

HELSE

02/2008 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE



Samhandling

– gevinst både for helsevesen,
pasient og samfunn

s. 4, 5, 6, 7, 8 og 9

Ny arbeidsmiljøundersøkelse:

– Alle har ansvar for å bidra

s. 13-15

Debatt:

Hva må til for at pasienter skal
velge lokalsykehuset sitt?

s. 22-23



Sykmeldt? Nå finnes det tilbud som kan hjelpe deg raskere tilbake i jobb

Ingen er tjent med sykefravær som varer lenger enn nødvendig. Både ved sykehusene og i regi av NAV er det opprettet nye tilbud for deg som er sykmeldt. Du kan blant annet få tilbud om behandling av spesialisthelsetjenesten, personlig oppfølging, arbeidstrening, hjelp til å kartlegge dine muligheter i arbeidslivet og ulike motivasjonstiltak.

Les mer på nav.no/raskeretilbake for å finne ut om tilbudene kan være aktuelle for deg. Du kan også ta kontakt med NAV eller din fastlege.



LEDER :

Felles utfordring

Selv om det er bred enighet om at det er et offentlig ansvar å sikre befolkningen gode og likeverdig helsetjenester, er det ikke like enkelt alltid å enes om virkemidlene. Debatten om pasientrettigheter, konsekvensene av økt levealder og et økende omfang av livsstilssykdommer er ikke spesielt norsk. Velferdsutfordringen er den samme i mange land. Som før må vi kombinere kunnskap og ansvarlighet med engasjement og omtanke, for å levere helsetjenester som oppleves som trygge, forutsigbare og av god kvalitet. Det er nødvendig å snakke om hvordan vi skal finansiere og hvordan vi bruker helsekronene, men vi trenger også varme hender.



Jan Eirik Thoresen

Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør

Helse Midt-Norge viste i 2007 at det er mulig å styre spesialisthelsetjenesten innenfor ansvarlige rammer. Vi leverte et resultat som er en innertier i forhold til det styringsmålet vi hadde. Avviket på ti millioner kroner utgjør under en promille av vår samlede omsetning. Jeg vil gi anerkjennelse både til ledere og ansatte som har bidratt til dette. Omstillingsarbeidet vi nå er i gang med, skal berede grunnen for en langsiktig og forutsigbar utvikling av det spesialiserte helsetilbudet til befolkningen i Midt-Norge. Vi er ikke i mål, men vi er på god vei!

Utviklingen så langt i 2008 har vist oss at innsatsen fra i fjor ikke er et skippertak. Vi har etablert en metodikk og et styringsystem som gir resultater. Rapportene fra helseforetakene de første månedene av 2008 viser at vi som foretaksgruppe for første gang er i ferd med å bygge oss opp en buffer og at vi resultatmessig ligger foran skjema. Prognosen for året forteller oss likevel at det fortsatt er usikkerhet knyttet til gjennomføring av planlagte omstillingstiltak og effekten av disse.

En viss grad av usikkerhet vil det alltid hefte ved omstillingsarbeid. Den blir ikke mindre når vi snakker om komplekse virksomheter som spesialisthelsetjenesten. Når vi i tillegg vet at vi behandler flere pasienter enn noen gang, gir stadig mer avansert hjelp og har fått nye muligheter innen behandling av sykdom, kan det være vanskelig å prioritere riktig. Viljen til å prioritere helse og offentlig helsetjeneste har også hatt sterk politisk gjennomslagskraft i Norge. Veksten i helsebudsjettene har vært betydelig i flere år og utfordringene blir ikke mindre i framtida. Det er i dette perspektivet vårt omstillingsarbeid hører hjemme. Tiltakene vi iverksetter i dag, skal gi oss bærekraft til å møte framtidens utfordringer.

Omstillingsarbeidet handler ikke om kroner og ører, selv om det er dette vi måles på i økonomisk forstand. Å redusere antallet senger og samtidig gi tilbud til flere pasienter, er ikke en selv-motsigelse. Det handler om å ta i bruk

moderne behandlingsstrategier, standardisere pasientforløp som både sikrer god kvalitet og likeverdig tilgang på helsetjenester – og det handler om å bygge samhandlingsrelasjoner både mellom tjenestenivåer, innad i sykehus, mellom profesjoner og sørge for at pasienten involveres i egen rehabilitering og mestring.

Den midtnorske plattformen vi bygger skal være framtidsrettet og basert på kunnskap. Norge trenger et nasjonalt fellesskap for å henge med innen forskning og medisinsk utvikling – og Helse Midt-Norge er beredt til å bidra på dette området. Skal vi innfri vårt ansvar for å sørge for gode, spesialiserte helsetjenester til befolkningen framover, må vi være i stand til å bygge kompetanse og framstå som en attraktiv arbeidsplass. Det gjør vi ikke hvis vi ikke er i stand til å styre virksomheten og forholde oss til de økonomiske rammene vi er tildelt.

Utbyggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim vil gi behandlingstilbudet i Midt-Norge et kvalitetsmessig løft, men det fører også til at vi får betydelige kapitalutgifter i årene som kommer. Mange har vært bekymret for at den nødvendige satsingen ved St. Olavs Hospital skal gå ut over andre helseforetak – og uroen er forståelig, ikke minst sett i lys av tidligere års driftsunderskudd. Skal vi skape rom for investeringer i Molde, Ålesund, Namsos og andre steder, må vi også kunne vise til at vi klarer å styre økonomien på en forsvarlig måte og at vi holder orden i eget hus.

For å lykkes med dette, trenger vi samhold og felles forståelse for de utfordringene vi står overfor. På sikt er dette helt avgjørende for å skape tillit både ute i befolkningen og hos bevilgende myndigheter. Dette er utfordringen vår og samtidig vår mulighet. Det siste året har vist at vi er på riktig kurs, nå handler det om å stå løpet i årene som kommer. Ingen har sagt at oppgaven er enkel, men det gjør den ikke mindre viktig!

HELSE – Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv. 1, 7500 STJØRDAL – Telefon: (047) 74 83 99 00 – Telefaks: (047) 74 83 99 01 • www.helse-midt.no
Ansvarlig redaktør: Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås • Tekst og utforming: Bennett AS • Illustrasjoner: Ella Okstad
Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000

Helse Midt-Norge skal bidra til god samhandling mellom tjenestenivåer. Behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og effektivt for pasienter og pårørende. Forslaget til felles overordnet strategi er revidert for å styrke samhandlingsperspektivet. HELSE har sett på samhandlingsbegrepet, og hva det betyr for oss. I teorien, i praksis og i pasientperspektiv.



Rolf Windspoll



Daniel Haga

Samhandling satt i system

Samhandling innebærer at vi sammen med kommunene tilrettelegger for helhetlige tilbud. Pasientene skal ikke merke at de går fra et forvaltningsnivå til et annet. Vi skal ha et sømløst tilbud til våre pasienter. Dette kommer både pasienten og samfunnet til gode. Slik forklarer medisinsk direktør Daniel Haga samhandlingsbegrepet.

Når Helse- og omsorgsministeren peker på samhandlingsutfordringene som en av de mest sentrale, er ikke det bare fordi samhandling letter hverdagen her og nå. Fra år 2015 og utover, "skyller" eldrebølgen innover helsenorge.

Eldrebølgen gir rammene

En av konsekvensene blir en økende andel av pasienter med sammensatte lidelser. Dagens helsevesen er ikke rigget for å ta i mot en slik bølge, og det har ikke bare med antallet ansatte å gjøre, men hvordan disse arbeider sammen. Eller samhandler, om du vil.

– Vi er avhengig av at primærhelsetjenesten har kompetanse til å håndtere sin del av denne utfordringen. En av de viktigste oppgavene våre blir å spille primærhelsetjenesten god, og overføre kompetanse slik at de kan håndtere et større volum av pasienter. Desentraliserte spesialisttjenester i eksempelvis distriktsmedisinske senter er et viktig virkemiddel, sier Daniel Haga.

Rolf Windspoll, som er samhandlingssjef ved St. Olavs Hospital, har også eldrebølgen i bakhodet nå han jobber med samhandlingsutfordringen.

– Hvis vi fortsetter å gjøre ting på samme måte som i dag, får vi et betydelig økt behov for personell i framtida. Det innebærer at en større prosentandel ungdommer velger helse- og omsorgssektoren som arbeidsfelt. Hvordan kan vi gjennom samhandling og brukermedvirkning, der vi også nyttiggjør oss teknologiske muligheter, bruke de ressursene vi har tilgjengelige på en bedre måte, slik at vi heller ikke blir sårbare for personelltilgangen. I dette arbeidet må både

primær- og spesialisthelsetjenesten spille hverandre gode. Det ene nivået har ikke mer eller mindre ansvar enn det andre.

Barrierer for samhandling

Samhandling handler altså ikke først og fremst om blindtarmen eller beinbruddet, men om pasienter som har sammensatte lidelser og/eller funksjonstap. Haga gjør et poeng ut av at pasienten er i et behandlingsløp og at overleveringen fra ett nivå eller instans til en annen er kritisk.

– Når stafettpinnen leveres videre er det viktig at vi bidrar til et samlet løp til beste for pasienten. At samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene fungerer er en selvfølge for at vi skal klare dette.

Og her, i krysningspunktet mellom forvaltningsnivåene og linjene, finner vi også de største barrierene for samhandling, forteller samhandlingssjef Windspoll.

– Dette er to forvaltningsnivå med ulike lover, kulturer og finansieringsløsninger. Kunsten er å løfte blikket over barrierene og gå i gang med arbeidet nå. Heldigvis forskes det en del på samhandling mellom forvaltningsnivåene, og vi begynner etter hvert å vite mye om hva vi kan oppnå.

