten til å ta flere og tyngre oppgaver. Det er denne i stand til om det settes inn ressurser på kapasitet og kompetanse og i tillegg gis større legimitet i samfunnet for at flere kan behandles på 1. linjenivået.

Bjørn Erikstein

Vi har pekt på at lokalsykehusene må kunne organiseres langs to hovedmodeller. Første modell er et lokalsykehus med akuttfunksjoner. Det betyr at sykehuset skal ha relativt god kompetanse innen bløtkirurgi og være i stand til å ta i mot alvorlig skadde pasienter. Den andre

modellen er et sykehus som har fokus på akutt indremedisin, har et anestesitilbud og som kan utføre nødkirurgiske prosedyrer.

Det er viktig at helsetjenesten i framtiden klarer å vurdere pasientene så tidlig som mulig. Det betyr mer ressurser helt i starten av kjeden, hos ambulansepersonell, fastleger og legevakt. Mange pasienter skal kanskje ikke inn på første tilgjengelige sykehus. Ved for eksempel hjerteinfarkt skal 40 prosent av pasientene inn på et stort sykehus for utblokking. Da må ambulansepersonellet settes i stand til å stille en diagnose så tidlig som mulig.

Rolf Johannes Windspoll

Vi kan selvsagt spørre om dagens todeling av helsetjenesten er hensiktsmessig. Jeg frykter imidlertid at en slik debatt kan gi feil fokus og ikke stimulere til bedre samarbeid nå. Det må uansett være en sentral ledelsesoppgave å sikre samarbeid og god arbeidsdeling på tvers av enheter. Jeg savner imidlertid nasjonale, økonomiske modeller for å realisere tiltak som primærhelsetjenesten og sykehus best kan løse sammen, og gjerne med ny ansvarsdeling. Wisløffutvalgets forslag må følges opp. Tre konkrete områder som jeg ønsker styrket er –Sykehjemsmedisin –Finansiering av kostbar kreftbehandling som kan gis i palliative enheter i sykehjem –Legevaksordinger som reduserer behov for sykehusinnleggelser.

”... vi i sykehusene kan bli bedre til å støtte primærhelsetjenesten i å løse oppgaver, i stedet for å overta.”

Rolf Johannes Windspoll, samhandlingssjef i St. Olavs Hospital HF



Omstillingsprosessen



Gunnar Bovim, administrerende direktør på St. Olavs Hospital.

ved St. Olavs Hospital

I oktober i fjor vedtok styret ved St. Olavs Hospital innsparingsforslag for omkring 300 millioner kroner av balansekravet på vel 600 millioner kroner. Pasienttilbudet og aktiviteten skulle i all hovedsak opprettholdes, men vedtaket forutsatte en stor grad av effektivisering og omstilling som krever nedbemanning.

– Nøkkelen til en god omstilling er at vi har en ramme å forholde oss til. I uoverskuelig framtid må helsetjenesten holde seg innenfor gitte rammer. Noe av det viktigste framover da blir å prioritere riktig, slik at de som trenger det aller mest får den behandlingen de har krav på, sier administrerende direktør på St. Olavs Hospital, Gunnar Bovim.

De ansatte omstilles også

Omstillingen på sykehuset kan deles inn

i tre områder. Fra seng til dag, fra papir til skjerm og fra gammelt til nytt sykehus, og det er store endringer på alle områdene. – Det er en omveltning som affiserer hvert eneste bøttekott her. Vi må være mye mer kostnadseffektive og bevisste på de pengene vi bruker, sier Bovim.

– Det har vært et voldsomt press i organisasjonen på å få til dette. Omstillingen skal skje fort, og det har vært forventet store resultater på kort tid. Det er klart at personalet har fått føle på dette. Spesielt gjelder dette lederne på laveste ledernivå. De står ansikt til ansikt både med de ansatte og pasientene, og får virkelig føle dette på kroppen. I helsesektoren er empati og evnen til omsorg kanskje den viktigste kvalifikasjonen for de ansatte, og når de da skal nedbemanne vil det være naturlig å ha medfølelse for de som går. Samtidig skjer dette for pasientenes beste. Jeg tror mange kan oppleve en personlig konflikt når de stilles overfor dette, sier Bovim.

Ikke i mål ennå

– Utfordringene videre vil være å se at vi har oppnådd noe, samtidig som vi må jobbe videre med omstillingsprosjektene. Du kan sammenligne det med en ekspedi-

sjon til Mount Everest. Det er en lang tur, men vi må ikke tro vi har kommet fram i det vi når første matstasjon, fordi om det har vært et slit, forklarer han. – Alle omstillingsprosjektene vil nødvendigvis ikke nå de målene de har satt, men det trenger likevel ikke å bety at de er mislykket, forteller Bovim. Ved å sette fokus på de enkle løsningene, vil de ansatte begynne å tenke kostnadseffektivitet, og kanskje overføre dette på andre områder enn det prosjektet handler om. – Et annet viktig poeng er at vi har hatt noen kjempeviktige, gode faglige diskusjoner om utnyttelsen av sykehuset. Det som er litt synd er at økonomien har vært pådriveren, fortsetter han.

Helsetilbudet blir bedre

Resultatene av omstillingsprosessene så langt er en reduksjon på 400 årsverk og 100 sengeplasser. – I tillegg har vi klart å holde ventetidene stabile, fått færre korridorpasienter og ikke minst fått mindre unødvendig venting. Jeg mener vi har klart å skjerme pasientene i mest mulig grad. Noen pasientgrupper har selvfølgelig opplevd forandringer, men alt i alt opprettholder vi et godt helsetilbud for befolkningen, avslutter Bovim.

B6 – den strakeste vei

– På mandag var jeg på legevakta. Da fikk jeg gips på hånda og beskjed om å dra hjem. Allerede tirsdag ble jeg oppringt med beskjed om at jeg skulle opereres, og at jeg kunne komme inn på onsdag for inngrepet, sier Stian. Han var uheldig ei helg og knakk flere bein i hånda.

