

HELSE

04/2008 – Årgang 7 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Debatt:
Bedriftsdemokrati til felles beste?
side 18 – 21

Tema:
Kommunenes rolle i samhandlingen
side 4 – 11

Familieambulatoriet:
Bedre tilbud gir ny start
side 22 – 23

Samarbeid og nye muligheter
side 2 – 3



Samarbeid og nye muligheter

Det er lagt ned et solid arbeid i det fundamentet som Helse Midt-Norge i dag bygger på. Kontroll med økonomien er en viktig forutsetning for at vi sammen skal kunne gi befolkningen i Midt-Norge gode spesialiserte helsetjenester i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten i årene som kommer. Økt basisramme med bakgrunn i Magnussen-utvalgets konklusjoner, gir oss derfor mulighet til å styrke prioriterte behandlingstilbud, investere i etterlenget medisinskteknisk utstyr og legge en langsiktig plan for fornying og utvikling av tjenestetilbudet.

I min rolle som konstituert administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF, skal jeg være forsiktig med å proklamere en ny kurs. Jeg tror heller ikke at det er nødvendig. Etter en turbulent høst som har vært krevende for enkeltmedarbeidere og omdømmemessig for oss som virksomhet, er vi igjen tilbake på riktig spor. Det er iverksatt tiltak for å ivareta en forsvarlig oppfølging av ambulanseavtaler og varslingssaker. Min viktigste oppgave er derfor å sørge for at Helse Midt-Norge både regionalt og ute i helseforetakene, holder fokus på kjerneoppgavene.

Medieoppslagene i høst kan ha skapt et inntrykk av en helseregion som befinner seg i store problemer. Jeg ser det ikke slik. Den kritikken vi har fått etter ekstern gjennomgang av anskaffelsesprosess og håndtering av ambulanseavtaler, ser vi alvorlig på, og vi skal dra lærdom av dette slik at vi blir bedre. Den andre siden av saken er at ambulansetjenesten i Midt-Norge har fått et betydelig kvalitetsløft fra 2008. Erfaringene med nye biler, bedre utstyr og kompetente medarbeidere, er svært gode – og tilbakemeldingen fra omgivelsene er også positive.

Neste år disponerer Helse Midt-Norge over 13 milliarder kroner. Det er mye penger – og allerede nå kan vi slå fast at vi i 2009 kommer til å gi behandling til flere pasienter enn noen gang før. Det betyr ikke at våre helseforetak kan stoppe opp i arbeidet med omstilling og effektivisering. Jeg har respekt for de utfordringene dette skaper både for våre ledere, ansattes tillitsvalgte og for den enkelte medarbeider. Men i en kunnskapsbasert og spesialisert virksomhet som vår, vil vi

alltid ha behov for å omstille og ta inn over oss nye måter å løse oppgavene på. Ikke minst når det gjelder samhandling og god oppfølging rundt det enkelte pasientforløp, har vi en vei å gå. Samhandling gir ikke bare bedre løsninger for den enkelte pasient, det kan også gi bedre bruk av helsekronene – og slik gi flere pasienter god og riktig behandling til rett tid og på rett sted.

Gjennom mine mange år som kreftlege, spesialist og helseadministrator, har jeg møtt mange mennesker med et stort hjerte og et sterkt engasjement på vegne av pasientene. Denne drivkraften er en stor ressurs for helsetjenesten. Derfor er det viktig for oss å gi ansatte en reell mulighet til å være med på fornyingsarbeidet. Vi trenger de kreative hodene, de effektive løsningene og de omsorgsfulle medarbeiderne.

Høstens store arbeidsmiljøundersøkelse i Helse Midt-Norge avdekket at også vi har en utfordring når det gjelder mobbing på arbeidsplassen. Samme funn er gjort i andre norske virksomheter de siste årene. Vi skal være glade for at slike forhold kommer til overflaten fordi det er først etter at man har erkjent problemet, at det er mulig å ta fatt i det. Jeg tror at alle som har et lederansvar – uansett på hvilket nivå man måtte befinne seg – bør ta med seg denne utfordringen inn i hverdagen. Det er viktig å se medarbeiderne og være tilgjengelig for dem når det røyner på.

Å skape trygget under omstilling er en krevende øvelse. En helt avgjørende forutsetning for å lykkes, er at både arbeidsgiver og arbeidstakernes representanter

deltar på en forpliktende måte. Et annet viktig bidrag er å skape forutsigbarhet. Det forsøker vi nå gjennom å tydeliggjøre årshjulet som ligger til grunn for både budsjett og planarbeid i Helse Midt-Norge. Rullering av langtidsplanen vår starter like over nyttår, og allerede da skal det legges på plass viktige premisser for budsjettåret 2010 med trinn to av Magnussen-effekten.