Windspoll mener de gode løsningene skapes over tid, hvis organisasjonene ønsker å få til samhandling – at samhandling er noe som preger de ansattes holdninger og dermed hele organisasjonen.

– Samhandling må være forpliktende for alle parter, og forankret i avtaler. På faglig nivå handler det om å samarbeide om enkeltpasienter og å ha felles møteplasser for å drøfte problemer og utveksle

erfaringer og kunnskap for å finne den beste behandlingsskjeden for pasientene.

DMS som samhandlingsarena

Det finnes ulike modeller for tilrettelegging for samhandling. På overordnet nivå er det inngått samarbeidsavtaler som tar utgangspunkt i daglig virksomhet, inn- og utskrivninger mellom helseforetakene og alle kommunene. Haga trekker fram de distriktsmedisinske sentrene (DMS) som en arena som er spesielt tilrettelagt for samhandling.

– En av tankene bak DMS'ene er at pasienten eksempelvis får selve operasjonen på sykehuset, men rehabilitering lokalt og i tettere samarbeid med helsetjenesten i hjemmkommunen enn det en oppnår fra sykehuset. Forskning viser at for aktuelle pasientgrupper gir et slikt behandlingsforløp bedre egenmestring etter endt behandling, redusert behov for pleie- og omsorgstjenester fra kommunen og færre re-innleggelser. En slik desentralisert behandling er ikke bare nyttig for pasienten, men også for samfunnet og er i så måte et svært godt eksempel på samhandling i praksis.

– Det er, og skal være ulike funksjoner og kompetanse på eksempelvis St. Olavs Hospital, og et DMS. På sykehuset er fokus gjerne diagnose og behandling, mens DMS'et vil ha fokus på funksjon og mestring etter en sykdomsepisode eller forverring av en kronisk sykdom. For flere grupper pasienter er det derfor gunstig å få en annen oppfølging enn det som tradisjonelt er gitt i en travel akuttavdeling.

Les om Fosen DMS på neste side >>



Pasient Egil Dystvang sammen med ergoterapeut Stine Kobberød.

Samhandling i praksis

– Ved Fosen DMS får pasienten hjelp fra de samme spesialistene, som de ville gjort ved St. Olavs Hospital. Vi har 7 spesialister som jobber her 1 – 4 dager i måneden. Dette gjør de som en del av sin tjeneste ved St. Olavs Hospital, og ikke som ekstraarbeid. Det var svært viktig for oss for å sikre tilhørighet til det faglige miljøet ved St. Olavs Hospital.



Leena Stenkløv

Det sier daglig leder Leena Stenkløv ved Fosen DMS. I tillegg til spesialistpoliklinikk har senteret en avdeling for observasjon og etterbehandling og en interkommunal legevaktordning.

Fosen DMS er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital og åtte kommuner på Fosen. Det er unikt at så mange kommuner har fått i stand et samarbeid om et DMS. For at alle kommunene skal ha nytte av kompetansen ved Fosen DMS brukes

det moderne informasjonsteknologi. Et eksempel er videokonferanseutstyr som gir pasienter og ansatte på Fosen DMS tilgang til ekspertisen som om de var på sykehuset. Et annet eksempel er røntgenbilder som sendes elektronisk og vurderes av røntgenlege ved St. Olavs Hospital.

Avdeling for observasjon og etterbehandling

Avdeling for observasjon og etterbehandling brukes på ulike måter. Legevakt kan legge inn pasienter til observasjon eller utredning før innleggelse på sykehuset. I mange tilfeller er observasjonsavdelingen et fullverdig alternativ til innleggelse. Hele 70 % av pasientene ferdigbehandles på senteret.

På etterbehandling er det sykehuset som har diagnostisert pasienten, og satt i gang behandlingen. Berit G. Wiklund, som var prosjektleder for avdelingen, og i dag er virksomtshetsleder for helse i Ørland kommune, sier at St. Olavs Hospital har blitt flinke til å bruke tilbudet.

– I dag er det seks senger på denne avdelingen og i løpet av våren skal det opprettes fire nye plasser til rehabilitering av ortopediske pasienter. Beleggsprosenten er på 95 %. Både pasienter og pårørende ber om å få være her når det er mulig. Pårørende slipper å bruke en hel dag på å reise på sykebesøk. Sykehuset sparer både penger og ressurser. For mange kronikere er det svært viktig å få behand-

ling så nært hjemmet som mulig.

Wiklund er opptatt av at alle kommunene som samarbeider skal ha nytte av tilbudet, selv om senteret er lokalisert på Brekstad i Ørland kommune.



Berit G. Wiklund

Kommunalt samarbeid

– Når mange kommuner med stor geografisk spredning er involvert er det viktig at alle drar nytte av kompetansen uten å bruke unødig mye penger. En slik avdeling skal heve kompetansen for helsepersonell i alle kommunene. Eksempelvis har vi samarbeidsmøter fire ganger i året der både kommunene og sykehuset deltar. Et annet eksempel er videokonferanse-utstyret som også brukes til forelesninger. Vi kan også gi råd til kommunene, og fungere som en brobygger mellom kommunal helsetjeneste og sykehuset.

Møter framtidige utfordringer

Wiklund og Stenkløv mener Fosen DMS

er et godt eksempel på hvordan oppgavefordelingen kan løses mellom sykehusene og kommunene og bidra til å møte de utfordringene som befolkningsutviklingen byr på.

– Vi avlaster sykehusene, og yter samtidig god hjelp til våre pasienter der de bor. Fosen DMS er et eksempel på at regionen vår har vært proaktiv for å løse de utfordringene eldrebølgen fører med seg. Det har imidlertid ikke vært mulig å få i stand et slikt tilbud om ikke Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital har vært opptatt av samhandling.

Det har vært stor interesse for Fosen DMS både fra andre kommuner og fra andre helseregioner. For å dele erfaringer fra etablering og driftingen av et DMS inviteres det til en nasjonal erfaringskonferanse på Brekstad i Ørland 25. – 27. august.

Distriktsmedisinsk senter (DMS)

Et DMS har et tredelt tilbud/funksjon

- Desentraliserte spesialisttjenester
- Rene kommunale eller interkommunale tjenester som samlokaliseres for å få faglig synergi
- Ved noen DMS samarbeider spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om en sengepost

Fosen DMS

- Et samarbeid mellom St. Olavs Hospital og kommunene Roan, Osen, Åfjord, Bjugn, Ørland, Rissa, Leksvik og Mosvik
- Observasjonspost som disponeres av Fosen legevaktssenter, fastlegeordningen i Ørland, Bjugn og Åfjord og av Forsvaret
- Etterbehandlingsenhet med 6 senger som disponeres av sykehusene
- Spesialister jobber på Fosen DMS fra 1 – 4 ganger i måneden: Kirurg, indremedisiner, hudlege, øre-nese-hals-spesialist, øyelege og gynekolog
- Lysbehandling, audiograf og røntgenavdeling
- Kompetansetilbud til alle kommunene via videokonferanse

Samhandling i pasientperspektiv

– Ikke et vondt ord om St. Olavs Hospital og mine medpasienter, men når jeg ligger på et firemannsrom og hører på flerstemt snorking får jeg ikke den roen jeg trenger.

Sverre Simonsen fra Rissa har glimt i øyet når han karakteriserer sitt opphold på St. Olavs Hospital. Undertonene er alvorlige nok.

– Som pasient oppfatter jeg St. Olavs Hospital å stå for kapasiteten og kompetansen, men det er ikke hensiktsmessig for noen å bli liggende der. Her på Fosen DMS blir jeg fortere frisk.

Simonsen brøt lårhalsen under en arbeidsulykke og har vært plaget med infeksjoner i hofta. Han har hatt gjentatte behandlinger og har blant annet måtte sette inn en midlertidig kunstig hofte. I de periodene han har trengt trening og opp-

følgning, har han vært innlagt på Fosen DMS.

Simonsen understreker nok en gang at han ikke vil kritisere St. Olavs Hospital, men i stedet framheve helheten i behandlingen han får.

– Jeg fikk god behandling på St. Olavs Hospital også, men miljøet der er mye mer hektisk enn på Fosen DMS. Her får jeg ro selv om jeg er innlagt. Jeg merker at jeg kommer meg mye fortere nå. Det er også enklere for pårørende som slipper å kjøre til Trondheim. Her er det for eksempel ikke noe problem å få parkeringsplass.



Sverre Simonsen blir fortere frisk på Fosen DMS.

Hva må gjøres for å sikre god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste?

Annlaug Stavik,
nestleder, regionalt brukerutvalg

Spesialisthelsetjenesten har et "sørge for ansvar" når det gjelder opplæring til primærhelsetjenesten. På noen områder har man prosjekt som går på akkurat dette, blant annet når det gjelder behandling av sykkelig overvekt. Man overfører kompetanse til primærhelsetjenesten, slik at vi som pasienter kan få hjelp der vi bor, og ikke trenger å reise til sykehuset for å få behandling. Diabeteskontroll/-behandling, er også et område som kan utføres i kommunene. Det må opprettes samhandlingsarenaer i mellom disse to nivåene, slik at dette blir en naturlig praksis til det beste for oss som pasienter.

Marthe Risan,
leder, brukerutvalget St. Olavs Hospital

Det viktigste er at pasienten hele tiden settes i fokus. Pasienten må oppleve å være viktig og bli tatt på alvor, og ikke bli en kasseball mellom nivåene. For å oppnå det, må alle parter bli bedre på kommunikasjon. Det er spesielt viktig å få ut epikrisene så raskt som mulig, særlig for pasienter som har et sammensatt sykdomsbilde. Dette er noe St. Olavs Hospital jobber med, men fortsatt kan bli bedre på. Man må også unngå at det blir noen som helst form for "profesjonskamp" mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I stedet må man koordinere kunnskap og kompetanse, slik at pasienten får best mulig oppfølging.