– Det var greit å bli sendt hjem igjen etter jeg hadde vært på legevakta. Jeg holdt meg i aktivitet med litt støvsuging og jeg hengte til og med opp noen bilder. Det eneste jeg måtte hoppe over var oppvasken, men det ser jeg ikke som noen ulempe, ler Stian. Han mener at et slikt pasientforløp passer han veldig bra. – Det er jo ikke nødvendig å bruke sengeplasser på meg, for jeg er jo frisk ellers.

Slik er pasientflyten i dag:

- ▶ Lege avgjør om pasienten kan være hjemme i ventetiden. Pasienten får med seg de nødvendige medisiner og informasjon fram til dagen de skal opereres.
- ▶ Sykehuset tar kontakt første hverdag etterpå.
- ▶ Når operasjonsdato er satt, blir pasienten kalt inn og trer inn som en hvilken som helst pasient til operasjon.
- ▶ De fleste skrives ut igjen samme dag, men det avhenger av skade etc.
- ▶ Som hovedregel skal det ikke gå mer enn fem døgn fra inntak til operasjon.

God oppfølging

Stian følte seg godt fulgt opp av sykehuset, og har ingen motforestillinger til at han ikke ble lagt inn etter at det ble konstatert brudd. – Jeg har vært noen ganger på sykehus før, og blir alltid lei etter en dag, så jo mindre tid jeg kan bruke her, desto bedre er det, sier han. Stian mener heller ikke at en slik behandling gir han en mindre form for omsorg. Så lenge jeg kommer i kontakt med mennesker, og kan snakke og spøke med dem, vil ikke dette oppleves som noen samlebåndsbehandling, sier han.

Nedbemanning ga nytt behov

Liv Åse Sommervold er avdelingssykepleier på B6 på St. Olavs Hospital, posten som opererte Stian. – Før ble disse pasientene lagt inn. Deretter ble det planlagt en operasjon, men siden det var en lavt prioritert gruppe, ble de ofte satt til side for inngrep som hastet mer. Dermed fikk de permisjon, før de på nytt kom tilbake, og slik kunne det gå i flere runder, sier Sommervold. Behovet for en forenkling av pasientflyten kom da sengeposten på B6 ble lagt ned, og overført til en større sengepost. Der var det enda mer å gjøre, og denne pasientgruppen ble nok en gang nedprioritert.

Tett oppfølging er viktig

I dag kommer pasienten inn til legen på skolepoliklinikken som avgjør om dette er et tilfelle som kan behandles etter det nye pasientforløpet. – Legene er alfa omega for å få dette til å virke skikkelig. De sorterer ut tilfellene, og gjør grunnarbeidet slik at pasienten kommer i vårt system. Hvis dette ikke blir bra, blir pasientene sendt frem og tilbake igjen, og det er jo nettopp det vi vil unngå, sier Sommervold. – I tillegg er det viktig at vi sørger for å holde pasientene informert. Dagen etter de har fått beskjed om at de skal opereres, ringer vi alltid tilbake. Det gjør pasientene trygge på at de er i systemet, selv om de er hjemme, fortsetter hun.

Ser at det nytter

Sommervold sier at også de ansatte liker de nye inntaksrutinene godt. – Når pasientene har det bra, får jo vi en god følelse også. I tillegg vet vi at vi avlaster de store sengepostene, og ser at det nytter, forteller hun.

– B6 var sist vår gjennom en nedbemanning, og derfor vil jeg berømme de ansatte som nå er igjen. De er dyktige, rutinerte, og ikke minst har de en positiv innstilling til dette, og det hjelper betraktelig. Sykepleieren på inntakskontoret gjør en formidabel jobb for å få dette til å fungere, avslutter Sommervold.



Stian Utland noen timer før han skrives ut.

Omlegging til dagkirurgi ved Orkdal Sykehus

– Jeg kom inn på morgenen, og ble veldig godt mottatt. Operasjonen gikk bra, og jeg følte jeg ble tatt vare på gjennom hele oppholdet. Jeg har noen sykehusbesøk bak meg, og jeg synes at innleggelsene på små sykehus er bedre enn på de store, sier Tone Roan.

– Turen hjem var vanskelig. Jeg var aldri redd, men jeg ville snu mange ganger, forteller Tone. Det var hennes mann som kom og hentet henne på kvelden etter operasjonen, og det syntes hun var betryggende.

Frisk og rask dagen etter

– Det var ikke morsomt å komme hjem i redusert form. Ungene ble litt bekymret når de så meg slik, og selv følte jeg at jeg kunne ha ligget et ekstra døgn på sykehuset, sier hun. – Det gjelder sikkert ikke alle pasienter. Kanskje hadde det hjulpet med bedre informasjon som pasientene og de hjemme kunne fått, sier Tone. Hun var våken noen ganger i løpet av natta hjemme, og hadde noen ubehageligheter. – Når jeg våknet dagen etter var alt greit igjen. Det var også beroligende å vite at jeg når som helst kunne ringe til sykehuset hvis det ble for ille, forteller Tone.



Tone Roan

– Dette er fremtiden! Det sier kirurg Bjørn Hansen, om dagkirurgien for galle-pasientene på Orkdal sykehus. – Vi får flere ledige senger, tid til flere oppgaver, og fagmiljøet vårt blir styrket, fortsetter en engasjert Bjørn Hansen.

Utvalgte pasienter får tilbud

Før omstillingen ble de fleste lagt inn dagen i forveien. De nødvendige blodprøvene ble tatt, og neste dag ble pasienten operert. Dagen etter ble de fleste utskrevet. – Nå har vi et sett utvalgs-kriterier pasientene blir sjekket opp mot. Pasientene som kvalifiseres innefor disse kriteriene blir behandlet ved dagkirurgi, mens de som ikke kvalifiseres følger det gamle pasientløpet.

