

HELSE

03/2008 – Årgang 7 – Et magasin fra HELSE · · · MIDT-NORGE

Nytt sykehus for hele Midt-Norge

s. 11 - 18

Ble kvitt ventelistene

s. 4 - 7

Seniorer – en viktig ressurs

s. 24 - 26



Sterke følelser og mange tanker er vanlig hos de fleste ungdommer. I noen situasjoner kan det være vanskelig å vite hvordan man skal opptre som foreldre. Når er det grunn til bekymring – og hva bør du i så fall gjøre?

Legg merke til om barnet ditt isolerer seg fra venner, har søvnproblemer, skulker skolen eller forandrer atferd på annen måte. Er du bekymret kan du ta kontakt med skolen eller fastlegen.

Du får vite mer på www.psykisk.no

Husk at du er ditt barns viktigste støttespiller, også i ungdomsårene.

Sunn økonomi

I sommer er det kommet nyttig dokumentasjon om utviklingen av spesialisthelsetjenesten i 2007. Helse Midt-Norge kan dokumentere en betydelig snuoperasjon som har gitt resultater vi skal glede oss over. Sunn økonomi gir mulighet til å skape bedre kvalitet, men også økt aktivitet. Går det an å tenke seg et bedre utgangspunkt for høsten og arbeidet med neste års budsjett?

Den årvisse SAMDATA-rapporten gir oss aktivitets- og produktivitetstall som gjør det mulig å måle effektivitet og sammenligne vår virksomhet med tilsvarende enheter i Norge. I tillegg har vi fått årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS), som gjennom analyse og dokumentasjon utfyller bildet. BUS-rapporten konkluderer med at nøkkelen til å ha kontroll på økonomien er å sørge for tett oppfølging av spesialisthelsetjenestens viktigste innsatsfaktor, nemlig våre ansatte.

For å få kontroll over personalkostnadene er det flere forhold som krever oppmerksomhet. På et overordnet nivå ser vi at Helse Midt-Norge nå har om lag 500 færre månedsverk enn i 2006. Dette er i hovedsak et resultat av omstillingsarbeid, nøktern vurdering av bruk av innleid arbeidskraft og bl.a. samarbeid om rasjonelle måter å avvikle ferieperioder og vakanser på. Vi har fortsatt en betydelig utfordring knyttet til et sykefravær som ligger høyt. Vi er i ferd med å få en målrettet innsats også på dette området og det er å håpe at dette vil gi resultater både på kort og lang sikt.

Den omfattende arbeidsmiljøundersøkelsen som vi gjennomfører i høst, setter fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet og blir et viktig redskap. Det er ingen motsetning mellom å legge til rette for faglig stimulerende arbeidsmiljø, trivsel og gode samarbeidsrelasjoner – og det å omstille og effektivisere. Tvert om henger dette nøye sammen. Forutsetningen er å skape trygghet og forutsigbarhet også i krevende endringsprosesser. Her har vi fortsatt en vei å gå, selv om status etter 2007 og halvgått 2008 viser at omstilling er mulig – og det i stor skala. Vi har omstilt for 850 millioner kroner, redusert med 500 månedsverk og samtidig behandlet flere pasienter.

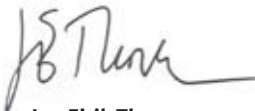
Vi er ikke i mål med vårt omstillingsarbeid. Modellen for inntektsfordeling

i Helse Midt-Norge vil framover hjelpe oss til å kunne stille presise og differensierte krav til effektivitetsforbedring i våre helseforetak. Med en økonomi i balanse, handler dette om å disponere kronene slik at vi skaffer oss et handlingsrom for å investere, eller å øke innsatsen på prioriterte områder.

Skal vi kunne ivareta ønskene om store og tunge investeringer innen sykehussektoren framover, er det nødvendig å se regionens ressurser i sammenheng. Det må til langsiktig arbeid og stø kurs for å utvikle spesialisthelsetjenesten i Norge. Lokalt engasjement og debatt om de veivalg vi står overfor er ønskelig. Demokratiske prosesser er nødvendig for å forankre beslutninger og strategier. Men samtidig er det helt avgjørende å stå sammen og løfte i lag når valgene er gjort. Det gjelder vårt nye universitetssykehus i Trondheim som er viet betydelig plass i denne utgaven av magasinet vårt. Og det gjelder både arbeidet for nytt sykehus i Molde og ny barneavdeling i Ålesund, to prosjekter som begge er inne i en avklarende fase.

Vår strategi for Helse Midt-Norge 2010 blinker ut viktige satsingsområder der vi har en jobb å gjøre. Det er behov for å styrke innsatsen innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Vi trenger å styrke vår forskningsinnsats og etablere felles standarder og prosedyrer for helhetlige pasientforløp. Vi skal gi bedre tilbud til kronisk syke og utvikle tilbudene innen rehabilitering og habilitering. Vi må sette oss i stand til å møte utfordringen som kommer med et økende antall syke eldre. En av grunnpilarene i dette arbeidet vil være omstilling og samhandling. Slik kan vi få mer ut av helsekronene og få fokus på pasientforløp og kvalitet. Med andre ord: Spille på lag med våre samarbeidspartnere – slik at vi sammen er på lag med pasienten.




Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør

Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet:

- Trådte i kraft 1. september
- Skal gi barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet raskere og bedre tilbud
- Ingen skal måtte vente lenger enn 10 virkedager før de har fått avklart om de har rett til nødvendig helsehjelp og når de skal få behandling
- Det skal aldri gå mer enn 65 virkedager før behandlingen starter
- Prosjekter skal bidra til å bedre henvisningene fra 1. linjetjenestene i tillegg til samhandling og samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene

— Et rimelig krav

– Vi bestemte oss for å bli kvitt ventelistene, og så gjorde vi det! Det forteller Roy Madsen, som er en av dem som har ansvaret for barnepsykiatrien i Agder. 1. september ble ventetidsgarantien for barn og unge med psykiske lidelser innført. I Kristiansand har de ingen problemer med å innfri kravet.

– Det skulle bare mangle, mener Madsen.
– Men det kan ikke ha vært så enkelt som å si hokus pokus og så forsvant ventelistene over natta?
– Jo, jeg vil faktisk påstå at det var det. Mye sitter mellom ørene; det er bare å bestemme seg.

Ventetidsgarantien innebærer at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser skal vente lenger enn 10 dager før de får vite om de har rett til behandling, og det skal ikke gå mer enn 65 dager før behandlingen starter. For noen år siden ville BUP i Kristiansand slitt med å overholde garantien, men i dag er ventetiden langt innenfor kravet. Gjennom et bredt samarbeid mellom BUP, kommunen og førstelinjetjenesten er ventetiden for barn og unge med psykiske lidelser i området redusert fra flere måneder til noen få uker.

– Vi innvilger rett til helsehjelp i løpet av én dag, og i snitt går det 16 dager før behandlingen starter. Ofte kan BUP starte behandlingen tidligere enn det, men det kan rett og slett ta tid å finne et tidspunkt som passer for alle parter, sier Madsen.

Nye rutiner

Han er klinisk sosionom, og var tidligere leder for BUP i Kristiansand. De siste par årene har han jobbet i en helt nyopprettet stilling, som foreløpig ikke har fått noen tittel. Her har han ansvaret for å utvikle barne- og ungdomspsykiatrien i hele Agder-regionen, på tvers av alle enheter.

Det BUP i Kristiansand har gjort for å få bukt med ventelistene, er å endre rutinene for inntak og utskrivning av pasientene. Tidligere var inntaket en byråkratisk prosess med mange involverte. I praksis

førte det til ventelister for å få søknadene behandlet. Nå tar det fem minutter.

– Det handler om å vise respekt for pasienten. Når folk går til det skrittet å oppsøke lege, er vår oppfatning at det som regel er en grunn til det. Derfor avviser vi veldig få saker. Tallene viser at det tross alt er en liten del av barnepopulasjonen som får behandling for psykiske lidelser. Totalt kommer vi i kontakt med rundt 7 %. 5 % blir henvist til spesialisthelsetjenesten, men nær halvparten av dem trenger bare et begrenset tilbud fra oss før førstelinjen kan ta over den videre oppfølgingen. Da sitter vi igjen med ca 3 % av alle barn som får omfattende utredning og behandling hos oss, sier Madsen.

Aktive ledere

Men for å få nye saker inn, må gamle

saker ut. Derfor har BUP i Kristiansand også fokus på utskrivning av eksisterende pasienter. En BUP er en poliklinikk, men fungerer ikke alltid som det. I mange tilfeller blir pasientene værende i systemet mye lenger enn nødvendig, og skaper ”forstoppelse”. Madsen mener årsaken ligger i at mange behandlere identifiserer seg for mye med pasientene.

– Hvis pasienter skal behandles ved BUP i flere år, må det være særskilte grunner til det. Det kan ikke en enkelt behandler avgjøre på egenhånd, og da må lederne gripe inn. Fram til nå har det ikke vært kultur for det, men vi oppfordrer til at lederne må tørre å gi behandlerne beskjed når de har jobbet for lenge med en pasient.

Reaksjonene på de nye rutinene er blitt udelt positivt mottatt, både blant behandlere i BUP, førstelinjetjenesten, pasienter og pårørende. Og selv om gjennomstrømningen i BUP er økt, understreker Madsen at ingen blir skrevet ut uten at alle parter er enige.

Talkshow, kultur og etikk

Madsen påpeker at de gode resultatene har kommet til tross for at BUP i Kristiansand er blant de dårligste i landet på bemanning. Klinikken har 8,6 stillinger pr 10 000 innbyggere, mens gjennomsnittet er 14. Det betyr likevel ikke at ledelsen har drevet hardkjør av sine ansatte for å få bort ventelistene. Tvert i mot bruker de tid og ressurser på å ta dem ut av vanlig virksomhet for å satse på kunnskap og kultur.

– Vi ønsker at de ansatte skal bygge kompetanse innen etikk og filosofi. I tillegg oppfordrer vi dem til å drive med kultur. Vi har for eksempel kjøpt piano som står i resepsjonen, og inviterer både ansatte og gjester til å spille på det i ledige øyeblikk. Flere ganger i året arrangerer vi sykehus-talkshowet Nesten helg, som er åpent for alle. Gjennom samtaler med brukerne selv, faglige innlegg, film, musikk og teater prøver klinikken å koble kultur og fag.