Asbjørn Gausdal,
leder, brukerutvalget Helse Sunnmøre

Spesialisthelsetjenesten bør etablere ei rådgjevningsordning som for mange kan muliggjøre god behandling på kommunehelsenivå uten sjukehusinnlegging. Dette vil gi eit betre totaltilbud, god pasientbehandling, mindre stress grunna reiser og store samfunnsøkonomiske innsparingar. Ein må også søke å finne ein veg ut av den uverdige situasjonen med at alt for mange ferdigbehandla pasientar ikkje får kome heim grunna manglande tilbod i heimkommunen. Feil medisinerbruk er eit omfattande problem som både medfører sjukehusinnleggingar og dødsfall. Sjukehusapoteka har farmasøytisk spisskompetanse og bør brukast meir aktivt for å sikre rett medikamentbruk.

Friskmeldt!

Når Kolbjørn Almlid nynner ”Det umulige e mulig” og ”Det går likar no”, har han både seg selv og Helse Midt-Norge i tankene. I 2007 ble styrelederen i Helse Midt-Norge kreftpasient.

Almlid fikk diagnosen kreft i prostatakjertelen, og var plutselig pasient i det samme foretaket han er styreleder for. Heldigvis ble kreften oppdaget tidlig i sykdomsforløpet, og han gjennomgikk en vellykket operasjon ved St. Olavs Hospital. I dag er han erklært frisk.

– Som pasient blir du fullstendig overlatt til andre mennesker. Jeg følte meg maktesløs og tiltaksløs, og var helt avhengig av andre. Jeg stilte meg selv mange spørsmål: Er kvaliteten så god som det blir sagt? Er dette optimal behandling? Jeg visste ikke, fordi jeg mangler den fagkunnskapen. For meg var det en ny erfaring å måtte overlate absolutt alt til andre, uten at jeg kunne bidra eller kontrollere.

Almlid presiserer at han ikke fikk noen form for særbehandling. Han ble behandlet som en vanlig pasient. Samhandlingen mellom første- og andrelinje fungerte som det skulle, og han slapp å ”rykke tilbake til start” som mange pasienter har opplevd. Som lekmann er hans opplevelse at han fikk den beste behandlingen.

– Men jeg og andre pasienter vet ikke om behandlingen er optimal. Derfor er det svært viktig at kvalitetsbegrepet løftes fram i helsedebatten. Det er en spesiell situasjon at andre skal ordne absolutt alt for deg, uten at du selv kan bidra med kvalifiserte meninger. I en slik situasjon er det viktig at vi som er pasienter føler oss trygge på fagpersonene.

På hvilken måte har dine erfaringer som pasient påvirket deg som styreleder?

– Jeg har nok fått noe mer innsikt og forståelse for hvordan det er å være både pasient og medarbeider i Helse Midt-Norge. Det er selvfølgelig svært verdifullt for meg som styreleder. Men jeg kan ikke la mine subjektive erfaringer som pasient

styre mine avgjørelser og overskygge det ansvaret jeg har som profesjonell styreleder. Da blir jeg distansert fra totalbildet. Jeg må ha et kaldt hode og et varmt hjerte.

Da Kolbjørn Almlid ble styreleder i 2006, ble han også portrettert i magasinet Helse. Den gang var han opptatt av å få balanse i budsjettet for å få hovedfokusert bort fra pengejakten og over på fag.

– Fra første dag har jeg definert økonomi som et virkemiddel og ikke et mål. Vi klarer ikke å håndtere pasientene på en god måte, uten å ha kontroll på økonomien. Jeg har jobbet for at vi skal ha lik virkelighetsoppfatning og forståelse for at økonomi er en fellesoppgave, fra styreleder og til enhetsnivå. Før stod veiviserne i alle retninger – nå peker de alle i samme retning, og det er svært hyggelig å se at vi har balanse i driftsøkonomien ved inngangen til 2008. Fra å ha et underskudd på 715 millioner kroner har vi nå 12 millioner. Det er en økonomisk inner-tier.

Samme dag som magasinet Helse gjør intervjuet med Almlid, er departementet på besøk. Denne gangen blir det sannsynligvis et hyggelig besøk. Det har ikke vært noen selvfølgelig. I 2006 ble Helse Midt-Norge karakterisert som verstingen. Eller en visse blomst, som Almlid selv sier. I dag er det andre ord som brukes om Helse Midt-Norge, og han ”har fått signaler om” at det vil komme honnør for de resultatene Helse Midt-Norge har oppnådd på kort tid.

– Jeg tror det viktigste vi gjorde hos oss, var å vise vilje til å rydde opp på egen hånd. Vi satte ikke pekefingeren mot andre, men brettet opp ermene selv. Når vi kunne dokumentere at vi virkelig prøvde, og ville, var det legitimt å be om



Styreleder Kolbjørn Almlid har fått mer forståelse for hvordan det er å være både pasient og medarbeider i Helse Midt-Norge etter kreftsykdommen.

litt ekstra hjelp. Jeg tror blant annet det var den hederlige innsatsen i hele Helse Midt-Norge at som gjorde at vi fikk ekstrabevilgningen på 275 millioner kroner i fjor.

Til tross for at den visne blomsten er i ferd med å blomstre igjen, vil ikke Almlid dvele for lenge ved det som er oppnådd.

– Jeg er veldig takknemlig over sykehusenes og administrasjonens innsats og vi skal alle sammen være stolte over det vi i felleskap har fått til. Men det er på ingen måte noen walk-over vi har nå. Vi vet at det kommer nye store kapital-kostnader med utbyggingen på St. Olavs Hospital og sykehuset i Molde. Troen på at vi er i mål, er første steget tilbake. Håpet mitt er likevel at kostnadskontroll nå er noe som ligger i ryggmargen og at vi kan vri fokuset over på fag, kvalitet og våre primæroppgaver. Våre 640 000 potensielle pasienter er ikke opptatt av økonomi, men av hvilket tilbud de har tilgang til når det virkelig gjelder.

Almlid godtar likevel at både han og Helse Midt-Norge kan karakteriseres som friskmeldt for tiden. Friskmeldt i betydningen at utfordringene kan møtes med sunt pågangsmot.

Ny handlingsplan for HR

– 70 % av alle ressursene vi bruker, går til mennesker. Derfor er det ingen klisjé at medarbeiderne er Helse Midt-Norges viktigste ressurs.

Det sier HR-direktør Sveinung Aune. HR står for Human Resources, og handler om hvordan menneskelige ressurser utvikles og forvaltes for at en virksomhet skal nå sine mål. Etter oppdrag fra styret arbeider Helse Midt-Norge med en strategisk handlingsplan for HR for de neste 5 årene. Den skal bidra til at foretakene arbeider målrettet og drar i samme retning også innenfor dette feltet.

– Jeg vil understreke at dette ikke kommer til å bli noen stor og innholdsrik plan med virkelighetsferne vyer. Vi ønsker å få på plass en handlingsplan som er konkret på mål og tiltak. Vi skal knytte den tett opp mot de utfordringer vi har i helseforetakene når det gjelder å gi best mulige pasienttilbud innenfor de ressursene vi har tilgjengelig. Det er også viktig at de målene og tiltakene som her blir besluttet er tuftet på de kjerneverdier vi har i Helse Midt-Norge, nemlig trygghet, respekt og kvalitet.

– Jeg vil også understreke at prosessen for å utforme planen er minst like viktig som planen i seg selv. Vi har lagt opp til å involvere alle parter, med besøk på HF'ene, hvor ledergrupper og tillitsvalgte forutsettes å bidra med kunnskap og innspill. Dette er helt avgjørende for at de handlingsplanene vi legger skal kunne gjennomføres.

Utfordringer

Aune forteller at det er noen spesielle utfordringer i HR-arbeidet innenfor helsevesenet.

– På den ene siden er vi typiske kompetansebedrifter som ofte kjennetegnes av autonomi for medarbeiderne. På den andre siden er vi også virksomheter som har likhetstrekk med produksjonsbedrifter, der medarbeiderne må tilpasse seg felles standarder og systemer for å få til gode pasientforløp. Det innebærer at alle medarbeidere er viktige og ikke minst

avhengige av hverandre for å lykkes. God samhandling mellom ledere, medarbeidere og enheter blir derfor særdeles viktig. Handlingsplanen må bygge opp under dette, understreker Aune.

Det er definert fem fokusområder for handlingsplanen: Ressursstyring og -utvikling, kompetanse, arbeidsmiljø, lønns- og belønningspolitikk, ledelse og lederutvikling.



HR-direktør Sveinung Aune

Utfordringer og satsingsområder for HR-arbeidet i Helse Midt-Norge

Resursstyring og -utvikling:

Her må vi både kunne vurdere hva slags behov vi har for menneskelige ressurser på lengre sikt sett opp mot tilgangen på arbeidskraft i samfunnet. I tillegg må vi stille krav til at den enkelte leder sørger for god styring og utvikling av sine medarbeiderressurser i det daglige. Stikkord i denne sammenheng er alderssammenstilling i bemanningen, seniorpolitikk, deltidsproblematikk og god arbeidsplanlegging.

Kompetanse:

Vi må vurdere hvilken kompetanse vi trenger i tiden som kommer, og se det i forhold til de føringer som er lagt og som legges for spesialisthelsetjenesten. Vi må for eksempel se på om kompetansen vår er riktig sammensatt i forhold til de oppgaver vi utfører. I dag er kompetanseutviklingen i stor grad profesjonsstyrt. Målet er å få til mer samhandling og helhet i kompetanseplanleggingen.