Mindre liggedøgn for pasientene

Pasientene som oppfyller kriteriene kommer inn til behandling om morgenen, og glir inn som nummer to i operasjonskøen.

Utvelgelseskriteriene:

- ▶ Alder under 60 år
- ▶ Få tilleggssykdommer
- ▶ BMI under 35
- ▶ Må ha en voksen til stede etter utskrivelsen første døgn
- ▶ 30 min. max avstand fra Orkdal Sykehus eller St. Olavs Hospital

Før operasjonen rekker de dermed en samtale med kirurgen og de får tatt de nødvendige blodprøvene. Etter operasjonen blir de lagt på intensiven hvor de blir fulgt opp av kirurgen. Deretter blir de skrevet ut og sendt hjem. Resultatet er at disse pasientene ikke legger beslag på like mange liggedøgn som før.

Flere positive effekter følger

– Vi ser helt klart andre gevinster også. Vi får tid til andre oppgaver, og fagmiljøet styrkes ved at vi jobber veldig konsentrert om galle-pasientene. Kompetansen går opp, og dermed også gjennomstrømningen av pasienter, sier Hansen. Kriteriene som nå er satt opp for å få dagkirurgi er relativt strenge. – Etter hvert kan vi kanskje utvide dette, slik at flere pasienter slipper gjennom nåløyet.

– Vi er veldig godt fornøyd med det vi har kommet fram til, og gleder oss til å videreutvikle dette. Det har vært veldig givende og interessant. Dette må helt klart gjennomføres for andre pasientgrupper også, avslutter Hansen.



Kirurg Bjørn Hansen og avdelingssykepleier May Britt Sætre.

Godt mottatt av pasientene

May Britt Sætre er avdelingssykepleier ved A3, posten som tar imot pasientene. Sætre sier at også pasientene er fornøyd med ordningen. – Vi har hatt en evaluering, og de foreløpige tilbakemeldingene er veldig bra. Likevel er det noen som synes dette kan gå litt for kjapt, forteller hun. – Pasientene kan være usikre på å reise, men de fleste synes det er godt å komme hjem. Når vi i tillegg ringer opp pasientene dagen etterpå, føler de det som en ekstra trygghet, sier hun.

– Personalet synes det er både spennende og utfordrende å drive en avdeling på en helt ny måte, avslutter Sætre.

Jakten på ”Det gode pasientforløpet”

– Vi har to hovedmål med pasientlogistikkprosjektet på St. Olavs Hospital. Det første er å redusere preoperativ liggetid. Det vil si at pasientene blir liggende i kortest mulig tid før selve inngrepet. Det andre målet er å redusere pasienter som blir strøket fra operasjonsplanen. Det sier lederen for prosjektet, Valborg Sund.

Prosjektet ble startet som et ledd i omstillingsprosessen ved St. Olavs Hospital. Sykehuset skal ha fokus på all logistikk, og dette prosjektet handler om pasientlogistikk. – Vi starter med å kartlegge pasientforløpet for pasienter som kommer til de opererende avdelinger, men på lengre sikt skal alle pasientforløp gjennomgås. Overordnet er målet å finne ”Det gode pasientforløp”. De økonomiske konsekvensene skal deretter fastlegges, og vi har tro på at et optimalisert pasientforløp vil gi gevinster for pasientene, så vel som en økonomisk gevinst for sykehuset.

Et pasientforløp tilpasset framtiden

– Tidligere ble pasienten lagt inn på sykehuset en dag eller mer før selve operasjonen. Da hadde vi god tid til undersøkelser og lignende, men i fremtiden ser vi for oss at pasientene som hovedregel skal komme inn til operasjon samme dag som operasjonen skal skje. Dette kan ha mange fordeler, ikke minst for pasientene som kun vil oppholde seg på sykehuset når de må. Dagens pasienter har andre krav til effektivitet, fortsetter Sund. Vi må derfor i større grad finne et pasientforløp tilpasset pasienten anno 2007, sier Sund.

Elektroniske hjelpemidler – en viktig forutsetning

En viktig forutsetning for et effektivt pasientforløp er en videreutvikling av de elektroniske hjelpemidlene. I dag har vi for eksempel ikke mulighet for elektronisk oversendelse av henvisninger fra 1. linjetjenesten til sykehuset. Dette er en prioritert forutsetning som vi håper faller på plass i løpet av høsten 2007.

Et nært samarbeid med legene som henviser pasientene er også en viktig basis for pasientforløpet. Mer kan klargjøres før pasienten kommer til sykehuset enn hva som er tilfelle i dag.

Et komplekst prosjekt

På kontoret til Sund henger et håndtegnet flytskjema som viser dagens pasientforløp. Det er begynt optimistisk på et stort A2-ark, men har blitt utvidet til å spenne over to ark. – Ja, prosjektet ble nok mer komplekst enn det vi trodde fra starten. Mye går på rutiner som er innarbeidet i organisasjonen og en kultur på hvordan vi gjør det hos oss. Mange av dagens rutiner er nedarvet fra senior til junior, og det skal gode begrunnelser til for å foreta endringer. En omlegging av rutiner krever også ofte endret oppgavefordeling, og det betyr en sterk involvering av de ansatte for at vi skal lykkes i arbeidet, forteller Sund.

God innsats og store resultater

– Avdelingene som har deltatt i prosjektet har vært kjempepositive, og styret og sykehusledelsen har også brent for dette. Jobben skal gjøres ute i avdelingene, så det er kjempeviktig at de som berøres ser nytten og nødvendigheten av prosjektet. Den positive innstillingen alle viser, gjør at prosjektet går bra. Allerede ser vi at både preoperativ liggetid og strykninger på grunn av mangelfull planlegging går ned. Resultatene av prosjektet – preoperativ liggetid og strykninger av operasjonsprogrammet, er konkrete måleparametere som gjør det lett for avdelingene å følge med. God styringsinformasjon er en viktig forutsetning for å nå våre mål og utvikling av dette er en del av prosjektet, avslutter Sund.