Dette stjeler tid fra pasientarbeid, men Madsen kaller det en god investering. Han

mener de ansatte må ha oversikt over hva som skjer i resten av samfunnet, for eksempel innenfor film og musikk, for å skjønne hva barn og unge blir påvirket av.

– Når vi har fått ned ventetiden, er det ikke fordi klinikken har flere tiltak pr dag enn før, men fordi vi er blitt flinkere til å avslutte saker. Mer skal ikke til for å få opp pasientgjennomstrømningen, avslutter han.



Roy Madsen er en av de ansvarlige for barnepsykiatri i Agder 1.

Forberedt på store utfordringer

Bedre samhandling, standardisering og fagutvikling/forskning. Slik skal Helse Midt-Norge møte ventetidsgarantien for barn og unge med psykiske lidelser. Ved utgangen av første halvår i år lå ventetiden i vår region på 75 dager.

Fra 1. september skal nemlig vurderingsfristen være maksimalt 10 dager, og utredning/behandling skal settes i gang senest 65 dager etter vurdering foreligger.

– Vi står overfor en stor utfordring, sier seniorrådgiver Iver Lillegjære. Han innrømmer at Helse Midt-Norge har et godt stykke igjen for å oppfylle ventetidsgarantien, på linje med enkelte andre RHF-er. Helse Midt-Norge angriper imidlertid denne utfordringen fra forskjellige vinkler og har som klart mål å komme innen fristene.

– For det første har vi flere ulike prosjekter på gang for å bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Klinikken har arbeidet mye med å klargjøre grunnlaget for henvisningene overfor de henvisende instansene/kommunene. Det gjøres ved at BUP (psykisk helsevern for barn og unge) har går inn med informasjon og veiledning for å forbedre forarbeidet til henvisningene og øke henvisningskom-



Seniorrådgiver Iver Lillegjære

petansen. Dette vil føre til at det er de "riktige" barna som blir henvist til BUP. I tillegg kan henvisningsformularene standardiseres mer, slik at henvisningene blir mer strukturerte, detaljerte og utfyllende.

Standardisering gir forutsigbarhet

Lillegjære legger også vekt på at det er viktig å jobbe mot en sterkere grad av standardisering av pasientforløpene. Også her må BUP spille en viktig rolle. Han understreker at det ikke innebærer at pasientene opplever redusert kvalitet. Fagligheten i tilbudet skal hele tiden ivaretas.

– Ved å gjøre prosessen mer standardisert, blir det lettere å planlegge pasientforløpet, noe som gir rom for mer fleksibel bruk av personellet. Dette vil også bedre pasientgjennomstrømningen i BUP. Når man har standarder å forholde seg til, blir det lettere for ledere eller andre å gripe inn

når det er klart at en pasient har vært for lenge i systemet, mener Lillegjære.

Samhandling og forebygging

En viktig faktor for å lykkes innen psykisk helsevern for barn og unge, er å få til bedre samhandling mellom forskjellige instanser. Før barn kommer til BUP, kan de ha vært i kontakt med for eksempel barnevern, PPT, helsestasjon eller fastlegen. Ved mer og bedre samarbeid, kan BUP raskere skaffe seg et helhetlig bilde av barnets situasjon og gi et bedre tilbud. Man vil vektlegge enda mer veiledning og konsultasjon til kommunene før barnet blir henvist. Slik kan det i en del tilfeller være unødvendig å henvise da barna likevel får god hjelp i sitt lokalmiljø, støttet med veiledning fra BUP.

Dette gjelder også forebygging blant barn av rusavhengige og/eller psykisk syke foreldre. Regjeringen satser på å gi barn i denne risikogruppen oppfølging og hjelp, og flere typer tilbud blir nå prøvd ut i Helse Midt-Norge. På Sykehuset Namsos har de i flere år tilbudt Barnas time til barn som har far eller mor innlagt i akutt psykisk helsevern. Her får barna snakke med behandlerne, og kan lufte

sine opplevelser, tanker og følelser. Helse Nord-Trøndelag har også fått tildelt prosjektmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet for å etablere et lavterskeltilbud der barnet blir fulgt fra fødsel til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til god helseutvikling i familien.

Forskning og fagutvikling

BUP arbeider også i vesentlig grad med å utvikle nye arbeidsmetoder og legger vekt på forskningsaktivitet. Man samarbeider i stor grad med NTNU og Regionsenter for barn og unges psykiske helse. For tiden arbeides det konkret med kvalitetssikring av utredningsmetoder der fagpersoner fra flere av klinikken og Regionsenteret samarbeider tett.

I tillegg jobber Helse Midt-Norge kontinuerlig med å øke kapasiteten innen psykisk helsevern, men det er en utfordring å nå målet. Til tross for prosjekter som skal bedre rekrutteringen, er det vanskelig å få tak i nok fagfolk. Det er særlig mangel på spesialister som barnepsykiatere og psykologspesialister. BUP opplever også lekkasje av fagfolk, ikke minst til en del kommuner som bygger opp sin egen psykologtjeneste.

Rekordmange får behandling

Lillegjære understreker at det er viktig å nyansere dette med venting. For det første har aldri så mange fått behandling som nå. Antall pasienter i BUP-systemet har økt med opp mot 60 % siden 2002! Alvorlig problematikk får øyeblikkelig hjelp på dagen, og andre alvorlige tilstander som eksempelvis depresjoner og spiseforstyrrelser får hjelp svært raskt avhengig av behovet. De som venter lengst er de som har mulighet til å vente uten at prognosen forverres.

– Ventetidsgarantien er et helsepolitisk mål. Det er en klinisk vurdering om raskere behandling øker sjanse for helbredelse, forklarer Lillegjære. – Likevel kan rask behandling være med på å øke livskvaliteten til pasientene selv om det ikke nødvendigvis endrer prognosen. Det må ikke være noen tvil om at det ideelle ønsket er at ingen skal behøve å vente på hjelp unødig lenge. Derfor er det viktig å styrke kapasitet og kompetanse både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, slik at barn og unge får riktig hjelp til riktig tid på riktig nivå.

Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge:

- Skal fjerne forskjeller i prioritering av pasienter mellom foretak og regionale helseforetak, mellom fagområder og innenfor foretak og fagområder
- Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal vurderes i forhold til:
 - alvorlighet
 - forventet nytte
 - kostnadseffektivitet
- Følgende individuelle forhold skal også vektlegges:
 - alder
 - funksjonsnivå
 - symptombelastning og varighet
 - tilleggsproblematikk
 - somatiske forhold
- Særlig alvorlige symptomer:
 - suicidalfare
 - hurtig vekttap
 - stagnering i utvikling av ferdigheter eller sosialt samspill
 - raskt eller omfattende funksjonsfall
 - store atferdsendringer på kort tid
- Følgende faktorer kan ha betydning for vurderingen:
 - foresatte har alvorlig fysisk eller psykisk sykdom eller rusavhengighet
 - familien mottar hjelp fra barnevernet
 - barnet er flyktning eller asylsøker

Ventetid, Psykisk helsevern for barn og unge Helse Midt-Norge pr 1. mai:

- | | |
|------------------------------|----------------|
| • Helse Midt-Norge: | 77 dager |
| • Helse Nordmøre og Romsdal: | over 100 dager |
| • St. Olavs hospital: | 59 dager |
| • Helse Nord-Trøndelag: | 72 dager |
| • Helse Sunnmøre: | 60 dager |

– Det er fenomenalt å få jobbe i norsk helsevesen. Jeg har fantastiske medarbeidere, og får jobbe med det som betyr mest for folk flest. Det sier Asbjørn Hofsli, direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge. Han mener entusiasme og arbeidsglede er nødvendig for å kunne gjøre en god jobb.

– Jeg kan ikke huske at jeg har hatt en dag hvor jobben har virket traurig og meningsløs. Jeg kjenner en grunnleggende glede over å få være en del av dette systemet. Slik mener jeg alle ledere i Helse-Norge må ha det for å kunne gjøre en god jobb.

Direktøren for eierstyring har ansvaret for å ivareta eierrollen til Helse Midt-Norge RHF, som eier de seks helseforetakene (HF) i Midt-Norge. For best å ivareta denne eierrollen, er Hofsli nå representant i styrene i alle de seks helseforetakene. Det innebærer at to uker av hver måned går med til forberedelse og deltakelse på de forskjellige styremøtene.

– Jeg skal bli respektert som et vanlig styremedlem i tillegg til at jeg har en koordinerende rolle, og det er en utfordring. Jeg skal ivareta det enkelte HF’ets særinteresser samtidig som jeg må ha helhetsperspektivet og ivareta hele regionen. Det er min oppgave å vurdere når behovet for denne helhetstekningen inntreffer. Videre må jeg sørge for at jeg som regionsrepresentant ikke overstyrer i forhold til de lokale styrene. Til slutt må jeg unngå å forkludre forholdet mellom de administrerende direktørene i HF-ene og styrelederne, forklarer Hofsli.

I riktig retning

Hvert år mottar de regionale helseforetakene et oppdragsdokument fra departementet. På bakgrunn av dette er det Hofsli’s oppgave å utarbeide det formelle styrende dokumentet til HF’ene. Den ”helsepolitiske bestillingen” fra staten skal oversettes slik at hvert enkelt HF oppfatter den som meningsfull og gjennomførbar. Gjennom årlige meldinger rapporterer HF’ene så tilbake hvordan de har fulgt opp.

– HF’ene må kunne se en sammenheng mellom de kravene som blir stilt til dem og de mulighetene de har til å oppfylle dem i form av ressurser og samfunnsmessige betingelser. Her har vi fortsatt en vei å gå, men vi er enig om at utviklingen går i riktig retning, mener Hofsli.

Som et ledd i å utvikle helseforetaksgruppen som en enhet, har Helse Midt-Norge tatt i bruk felles IT-løsninger og administrative systemer. Av samme grunn er også styrearbeidet papirløst, og styreadministrasjonen ligger åpent tilgjengelig på nettet.

– Det bidrar til bedre samordning. På den måten kan alle gå inn og se hvordan andre HF’er gjør det. Vi oppnår også at hvert enkelt HF rapporterer på samme måte på de samme tingene. Slik blir det lettere for oss å tilby gode tjenester.