Vi må også se på hvordan vi best mulig skal greie å legge til rette for læring og kompetansebygging som en del av selve arbeidsprosessene. Eksempler her er simulatorentrening, e-læring, videolæring m.m.

Arbeidsmiljø:

Godt arbeidsmiljø er helt avgjørende for at vi skal prestere. Alle medarbeidere har et ansvar for at vi faktisk greier å få dette til, og selvfølgelig har ledere et spesielt ansvar. Både egne arbeidsmiljøunder-

søkelser og eksterne tilsyn har dokumentert at vi har store utfordringer på dette området. Sykefraværet er alt for høyt, og spesielt høyt for enkelte grupper. Det er også en alt for høy andel ansatte som blir uføre før pensjonsalder. Her må vi bli tydelige på mål og tiltak, samt faktisk måle effekten av de tiltak vi iverksetter.

Lønns- og belønningspolitikk:

Vi opplever det nok ofte slik at lønn og

lønnsdannelse er en sak som sentrale parter tar seg av uten tilstrekkelig innflytelse fra vår side. En aktiv lønnspolitikk i Helse Midt-Norge krever en desentral lønnsdannelse, og det offentlige systemet gir i varierende grad rom for dette. Uavhengig av dette må vi vurdere hva det er vi faktisk belønner i Helse Midt-Norge og hvordan medarbeiderne opplever det. Vi må se på om insentivene faktisk bidrar til det vi ønsker å stimulere.

Ledelse/lederutvikling:

Vi har satset tungt på lederutvikling i flere år regionalt. Dette har vært en viktig del av strategien. De største utfordringene nå ligger nok på å utvikle lederfunksjonene ute på post- og enhetsnivå. Det er et krav at helseforetakene skal gjennomføre egne programmer med fokus på utvikling for de "pasientnære" lederne. Noen foretak er godt i gang med dette, og også her er det viktig at vi i foretaksgruppen støtter og lærer av hverandre.

Arbeidsmiljøet i pasientstolen

I disse dager forberedes det en ny arbeidsmiljøundersøkelse for alle ansatte i Helse Midt-Norge. Du vil motta den etter sommerferien. Men hva brukes den til?

Helse Midt-Norge gjennomfører arbeidsmiljøundersøkelser hvert andre år. Forrige gang, i 2006, svarte over 70 % av alle ansatte på undersøkelsen.

Arbeidsmiljøet påvirker hele virksomheten. Undersøkelsen skal innhente kunnskap og erfaringer fra alle medarbeidere, for å gi best mulig grunnlag for å finne konkrete tiltak som vil bedre arbeidsmiljøet.



Adm. dir. Jan Eirik Thoresen

– Ved hjelp av undersøkelsene samler vi kunnskap om hvordan vi kan forbedre hele virksomheten. Vi ser selvsagt på hvordan arbeidsmiljøet har utviklet seg siden sist, men enda viktigere er det å bruke undersøkelsene som verktøy for å endre oss i riktig retning. For hver undersøkelse får vi litt mer kunnskap om hvor skoen trykker, og om tiltakene som settes inn virker som de skal, sier adm. dir. Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF.

God ledelse gir godt arbeidsmiljø

Sveinung Aune er HR-direktør i Helse Midt-Norge og sier det er en helt klar

sammenheng mellom arbeidsmiljøet og hvor godt virksomheten fungerer.

Tidligere undersøkelser har blant annet vist at det er en helt klar sammenheng mellom god ledelse på den ene siden, og faglig kvalitet, økonomi og arbeidsmiljø på den andre. Derfor har lederfunksjonen hatt ekstra oppmerksomhet.

– Vi har en lang periode satset på lederopplæring og å bygge opp potente lederfunksjoner. Nå følger vi opp med lederkontrakter som konkretiserer forventninger til og mål for den enkelte leder. Denne satsingen ser vi nå effekter av, blant annet ved at ressursbruken er mer under kontroll, det er mindre overtid og mindre sykefravær. Ledere har med andre ord blitt bedre på ressursstyring på alle nivå. Arbeidsmiljøundersøkelsen har vært og vil være et viktig verktøy i denne forbindelse, sier Aune.

Krav om tiltak i etterkant

Det vanlige er at enhetene etter en undersøkelse definerer 4 - 5 forbedringstiltak. Som oftest er det snakk om enkle tiltak for å sette arbeidsmiljø på agendaen. Det er et minstekrav at den enkelte leder går gjennom resultatene fra sin enhet med sine medarbeidere, og at de sammen forplikter seg på tiltakssiden. Det kan også være snakk om mer omfattende og langsiktige tiltak for å redusere sykefravær. For HR-direktøren er det hovedpoenget at undersøkelsen ikke blir lagt unna når den

er ferdig.

– Det vil komme aktivitetskrav til lederne på HF'ene i etterkant av undersøkelsene. Det er svært viktig at undersøkelsene ikke bare er kartlegging, men et verktøy som lederne skal bruke for å bedre arbeidsmiljøet. Helse Midt-Norges forventning er at den enkelte administrerende direktør går gjennom undersøkelsen i sitt styre, og sørger for at denne følges opp med konkrete forbedringsaktiviteter. Helse Midt-Norge RHF vil kunne bistå med rådgiving både på forbedringspunkter og tiltakssiden.

Omstilling og arbeidsmiljø

Helse Midt-Norge har de siste årene hatt en anstrengt økonomisk situasjon med store omstillingskrav til alle medarbeidere. Det er likevel ingenting som tyder på at omstillingsprosessene virker negativt inn på eksempelvis sykefravær, forteller Aune.

– Imidlertid synes det å være en klar sammenheng mellom god ressursstyring, faglig kvalitet og godt arbeidsmiljø. Er arbeidsmiljøet godt, er det stor sjanse for at det presteres høyt på alle nivå. Derfor er det særdeles viktig at alle medarbeidere tar sin del av ansvaret for at undersøkelsen blir gjennomført på en god måte. Vi forventer en svarprosent som er enda høyere enn svarprosenten fra den forrige undersøkelsen. Helse Midt-Norge vil på sin side legge de praktiske forhold så godt til rette som mulig for at dette kan skje.

– Alle må ta ansvar!

– Det er viktig å jobbe kontinuerlig med arbeidsmiljøet. Det sier fungerende klinikkssjef Elisabeth Ryther ved Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olavs Hospital. Etter systematisk innsats har flere avdelinger ved klinikken klart å redusere sykefraværet.

Helse Midt-Norge gjennomførte den forrige arbeidsmiljøundersøkelsen i 2006. Svarene viste at arbeidsmiljøet ved Laboratoriemedisinsk klinikk stort sett var bra, men på enkelte punkter scoret klinikken litt under snittet. Ledelsen valgte derfor å sette spesielt fokus på disse områdene. Det dreide seg om kommunikasjon, kompetanse, sykefravær og ledelse.

– Vi mente det var viktig å tydeliggjøre og konkretisere de områdene vi ville jobbe spesielt med. Når vi hadde gjort det, fikk hver avdeling ansvar for å gjennomføre satsingen. Gjennom informasjon, møter, seminarer og holdningsskapende arbeid har vi satt fokus på sykefravær og arbeidsmiljø. I prosessen har vi lagt vekt på å bruke verneombud og tillitsvalgte aktivt. En HMS-gruppe med representanter fra hver avdeling opprettholder fokuset på arbeidsmiljøet, og setter søke-lyset på nye utfordringer, forteller Ryther.

Forutsigbarhet

For de ansatte er det viktig å ha mest mulig forutsigbarhet i arbeidssituasjonen sin, og det jobber ledelsen for å få til. På et sykehus sier det seg selv at alle må være fleksible, men avdelingene prøver å være så forutsigbare som mulig i forhold

til vaktplaner og oppgavefordeling.

Et annet viktig punkt har vært å sørge for å ha en tydelig møtestruktur. Alle skal føle at de er deltakere på møtene, og har mulighet til å komme med sine innspill. Dette er også viktig i forhold å bedre kommunikasjonen og informasjonsflyten på avdelingene.

I tillegg har klinikken gått til innkjøp av massasjestoler og innredet hvilerom for de ansatte.

Synliggjøre den enkelte

Ved sykemeldinger har avdelingene gjennomført oppfølgingssamtaler og dialogmøter, og sørget for å legge til rette arbeidssituasjonen der det har vært mulig.

– Vi har lagt vekt på åpenhet og å synliggjøre hver enkelt ansatt. Hvis noen blir sykemeldt, mener vi det er viktig å informere om det, og om hvilke utfordringer det innebærer for resten av de ansatte. Det er også viktig å delegerere ansvar og oppgaver. Alle skal føle at jobben de gjør er viktig, og at de er synlig i det daglige, påpeker Ryther.

Hun understreker at det aller meste av fraværet ved klinikken skyldes sykdom eller uhell som ikke har noe med

arbeidsplassen å gjøre. Det er likevel viktig at arbeidsgiver legger til rette i den utstrekning det er mulig for at de ansatte kan gjøre en god jobb.

Ingen trylleformel

Tiltakene er blitt positivt mottatt av de ansatte, og flere avdelinger har klart å få ned sykefraværet. Ryther understreker imidlertid at sykefraværet har variert fra 3,5 % til 12 % pr måned også etter at det ble satt fokus på det.

– Det finnes ingen enkle løsninger, og vi er nødt til å jobbe med utfordringene hele tiden. Målet vårt er å redusere sykefraværet med 1 prosentpoeng i forhold til i fjor. Det gir oss et konkret mål å jobbe mot.

Nå oppfordrer hun alle til å svare på den nye arbeidsmiljøundersøkelsen.

– Jeg har tro på at deltakelsen blir større og større etter hvert som de ansatte ser at det blir gjort noe. Det er viktig at alle er bidragsyttere i sitt eget arbeidsmiljø. Her har alle et ansvar, ikke bare ledelsen, påpeker hun.