Valborg Sund

- ▶ Klokken 15 hver dag fryses morgendagens operasjonsplan. Da er alt klart for pasientene som skal opereres neste dag. Alle operasjoner som blir kansellert etter dette medfører vanligvis økt liggetid, og at operasjonsstuen ikke brukes optimalt dagen etterpå.
- ▶ Per i dag blir rundt 14 prosent av planlagte operasjoner strøket etter klokken 15, mens ”bestillingen” fra Helse Midt-Norge og departementet er på under 5 prosent.
- ▶ Ca. 20 prosent av strykningene skjer av medisinske årsaker. Mange av disse strykningene kan unngås med bedre preoperativ utredning.
- ▶ Ca. 30 prosent av strykningene skjer grunnet mangelfull planlegging som at pasienten ikke er ferdig utredet, manglende indikasjon og mer.

Går alle i helsekøene gjennom VIP-inngangen?

I ventelistene skilles det mellom pasienter med rett til behandling og pasienter uten rett. Pasienter uten rett kan likevel ha nytte av behandlingen og få tilbud om dette. Ved å skille mellom de to pasientgruppene er det mulig å prioritere pasienter som har rett til behandling foran de andre i helsekøene. Fungerer dette systemet, eller går alle gjennom døra samtidig?



Når en pasient henvises til spesialist-helsetjenesten skjer det en vurdering av lege. Denne legen skal avgjøre om pasienten har rett til behandling eller ikke. Prioriteringsforskriften gir føringer for om pasienten skal ha rett til behandling eller ikke. Har du rett, skal sykehuset gi behandling innenfor en tidsramme som er medisinsk forsvarlig. Kan ikke sykehuset oppfylle dette, har de ansvaret for å henvise til andre sykehus som kan gi tilbudet raskere. Sykehuset må selv betale for alle utgifter i forbindelse med dette.

Store forskjeller i Helse Midt-Norge
På landsbasis er rundt 40 prosent av dem som står på venteliste, pasienter uten rett. I Helse Midt-Norge RHF er tallet ca. 10 prosent, og det er store variasjoner mellom de ulike helseforetakene. Vi har spurt de ulike helseforetakene i Midt-Norge om hvorfor dette er tilfelle, og hva som kan gjøres for å bli bedre.

Ventelistetallene for Helse Midt-Norges helseforetak:

Andel pasienter uten rett til behandling:	
Helse Nordmøre og Romsdal:	2 %
Helse Sunnmøre:	9,5 %
Helse Nord-Trøndelag:	15,2 %
St. Olavs Hospital:	13,1 %

Kilde: NPR/SHDir.
Øyeblikkstill per 31.12.2006



Per Roland

Helse Sunnmøre HF – fagdirektør Per Roland

– Rett og ikke rett er kanskje det beste verktøyet vi har for å gjøre gode prioriteringer, men nå bruker vi ikke verktøyet på riktig måte. Av en eller annen grunn avviker Helse Midt-Norge fra resten av landet, og Helse Sunnmøre er ikke noe unntak. Jeg tror det skyldes at det utvikler seg en forståelse for kriteriene i de ulike miljøer. En kultur. Det forklarer også at vi ser forskjeller fra foretak til foretak og fra avdeling til avdeling, sier Roland.

Roland mener at kriteriene fra sentralt hold, som det skal velges ut etter, er relativt uklare. Da blir det opp til legene å tolke dette. – Skjønn vil alltid være avgjørende, men kriteriene skal være til hjelp for skjønnnet, påpeker Roland.

– Skal vi forandre situasjonen må vi ha fokus på problemet og holdningene som ligger til grunn. Slik blir folk oppmerksom på mulighetene dette gir til riktig prioritering. Vi har arbeidet med det her, og i enkelte avdelinger ser vi at fordelingen mellom rett til behandling og ikke, forandrer seg, sier fagdirektøren.



Øivind Stenvik

Helse Nord-Trøndelag HF – helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik

– Skal vi sikre en bedre fordeling, både i Helse Midt-Norge og i landet i sin helhet, må vi ha bedre, fagspesifikke retningslinjer på et nasjonalt nivå. For de store pasientgruppene kunne det vært et eget prioriteringsutvalg som kunne laget retningslinjene. Slik det er i dag er det for stort spillerom for legene, og skjønn blir den avgjørende faktoren, sier Stenvik. – Jeg vet at pasientombudet her i Nord-Trøndelag er uenig i meg. De ønsker at alle pasienter skal behandles likt, men da diskuterer de etter min mening under forutsetning av at man ser bort fra de økonomiske rammene vi må forholde oss til, forteller han videre.

Helse Nord-Trøndelag tok opp problemstillingen i forbindelse med de økonomiske utfordringene. – Det at vi må betale for pasientene vi sender til andre foretak, gjør at det vil være store økonomiske reduksjoner å hente på dette, avslutter Stenvik.

Pasientombud i Nord-Trøndelag, Kjell J. Vang:

Vi bør være stolte av at nettopp vår helseregion tar kaka her i landet når det gjelder å innvilge rett til helsehjelp. Det skaper trygget i befolkningen og tillit til helsetjenesten. Stenvik etterlyser nasjonale standarder og faste kriterier. Etter min mening er det nettopp slike standarder og kriterier som ligger i loven og forskriften. Å konkretisere mer hvem som skal ha rett til helsehjelp og ikke, innebærer også å standardisere mennesker.