Pedagog i helsens tjeneste

Selbyggen Asbjørn Hofsli beskriver seg selv som en utviklingsorientert person, som synes det er mye mer interessant å forbedre ting enn å gjenta ting likt i årevis. Opprinnelig tok han pedagogisk utdanning, og jobbet i skolen i flere år. I 1975 fikk han jobb som ansvarlig for intern opplæring på Innherred Sykehus, eller Sykehuset Levanger, som det heter i dag. Her fikk han etter hvert mulighet til å bekle alle funksjoner i en sykehusadministrasjon.

– Det var en flott læretid. Her ble jeg godt kjent både med sykehusdrift og menneskene som jobber der, minnes han.

Så godt trivdes han, at han ble i Levanger i 14 år. Etter den tid har han hatt ledende stillinger i helsevesenet i ulike deler av landet, blant annet som sykehusdirektør i Kongsvinger og fylkeshelsesjef i Hedmark og senere Nord-Trøndelag. Den brede bakgrunnen ga ham plass i utvalg og prosjekter som forberedte helsereformene i 2001. Etter det har han hatt forskjellige ledende stillinger i Helse Midt-Norge, avbrutt av en periode som konstituert administrerende direktør i Helse Sør i 2004.

– Da jeg sa ja til jobben i Helse Sør, ble jeg spurt av Aftenpostens helsejournalist Anne Hafstad om jeg hadde store sko. Nei, svarte jeg, men jeg har stor ryggsekk. I det la jeg at jeg har en ryggsekk full av erfaring, etter å ha jobbet i helsevesenet

i 30 år, i forskjellige deler av landet.

Moderne og kompetent

Nå skal denne erfaringen bidra til å heve Helse Midt-Norge ytterligere, slik at vi er i forkant både på tjenester, organisasjon og effektiv ressursbruk. Målet er at befolkningen i Midt-Norge skal foretrekke våre sykehus, og ha en visshet om at de holder høy kvalitet.

– Vi har fått Norges mest moderne regionssykehus, nå skal vi realisere investeringer i andre deler av regionen. Det tror jeg er mulig å få til. Knappt noen annen organisasjon i Norge har så kompetente ansatte. Men for å nå målet må vi ha en felles erkjennelse av det, forstå det og bruke kompetansen vår til å dra lasset sammen. Og vi trenger godt lederskap å få det til, mener Hofsli. Han påpeker at en god leder må ha evnen til å se bort fra kompleksiteten i en organisasjon og i stedet jobbe systematisk på noen områder.

– Jeg har flere ganger steppet inn i krisesituasjoner. Da blir man tvunget til å gjøre valg. For en leder er det avgjørende å ha denne egenskapen.

Gjennom karrieren har Hofsli hatt et treårs-perspektiv. Det første året bruker han på å bli kjent med jobben og organisasjonen, det neste bruker han på å identifisere hva som kan forbedres, og det tredje året bruker han på å gjennomføre forandringene. Han begynte som direktør for eierstyring i fjor, og er dermed inne i sitt andre år i jobben. Betyr det at det neste blir det siste?

– Jeg fyller 67 år i 2010, så hva som skjer da blir et helt annet spørsmål, humrer Hofsli.



Heldig mann med stor ryggsekk



Bjarne Håkon Hansen lanserte samarbeidsreform

Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen presenterte hvordan han vil arbeide fram den nye samhandlingsreformen for helsetjenesten på ein pressekonferanse ved St. Olavs Hospital.

Foto: Anne-Brit Bøe

- Initiativet til en samhandlingsreform for Helse-Norge som nå er tatt av helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, er viktig og helt nødvendig for at vi skal kunne løse framtidens helseutfordringer. Det blir spennende å få anledning til å være med å utvikle denne reformen, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge. Han inngår nå i den ekspertgruppen som statsråden har opprettet i forbindelse med reformarbeidet.

– Alle snakker om disse problemene. Lange ventetider, pasientkøer, milliardsprekk i sykehusøkonomien, mangelfull rehabilitering og for lite ressurser til forebygging. Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone, sier helse- og omsorgsministeren.

Han har ingen tro på at problemene i Helse-Norge løses bare ved å pøse inn noen flere helsemilliarder.

- Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med, sier Bjarne Håkon Hanssen.

Hanssen har etablert en ekspertgruppe som skal komme med innspill til økonomiske og juridiske grep i dette arbeidet.

Mattilsynet sjekker sykehus og institusjoner

Sykehus og institusjonskjøkken serverer mat til sårbare grupper som eldre, syke med svekket immunforsvar og allergikere. Det er svært viktig at maten er hygienisk trygg og ivaretar spesielle behov.

Det er bakgrunnen for at Mattilsynet gjennomfører en nasjonal tilsynskampanje som omfatter sykehuskjøkken og andre helseinstitusjonskjøkken. Fokus er på hygiene og mattrygghet. Kampanjen skal føre til økt forståelse for mattrygghet i ledelsen for den enkelte virksomhet og økt kompetanse om mattrygghet i helse-institusjoner.

– Et av målene med kampanjen er at alle institusjonskjøkk skal få økt kontroll med de områdene som er kritiske, sier prosjektleder og seniorinspektør ved Mattilsynets distriktskontoret for Midt-Rogaland, Marit Skrudland.

Kampanjen vil omfatte avdelingskjøkken på sykehus og andre helseinstitusjonskjøkken. Tidligere tilsyn har avdekket mangelfulle og manglende rutiner. Mattilsynet forventer å finne variasjon også i denne kampanjen.

– Noen institusjoner har gode rutiner og systemer og god kontroll med kritiske punkt, mens andre har et stykke å gå før de er helt på plass. Vi forventer også at det ved en del avdelingskjøkken (kjøkken plassert i pasientavdelingene) vil være mangelfulle rutiner for trygg håndtering av mat, sier Marit Skrudland.

Helseforetakene og Fylkesmennene har fått, eller vil få tilsendt brev om tilsynskampanjen. Her blir det orientert om bakgrunn, målsetting og gjennomføring av kampanjen. I løpet av høsten starter kampanjen med kartlegging av i hvilken grad det er rutiner for trygg mathåndtering ved avdelingskjøkken. Våren 2009 vil det bli utført tilsyn i virksomhetene.

Dette er St. Olavs Hospital

De neste sidene kan du lese om St. Olavs Hospital som bygningsmasse, ramme for helsetjenester, arbeidsplass, et sted å være syk, et sted å bli frisk, undervisningssted, forskningsinstitusjon, regionalt kompetansesenter og kombinasjonen av alle disse.

Vi har intervjuet seks personer som med ulikt ståsted betrakter det nye sykehuset vårt.

Brukeren: Birgith Berg

Brukerrepresentant med sterke meninger i pasientorganisasjonenes fellesforum (POFF)

Tema: Tilgjengelighet og tilrettelegging

– Her blir det mulig å være syk og svak

– Med litt tilrettelegging kan de aller fleste klare det aller meste selv.

Birgith Berg ble poliorammet som barn, og har flere års erfaring som pasient ved det gamle sykehuset på Øya. Hun er brukernes ”vaktbikkje” på St. Olavs Hospital, og bjeffer gjør hun rett som det er.



Foto: Synlig design og foto v/Erik Børseth

Hennes oppgave har først og fremst vært å følge opp slik at bygningsmassen blir tilgjengelig for alle. Eller får en ”universell utforming” som det også heter.

– Min rolle er å sørge for at den syke ikke blir enda sykere, og at den funksjonshemmede ikke blir ekstra funksjonshemmet på grunn av bygningene. St. Olavs Hospital blir et sykehus der det faktisk er mulig å være syk og svak, for det er nettopp det du er når du er innlagt. Du har andre praktiske behov. Det nye sykehuset er planlagt ut fra den som har det største behovet for tilrettelegging, og det har ført til at sykehuset blir nesten perfekt.

Nesten?

– Ja, det er fortsatt mulig å gjøre ting bedre. Blant annet kunne de som bestiller varene og utfører arbeidet fått litt mer informasjon om hvorfor ting må gjøres nøyaktig slik det er bestemt. Det er flere eksempler på tabber vi kunne unngått med bare litt kunnskap om hvordan det er å være funksjonshemmet. St. Olavs Hospital bygges i tråd med ”Bra for alle, nødvendig for noen” som er retningslinjer for universell utforming vedtatt av Helse Midt-Norge. Tilgjengelighet og tilrettelegging kan handle om små

ting som betyr så uendelig mye når man er syk. Toaletter med riktig avstand til bakvegg, god plass til rullestol på begge sider. Riktig høyde på toalettskålene så man slipper å klatre fra rullestolen. Håndtak med veggfeste slik at sidevegs forflytting er mulig. Slike detaljer er for mange forskjellen mellom å kunne gå på do eller ikke.

Berg framhever særlig enerom som positivt.

– Det betyr enormt mye å kunne slippe følelsene løs uten å ha tilskuere. På et enerom du kan både gråte og rope ”Yess!” hvis du har behov for det. For meg er det en selvfølge at man skal kunne snakke fortrolig med slekt eller helsepersonell når man er pasient.

Berg mener det ofte blir et for ensidig fokus på pasienten når det snakkes om tilrettelegging. Hun mener at god tilrettelegging ikke bare handler om praktisk hverdag og menneskeverd, men også om kvaliteten på helsetjenestene fordi det berører arbeidshverdagen til de ansatte.

– Mange glemmer at et sykehus med høy tilgjengelighet letter arbeidsmengden for de ansatte. De slipper å bruke tid og krefter på tunge løft og annen hjelp, og

kan heller bruke tiden på å støtte og være medmenneske for den som er syk.

Det er en frittalende dame magsinet Helse har dratt på besøk til. Og det er kanskje det som gjør at hun blir hørt. Hun evner i alle fall å sette ord på det vi kanskje ikke tenker på når vi er friske.

– Vi som er funksjonshemmet får ofte høre ”vi skal hjelpe deg”. Men når du blir løftet så skjortet havner langt oppover magen, eller skjorta og buksa deler seg, så mister folk verdigheten sin. Det samme gjelder med personlig hygiene og andre private gjøremål – alle vil være alene på do. Som sagt – med litt tilrettelegging kan de aller fleste klare det meste selv.

Tillitsvalgte: Anne Berit Lund.