Foto: Arild Juul

Styrker tilbudet til overvektige



Helse-Norge samordner og styrker behandlingstilbudet for sykelig overvektige. To rapporter om fedme blant barn og unge og sykelig overvekt blant voksne skal brukes som grunnlag for å videreutvikle behandlingstilbud, forskning og tverrfaglig oppfølging av pasientene. Det blir lagt vekt på samhandling med primærhelsetjenestene i kommunene.

– Ett av forslagene er å etablere tverrfaglige overvektspoliklinikker i helseforetakene som skal utrede og diagnostisere pasientene. Vi trenger

behandlingstiltak i både spesialisthelsetjenesten og i kommunene som støtter opp om helsefremmende tiltak, sier medisinsk direktør Daniel Haga i Helse Midt-Norge RHF. Han regner med å legge fram sak for styret i løpet av våren.

Konklusjonene i rapportene er at behandling av overvektige ikke utelukkende kan dreie seg om tiltak i spesialisthelsetjenesten, men at livsstilsendring er fundamentet i all behandling.

Egenmestring gir effekt

Et nytt tilbud på Tustna i Møre og Romsdal skal bidra til raskere og bedre rehabilitering av mennesker med kroniske smerter og sammensatte lidelser. Virksomheten har nå inngått avtale med Helse Midt-Norge om å gi pasienter tilbud om rehabilitering med arbeid som mål gjennom ”Raskere tilbake”-satsingen.

Tilbudet er basert på en ny og egenutviklet modell der deltakerne som en del av behandlingsopplegget får ansvar for egen mestring. Hver gruppe består av fem til ti personer som får oppfølging i inntil ett år.

– Programmet tar sikte på å gjøre deltakerne mer bevisst på deres muligheter og å lære dem å leve med vanskeligheter. På den måten får de igjen kontroll over egen arbeids- og livssituasjon, og opplever bedre livskvalitet, sier Johan Glas, spesialist i arbeidsmedisin og medisinsk rådgiver for Smednes Trivselsgård.

Forskning viser at dette tilbudet har en dokumentert effekt for denne målgruppen.

Samhandlingsavtale med KS

Helse Midt-Norge RHF og Kommunenes Sentralforbund (KS) i de tre midt-norske fylkene har inngått en avtale om mer forpliktende samarbeid. Målet er å komme fram til tiltak og oppgaver for å gi befolkningen et best mulig helsetilbud.

– Samhandling mellom tjenestenivåene innen den offentlige helsetjenesten

er et prioritert område i Helse Midt-Norge. Avtalen er med på å formalisere et arbeid som er påbegynt og som vil bli både bredere og tettere i tiden som kommer. For pasienten er det ikke lovparagrafer eller forvaltningsgrenser som teller, men om helsetilbudet er godt og at man får riktig behandling til rett tid, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge RHF.

Eigarstrategi 2010:

Ny strategi for barnehelsetenesta

Tilbodet innanfor barnehelsetenesta varierer i regionen. Det syner undersøkingar og kartleggingar gjorde i samband med prosjektoppdraget ”Tilbodet til sjuke born”. Bakgrunnen for kartlegginga er arbeidet med Eigarstrategi 2010 for Helse Midt-Norge.

Prosjektgruppa som har vore satt saman av representantar frå alle helseforetaka i regionen, Helse Midt-Norge RHF og primærhelsetenesta, har halde på med prosjektet sidan hausten 2007. No sender gruppa frå seg ein førebels

rapport til styret. Her tek ein til orde for omdisponering av ressursar og betre rekrutteringsrutinar for å sikre at tilbodet vert like godt i heile regionen.

Prosjektarbeidet har avdekt at forbruket av helsetenester ikkje er det same i heile regionen. Det er ulikt kva ressursar som vert teke ut; det viser seg mellom anna i talet på konsultasjonar. Prosjektrapporten vil venteleg bli sendt på høyring og skal etter planen til styrebehandling i Helse Midt-Norgte RHF i september.

Fornøyd med økonomisk resultat

Helse Midt-Norge RHF hadde i fjor et avvik fra det økonomiske resultatkravet på -10,4 millioner kroner. Det er en kraftig forbedring fra 2006, da avviket fra resultatkrav var -719,2 millioner kroner.

– Resultatet for 2007 viser at det er jobbet fantastisk bra med økonomistyring og omstilling i helseforetakene i Helse Midt-Norge, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge RHF.

Selv om økonomistyringen i helseforetakene er god, er likviditten i Helse Midt-Norge presset. Underskuddet i 2007 førte til reduksjon i egenkapitalen for foretaksgruppen, og St. Olavs Hospital HF hadde negativ egenkapital ved inngangen til 2008. Administrasjonen forbereder sak om utviklingen i egenkapital til styremøte. Styret skal behandle langtidspan og langtidsbudsjett for Helse Midt-Norge i mai.

Sikrer planlegging av Molde sjukehus

Styret for Helse Midt-Norge valgte å utsette behandling av forslag til revidert investeringsbudsjett for 2008. Innstillingen fra administrasjonen ble nedstemt og styret ba om at det fremmes ny sak med forslag til inndekning slik at forprosjektene for nye Molde sjukehus og ny barneavdeling i Ålesund kan gjennomføres som planlagt.

Saken kommer ventelig opp på nytt i styremøte i mai da det også legges fram forslag til langtidspan og langtidsbudsjett. Styret ønsker å gjennomføre forprosjektet for nye Molde sjukehus slik at man på bakgrunn av et avsluttet forprosjekt våren 2009, kan ha grunnlag for en gjennomgang av utbyggingsplanene på en kvalitativt god måte.

5,82 millioner til brukerorganisasjonene



Helse Midt-Norge har bevilget tilskudd på i alt 5,82 millioner kroner til brukerorganisasjonene for 2008. Det kom inn 117 søknader med forslag på flere hundre tiltak. Søkermassen beløp seg i kroner til 17,4 millioner.

Helse Midt-Norge RHF er opptatt av å bidra til utvikling av brukere som kan hjelpe oss med å skape en bedre spesialisthelsetjeneste. Tilskudd gis til prioriterte oppgaver som likemannsarbeid og/eller lærings- og mestringskurs, brukerorganisasjonens opplæring av brukerrepresentanter til råd og utvalg, brukerorganisasjonens opplæring av helsepersonell, opplysningsarbeid med sikte på å hindre utvikling av sykdom, mestring av oppstått sykdom og støtte til pårørende. Videre gis det støtte til en del organisasjoner hvor Helse- og omsorgsdepartementet synes det er viktig at vi bidrar til driften.

Forprosjekt for Hysnes helsefort

Helse Midt-Norge RHF skal utrede og gjennomføre et forprosjekt for rehabilitering ved Hysnes helsefort på Fosen. Tilbudet skal rettes mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid. Det gjelder for eksempel personer med sammensatte lidelser, liderlser i muskel/skjelettsystemet og personer med CFS/ME (kronisk utmattelsessyndrom).

Forprosjektet skal avklare hvordan prøveprosjektet skal organiseres, og hvordan pasienter skal henvises og motiveres til behandling eller rehabili-

tering med sikte på å komme raskere tilbake i arbeid. Forprosjektet vil danne grunnlag for beslutning om videre drift av prøveprosjektet. Finansiering skjer gjennom de allerede tilførte midlene knyttet til ”raskere tilbake”.

Nye styrer for helseforetakene

Nye styrer for helseforetakene ble oppnevnt i foretaksmøter torsdag 24. april. Styrene oppnevnes for en periode på to år, og tiltrer i mai 2008. De ansattes representanter var ikke på valg. Valgnemnda besto av Kolbjørn

Almlid, Ingegjerd S. Sandvik, Oskar Grimstad og Kirsti Leitrø.

For en full oversikt over de nye styrene, se www.helse-midt.no

Kortere ventelister

Ventelistene i Helse Midt-Norge er redusert med nær tre tusen pasienter i løpet av årets tre første måneder. Gjennomsnittlig ventetid er gått ned fra 110 til 102 dager. Totalt står nå 38 028 pasienter i kø for å få behandling. 11 032 av dem har ventet mer enn 120 dager, mens 1118 har ventet mer enn ett år.

Standardiserte pasientforløp, ikke standardiserte pasienter

I dag kan pasienter få forskjellig behandling for samme lidelse, uten at forskjellene kan begrunnes med ulike behov hos pasientene. Nå er fagmiljøene i gang med å utvikle standarder for ulike diagnosegrupper.

Pasientene i Helse Midt-Norge skal sikres tilgang til beste behandlingspraksis.

– Det betyr ikke at pasienten skal standardiseres, sier prosjektleder for Helse Midt-Norge, Ingerid Gunnerød.



Ingerid Gunnerød

Forskjellene i behandlingspraksis skyldes variasjoner innad i sykehusavdelinger og mellom sykehus. Selv om individene er forskjellig, kan tjenestene i større utstrekning enn i dag bygges opp likt for pasienter som skal gå gjennom samme behandling. I tillegg til å sikre pasienten tilgang til beste praksis, gir det mulighet til smidig gjennomføring for både pasient og sykehus.

Standardiserte pasientforløp er tatt i bruk i mange andre land, og det finnes gode eksempler også fra Norge og vår egen region. En bred og systematisk satsing er likevel å betrakte som nybrottsarbeid, og veien blir til mens man går. Målet er å bygge opp "standardpakker" for en rekke behandlingstilbud. Våre egne behandlingsmiljøer definerer hvilke pasienter som kan behandles etter en standard. For disse defineres det beste behandlingsforløpet med definerte beslutningspunkt, møter, behandling,

medikamenter, tidspunkt for prøver og lignende. Det skal gjøre behandlingen bedre og mer forutsigbar både for pasienten og sykehuset. Helse Midt-Norge har 15 pilotprosjekter som lanseres i juni.