Christian Bjelke

Helse Nordmøre og Romsdal HF – medisinsk sjef Christian Bjelke

– Vi har ikke prioritert denne debatten, og ser at vi avviker mye fra de andre helseforetakene i Midt-Norge. St. Olavs Hospital og Helse Sunnmøre har gjort en del arbeid på området, og vi har fått tak i dette. Vi har hatt diskusjonen før, og vi finner forskriften vanskelig. Med det mener vi at forskriften har mistet sin validitet, sier Bjelke. Han har ikke noen problem med å innrømme at foretaket ikke har konsentrert seg om dette. Bjelke tror også dette kan skyldes at de har hatt en periode med korte ventetider, og at det kan være årsaken til at de ikke har vært tvunget til å prioritere.

– Jeg skjønner godt at noen leger vegrer seg for å si at en pasient ikke har rett til behandling, og vi trenger en diskusjon om temaet i fagmiljøet. Det er selvfølgelig opp til legen å finne ut hvem som har rett og ikke, men ofte ser vi for eksempel at søknadene fra primærlegen er korte og ufullstendige. Dermed setter vi en garanti uten å ha fulle opplysninger. En tett dialog med primærlegen er derfor et suksesskriterie, sier Bjelke.



Inger Williams

St. Olavs Hospital HF – sjefslege Inger Williams

– Dette er et fint verktøy til å prioritere riktig. Vi har satt fokus på problemet, og hadde blant annet et seminar med adm. dir. Stener Kvinsland fra Helse Bergen. Der har de jobbet mye med problematikken. Vi mener vi kan ha mye å lære av dem, sier Williams. – Vi er også spente på å se resultatet fra arbeidet Sosial- og helsedirektoratet har satt i gang, fortsetter hun. Et utvalg skal gå gjennom retningslinjene for prioritering.

– Forskriften er der for å følges, variasjonene vil være avhengig av tolkningene, og hvor god fokus man har på problemet. Selve ordlyden ”rett til behandling” er rent logisk et vanskelig uttrykk. Alle har i prinsippet rett, men det handler egentlig om prioritering, sier Williams. Kanskje vil det for eksempel være enklere for en lege og si at pasientene ikke har førsteprioritet i stedet for å si at vedkommende ikke har rett.

Bjørn Bratvik – nestleder i brukerutvalget på St. Olavs:

Vi er enig i Williams om at uttrykket rett til helsehjelp er noe misvisende da alle jo i utgangspunktet har rett til hjelp for sine helseplager. Det er også innlysende at pasienter med livstruende diagnoser, store smerter og plager som gir en vesentlig dårligere livskvalitet må ha en fortrinnsrett for pasienter med mindre plager.

I tillegg er det etter min mening viktig å finne ut hva dette betyr for de enkelte helseforetak med henblikk på rett til fritt sykehusvalg, og de kostnader dette kan påføre foretakene dersom pasientene begynner å benytte seg av dette.

”Medisinske fremskritt gir oss stadig bedre muligheter til å hjelpe flere med mer. Vi må derfor delta aktivt i en åpen prioriteringsdebatt. Leger har alltid prioritert. Det må gjøres innenfor økonomiske og organisatoriske rammer på medisinsk faglig grunnlag og innebærer etiske utfordringer. Prioriteringene må forstås av befolkningen og stå i samsvar med det vårt samfunn er villig til å bruke av ressurser på god helse. Det er en forutsetning for at prioriteringene vil bli etterlevd.

Norge har vært et foregangsland i å sette prioritering på den helsepolitiske dagsorden.

Prioriteringsmetoder har vært utredet i flere år, men gjennomføringen har vært mindre vellykket. Det er et paradoks at pasienter som i dag tildeles rett til nødvendig helsehjelp og dermed er høyt prioritert, venter like lenge på behandling som pasienter som ikke er tildelt slik rett. Legeforeningen vil med denne rapporten bidra til arbeidet for bedre prioritering.

Vårt hovedbudskap er at prioritering blir reelle først når vi legger til grunn vurderinger av hele pasientforløpet – gjennom hele helsetjenesten.”

Fra Den norske Lægeforenings ferske rapport ”Lang, lang rekke – Hvem skal vente, hvem skal få? En statusrapport om prioriteringen i helsetjenesten.

Stjørdal DMS: Spesialisthelsetjenesten kommer nærmere



Berit Megård, pasient ved Stjørdal DMS.

DMS Stjørdal har disse behandlingstilbudene samlet:

- ▶ 12 intermediære sengeplasser
- ▶ Fire kommunale korttids-/ rehabiliteringsplasser
- ▶ Dialyseavdeling med 6 plasser
- ▶ Røntgen 3 dager per uke (åpner til høsten)
- ▶ Spesialistpoliklinikk

– Her er det kjempebra å få behandling. Vi har blitt en liten gjeng som trives sammen, og det setter jeg pris på. Det sier Berit Megård som er på Stjørdal DMS for sin dialysebehandling.

Hun forteller at hun trives i de nye lokalene. De seks dialyseapparatene ligger i et åpent landskap, og personalet og pasientene har dermed god kontakt med hverandre. Før har Berit mottatt behandling både på Levanger og i Meråker, men

når Stjørdal DMS startet opp, ble hun flyttet dit. – Reiseavstanden til Levanger var mye lengere. Her i Stjørdal kommer jeg på morgenen, og er ferdig med behandlingen klokken 13, og da har jeg fortsatt mye av dagen til overs, sier Berit.



Enhetsleder Ann-Sissel Helgesen sitter i kontortelefonen og snakker. Midt i samtalen ringer mobiltelefonen også, og utenfor kontordøra hennes svever journalisten og to-tre sykepleiere i håp om å få en prat med sjefen. Stjørdal Distriktsmedisinske senter (DMS) har vært virksom i knapt en måned, og alt tyder på at de har fått en flying start.

– Jeg ble overrasket over hvor fort vi ble tatt i bruk sier Helgesen. Vi hadde ikke alt på plass under åpningen, for eksempel legedekningen vi skal ha. Men i juni er det i orden også, og da tenker jeg flyten her blir enda bedre, forteller hun.

Spesialist- og primærhelsetjeneste under samme tak

Senteret er et pilotprosjekt som finansieres av Stjørdal kommune, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF.