Hovedverneombud for St. Olavs Hospital. Tidligere prosjekttillitsvalgt for alle forbund/hovedtillitsvalgte i byggeprosjektet og styremedlem i Helsebygg

Tema: Arbeidsplass for flere tusen

– Ny jobbing i nye bygg

– Vi må jobbe annerledes når vi flytter inn i nye bygg, og for å klare det trenger vi en innkjøringsperiode. Det lærte vi fra byggefase 1. Men iveren etter å lytte til pasienten (brukeren) må ikke bli så stor at de ansatte blir overkjørt. Det er vi som skal ha dette som arbeidsplass i åra framover.



Foto: Synlig design og foto v/Erik Børseth

Anne Berit Lund er hovedverneombud ved St. Olavs Hospital. Hun er klar over at det er en farlig formulering, men understreker at dette handler om pasientens beste til syvende og sist. Og at det aller mest handler om å tilpasse seg, og la ting ”gå seg til”.

– Vi er flere tusen ansatte med ulike meninger, så det er umulig å høre på alle. Vi har absolutt både blitt spurt og hørt, men på noen områder tror vi hensynet til pasienten faktisk går på bekostning av pasienten. Det er viktig at vi har optimale arbeidsforhold hvis vi skal kunne yte pasienten best mulig hjelp. Har vi ikke det, vil pasienten bli skadelidende.

Lund mener det er en hårfin balanse mellom å skyve pasienten foran seg, og tale pasientens sak. For eksempel er det fra brukersiden hevdet at åpne lokaler gjør de ansatte mer tilgjengelige. Det er ikke bare uproblematisk.

– Jeg skjønner argumentet om åpenhet og tilgjengelighet, men dette har andre sider som kanskje ikke brukerne tenker på. For det første er det svært vanskelig å overholde taushetsplikten når du må snakke med pasienter både ansikt til ansikt og på telefon blant andre mennesker. Og for det andre har vi som jobber her også behov

for å luften ut følelser, frustrasjoner og snakke fortrolig med kolleger. Mange jobber hardt og opplever mye forskjellig i løpet av en dag. Men som jeg sa, handler også dette om lære seg nye måter å jobbe på.

Det er sagt at man ikke skal ta med seg gamle rutiner inn i nye bygg. Men, hvis vi skal være ærlige – er det endringsvilje på St. Olavs Hospital? Svaret kommer kontant:

– Ja absolutt. En medisinsk sannhet varer knapt en uke, så arbeidsdagen og faget vårt er i endring hele tiden.

Hun fortsetter:

Jeg mener det er viktig at endringsprosessen starter før selve flyttingen, og dette har jeg savnet fokus på fra ledelsen sin side. Organisasjonsutviklingen bør starte tidligere, da lærer vi oss raskere å komme inn i nye rutiner.

Lund understreker at hun er positiv til det nye sykehuset, men svært skeptisk til innsparingene som har foregått.

– Vi kan selvsagt gjøre ting smartere, men vi kan ikke løpe fortere. Det er en grense for hvor mye vi kan spare. Blir arbeidsbelastningen for høy, går det på

pasientens sikkerhet. Det er viktig å forstå at de siste års innsparinger har gjort at mange har måttet strekke seg langt. Selv om man tar bort støttepersonell for å spare penger, forsvinner ikke oppgavene. Det er derfor mange får piggene ut når store endringer skal skje på kort tid. Når vi flytter inn finner vi mye som ikke fungerer, og dette må vi ordne opp i.

Og konklusjonen blir?

– Med god informasjon og litt tid skal vi få det til. Men da er det også viktig at ledelsen hører på de innspill og tilbakemeldinger ansatte gir, og viser vilje til å ”rette oppatt æille feila frå i går”.

Direktøren: Gunnar Bovim

Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital og leder av Felles utviklingsenhet for nytt sykehus

Tema: Helikopterblikk på sykehus og framtid

– Universitets- sykehus for hele regionen

– Det er ikke bygningsmassen som er den største utfordringen for St. Olavs Hospital og resten av helsetjenesten.

Det er Gunnar Bovim, administrerende direktør ved St. Olavs Hospital, som sier dette. Kanskje overraskende fra en mann som snart vil eie 3/4 av et nytt universitets-sykehus. Men Bovim ser strukturelle utfordringer også etter at nye sykehus er på plass i regionen.

– Den virkelige utfordringen framover er at det blir færre helsearbeidere pr. pasient. Av alle som i dag går på grunnskolen ender en sjettedel opp innen helse- og sosialtjenesten. I år 2025 må en tredjedel gjøre det samme hvis vi skal ha samme tetthet av helsearbeidere som i dag. Da blir det ikke mange igjen til å utføre andre samfunnsoppgaver. Vi må altså belage oss på å gjøre ting annerledes og utnytte ressursene mer fornuftig. Dette er helse-tjenestens virkelige utfordring, i kombinasjon med folks forventninger.

Folks forventninger?

– I hele den vestlige verden opplever folk at det er en menneskerett å være ung og frisk hele livet. Jeg tror mange har urealistiske forventninger til hva de kan forvente av helsevesenet, og hva det faktisk er mulig å få til. Dette gjør det krevende å drive sykehus i dag.

Like fullt, det kan ikke være uten betydning å få et nytt sykehus, heller ikke for framtidig drift?

– Bygningene er rammene vi skal skape gode helsetjenester innenfor. Kunsten er å lage generelle løsninger, uten for mye skreddersøm. Da har vi valgmulighetene åpne i framtida. Vi kan ikke i dag dra nytte av IKT-løsninger som ligger flere år fram i tid, men vi kan legge til rette slik at vi ikke stenger for muligheter som kommer. En annen utfordring er vedlikehold. Men jeg innser at det blir krevende å skjerme penger til vedlikehold i en situasjon der vi gjerne skulle hatt mer penger til drift. Investeringene i St. Olavs Hospital tilsvarer to års drift av sykehuset. I dette perspektivet ser vi at det ikke skal så mye effektivisering til før investeringen er forsvarlig.

Bovim sier det ikke, men forventningspresset kommer ikke bare fra pasientene. Politikere forventer drift innenfor rammene. De ansatte forventer muligheter til å gi bedre behandling til større grupper. Andre sykehus forventer at de ikke skal bli skadelidende. Og alle henvender seg til direktøren. Da virker det nesten masochistisk å gå inn i et prosjekt der også legestudenter og forskere flytter inn i sykehuset og krever plass, samarbeidsvilje og oppmerksomhet.

– Jeg tror at det er nettopp integreringen mellom NTNU og St. Olavs Hospital som blir nøkkelen suksessen. Vi må erkjenne at vår jobb er å bygge et framtidsrettet,

hensiktsmessig sykehus for alle parter. Hvis vi ikke kommer til enighet, vil alle tape. Derfor har det vært viktig for meg at vi alltid sier "vi i Trondheim" når vi er sør for Dovre.

Nord for Dovre er det ikke alltid "vi"-begrepet som har preget alle diskusjonene. Et nytt ord som har dukket opp i kjølvannet av St. Olavs Hospital er "Trønderranet". De som bruker ordet gjør det gjerne i fortellinger om det store sykehuset som sluker alle ressurser i hele regionen.

– Jo da, det er nok naturlig at et byggeprosjekt i Trondheim over ti år kan skape en følelse av at resten av sykehusene står på vent. Men jeg mener at det er å snu problemstillingen på hodet. Vi bygger et universitetssykehus for hele regionen. Helsetilbudet i sykehusene må ses som en helhet, der vi løser noen oppgaver lokalt og andre oppgaver i tilknytning til universitetssykehusene. I det perspektivet er det viktig for namdalinger og sunnmøringer at de får et godt tilbud både lokalt og på St. Olavs.

Foto: Synlig design og foto v/Erik Børseth

Forskeren:

"Ved kanskje verdens tettest integrerte universitetssykehus får medisinstudentene møte pasientene allerede etter en måned. Slikt blir det bedre leger og forskere av."

Hilde Grimstad, leder Institutt for samfunnsmedisin. Sitter i styret for St. Olavs Hospital.

Akuttlegen:

"Det nye sykehuset gir oss muligheter, men det er opp til oss at mulighetene blir utnyttet. Tiden vi bruker tilhører pasientene og ikke oss."

Sindre Mellesmo, avdelingssjef for Akuttmedisinsk fagavdeling.

Brukeren:

"Med litt tilrettelegging kan de aller fleste klare det aller meste selv."

Birgith Berg, brukerrepresentant i pasientorganisasjonenes fellesforum (POFF)

Direktøren:

"Det er ikke bygningsmassen som er den største utfordringen for St. Olavs Hospital og resten av helsetjenesten."
Gunnar Bovim, adm dir for St. Olavs Hospital.

Professoren:

"...det er et misforhold mellom mulighetene i nytt sykehus med fysisk miljø, antall rom og andre fasiliteter, og nødvendige prioriteringer..."

Olav Sletvold, avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri og professor ved Institutt for nevromedisin, NTNU.

Tillitskvinnen:

"Vi må jobbe annerledes når vi flytter inn i nye bygg, og for å klare det trenger vi en innkjøringsperiode."

Anne Berit Lund, hovedverneombud for St. Olavs Hospital.

Forskeren: Hilde Grimstad

Leder Institutt for samfunnsmedisin.
Sitter i styret for St. Olavs Hospital.

Tema: Integrering mellom NTNU og St. Olavs Hospital.

– Slikt blir det bedre leger og forskere av

Ved kanskje verdens tettest integrerte universitetssykehus får medisinstudentene møte pasientene allerede etter en måned. Slikt blir det bedre leger og forskere av, mener Hilde Grimstad som leder Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU.

Sykehuset er naturligvis St. Olavs Hospital. NTNU disponerer nær en firedel av arealene i det nye sykehuset, har mange felles ansatte og nærmest fri flyt av kunnskap. Integrering heter det, og betyr mye for helsetilbudet i framtida.

– Før måtte medisinstudentene studere to og et halvt år før de møtte pasienter. Når studentene får gå i de samme lokalene som pasienter og leger så tidlig i studiet får de et bedre inntrykk av hva det innebærer å være lege. Før var også teoretiske fag, som kjemi, fysikk og anatomi, skilt fra de kliniske, pasientnære fagene. Nå er disse fagene tettere integrerte.

Er det fare for statusbrist mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten når studentene vanker i sykehusmiljø nesten hele studietiden?