Overføringsverdi til andre helseregioner Gunnerød forteller at arbeidet har tre perspektiver: Pasienten, sykehuset og nasjonalt.

– På pasientnivå handler det om å tilby god kvalitet til den enkelte. Det handler selvfølgelig om medisinsk kvalitet, men også om å unngå unødvendig venting på sykehuset. For sykehusene er det viktig å sikre at våre egne prosesser fungerer. Det er særlig viktig når pasienten skal fra ett sykehus til et annet, eller fra ett nivå til et annet.

Dette har ikke interesse bare for Helse Midt-Norge, men også for andre helse-regioner. Standardiseringsarbeidet er etterspurt fra sosial- og helsedirektoratet, og er et viktig virkemiddel i gjennomføringen av kvalitetsstrategiene i helseforetakene.

Lokale tilpasninger

Arild Vassenden, som er rådgiver i medisinsk faglig avdeling i Helse Midt-Norge, understreker at standardisering ikke betyr at pasientforløpene blir rigide.



Arild Vassenden

– Det er ulike rammebetingelser fra sykehus til sykehus og det må standardiseringen ta høyde for. For at et forløp skal kunne tas i bruk flere steder, må det foregå lokale tilpasninger. Det må også vurderes

nøye hvilke pasienter som skal inn i et standardisert forløp. Tømmelfingerregelen er at ca 80 % av pasientene skal inn i det standardiserte forløpet. For den enkelte pasient er det behandlingsansvarlig som bestemmer hva som er riktig forløp. Pasienter med sammensatte lidelser eller andre individuelle behov skal for eksempel ikke. Det skal også være forhåndsplanlagte alternativer til standarden når forløpet er i gang. Uforutsette hendelser, komplikasjoner og

infeksjoner er avvik som det selvsagt skal tas hensyn til.

Apell i fagmiljøene

I Helse Midt-Norge regnes arbeidet med å standardisere pasientforløp som en utviklingsvei. Prosjektet er ressurskrevende og medfører ekstraarbeid for klinikkene. Vigleik Jessen som er klinikkssjef for ortopedisk klinikk ved St. Olavs Hospital velger likevel å være med på arbeidet.

– For oss er dette en mulighet til å analysere vår egen virksomhet og samkjøre endringsprosesser som allerede er i gang. I dette arbeidet har vi oppdaget sammenhenger vi ikke har sett før, og vi kan lettere se hva som ikke tilfører verdi til pasientforløpet. Jeg tror det er mye å hente på å standardisere pasientforløp, også innen ortopedi. Vi må heller ikke glemme medarbeideraspektet. Våre medarbeidere ønsker å være effektive og yte god kvalitet. Standardiseringsarbeidet gjør det lettere å levere det man ønsker, sier Jessen.

Ortopedisk klinikk deltar med fire forløp:

- Amputasjoner
- Spinal stenose (forsnevring som påvirker nervene i ryggsoylen)
- Ankelbrudd
- Albuebrudd/overarmsbrudd hos barn

Han understreker at det er helt nødvendig å ha forankring i fagmiljøene for å få gjort

arbeidet. Derfor er det viktig at fokuset holdes på kvalitetsforbedringen, og ikke så mye på eventuelle økonomiske gevinster.

– Dette er svært krevende arbeid som må ha en faglig appell utover det økonomiske. Hvis vi skal forvente engasjement i avdelingene, der det faktiske endringsarbeidet skal foregå, må det gis fullmakter til å foreta faktiske endringer, sier Jessen.

Planlagt ressursbruk

Den faglige kvaliteten står også øverst på mål-lista til Helse Midt-Norge. Vassenden sier det slik: – Vi gjør ikke dette for å spare penger, men for å gi god behandling. Vi skal finne tilgjengelig kunnskap om god behandling, og sette den i system. Sykehus er i seg selv komplekse systemer, med stor grad av samvirkende kompetanse. Prosjektet skal sikre at all den gode kompetansen kommer pasienten til gode, uten unødig forsinkelse og ressursbruk.

Selvsagt har standardiseringsarbeidet en betydning for ressursbruken på sykehusene. Vassenden utdyper:

– Standardisering av forløp er også en standardisering av ressursbruken. Vi kan for eksempel booke enkelte røntgentimer for lang tid framover, fordi vi vet når og hvor ofte vi har behov for slike timer. Effektiv ressursutnyttelse er en



Vigleik Jessen

tilleggsgevinst som kommer pasienter til gode, både de som er under behandling og de som venter på behandling. Å yte god behandling og ha effektive arbeidsdager er også høyt prioriterte verdier hos våre medarbeidere.

Viktig endringsarbeid for framtida

De første pasientforløpene skal introduseres i sommer. Jessen ved Ortopedisk klinikk tror dette er en riktig vei å gå for å greie å omstille helsevesenet til å takle framtidige utfordringer.

– Denne typen arbeid er en viktig forutsetning for å drive omstilling, effektivisering og videreutvikling i helsevesenet. En standardisert prosess er mye lettere å endre, fordi du endrer noe som er konstant. Hvis vi skal gjøre endringer i dag, ender vi noe som er mye mer udefinert.

Les om Ålesund sykehus på neste side >>



Fra venstre: Åse Marie Myren (avdelingssykepleier), Olaug Notø (sykepleier), Vidar Hagerup (prosessveileder) og Erik Dyb Liaaen (forløpsansvarlig)

Ålesund sjukehus

Lettere for pasienten, lettere for sykehuset

Pasienter som får påvist noe unormalt på lungene går ofte en tung og frustrerende tid i møte før det blir stilt en diagnose. Dette tok de tak i ved Ålesund sjukehus, og i dag er det lokale standardiseringsprosjektet ett av 15 pilotprosjekt i regi av Helse Midt-Norge.

– Pasienter som kommer inn til oss, må gjennom faste undersøkelser. Vi så hvor frustrerende det var for både oss og pasienten, ikke minst på grunn av ventetiden. Nå jobber vi med å standardisere forløpet. Målet er at hele prosessen skal flyte lettere for alle parter. Pasienten opplever effektivitet fra vår side i en tung tid, og vi møter krav om effektivitet og kortere liggetid i tillegg til å hjelpe pasienten

bedre, sier Erik Dyb Liaaen som er overlege ved lungeseksjonen på Ålesund sjukehus.

Liaaen er tydelig på at det har vært mye ekstra arbeid, men mener det er verdt det.

– For oss har det vært positivt å få være med på et sånt prosjekt. Det er utviklende både for faget og virksomheten. Vi ser

helt klart at det arbeidet som er gjort har overføringsverdi, og har lyst til å prøve metodikken på andre pasientgrupper.

ERAS-Metoden

– Frisk og rask, raskere

– ERAS-metoden handler ikke om å få pasientene fortere ut av sykehuset – det er bare en bieffekt av at pasientene blir godt behandlet, sier seksjonsoverlege ved kirurgisk avdeling i Molde, Inge Holm Nygaard. ERAS er et sett velkjente prinsipper satt sammen i et system for å minske belastningen på pasientene ved kirurgiske inngrep, og står for Enhanced Recovery After Surgery, eller ”bedre rekonvalesens etter kirurgi”.

Metoden sørger for at allmenntilstanden blir mindre nedsatt i løpet av behandlingen, slik at pasientene blir raskere friske igjen etter kirurgiske inngrep. – Det er mange viktige ting å ta høyde for, men informasjon er selvfølgelig en betydningsfull brikke i dette, sier Nygaard. Det gir en god mental forberedelse av pasientene, og de får dermed mer forutsigbarhet i pasientforløpet. Pasientene blir dessuten mer involvert i sin egen behandling, ved at de selv fører logg over smerte, kvalme og mobilisering.

Friskere pasienter – raskere

I Molde er det pasienter med tykktarmskreft som får hjelp etter ERAS-metoden. – I tillegg til god informasjon har vi også forandret på selve behandlingen. Vi har omtrent snudd forløpet på hodet, forteller Nygaard. Strengt faste før operasjonen er ikke lenger nødvendig, og effekten er at pasientene ikke kommer like langt ”ned på felgen” i behandlingsforløpet. – Det bidrar til at pasienten er mye mer opplagt etter operasjonen og allerede på postoperativ avdeling er de opp av sengen. Både pasienter og personale gleder seg jo over at pasientene er så spreke tidlig etter inngrepet, sier Nygaard. I starten ville ikke avdelingen benytte metoden for de aller eldste pasientene. – Nå ser vi jo at de kanskje har aller mest nytte av det, fordi de tar det enda lengre tid å bygge opp etter inngrep, sier Nygaard.

Ingen samlebåndskirurgi

Nygaard ser at behandlingstiden går ned,



Seksjonsoverlege ved kirurgisk avdeling i Molde, Inge Holm Nygaard

men tror at tiden på sykehuset nå har fått høyere kvalitet.

– Ingen kastes ut av sykehuset. Vi bruker utvilsomt nå mer tid på å informere pasientene, og forberede dem på operasjonen, men vi ser jo at vi totalt sett får mindre arbeidsmengde. Jeg tror det er realistisk at vi får skrevet ut 50 % av pasientene etter tre-fire dager, i mot en uke før, fortsetter Nygaard. Noen samlebåndsbehandling er det heller ikke snakk om.

– Dette er en metode, og ikke alle behandlinger vil gå etter ”protokollen”. Som alltid er det jo opp til legene å vise medisinsk fornuft i hver enkel behandling, forklarer Nygaard.