Daniel Haga er fagdirektør i Helse Midt-Norge, og sier at målet er å se om dette er en tjenelig modell for et fremtidig helse-tilbud i fylket. – Kravet til effektivisering har økt, og dermed også fokus på liggetid. En del pasientgrupper trenger noe lengere liggetid etter behandlingen.

I hovedsak gjelder dette lungesyke, spesielt KOLS, pasienter med hjerteproblemer og kreftpasienter. Sengeplassene på et DMS er spesielt vinklet mot disse gruppene, sier Haga. – På et DMS vil sykehuset drive desentralisert poliklinikk, og dermed reduserer reisebelastningen for pasientene. I tillegg er det et helsepolitisk mål at det er bedre sammenheng i behandlingsskjeden, noe vi håper å oppnå ved denne modellen, forteller Haga.

Midtpunkt som får oppmerksomhet

Helgesen kommer fra sykehuset i Levanger, og befinner seg nå midt mellom primærhelsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten til Helse Nord-Trøndelag. – Jeg trives bra her, fordi velviljen fra begge parter er så stor. Vi har raskt oppdagat at det å ha daglig kontakt på tvers av leddene, gir en mye bedre behandlingsskjede for pasientene, sier Helgesen. – Før møttes vi på et inn-taksmøte en gang i uka, men nå som vi er i samme bygg møter vi hverandre hele tiden, og det er det mye lettere å ha en kontinuerlig dialog. Vi forstår hverandres situasjon bedre og det setter oss i stand til å tenke nytt, fortsetter hun.

Bedre mestringsevne avlastet helsetjenesten

– Før har pasientgruppene vi behandler ligget lengre på sykehuset og blitt sendt rett hjem, med håp om at de klarer seg uten å havne på sykehjem, sier Helgesen. Pasientene har fått informasjon fra sykehuset om hvordan de best skal mestre hverdagen de kommer hjem til, men der har hjelpen stoppet. – Nå har vi et tett samarbeid med brukerkontoret og fysio-/ergotjenesten. De drar hjem til pasientene og gjør det de kan for å tilrettelegge forholdene før hjemreisen, forteller hun. Undersøkelser har vist at der det er stor fokus på mestringsevnen, blir det også betydelig færre nyinnleggelser på sykehus, og mindre hjelpebehov når pasientene har kommet hjem.

Stor interesse

– De ansatte her synes også at modellen er kjempebra. Når vi startet opp hadde vi faktisk 150 søkere til stillingene her, så de ansatte er håndplukket. De er bredt sammensatt med en veldig høy kompetanse.

– Jeg er overbevist om at tilbudet vårt blir bra. Vi har faktisk hatt pasienter som ringer og ønsker seg hit allerede. Ikke bare fra Nord-Trøndelag, men også Stjørdalinger som er innlagt på St. Olavs som vil over hit. Det er veldig spennende nå i oppstartsperioden. Vi er i en tidlig fase ennå, men entusiasmen for prosjektet er stor, og alle parter er genuint interessert i at dette skal gå riktig vei, avslutter Helgesen.



Ann-Sissel Helgesen, enhetsleder.

Snuoperasjonen

Helse Midt-Norge er midt inne i en snuoperasjon som skal legge grunnlaget for utvikling av en moderne og forutsigbar spesialisthelsetjeneste. Folk skal ha trygghet for at de får hjelp og tilbud om god behandling når de har behov for det. Sunn økonomistyring og ledere som tar sitt ansvar, er helt nødvendig hvis vi skal nå målet, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge RHF.

– Vi har en utfordring på kort sikt i å få driftsøkonomien under kontroll og på lengre sikt i balanse. Dette er helt avgjørende for at vi skal kunne forsvare lån og avdrag når det investeres i nybygg, utstyr og systemer. Kort sagt vi kan ikke bruke mer penger enn det vi har, men gjennom omstilling kan vi få mer ut av de midlene vi rår over i dag, sier Almlid.

Ulike utfordringer i foretakene

Utfordringsbildet varierer noe mellom helseforetakene i Helse Midt-Norge. Den tyngste omstillingsprosessen finner sted ved St. Olavs Hospital HF. Universitetssykehuset hadde et betydelig underskudd på driften i 2006 og skal samtidig komme i posisjon til å forsvare kapitalkostnadene knyttet til byggfase 2. – Helse Sunnmøre HF har også relativt sett nesten en tilsvarende utfordring. Hvis helseforetaket skal klare å realisere planene for en ny barneavdeling, må økonomien komme under kontroll først, sier Almlid. I Helse Nordmøre og Romsdal prøver de å få til et nytt sykehus i Molde. Da må sentrale myndigheter ha tillit til både helseforetakets og regionens økonomiske bæreevne. – I 2006 var ikke det tilfelle, fortsetter styrelederen som vil understreke at det økonomiske totalansvar for investeringer og drift i regionen ligger her hos oss sjøl.

Samhandling – en viktig nøkkel

– Snuoperasjonen vår handler om økonomi og lederskap. Men utfordringen er også knyttet til det å se sammenhen-

gen i behandlingstilbudet. Vi vender oss også mot primærhelsetjenesten og kommunene for å få til bedre samhandling rundt det enkelte pasientforløp og å utvikle tilbud som ligger i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag har i samarbeid med Helse Midt-Norge lansert spenstige forslag på dette området, sier Almlid.

God kvalitet – et tveegget sverd

Utviklingen av kvalitet i pasientbehandlingen står sentralt. Kvalitetsbegrepet har imidlertid mange dimensjoner. Helse Midt-Norge ønsker å samle de tilbud man må, og desentralisere de tilbud man kan. Det betyr at vi ikke kan ha et tilbud over alt til alle pasientgrupper. Skal kvaliteten bli god, må tilbud sentraliseres til ett eller noen steder slik at vi kan vedlikeholde og utvikle kompetanse og behandlingstilbud. Motsatt er det også god kvalitet – og effektivt, å flytte ut behandlingstilbud når det er grunnlag for det. Ikke minst gjelder det store pasientgrupper med kroniske lidelser og tilstander som er avhengig av hyppige behandlinger, ofte over lang tid.