– Målet er å utdanne studenter som takler pasienter både innenfor og utenfor sykehuset. De får blant annet møte pasienter på legekontor i de to første studieårene med fastleger som veiledere. I tillegg har de en lengre utplasseringsperiode mot slutten av studiet. Det er viktig også fordi pasientene er på sykehuset stadig kortere perioder og vi må sørge for at studentene våre møter mange nok pasienter for å sikre god opplæring.

Integreringen er ikke verdifull bare i studentperspektivet. Sykehusets evne til

å behandle pasienter er avhengig av at universitet og sykehus samarbeider tett.

– Integreringen mellom kliniske miljø og forskermiljø er nødvendig for å yte god pasientbehandling. Det kommer svært mye nytt innen klinisk forskning, altså den forskningen som retter seg mot pasienten. Det er ikke slik at all ny kunnskap skal anvendes, men mest mulig av behandlingen vi gir pasienten skal være velfundert og bygge på forskningsresultater. Jeg tror helsevesenet er tjent med klinikere som er vant til å forholde seg til forskning, og forskere som velger klinisk relevante forskningsspørsmål.

Omorganiseringen i helsevesenet handler i stor grad om å møte nye utfordringer som den aldrende befolkningen byr på. Har sammensatte lidelser og geriatri, altså læren om sykdommer som knyttes til aldring, høy nok status i forskermiljøene?

– Nei, det er ingen tvil om at det har for lav status. Men heldigvis har det vært gjennomført spennende forskningsprosjekter på dette feltet som fører til nye måter å drive helsevesen på. Øya Helsehus er ett eksempel der det gis et tilbud til pasienter som er for friske for sykehus, men for syke for sykehjem. Et annet eksempel er slagenheten som har gjennomført prosjekt for å finne ut hvordan vi får den beste behandlingen av slagpasienter i samarbeid med

primærhelsetjenesten.

NTNU og St. Olavs Hospital eies av to forskjellige departementer. I tillegg kommer at de to institusjonene har ulike kulturer, er ulike som arbeidsgivere og har ulikt lønnsnivå. Er det en fare for at integrering bare er en god tanke uten rot i praktisk virkelighet?

– Noen praktiske problemer møter vi selvsagt på grunn av både praktiske forskjeller og ulik kultur, men det er ikke et alternativ at dette skal overskygge hovedoppgaven vår. Et helsevesen som ikke driver undervisning vil dø, og uten forskning får vi ikke god pasientbehandling.

Hvordan opplever pasientene å få studenter oppi sin sykdomshverdag?

– De fleste har forståelse for at vi må drive opplæring og noen setter pris på den ekstra oppmerksomheten. Når det er sagt er vi forsiktige med å overbelaste pasienten, som alltid får velge om det skal være studenter til stede. Dette er også en utfordring for de ansatte, men med ydmykhet og respekt går det bra. Opplæring er en av sykehusets hovedoppgaver. Man lærer ikke å yte gode helse-tjenester ved bare å lese, man må også møte pasienter og få tilbakemelding på det man gjør.



Foto: Synlig design og foto v/Erik Børseth

Professoren: Olav Sletvold

Avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri og professor ved Institutt for nevromedisin, NTNU.

Tema: Eldrebølgen og geriatri

– Framtiden kommer ikke fort nok

Eldrebølgen er her allerede. Et eldre menneske med kronisk sykdom og akutte behov, som i tillegg får funksjonssvikt - hvilken avdeling er den riktige? På St. Olavs Hospital finnes lokalene, men pasientene og ressursene kanaliseres ennå til tradisjonelle tilbud. Klarer vi omstillingen?

– Jeg vil si at det er et misforhold mellom mulighetene i nytt sykehus med fysisk miljø, antall rom og andre fasiliteter, og nødvendige prioriteringer for disse pasientene. Vi har i dag et flott areal i Nevrosenterets 6. etasje, men mangler ressurser til å ta disse i bruk, selv om behovet er tilstede.

Olav Sletvold er professor i geriatri og avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri ved St. Olavs Hospital. Han er utålmodig etter å overta noen av de eldre pasientene som ligger på andre avdelinger. Multisykdom krever en bred og tverrfaglig tilnærming, og ofte en del tid, men en helhetlig tilnærming har svært god nytteeffekt blant de eldste og sykeste. Sletvold forteller om prosjektet "Geriatrinytter det?" som ble gjennomført på 90-tallet der effekten av tradisjonell behandling og geriatriisk behandling ble sammenlignet. Resultatet viste at en helhetlig tilnærming til denne pasientgruppen halverte dødeligheten.

– En medisin med en slik effekt ville blitt grepet med begjær og gitt av storsamfunnet på blå resept, og fått mye omtale, sier Sletvold. Han argumenterer mer for prioritering av fagfeltet og en helhetlig tilnærming til eldre pasienter, enn for enda "mer penger" i de siste årene av livet.

– Å behandle eldre mennesker handler ikke nødvendigvis om å helbrede – jeg kjenner ikke til noen kur mot døden – men om å hjelpe folk slik at de kan fungere i hverdagen til tross for plager. Enkle ting som å kunne gå på do, unngå å ramle, innta måltider, etc. De fleste geriatriiske pasienter bor dessuten hjemme og tas hånd om av primærhelsetjenesten. Men når en geriatriisk pasient blir akutt syk, må pasienten få et moderne og godt faglig tilbud, og ikke stues vekk som såkalt "causa socialis" eller plasseres på annen avdeling fordi det ikke er plass på geriatriisk.

Selv om statusen til fagområdets tradisjonelt har vært lav, opprettes det geriatriiske avdelinger ved flere sykehus. Nye St. Olavs Hospital har dessuten potensiell høyde for framtidig utvikling og gode muligheter for å flytte fokus fra det ene akuttproblemet, "tuen som veltet lasset", og omstille til en helhetlig medisinsk tilnærming som gir bedre retning for oppfølging i primærhelsetjenesten, reduserer antallet reinnleggelser, og bedrer overlevelsen for flere pasienter.

– Geriatri er ikke lenger langtidsmedisin. Vi har liggetid på vel 10 dager og det har foregått en betydelig effektivisering. Vår modell blir ofte referert til når geriatri

skal etableres eller revideres andre steder i landet. Det samme skjer flere steder i Europa.

Også i egen helseregion har St. Olavs Hospital bidratt betydelig i utviklingen av det geriatriiske tilbudet, forteller Sletvold.

– Avdelingen vår har bidratt til at geriatrien i Helse Midt-Norge har blitt regionalisert. Vi har et årlig møte på Hell, der vi samler representanter fra aktuelle spesialavdelinger til faglig utvikling. Vi har også tatt initiativ til en regional modell for utdanning av geriater, og sammen med sentrale myndigheter laget utdanningspakker for å få flere geriater til regionen. Vi har dessuten vært involvert i utdanning av geriater både for Volda, Ålesund, Kristiansund, Levanger og Namsos.



Foto: Synlig design og foto v/Erik Børseth

Akuttlegen: Sindre Mellesmo

Avdelingssjef for Akuttmedisinsk fagavdeling

Tema: Hvordan vi bruker tiden når det haster

– Vi bruker ikke av vår tid, men av pasientens

Den fysiske utformingen av akuttavdelingen kan ta St. Olavs Hospital mange år fram i tid. Bruker vi ikke avdelingen rett, kan det sette oss år tilbake.

– Det nye sykehuset gir oss muligheter, men det er opp til oss at mulighetene blir utnyttet. Tiden vi bruker tilhører pasientene og ikke oss.

Det sier Sindre Mellesmo som er Avdelingssjef for Akuttmedisinsk fagavdeling, og sentral i utformingen av den nye akutten ved St. Olavs Hospital. Eller "Akuttaksen" som avdelingen blir kalt.

– Akuttaksen er enkelt sagt en fysisk utforming av rask tilgang. Fra pasienten ankommer sykehuset til vi gir nødvendig sluttbehandling er det lagt til rette for at det skal gå raskt og effektivt. Fra ankomst med ambulanse i underetasjen, eller helikopter på taket, har vi direkte tilgang til operasjonsstuer, røntgen og andre viktige funksjoner.

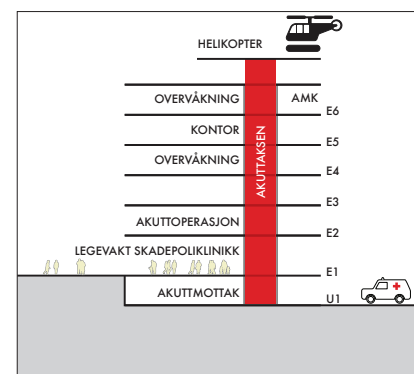
En alvorlig skade eller akutt sykdom åpner et tidsvindu. Så lenge vinduet står åpent er det mulig å påvirke utfallet ved riktig behandling til rett tid. Nødvendig transport bruker av denne tiden. Det er det lite å gjøre med. Derfor blir det viktig at resten av tiden før vinduet lukkes blir brukt effektivt og til pasientens beste, mener Mellesmo.

– En ting er fysisk tilrettelegging. Noe helt annet er våre holdninger og vår adferd. Det kan være svært kort tid igjen når pasienten ankommer. At ressursene fysisk ligger i logisk rekkefølge gir i seg selv en gevinst, men virkelig effektive blir vi først når vi samhandler effektivt i håndteringen av pasientenes problemer. Hvis vi "sømmer" hjelper det lite med fysisk tilrettelegging.

I en akuttsituasjon er det noen kritiske avklaringer som må kvitteres ut. Om det haster, hva som haster, hva som skal gjøres med det og til slutt må det gjøres. Moderne medisin gir muligheter til å snu situasjoner allerede på skadestedet eller like innenfor sykehusdøra hvis korrekt informasjon kommer fram og tiltakene iverksettes i tide. Hjerterinfarkt og visse typer hjerneslag er to av flere eksempler på akutte tilstander der helsevesenet kan yte langt bedre hjelp i dag enn for få år siden.