Stor oppslutning blant de ansatte

De ansatte har også støttet opp om prosjektet. Spesielt vil Nygaard nevne prosjektsykepleier Randi Brekke Rasmussen. – I starten er det viktig med ildsjeler som drar dette i gang. Hos oss gikk vi grundig gjennom opplegget flere ganger, slik at de ansatte var klar over hva som skulle settes i gang. Vi har dessuten sett på lignende prosjekter på andre sykehus, så vi var godt forberedt, fortsetter Nygaard. – Det er jo noen etablerte sannheter som må utfordres, men litt av hemmeligheten er å få folket med. Der hjelper full åpenhet og god informasjon – og så er det jo artig med noe nytt, slår Nygaard fast.

Overførbart til annen kirurgi

Prosjektet i Molde har nå gått over ett og et halvt år, og skal avsluttes til høsten. Til sammen 35 pasienter har vært gjennom behandlingsmetoden på gastrokirurgisk seksjon, men Nygaard ser at dette kan overføres til flere former for kirurgi. Gastrokirurgi er jo bare en av mange kirurgiske grener, og siden ERAS ikke er en metode som sådan, men et sett kunnskapsbaserte rutiner for behandlingen kan det like gjerne overføres til andre inngrep. – Resultatene har vært veldig positive. Planen er at vi etter hvert kan slutte å kalle dette ERAS-metoden, men at dette blir den normale metoden, avslutter Nygaard.

”Lokalsykehusenes gode rykte”

Den offentlige debatten om kvalitet, nærhet og lokalsykehusenes oppgaver viser at engasjementet er stort – både blant pasienter, helsepersonell, politikere og folk flest. Pasientene gir stort sett gode tilbakemeldinger i de spørreundersøkelsene som gjøres, men det generelle omdømmet står ikke like sterkt. Meningsmålinger viser til dels store forskjeller også innen Midt-Norge, mens nordtrønderne er mest fornøyd er Møre og Romsdal det fylket i landet der skepsisen er størst til den offentlige helsetjenesten. Er det lokal lojalitet, det gode ryktet eller dokumentert kvalitet som er bærebjelken for lokalsykehuset når pasienten fritt kan velge sykehus?



Svein Grindstad, leder i brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag



Richard Nergaard, politisk redaktør i Romsdals Budstikke



Nils Hybertsen, pasientombud i Sør-Trøndelag



Jan Petter Hammerø, ordfører i Molde

”Det mest avgjørende for sykehusets omdømme er om pasienten og pårørende har møtt helsepersonell som viser omsorgsfulle holdninger og kommuniserer godt...”

Nils Hybertsen, pasientombud i Sør-Trøndelag

Hva må til for at pasienten skal velge lokalsykehuset sitt?

Svein Grindstad:

Jeg tror at utgangspunktet for alle som blir syke på en eller annen måte vil være å ønske behandling på det sykehuset de føler vil kunne gi dem den beste behandlingen. Hva slags sykdom det er snakk om vil naturlig nok være avgjørende for valget. Jo alvorligere sykdommen er, jo sterkere er ønsket om å bli behandlet på et sykehus som har et godt rykte på seg. Ved enklere behandling vil nok mange velge et lokalsykehus. Økt kompetanse vil nok føre til at flere velger sitt lokalsykehus.

Nils Hybertsen:

Sett fra Sør-Trøndelag ser dette noe annerledes ut enn fra en del andre fylker. Når sørtroenderne skal på lokalsykehuset sitt, skal de oftest på Universitetssykehuset i Midt-Norge. De tenker gjerne at Sykehuset ligger på Øya, men det viser seg noen ganger at det ligger andre steder også. At St. Olavs lokalsykehusfunksjon, som er så svær, kan være såpass lite synlig, er i noen grad en merkverdighet. Imidlertid

synes folk fra Orkdalsregionen litt mer enn andre å være klar over at det finnes både lokalsykehus og universitetssykehus, og de ønsker seg i noen grad til Trondheim. De blir da eksempler på sørtroenderne som prøver å velge bort sitt nærmeste sykehus; formodentlig ut fra tanker om hvor det kan finnes best medisinsk kvalitet.

Richard Nergaard:

Pasienter er som oftest veldig lojale overfor lokalsykehuset sitt. Det skulle gi lokalsykehuset et fortrinn i konkurransen om pasientene. Velger pasientene andre sykehus, gjør de det nok fordi de opplever at kvaliteten på det lokalsykehuset tilbyr, ikke er like god som ved et større sykehus. Mye handler om sykehusets omdømme. Pasientene må bli overbevist om kvalitet. Men hvordan forventer sykehusene at pasientene skal forstå kvalitet når ledelsen og styrene i helseforetakene snakker økonomi og kostnadskontroll det meste av tida. Er det noen som ser sammenhengen mellom det styret og ledelsen sender av signaler, og signalene de ønsker at pasientene skal motta? Vi du bli hørt om kvalitet, snakk kvalitet!

Jan Petter Hammerø, ordfører i Molde

Lokalsykehuset må oppleves som ”trygt og godt”. I trygghet ligger blant annet ”rimelig reisedistanse” for pasient og pårørende. Dette gir muligheter for kontakt med slekt og venner, noe som er viktige trivselsfaktorer. At sykehuset er godt betyrt blant annet at det er i stand til å håndtere de vanligste tilstandene som pasienter lider av, på en god måte, samtidig som det vet når det skal sende pasienter fra seg.

Er dette en kvalitetsutfordring eller en omdømmeutfordring?

Svein Grindstad:

Det er fristende å svare ja, men jeg tror at det først og fremst er en omdømmeutfordring. Men begge begrepene henger sammen. Uten tilstrekkelig kvalitet vil det være vanskelig å få et godt omdømme. Det å ha gode rutiner som fører til god effektivitet er viktig. Pasienter vil ofte føle på dette, og da hjelper det lite at kvaliteten på behandlingen er god.





Nils Hybertsen:

Det ser fortsatt ut til at sørtrønderne i høy grad tar det for gitt at den rent medisinske kvaliteten på Sykehuset er god, minst like god som på andre sykehus. Det er bra kjent at Sykehuset på visse områder er virkelig avansert. Hvis en har et slikt bilde av sitt lokale sykehus, ville det være rart om særlig mange ville til et fjernere sted. Men skuffelse over den pasientopplevde kvaliteten oppstår oftere dess høyere forventningene er. Flere år med tydeliggjøring av individuelle pasientrettigheter bidrar til høye krav til organisering av tilbudet. Det kan nå noen ganger synes som om de temmelig ressurssterke pasientene i Sør-Trøndelag har klarere begreper om pasientrettigheter og regler enn enkelte av helsearbeiderne har. Da kan helsetjenestene virkelig være ute å kjøre. Og de historiene som fortelles videre og noen ganger nesten får preg av vandrehistorier, handler ofte om at noe har gått galt i: Effektiv organisering, samordning av behandlingsprosessen, forståelig informasjon og empatisk kommunikasjon. Det mest avgjørende for sykehusets omdømme er helt sikkert fortsatt om pasienten og pårørende har møtt helsepersonell som viser omsorgsfulle holdninger og kommuniserer godt, også når noe ikke går bra. Men kravene til ryddig og forutsigbar organisering øker også i takt med hva mennesker i Norge venner seg til fra andre områder.

Hvis ikke de som leder sykehuset greier å sikre at helsearbeiderne både kjenner reglene, har internalisert prinsippene og føler seg trygge på at det er legitimt å bruke tid og krefter på å oppfylle pasienters rettigheter, kan sykehuset i større grad bli valgt bort sjøl om en for eksempel skulle lykkes i å øke med noen prosent frekvensen av overlevelse etter visse avanserte operasjoner.

For hvilke reelle muligheter har allmenheten til å bedømme den rent medisinske kvaliteten ved avanserte behandlingsformer, annet enn fra rykter og ukeblader? Jeg har begrensa tro på at såkalte kvalitetsindikatorer skal bli noe viktig hjelpemiddel for syke mennesker som skal ta seg fram i helsevesenet. Kriterienes validitet vil på de fleste områder forbli usikker og ideen bygger i for stor grad på en kunde- og markedstenkning til at den kan passe godt for annet enn ganske friske pasienter. Men i tråd med det siste mener jeg at "pasientrapporterte kvalitetsindikatorer" faktisk kan være et bidrag til å gjøre både pasienter og helsepersonell litt klokere. Brukerundersøkelser kan i

noen grad leses som bidrag til beskrivelse av institusjonens omdømme.

På Øya blir det måned for måned større hus, finere utstyr og vakrere omgivelser for både pasienter og helsearbeidere. En skulle tro at i denne fasen ville det bre seg en begeistring over hvor mye bedre forutsetninger som nå skapes for god helsetjeneste. Men St. Olavs omdømme har i de siste åra vært utsatt for trykket fra for mange andre fortellinger: Om økonomiske vansker, om slitne helsearbeidere og om pasienter som opplever travelhet, og som møter et system som er under alt for hardt press.

Omdømmet er mest avgjørende på lengre sikt. Omdømmet skapes i mottakelsen, samspillet. En eldre mann uttrykte stor glede over en ung helsearbeider som da konsultasjonen gikk mot slutten, så vennlig på pasienten og sa: "– Ja. Var det noe mer da?"

Richard Nergaard:

Begge deler. Jeg følger som pressemann Helse Nordmøre og Romsdal relativt tett, og kan bruke dette helseforetaket som eksempel: I flere år har følgende vært en gjenganger på alle møtekart: Korridorpasienter, epikrisetid og sjukefravær. Status: Ikke på noen av de nevnte kvalitetsindikatorene er dette helseforetaket i mål, selv om det er avdelingsvise betydelige forskjeller. Sjukefraværet har økt. Hvis pasientene velger sykehus ut fra disse offisielle kvalitetskriteriene, kunne pasientenes dom blitt nådeløs. Men, igjen: Pasienter er tålmodige og lojale.