– Helse Midt-Norges helseforetak skal være attraktive arbeidsplasser som tiltrekker seg dyktige medarbeidere også i tida som kommer. Retter vi blikket framover, ligger det et hav av muligheter foran oss. Jeg tror vi er på rett vei, men vi trenger også stø kurs over lengre tid for å nå våre mål, sier Almlid.

Positiv evaluering av Rusbehandling Midt-Norge HF

Rusbehandling Midt-Norge HF får ros av styret for Helse Midt-Norge RHF i forhold til de resultater som er oppnådd så langt. Midt-Norge er den eneste regionen som valgte å organisere tilbudet innen rusbehandling i et eget helseforetak da rusreformen ble iverksatt ved inngangen til 2004. Det er nå gjennomført en evaluering av helseforetaket der man har sammenlignet med forholdene i resten av landet. Konklusjonen er positiv. Administrasjonen vil legge fram forslag til framtidig organisering av rusbehandlingen i Helse Midt-Norge for behandling i det regionale styret i møte 27. juni 2007.

Rekrutterer leger internasjonalt

Helse Midt-Norge har sammen med Helse Vest og Helse Nord inngått rammeavtale med det polske rekrutteringsbyrået Paragona. Målet er å rekruttere utenlandske leger til stillinger det er vanskelig å rekruttere til. Det gjelder blant annet spesielle fagområder der det er rift om spesialistene.

– Dette er en god mulighet for helseforetakene våre til å få ansatt leger i kritiske stillinger som står ledige. På denne måten får de også fast ansatte spesialister og unngår vikarordninger og vikarstafetter, sier organisasjonsdirektør Sveinung Aune i Helse Midt-Norge RHF.

Han legger til at rekruttering gjennom Paragona koster omtrent det samme som å rekruttere på tradisjonelt vis. Paragona tilbyr spesialister innen alle fagområder.

– Dette er en svært framtidsrettet måte å rekruttere på med tilgang til et internasjonalt arbeidsmarked. Modellen kan også brukes for andre land enn Polen, men internasjonale undersøkinger viser at Paragona er nokså enerådende på denne rekrutteringsmodellen.

Og det er ikke snakk om å tømme polske sykehus for spesialister. Polen har svært god utdanningskapasitet til legeyrket og generelt god legedekning, påpeker Aune.

Nye Molde sjukehus: Fra idé til prosjekt

Nye Molde sjukehus har første prioritet når det gjelder nye store utbyggingsprosjekter i Helse Midt-Norge. Idéfasen for prosjektet munnet i mai 2007 ut i en prosjektbeskrivelse som danner grunnlag for videre framdrift. Neste skritt er foreløpig myndighetsvurdering i Helse- og omsorgsdepartementet og deretter vil styret for Helse Midt-Norge RHF ta stilling til videre finansiering av prosjektet for 2008.

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber nå om en grundig og realistisk vurdering av Helse Midt-Norges evne og mulighet til å bære sine samlede kostnader etter at utbyggingen ved St. Olavs Hospital er avsluttet og nye Molde sjukehus ferdigstilles.

- Dagens finansieringsordning er basert på lånesøknader og et selvstendig ansvar for det regionale helseforetaket og det lokale helseforetaket i sin helhet å svare for egne kapitalkostnader og driftskostnader. Vi kan ikke uten videre regne med tilskudd eller annen ekstraordinær overføring for å realisere utbyggingsprosjekter. Derfor må vi helt fra start av foreta en bred analyse av totaløkonomien på kort og lengre sikt. Intensjonen er ikke å utsette framdriften for prosjektet, men å styrke beslutningsgrunnlaget vårt og å kunne legge fram et solid prosjekt for vår eier, Helse- og omsorgsdepartementet, sier styreleder Kolbjørn Almlid.

Helse Nordmøre og Romsdal ønsker å tenke nytt når det gjelder pasientbehandling for å gi bedre tjenester i det nye sykehuset. Og det er nå stort engasjement blant ansatte og allerede har om lag 300 ansatte medvirket i planlegging og idéskapingen.

– Å vise respekt for pasienten betyr blant annet å tilby effektive, koordinerte

og kvalitativt gode behandlingsforløp, påpeker spesialfysioterapeut Britt Rakvåg Roald. Hun og overlege Guttorm Eldøen er prosjektledere for det som kalles hovedfunksjonsprogrammet for det nye sykehuset. De mener at spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med primærhelsetjenesten om pasientene.

– Sammen må vi finne gode løsninger på problemstillinger som i dag ofte ender opp med innleggelse som den tradisjonelle løsning, sier Eldøen. Faglig gode løsninger kan også gi en bedre utnyttelse av helseressursene.

Realistisk finansieringsplan

– Foreløpige beregninger tyder på at en del av investeringskostnadene kan dekkes gjennom mer effektiv drift i det nye sykehuset. Det vil i så fall være mulig å bygge nytt selv om vi må låne en relativt stor andel av investeringsmidlene. Vi mener altså at vi har en realistisk finansieringsplan for nye Molde sjukehus, sier prosjektleder Randi Myhre, som har permisjon fra økonomisjefjobben i Helse Nordmøre og Romsdal for å delta i prosjektet.

– Vi må begynne å trene på nye driftsløsninger i det gamle sykehuset, slik at vi kan rasjonalisere noe av driften før nybygget står ferdig, mener Bjørn Engum,

adm. direktør i Helse Nordmøre og Romsdal. Prosjektet er foreløpig skissert å koste 2,34 milliarder 2007-kroner. Men alternativet er heller ikke gratis.