– Anvendt logistikk er ikke en disiplin innen medisin, men burde absolutt være det. Effektive transportløsninger handler altså ikke bare om å få pasienten fram til døra, men også om det som skjer innen-

for sykehusets vegger. Vår beslutnings- og handlingskjede er kritisk for resultatet. Uten god samhandling betyr det lite å ha alle ressurser i etasjen over. Det er gjennom bedre samhandling vi kan kutte hjørner, og her har vi en utfordring. Den individuelle kompetansen er bra nok når den er tilgjengelig og kommer til uttrykk, men alle må løfte blikket og vise interesse for hva som skjer i tidsintervallet før pasienten kommer til seg. Først da oppnår vi enda bedre resultater. Og det skal vi.



Akuttaksen: Fysisk utforming av rask tilgang. I akuttmotaket er de tidskritiske ressursene er tilgjengelige i logisk rekkefølge.



Foto: Synlig design og foto v/Eirik Børseth

Nye Molde sjukehus et viktig steg videre



Nye Molde sjukehus vil bli det første sykehuset i landet som samler psykisk helsevern og somatikk under samme tak. Konseptrapporten er nå presentert for styret i Helse Midt-Norge RHF og planene drøftes nå videre med Helse- og omsorgsdepartementet.

– Gjennomgangen og drøftingen i styret i september gir administrasjonen grunnlag for å arbeide videre med organisering og videre utredningsarbeid knyttet til forprosjektet for Nye Molde sjukehus. Det er gjort et godt arbeid med konseptrapporten og prosjektet er godt forankret både i Helse Nordmøre og Romsdal HF og forøvrig i helseregionen. Vi arbeider nå målrettet for å finne en løsning på finansiering og framdrift. Derfor har jeg fått i stand møtet med statsråden, sier styreleder Kolbjørn Almlid.

Det er enighet om at Helsebygg Midt-Norge nå skal inn i forprosjektfasen. Adm. dir. Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF understreker at det lokale helseforetaket fortsatt skal lede arbeidet, ha en bestiller-funksjon og drive organisasjonsutvikling, men Helsebygg Midt-Norge vil tilføre prosjektet viktig kompetanse i forhold til å forberede en utbygging av nytt sykehus i Molde.

Dagens sykehus i Molde består av to sykehusområder med bygningsmasse fra henholdsvis 1913 og 1960. Det somatiske sykehuset ligger i sentrum, mens virksomheten i psykisk helsevern hovedsakelig ligger på Hjelset, ca to mil unna.

Prosjektleder for nye Molde Sjukehus Eirik Heggemsnes forteller at det planlegges et helt nytt driftskonsept. – Vi har lagt vekt på et helhetlig pasientforløp og et sterkt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

I det nye sykehuset ønsker vi en helhetlig tilnærming til pasienten. Det er hovedgrunnen til at vi som det første sykehuset i landet har valgt å samle psykisk helsevern og somatikk i samme bygning. Vi har tatt hensyn til at virksomheten i psykisk helsevern har behov for skjermede arealer og egne uteområder.

En del av det nye sykehuset i Molde har fått navnet "Det lille akuttssykehuset". Denne delen av sykehuset inneholder kommunal legevakt og observasjonspost i tillegg til akuttmottak. – Fleksibilitet har vært et gjennomgangstema i utformingen av det nye sykehuset. Observasjonsposten gjør det mulig å avvente en innleggelse til vi er helt sikre på at innleggelse er riktig. Denne kombinasjonen mellom tradisjonelle sykehusenger, observasjonspost, pasienthotell og samarbeid med kommunehelsetjenesten gjør oss i stand til å tilby et fleksibelt behandlingsopplegg. Slik unngår vi unødvendige innleggelser og sparer pasienten for ekstrabelastingen det er å bli innlagt hvis det ikke er behov for innleggelse, sier Heggemsnes.

Konseptrapporten er nå presentert for styret i Helse Midt-Norge, men er ikke ferdigbehandlet. Arbeidet med forprosjektet fortsetter som forutsatt. Sykehuset har i dag en forventet kostnadsramme på ca. 2,8 mrd kroner.

Ny barneavdeling i Ålesund under planlegging



Utkast til Arkitektkonkurransen 2005, vunnet av C.F.Møller.

Lyst, inspirerende og funksjonelt i en barnevennlig ramme. Om drøye to år kan den nye barneavdelingen ved sykehuset i Ålesund stå ferdig.

Ordene som beskriver den nye avdelingen står i skarp kontrast til dagens virkelighet, forteller avdelingsleder Ove Økland.

– Driftssituasjonen er svært vanskelig i dag. Forholdene er uholdbare både for barn og foreldre. Det er umulig for oss å innfri kravene som stilles i forskriftene. I den nye avdelingen har vi balansert barnas behov opp mot behovet for effektiv drift. Det blir godt med areal til lek. Standarden på rommene blir moderne, med egen dusj og toalett.

Forprosjektet er ventet ferdig tidlig i 2009. Kostnadene er ikke ferdig beregnet, men foreløpige anslag ligger rundt 200 millioner kroner.

For få hender? Eller for mange pasienter?

”Med et økende antall private aktører, eller leverandører av helsetjenester, som jeg ser det heter med vår tids nytale, er det fare for at tilbudet pisker opp etterspørselen.”

Steinar Westin, professor nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser, NTNU

De aller fleste diskusjoner og strategier om endring og framtid dreier seg omkring ett kjernesporsmål: Hva må til for å møte framtidige behov for gode spesialisthelsetjenester? Debatten preges av ord som ”økonomi”, ”organisasjon” og ”samhandling”. Det er enkelt å konkludere med at vi ikke kan fortsette å gjøre tingene på samme måte som vi alltid har gjort.

Og vi er godt i gang. Teknologi og nye behandlingsformer har redusert behovet for liggetid – stadig flere får dagbehandling. Vi ser også at pasienter blir raskere friske hvis det legges til rette for at de kommer i aktivitet så fort det er forsvarlig. Nye samhandlingsformer virker positivt for både kapasitet, faglig kvalitet og pasientenes helbred.

Vi har med andre ord et godt fokus på oss som tilbydere. Er fokuset godt nok på den etterspørrende part? Vi vet at lidelser som tidligere ble regnet som en del av livet nå ender opp i spesialisthelsetjenesten. Vi vet også at lidelser og sykdommer knyttet til livsstil opptar stadig flere senger på sykehusene. Og at enkelte pasientgrupper alene vil oppta all kapasitet dersom vi ikke forebygger og gjør pasientene i stand til å fungere utenfor spesialisthelsetjenesten.

Er det på tide å sette et like stort spørsmålstegn ved etterspørselen, som ved tilbudet?

Deltagere i debatten:



Tove Røsstad, kommunelege i Trondheim og nestleder i styret for Helse Midt-Norge RHF



Foto: Synnøve Ressem/NTNU Info

Steinar Westin, professor nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser, NTNU



Birgitte Kalseth, forsker ved Sintef Helse



Odd Veddeng, fagdirektør, Helse Sunnmøre

Har vi en ”sunn” etterspørsel etter spesialisthelsetjenester i Norge i dag? Er det et mål å endre pasientenes forventninger til helsevesenet?

Tove Røsstad

Befolkningens forventninger formes bl.a. av media hvor helsepersonell beskriver stadig nye fantastiske landevinninger. Samtidig lever publikum og mange helsepersonell i troen på at helse kan koste hva det koste vil. Det underbygges av at enkelte sentrale politikere går inn i enkeltsaker og overprøver lokale prioriteringer. Dette bidrar til en paradoksal opplevelse av et helsevesen i krise. Vi bruker 50 % av helseressursene i pasientens siste leveår, og vi må derfor spørre oss om vi bruker helsekronene i de situasjoner de gjør størst nytte? Vi holder sannsynligvis på

med aktiv behandling for lenge, og vi bør heller bruke ressursene på lindring, tidlig intervensjon og dokumenterbar forebygging.

Steinar Westin

Det er en utfordring for alle oss som lever i eller av helsetjenesten å være opptatt av at den ikke ekspanderer inn på områder der etterspørselen kan bli grenseløs. Tre stikkord for overforbruk: Medikalisering – at stadig flere tilstander defineres som medisinske problemer. Risiko-fokuseringen – at framtidig risiko for sykdom gjør folk til pasienter i dag. Og ”for sikkerhets skyld-medisinen” – at vi med stadig flere tester og undersøkelser beskytter oss selv mot å ”overse noe”, kanskje heller enn å tenke klinisk og praktisk. ”Det er umoralsk å ta røntgen av andres rygger for å

beskytte sin egen”, hørte jeg professor i allmennmedisin Christian Borchgrevink si i sin tid.

Birgitte Kalseth

Dette er svært vanskelige spørsmål. Etterspørsel etter helsetjenester kan vanskelig betegnes som generelt sunn eller usunn. Forventningene til helsetjenesten vil påvirkes av de muligheter som utviklingen innen medisinsk teknologi gir og utviklingen i samfunnet forøvrig. Det er likevel viktig at vi ikke har helt urealistiske forventninger til hva det offentlige helsevesen kan tilby. Grenseoppgangen mellom offentlig og privat ansvar må være under kontinuerlig debatt. Som samfunn må vi til enhver tid forholde oss til begrensninger i økonomiske og menneskelige ressurser innen helsetjenesten, noe

som ofte medfører vanskelige prioriteringer. Disse vil ikke bli mindre i årene framover. Det bør være et mål at innbyggerne har realistiske forventninger til helsetjenesten, men vi må passe oss for å individualisere samfunnsmessige utfordringer. Flere eldre og lengre levetid, delvis pga bedre behandling, gjør at flere har behov for oppfølging for kroniske tilstander over en lengre periode.

Odd Veddeng

Jeg tror ikke etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er helt “sunn”. Med det mener jeg at det er for lite siling primærhelsetjenesten. Prioritering må skje også der. Henvisninger er for lite preget av egne vurderinger og mangler ofte nøkkelopplysninger som er nødvendige for riktig prioritering. Dette er et generelt utsagn som ikke gjelder alle primærleger. Henvisningspresset er generelt for stort, flere problemer burde vært løst på første-linjenivå. Sjukehusspesialisten oppfattes som toppen av behandlingspyramiden og folk “skal ha det beste”. Men svært ofte er det allmennlegen og kommunehelsetjenesten som har det beste utgangspunktet for å løse pasientens problem. Vi må være mer selektive i hva vi bruker spesialisthelsetjenesten til.

Er spesialisthelsetjenesten flinke nok til å dyktiggjøre kommunehelsetjenesten og pasientene slik at pasienten i større grad kan håndtere sine lidelser utenfor spesialisthelsetjenesten?