Et annet spørsmål er om helseforetakene forteller pasientene om relevant kvalitet. Hvem forteller hvor risikoen for eksempelvis sjukehusinfeksjoner er størst? Om antall feil som begås?

Å skape seg et godt omdømme krever målbevisst arbeid over tid. Sykehusene kan ikke overlate omdømmebyggingen til mediene. Mediene speiler problemstillingene sykehusene er opptatt med. Beklageligvis har ikke sykehusene brukt energien på å fortelle hva de er virkelig gode på. Eller er det slik at det er tabu å fortelle om egen fortrefelighet i frykt for å trække nabosykehuset på tærne?

Jan Petter Hammerø, ordfører i Molde:

Det må nødvendigvis bli begge deler, men omdømmefaktoren har svært stor

"Beklageligvis har ikke sykehusene brukt energien på å fortelle hva de er virkelig gode på. Eller er det slik at det er tabu å fortelle om egen fortrefelighet i frykt for å trække nabosykehuset på tærne?"

Richard Nergaard, politisk redaktør, Romsdals Budstikke

betydning. Det er problematisk for et sykehus å få et dårlig rykte på seg. Et dårlig rykte kan skyldes uheldige enkelttilfelle og til og med være urimelig. Det er viktig at det bygges en god relasjon mellom sykehuset og det naturlige opplandet. Det kan blant annet innebære at en aktivt viser fram det positive som skjer på sykehuset.

Hvilke tilbud er det viktig for pasienten å ha i sitt lokalsykehus, og hva skal til for at pasienten skal velge lokalsykehuset sitt?

Svein Grindstad:

Det er alltid viktig med nærhet til sykehuset. Dette gjelder spesielt prøvetaking, poliklinikker og lignende. Mange har problemer, for eksempel etter større operasjoner, med å reise langt. Jeg tror også at det bør være tilfredsstillende kompetanse når det gjelder barn. Her er nærhet viktig for foreldre som skal følge opp sine barn.

Jeg har MS og bruker St. Olav som mitt sykehus pga at tilbudet ikke finnes på mitt lokalsykehus, og slik bør det være, ikke alle sykehus trenger spesialkompetanse. Uansett, nærhet er viktig for våre valg, men kompetansen må være på plass.

Nils Hybertsen:

Det viktigste den offentlige helsetjenesten produserer, er trygghet. Trygghet betyr at folket kan regne med at hvis og når en trenger det, finnes det en faglig god helsetjeneste som er tilgjengelig for alle innen rimelig tid, og hvor en blir møtt på en omsorgsfull måte av mennesker som både er flinke og som tar hensyn til at pasienten er syk og bekymra.

Av dette følger det at: Det skal være mulig å rekke fram til kompetent, lokal helsetjeneste i tide når det gjelder: Ulykker og skader, akutt kirurgi, de fleste fødsler, alvorlige følelsesmessige kriser og når det gjelder behov for faglig vurdering av noe som skaper bekymring.

Richard Nergaard:

Forutsigbarhet er nøkkelordet. Helsevesenet er ikke kjent for å snakke tydelig. Pasienten vil ha klarhet i hva som venter henne når hun kommer til sykehuset. Er der tomannsrom eller fire-sengsrom? Hvor godt er fagteamet som skal behandle? Er personalet stresset og preget av hardt arbeidspress, eller opplever du deg velkommen som pasient og får god informasjon om alt som skal skje? Pasientene forventer å få hjelp i lokalsykehuset når noe akutt inntreffer. Aksepten er større for å reise til andre sykehus for å få planlagt behandling, hvis det innebærer raskere behandling og minst like god kvalitet som lokalt. Utfordringen for Helse Midt-Norge er å skape en vinn-vinn-situasjon for innbyggere i regionen: Opprettholde pasientgrunnlaget for lokalsykehusene og redusere presset mot St. Olavs Hospital. Dette betinger visshet hos pasientene for at de får hjelp ved akutt sjukdom. Og likeverdig kvalitet for alle i regionen. I dag er det uholdbart store kvalitetsforskjeller, eksempelvis når det gjelder så grunnleggende som lokaliteter (les: Molde sykehus, klart for lista over utrangerte bygg). Men utfordringene er til for å løses.

Jan Petter Hammerø, ordfører i Molde:

De fleste pasienter er eldre med "vanlige" og sammensatte lidelser. Berettigelsen til et lokalsykehus er at det er i stand til å behandle "kompleksiteten" og ta vare på det hele syke menneske. Det er også av svært vesentlig betydning at sykehuset kan samarbeide godt med primærhelsetjenesten. At pasientene opplever at det er en helhet i behandlingstilbudet, er helt avgjørende for opplevelse av trygghet. Denne helheten må omfatte alt fra en godt utbygget og pålitelig akuttberedskap til en omsorgsfull ivaretagelse i livets slutfase.

"Berettigelsen til et lokalsykehus er at det er i stand til å behandle "kompleksiteten" og ta vare på det hele syke menneske."

Jan Petter Hammerø, ordfører i Molde (H)



Vern av helsevernet – 200 år med historie får sin medisin

– Forstår vi ikke historien vil vi heller ikke forstå samtiden. Og forstår vi ikke samtiden vil vi heller ikke klare å planlegge for framtiden. Dokumentasjon er viktig i denne sammenheng. Derfor synes jeg personlig at dette arbeidet er viktig, sier Nils Arne Bjordal. Han er leder av koordineringsgruppen for Landsverneplanen for helsesektoren der målet er å ta vare på kulturminner og miljøer som dokumenterer helsesektorens historie og utvikling gjennom de siste 200 årene.



Nils Arne Bjordal

Kriteriene som legges til grunn for vern av bygninger er alt fra alder, autentisitet, representativitet, sjeldenhet og arkitektoniske, miljømessige og pedagogiske verdier. – Vi skal prøve å beskrive historien på en landsdekkende basis. En nasjonal historie. Og vesentlige deler av den

historien ligger i Helse Midt-Norges område, sier Bjordal.

Vern skaper utfordringer

I planen, som nå er sendt ut på høring, er det mest eksteriørvern det er lagt vekt på. – Det er noe interiørvern, men lite i vår region, derfor vil vern i liten grad påvirke dagens bruk av bygningene, sier Bjordal. Derimot er det utfordringer i forhold til for eksempel utbygging, utvikling og salg. – Følges planen slik den er i høringsutkastet, vil St. Olavs Hospital måtte forandre på sine utbyggingsplaner da de forutsetter riving av både kantinebygget og Røde Kors-bygget, sier Bjordal. På Østmarka vil også planen få innvirkning. Der foreslås hele strukturen vernet, inkludert boligområdet som er planlagt solgt. Et eventuelt vern av dette området vil kunne påvirke prisen.

Lang helsehistorie i Trøndelag

Trondheim er jo i en særstilling når det kommer til dokumentasjon av norsk helsesektor da man på Kalvskinnet kan finne spor av pleie- og helseinstitusjoner helt tilbake til begynnelsen på 1800-tallet. Dette er imidlertid objekter som ikke omfattes av verneplanen da de ikke eies av helseforetak. Forslag til verneplan er nå sendt ut på høring i helseforetakene. Det forutsettes at Høringsprosessen er avsluttet innen 22. mai 2008. Deretter vil koordineringsgruppen avgi sin uttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet som deretter sender sitt forslag til Landsverneplan til Riksantikvaren for godkjenning.

Omkring 50 anlegg og 300 bygninger i hele landet foreslås vernet, og i Helse Midt-Norge gjelder det disse anleggene:

Levanger sykehus

Psykatribyggene foreslås vernet som et karakteristisk eksempel knyttet til den norske organisasjonsmodellen som ble utviklet på 1970-tallet – et resultat av nedleggelsene av de store institusjonene.

Sykehuset Namsos

Gamle Namdals helseheim betraktes som et representativt eksempel på et av de store tuberkulosehjemmene i perioden fra rundt 1920 til avviklingen av hjemmene på 1960-tallet.

Volda psykiatriske senter

Kløvertunet anses som et representativt eksempel for det frivillige foreningsarbeidet i Norge. Bygningen er også interessant som et arbeid av arkitekt Ø.H. Grimsgaard – en av landets fremste sykehusplanleggere i etterkrigstiden.

Veksthuset Molde

De eldre bygningene og området rundt kongebjørka har verdi som krigsminne i kraft av hendelsene her i 1940. Bygningene har i dag lav autentisitet, men en sterk symbolsk betydning.

Brøset – St. Olavs Hospital HF

Brøset, eller tidligere Reitgjerdet regnes som et kulturminne fordi det mot slutten av 1850-tallet ble oppført som en pleiestiftelse for spedalske. Senere ble det også landets spesialasyl for særlig vanskelige sinnssyke. Dette gjør Brøset til et enestående anlegg i norsk helsehistorie.

Østmarka – St. Olavs Hospital HF

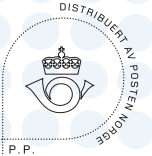
Østmarka er et typisk paviljong-asyl fra 1910-årene. De senere bygningene som er tilført anlegget har holdt på dette preget, men likevel viser det en god historisk utvikling fra sykehusets åpning fram til slutten av århundret.

St. Olavs Hospital

På St. Olavs Hospital er det tre gjenværende bygninger som står som verdifulle eksempler på sykehusarkitektur og -tenkning fra 1890-tallet og fram til 1930. Disse er hovedbygningen fra 1902, Røde kors-bygningen fra 1927 og kantinebygningen fra 1930.



B



NORGE

P.P.

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

ISSN 1503-1780



**”På lag med deg
for din helse”**

Trygghet Respekt Kvalitet