Nybygg svarer seg

– Opprusting av dagens sykehus er vurdert å koste om lag 1,7 milliarder kroner. Bygningene vil imidlertid ha kortere levetid enn et helt nytt sykehus, og legger ikke så godt til rette for effektiv drift, forteller prosjektleder Gudmund Moen, som er lånt ut fra Helsebygg Midt-Norge for å bistå prosjektet. På lang sikt kan dermed de samlede drifts- og investeringskostnader bli like store ved å ruste opp dagens sykehus som å bygge nytt.

– Det mener vi er et viktig argument for et helt nytt sykehus. I det videre arbeidet vil vi se på hvordan effektiv bruk av arealet kan redusere kostnadene ved et nytt sykehus ytterligere, sier prosjektdirektør Eirik Heggemsnes.

Sykehuset kan tidligst stå ferdig i 2013. Heggemsnes forutsetter da at prosjektet leverer et så solid grunnlag at man unngår forsinkelser i de fasene som gjenstår – og at finansieringen skjer i samsvar med framdriftsplanen for prosjektet.



Prosjekt Nye Molde sjukehus

Styrene for Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Midt-Norge har vedtatt at det skal bygges et nytt Molde sjukehus på Eikrem. Somatikk og psykiatri skal samlokaliseres.

Molde sjukehus og Kristiansund sykehus utgjør til sammen tilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal, og nye Molde sjukehus planlegges med det tilbudet sykehuset har i dag.

Helse Midt-Norge har bevilget 15 millioner kroner til planleggingsarbeidet i 2007, og har plassert nye Molde sjukehus øverst på prioriteringslisten for nye store investeringsprosjekter i Midt-Norge.

Prosjekt nye Molde sjukehus startet opp 1. januar 2007. Prosjektgruppen består av prosjektdirektør Eirik Heggemsnes og prosjektlederne Randi Myhre, Guttorm Eldøen, Britt Rakvåg Roald og Gudmund Moen.

Prosjektet baserer seg på bred involvering av ledere, ansatte, tillitsvalgte, brukere, primærhelsetjeneste og andre aktører. Ekstern kompetanse hentes fra blant annet Helsebygg Midt-Norge og fra firmaet Hospitalitet.

Første fase av prosjektet, idéfasen, er nå ferdig, og har ført frem til en prosjektbeskrivelse for det nye sykehuset.



Bjørn Engum



Erik Heggemsnes



Gudmund Moen



Guttorm Eldøen



Randi Myhre



Britt Rakvåg Roald



Laboratoriemedisin i Helse Midt-Norge

Styret for Helse Midt-Norge RHF får etter planen Eierstrategi-rapporten om laboratoriemedisin til behandling i sitt møte 27. juni. Rapporten er nå sendt helseforetakene i regionen for kommentarer og innspill. Eierstrategien inngår i Helse Midt-Norge 2010 og er ett av flere prosjekter. Du finner utfyllende informasjon og kan laste ned rapporten på www.helse-midt.no

Laboratorieprosjektet har sett på fagområdet laboratoriemedisin som består av følgende medisinske spesialiteter:

- ▶ Medisinsk biokjemi
- ▶ Medisinsk mikrobiologi
- ▶ Immunologi og transfusjonsmedisin
- ▶ Klinisk farmakologi
- ▶ Patologi
- ▶ Medisinsk genetikk

Laboratorievirksomheten er en servicefunksjon for de kliniske avdelingene og analyserepertoaret er derfor knyttet opp mot den aktiviteten det enkelte sykehus har. I tillegg analyserer laboratoriene prøver fra primærhelsetjenesten. Ca. 60 prosent av prøvene kommer fra denne gruppen rekvirenter.

Laboratorietjenester skal inngå i lokalsykehusene, men styret i Helse Midt-Norge har

bedt om en utredning som viser mulighetene for økt bruk av regional vaktordning. Det er viktig å presisere at laboratoriefunksjonen fortsatt skal være en integrert del av lokalsykehusfunksjonen.

Prosjektets overordnede målsetting var å komme frem til en laboratorietjeneste i Helse Midt-Norge som har god kvalitet og med en best mulig ressursutnyttelse både mht. driftsutgifter, utstyr, personalressurser, kompetanse og areal, og samtidig ivareta pasientens behov for nærhet og tilgjengelighet til tjenesten.

Prosjektgruppen anbefaler at det blir opprettet et forpliktende regionalt nettverk. Det regionale direktørforumet oppnevner og lager mandat for nettverket. Nettverket må være tverrfaglig og bestå av ledere og representanter fra fagprofesjonene. Nettverket utarbeider forslag til direktørforumet.

Eksempler på problemstillinger som et regionalt nettverk kan videreutvikle, er:

- ▶ Samarbeid med rekvirentene
- ▶ Sammenlignbar statistikk
- ▶ Sammenligne kvalitet og pris
- ▶ Felles prosedyrer
- ▶ Kvalitetssikring
- ▶ Felles innkjøpsavtaler
- ▶ Forskning/fagutvikling
- ▶ Kompetanse/videreutdanning
- ▶ Hensiktsmessig oppgavefordeling/optimal ressursutnyttelse

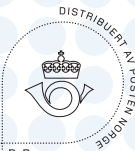
En vil legge stor vekt på medvirkning fra fagfolk, tillitsvalgte og brukere før saken blir lagt fram for styret som skal gjøre sitt endelige vedtak. Medlemmene i prosjektgruppen har gjort et omfattende forarbeid med vekt på å kartlegge status på området og synliggjøre kvalitet og konsekvensene for de ulike handlingsområdene.



B

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

ISSN 1503-1780



NORGE

P.P.

HELSE

02/2007 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Ny direktør i Helse Midt-Norge

side 2-3

”På lag med deg
for din helse”

**Omstillingen på St. Olavs
Hospital: Bedre økonomi
– den beste medisin**
side 8–12

Debatt:
**Hvordan ser fremtidens
lokalsykehus ut?**
side 4–7