Tove Røsstad

Et viktig formål med helsetjenestene er å bidra til at pasienten mestrer livet sitt bedre. (Jfr Omsorgsmeldingen.) Et slikt pasientfokus setter helsetjenestens innsats i et perspektiv der utredning og behandling er viktig, men like viktig – spesielt ved kroniske sykdommer – blir det å bidra til at pasienten lærer å forstå, mestre og leve med sin sykdom. Alle ledd i helsetjenesten må bidra til at pasienten opplever størst mulig forutsigbarhet, har tillit til sine behandlere og profesjonelle

omsorgspersoner. Dette forutsetter kompetanse i alle ledd og kompetanseoverføring i forhold til den enkelte pasient – begge veier.

Steinar Westin

Rart spørsmål. Hvorfor ikke like godt omvendt? Er vi i allmennmedisinen flinke nok til å dyktiggjøre våre kolleger i spesialisthelsetjenesten i nøktern og helhetlig tenkning om hver pasient?

”Vi kan ikke gi pasientene skylden for eldrebølgen. Samtidig blir flere av våre fysiske og psykiske problemer betraktet som en oppgave for den offentlige helsetjenesten.”

Birgitte Kalseth, forsker ved Sintef Helse

Birgitte Kalseth

Det har blitt et sterkt fokus på dette feltet de siste årene. Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten er også viktig her, da dette er spørsmål som gjelder kommunehelsetjenesten i like stor grad som spesialisthelsetjenesten. Det er opprettet svært mange lærings- og mestringssentre rundt om i landet som forhåpentligvis bidrar til bedre livskvalitet for pasientene og kan forebygge bruk av helsetjenester. Forebyggende arbeid i et videre samfunnsmessig perspektiv er svært viktig, ikke bare innen somatikken, men også med tanke på omfanget av psykiske lidelser og rus.

Odd Veddeng

Spesialisthelsetjenesten har forbedringspotensiale her. Det trengs flere og bedre opplæringstiltak rettet mot pasienter og helsepersonell. Vi må lære av de som gjør

en god jobb med dette. Epikriser og andre rapporter som skal hjelpe primærhelsetjenesten må være mer praktiske og handlingsrettet og de må ikke minst komme i rett tid. Her har vi stadig et problem. Vi trenger mer og bedre samhandling om gode behandlingsforløp der mer av behandlingen kan foregå utenfor sjukehusene. Det mangler imidlertid incentiver for å drive med slikt forbedringsarbeid på en systematisk måte. Spesielt vanskelig er det å involvere kommunelegene på grunn av måten de er organisert og finansiert på.

Er det i det hele tatt riktig å legge noe av ansvaret for at helsevesenet har ”for få hender” på pasientene?

Tove Røsstad

Vi får en alvorlig utfordring i forhold til ”antall hender” i årene fremover dersom vi organiserer vår helsetjeneste som nå og bare justerer for økende antall eldre. Vi må løpende vurdere om vi prioriterer riktig. Får vi maksimalt ut av våre ressurser? Er det andre, mer optimale måter å organisere tjenestene, behandlingen og samhandlingen på som ville vært mer nyttig for pasientene? Vi har behov for en løpende evaluering både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – og ikke minst i samspillet mellom nivåene. Helsetjenesteforskning med fokus på hva som er de beste behandlings- og omsorgsforløpene med pasienten i fokus, må prioriteres sterkt i tiden fremover.

Steinar Westin

Med et økende antall private aktører, eller leverandører av helsetjenester, som jeg ser det heter med vår tids nytale, er det fare for at tilbudet pisker opp etterspørselen. I vinter opplevde jeg at drosjesjåføren som skulle kjøre meg til St. Olavs etter en kneskade forsikret meg om at jeg sikkert kunne få MR ”straks” på Capio, hvis de ikke ville gi meg det på St. Olavs,

– det var bare å ringe fastlegen... God behandling fikk jeg etter hvert begge steder. Men det var lett å bli enig med den erfarne St. Olavs-ortopeden om at ikke alle vonde knær skal til MR-undersøkelse straks. Jeg blir betenkt når drosjesjåfører tydeligvis oppfatter slike omfattende undersøkelser som forbrugsgoder.

Birgitte Kalseth

Det vil være de store utfordringene framover knyttet til endringer i demografi, som igjen påvirker mulighetene for å tilføre de ressurser (penger og personell), som må til for å opprettholde helsetjenesten slik den er i dag. Vi kan ikke gi pasientene skylden for eldrebølgen. Samtidig blir flere av våre fysiske og psykiske problemer betraktet som en oppgave for den offentlige helsetjenesten. Det kan vi problematisere, men det er vanskelig å reversere. Våre forventninger til helsevesenet gjenspeiler samfunnsutviklingen generelt, med høy privat velferd og en økende forbrukermentalitet. Fastlegen har en viktig og svært vanskelig rolle som portvakt inn til spesialisthelsetjenesten. De er de første som møter nye forventninger til helsevesenet og må ta stilling til eventuelle tiltak. Medias rolle er også viktig. Forventninger og etterspørsel er vanskelig å styre, det er tilbudet som kan styres. Dette er kompliserte problemstillinger og en enorm politisk utfordring i et land med ambisjoner om å opprettholde et godt offentlig finansiert helsevesen som kan tilby samme tjenester til alle uavhengig av sosial bakgrunn.

Odd Veddeng

Pasientene har forventninger som vi ikke kan innfri, men forventningene kommer ikke ut av ingen ting. Presset skapes av helsepersonellet selv, sammen med politikere og media. Vi må bli tydeligere på at vi ikke kan løse alle folks problemer. Men der det er etterspørsel sørger markedet for tilbud. Vårt (samfunnets) problem når vi sier fra slik, er at andre tilbydere av tjenester dukker opp. Slike tilbud er ofte kommersielle og ikke kunnskapsbasert. Prosessene som oppstår da resulterer gjerne i at faglige prioriteringsmekanismer settes ut av spill og vi får uheldige vridninger i prioriteringer. Sluttresultatet blir feilbruk av ressurser og underkapasitet på områdene som ikke blir prioritert.



– Trivsel på jobb

Torill Østhus (venstre) og Eli Metli

De passerer snart 60 – og har fortsatt mye å bidra med i helsevesenet. Men Svanhild Solem og Eli Metli tar visse forholdsregler. Tunge løft gjennom en lang yrkeskarriere har satt sine spor – nå tenker de grundig gjennom om de kommer til å fortsette til de er 67 år eller ikke. De er ikke de eneste som teller på knappene.

Etter over 30 år i helsevesenet kjenner de arbeidslivet på kroppen. Eli Metli og Svanhild Solem har vært ansatt ved Orkdal sykehus i nesten hele sitt yrkesaktive liv. Det har vært mange tunge løft og travle dager. Likevel har de trivdes godt i helsevesenet.

– Jeg kommer nok til å gå av når jeg fyller 62 år. I dag har jeg ikke helse til å fortsette med både vonde knær og vond rygg. Selv om jeg har hatt lyst til å fortsette så makter jeg det ikke. Dagene preges av tunge løft som kroppen i dag ikke tåler, sier Svanhild.

Eli er femti prosent sykmeldt, men selv om arbeidsdagene er tøffe så ønsket hun å jobbe. Hun følte fortsatt hun hadde mer å gi i arbeidslivet og til arbeidsplassen sin.

– Jeg trives veldig godt her på sykehuset med kjempehyggelige kolleger og ikke

minst de mange nye menneskene man møter. Jeg hadde ikke lyst til å gi slipp på arbeidslivet riktig ennå, men jeg kommer nok også til å gjøre som Svanhild. Jeg kjenner løftene av pasientene som ekstra tunge nå. For utenom de tunge løftene føler jeg at jeg kan bidra med mye, jeg har jo mange års erfaring, sier hun og ler.

Ikke utgått på dato

I årenes løp har det skjedd mange forandringer og begge to har hengt med på det så godt de kan. De har satt seg inn i både nye rutiner og forskrifter, og er det noe de ikke har vært helt fornøyd med har de sagt sin mening.

– Jeg tror det er lett å bli passiv i arbeidslivet når man nærmer seg pensjonsalder og har lagt bak seg et langt arbeidsliv. For meg handler det om å ha en givende arbeidsdag og føle at det fortsatt er bruk for meg. Jeg tror det er viktig å legge til

rette for videreeskolering, kurs og arbeidsrutiner når man nærmer seg 60 år og har litt mindre krefter enn da man var i tjuåra, mener Svanhild.

Trivsel

De har nok konkludert seg frem til at de går av ved 62 år, men de vet det er noen som kunne tenkt seg å fortsette. Enkelte fordi det lønner seg i forhold til pensjonsutbetalinger, men også fordi de ikke føler seg gammel eller utbrukt.

– Om jeg hadde hatt helse til å fortsette, så hadde jeg ikke hatt noe problem med å jobbe til 67 år. Det er jo en fryd å jobbe med så mange koselige og dyktige mennesker. Jeg kommer til å savne dem når jeg slutter, og selvfølgelig pasientene. De er jo hovedgrunnen til at jeg valgte dette yrket. Vi treffer jo så mange hyggelig nye mennesker hver dag.

Seniorer – en viktig ressurs

I framtida kommer det til å være behov for flere hoder og hender i helsevesenet. En utfordring vi må ha løsninger på, både i forhold til rekruttering og tilrettelegging, for å beholde folk lengre i arbeidslivet.

– Vi har en seniorpolitikk hvor hovedprinsippet er å legge til rette for at den enkelte skal ha muligheten til å være lengre i arbeidslivet. Det vil kreve mye av oss som organisasjon og arbeidsgiver. Når det kommer til rekruttering av flere nye hoder og hender, må vi gjøre oss mer attraktiv. Det er en oppgave som ligger hos alle oss som jobber i Helse-Midt-Norge, sier organisasjonsdirektør Sveinung Aune.

Krav til kompetanse

Når Aune ser inn i glasskula si, ser han på langt nær noe krisebilde av helsevesenet. Derimot ser han et bilde av en spesialisthelsetjeneste som behandler mennesker med god kvalitet og effektivitet, og hvor primærhelsetjenesten har kompetanse til å ta seg av flere pasienter enn de gjør i dag. – Pasientene kommer til å få kortere liggetid og med tilbud som rettes mer og mer inn mot dagbehandling og poliklinikk. Men dette stiller også store krav til oss når det gjelder ressurser og ikke minst kompetanse. Vi er alltid avhengig av å få dyktige mennesker inn i helsevesenet, og det krever at vi må jobbe kontinuerlig med rekrutteringen vår.

Til høsten vil styret bli invitert til å vedta en handlingsplan, hvor rekruttering og utvikling av dyktig fagpersonell er ett av fokusområdene. Den viktigste enkeltfaktoren som påvirker vår tilgang til de dyktigste medarbeiderne er vårt omdømme, og det er vårt felles

ansvar å påvirke dette i positiv retning. Omdømmet vårt blir svekket gjennom gjentagende negative oppslag i media, og dette er noe vi må jobbe for å forhindre. Vi har grunn til å være stolte over arbeidsplassen vår og den jobben vi gjør hver eneste dag.

Viktige hoder og hender

Seniorene i Helse Midt-Norge er viktige ressurser, ikke en belastning. Våren 2008 ble det vedtatt en overordnet seniorpolitikk i Helse Midt-Norge.

– Vår seniorpolitikk bygger på erkennelsen av at våre medarbeidere har forskjellige behov. Det er derfor den enkelte medarbeider og leder som sammen må sette seg ned for å finne ut hvordan arbeidssituasjonen eventuelt bør tilrettelegges, slik at medarbeideren skal kunne stå lengst mulig i jobb når pensjonsalderen nærmer seg. Ved for eksempel slitasjeskader kan det legges opp til at vedkommende ikke utfører løft, men får hjelp til dette. Vårt hovedprinsipp er at seniormedarbeiderne er en verdsatt ressurs for virksomheten, og den skal vi etterleve, lover Aune.

Et tettere samarbeid med NAV og bedre lederutvikling er noen av stikkordene Aune viser til at de vil jobbe mer med. Det vil også være viktig å få ansatte som er langtidssykmeldte tilbake i jobb, og det er viktig å bruke de virkemidler vi har

gjennom IA, Inkluderende Arbeidsliv.

Fremtiden

En god spesialhelsetjeneste er avhengig av å ha en kompetent primærhelsetjeneste. Den berømte "eldrebølgen" vil nok først og fremst ramme primærhelsetjenesten, og det er derfor viktig for brukerne at vi har et tett samarbeid med dem. – Pasienten skal få den beste behandlingen. Han eller hun bryr seg ikke om det er sykehuset eller kommunehelsetjenesten som utfører behandlingen. Det viktigste er at den blir utført på en mest mulig profesjonell måte. Dette er et felles ansvar, sier Aune.

Spesialister

Det er generelt ingen mangel på rekruttering av leger eller sykepleiere i vår region i dag, men vi mangler fortsatt enkelte spesialister som er viktige for kvaliteten på våre tilbud. Dette gjelder særlig innenfor områdene psykiatri og rus, hvor utfordringene er store og voksende framover. Vi må gjøre det attraktivt for ansatte å spesialisere seg, også innenfor disse viktige områdene, mener Aune.

I Norge har vi et helsevesen med kompetente, engasjerte og dyktige mennesker som står på hver eneste dag for å gi god behandling, omsorg og pleie til syke mennesker. Dette må vi bruke som inspirasjon til å bli enda dyktigere.

Jobb lengre – få mer i pensjon

Eldreølgen skyller over oss. Vi lever lengre og de store etterkrigskullene skal ha sine pensjoner og velferdstjenester i form av pleie og stell. Og i tillegg har vi fått nye regler som fører til vesentlig høyere pensjonskostnader for arbeidsgiver. Hvordan skal vi knekke "pensjonsnøtta"?

De nye pensjonsreglene oppfordrer arbeidstakerne til å jobbe lengre enn til 62 år. Årsaken er enkel; det blir stadig flere eldre som trenger pleie og omsorg, og færre yrkesaktive som forsørger dem. Ikke bare er det slik at eldre arbeidstakere er en viktig ressurs, nå skal de også belønnes. Jo lengre du jobber, jo mer får du utbetalt i pensjon. Det vil med andre ord være lønnsomt å jobbe lengre enn til 62 år.

I Stortingsproposisjon nr. 59 er det bevilget 3,2 mrd. kroner til de regionale HF. Denne bevilgningen er Økonomidirektør Anne Marie Barane meget fornøyd med.

– Bevilgningen fører til at vi slipper å gå med store underskudd som følge av pensjonskostnadene og dermed tære på egenkapitalen. For Helse Midt-Norge og de andre helseforetakene betyr dette mye.

Utfordring

Likevel er pensjon en utfordring fordi summen som skal betales inn til KLP vil variere i forhold til rentenivå, lønnsutviklingen og andre faktorer som påvirker samfunnsøkonomien. Pensjonspremien er den faktiske innbetalingen fra de regionale HF til KLP. Pensjonskostnaden er økningen i foretakenes samlede pensjonsforpliktelser fra ett år til det neste og det om føres i helseforetakenes regnskap. Regnskapsreglene ble endret i 2007, noe som medførte at de regionale HF fikk betydelig økte pensjonskostnader i 2007. I 2008 forverres situasjonene ytterligere.

– Vi er kommet i en krevende likviditetsmessig situasjon. Når vi går med underskudd vil det forverre likviditeten ytterligere. Videre reduserer det egenkapitalen vår. Likviditet og underskudd er en utfordring, og derfor vil denne tilleggsbevilgningen bidra til å stabilisere egenkapitalsituasjonen, sier Barane.

Pensjonsberegning

Fra 2010 vil folketrygden gjøre det mulig for alle å gå av med pensjon fra 62 år. Jobber du derimot til du er 67 år vil du få utbetalt mer i pensjon, da det er ønskelig at flere jobber lengre enn til 62 år. Det er arbeidsinntekt fra 16 år til 75 år som legger grunnlaget for din pensjonsutbetaling. Gjennom KLP har ansatte i helsevesenet i Norge, i tillegg til folketrygden, en tjenestepensjon. Samlet gir dette de ansatte en god pensjon.

– Det er viktig at man ser lønn og pensjon i sammenheng. Vår ordning i dag gir, sammen med folketrygden, et pensjonsnivå på 66 prosent, avtalefestet pensjon, slik at man kan gå av tidligere, rett til uførepensjon og etterlattedekning til ektefeller og barn, sier Trond Nystad i KLP. Til daglig sitter Nystad med beregninger av pensjonskostnader for budsjettering og regnskapsføring for helseforetakene. I fjor kom det nye regnskapsregler for disse beregningene. Endringene gjaldt framtidig vurderinger av rentenivå, lønnsutvikling og reguleringer av pensjonene. Regelverket er krevende og komplisert, men i sum medførte de en vesentlig høyere pensjonskostnad. Disse vurderingene

skal løpende revurderes, noe som medfører at pensjonskostnadene vil kunne variere mye fra år til år, og bare dette i seg selv er krevende for helseforetakenes budsjetttrutiner.

– Det er viktig at denne økningen skyldes en omlegging av regnskapsreglene og ikke har noen sammenheng med at hvordan det går med KLP. KLP hadde faktisk ett meget godt år i 2007, noe som medførte at man tilbakeførte betydelige beløp i 2008 til helseforetakene, sier Nystad.



Trond Nystad i KLP

I Stortingsproposisjon nr. 10 (2007-2008) ble det varslet at Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2008 ville komme tilbake til hvordan økte pensjonskostnader og premier skulle håndteres i 2008. Resultatet ble en ekstra bevilgning til de regionale HF med 3,2 mrd. kroner.

Interessant forskningskonferanse

Det kom mye godt ut av den regionale forskningskonferansen som ble arrangert i Ålesund. – Forskning – og utviklingsarbeid er et nødvendig grunnlag for å kunne yte kunnskapsbasert praksis, sa administrerende direktør i Helse Sunnmøre, Astrid J. Eidsvik i sin åpnings tale.

Det er i år femte år på rad at den regionale forskningskonferansen arrangeres. Mandag 15. september samlet 120 forskningsinteresserte deltakere seg fra ulike helseforetak, universitet og høyskolemiljø til en intensiv og lærerik dag. Alle fikk

muligheten til å stille ut posters med resultat fra sitt forskningsmiljø. Magne Nylenna, professor dr. med og redaktør for Helsebiblioteket.no, trakk frem hvor viktig det er at forskere viser frem og formidler resultatene sine til de som kan ha videre nytte av dem. "Stå på skuldrene til hverandre" og se hva andre forskere har gjort og hva de har funnet ut, var hans oppfordring.

Kåring av beste poster gikk til Elin Høien Bergene fra sykehusapotekene i Midt-Norge. Hun stilte ut posteren "Sammen er vi dynamitt! I møte med nitroglyserin-

bruker – gis det tilstrekkelig informasjon?". Den årlige forskningsprisen ble tildelt Anne Iren Hagen fra St.Olavs Hospital. Undersøkelsen gikk på effekten av to ulike metoder for å oppdage tidlig sykdom hos kvinner med arvelig høy risiko for brystkreft. Resultatet var at ny avansert MR-teknologi er mer effektiv sammenlignet med ordinær mammografi. Det er Regionalt brukerutvalg Helse Midt-Norge som står bak prisutdelingen og de begrunnet prisen med at forskningen har ført til både diagnostikk og behandling har endret seg i pasientens favør.

Nyhet



www.ntnu.no/videre

Masterprogram i helseinformatikk

30 + 30 + 60 studiepoeng

For deg som har IT- eller helsefaglig bakgrunn

- Videreutdanning tilpasset deg som er i arbeid
- To samlinger pr semester med nettbasert veiledning
- Problem- og forskningsbasert læring i flerfaglige grupper
- Problemstillinger fra eget arbeidssted

Kursstart 1. februar 2009 - søknadsfrist 1. desember 2008

Med NTNUs videreutdanning i helseinformatikk vil du bli en brobygger mellom IT- og helsesektoren.

www.ntnu.no/videre/helseinformatikk/

NTNU VIDERE

Etter- og videreutdanning ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kontakt oss:

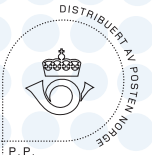
Telefon: 73 59 52 19

E-post: helseinformatikk@videre.ntnu.no

NTNU
Det skapende universitet



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