I denne utgaven av magasinet HELSE drøfter tillitsvalgte forutsetningene for et velfungerende bedriftsdemokrati. Vi trenger en debatt om hvordan vi sammen kan bidra til å utvikle dette. Som statlig eid virksomhet og forvaltere av et helt sentralt velferdsgode, skal spesialisthelsetjenesten være gjenstand for politisk debatt. Også våre ansatte er selvfølgelig meningsberettigede i det offentlige ordskiftet, men vi trenger også gode prosesser internt for å komme fram til gode løsninger for ansatte – og for pasientene. Da er ikke alltid megafonen det beste virkemiddelet.

Jeg ønsker å invitere til samarbeid. Det har vært en stormfull høst, men jeg ser ingen grunn til at det skal fortsette slik. Jeg har opplevd å møte motiverte medarbeidere både i det regionale helseforetaket og ute i helseforetakene, som arbeider målrettet og som er seg sitt ansvar bevisst. Omgivelsene er i sin fulle rett når de har høye forventninger til hva vi skal levere. Derfor har vi en viktig oppgave foran oss – og vi må løse den sammen!


Bjørn Erikstein
Kst. adm.dir.

HELSE – Et magasin fra Helse Midt-Norge

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

Fra blålys-behandling **til** samhandling

– Vi har en akuttmedisinsk behandlingskjede som fungerer svært bra for blålyspasienter, men ikke nødvendigvis for andre pasientgrupper. Et eksempel er kronisk syke. I dag har vi bare ett valg – å sette pasienten inn i den akuttmedisinske kjeden. Det er ikke god behandling og fører ikke til et godt resultat for pasienter med kronisk sykdom.

Anders Grimsmo er professor ved institutt for samfunnsmedisin på NTNU, og leder et prosjekt som skal øke kvaliteten på helsetjenestene for kronisk syke gjennom bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I dag preges samhandlingen av det Bård Paulsen kaller "selvgrodd systemer". Stor kreativitet har måttet til for å trenge gjennom et lite tilrettelagt og utforsket landskap.

– Etter å ha analysert dagens samhandlingsrutiner ser vi at samspeillet er dårligst når pasienten skal hjem igjen. Det er mange som ikke tenker på det, men pasienten er i gjennomsnitt dårligere ved utskriving enn ved innleggelse, og da er det viktig at samhandlingen fungerer.

Prosjektet har så langt kartlagt dagens situasjon, og skal nå i gang med å prøve ut tiltak i praksis. Fra spesialisthelsetjenesten deltar avdelinger som behandler pasienter med kols, hjertesvikt og slag ved St. Olavs Hospital i Trondheim, og Helse Nordmøre og Romsdal i Molde. Foreløpig deltar kommunene Trondheim, Hitra, Surnadal, Sunndal og Fræna og det kan bli flere etter hvert. Målet i første omgang er å dokumentere hvilke forhold som gir gode resultater. Det er særlig fire faktorer som er kritisk i samhandlingen om kronisk syke (se også faktaboks). Tidlig utskriving, rehabilitering i vante omgivelser, kompetanseoverføring og pasient og pårørendeinvolvering.

– Kommunikasjonen er god mellom legene på tvers av nivåene, men det er i dag etter utskriving liten kommunikasjon mellom annet helsepersonell, dvs. sykepleier og andre med mye erfaring

med pasienter med kronisk sykdom i spesialavdelingene og tilsvarende personell i kommunehelsetjenesten. Det er en kommunikasjonskanal som bør utvikles. Samhandlingsprosjektet om kronisk syke i Helse Midt-Norge er Norges bidrag i et større EU-prosjekt kalt "Nexes", som tar for seg samme problematikk i andre land. I følge Grimsmo er det mye å lære fra andre land, til tross for at helsevesenet fungerer ulikt. Barcelona i Spania har kommet langt innenfor samhandling, og i Athen skal det nå prøves ut nye samhandlingsrutiner som det er forventninger til.

For kommuner her hjemme i Norge er utfordringene på enda to plan. For det første må det etableres gode rutiner internt i kommunen, og for det andre må kommuner kunne samarbeide godt seg i mellom.

– Vi må finne ut om vi klarer å få til effektiv kompetanseoverføring mellom spesialistene på sykehusene og "generalistene" i kommunen. Innad i kommunen må det samarbeides tettere mellom fastlege og den øvrige kommunehelsetjenesten. Det kan være utfordrende fordi fastlegene får viktig informasjon via epikrise først en tid etter utskrivingen. Et annet spørsmål er om de minste kommunene er i stand til å yte et godt tilbud, uten at de samarbeider med nabokommunene. Vi har ikke kunnskap nok om dette nå i dag, men den såkalte "Fosenmodellen" (se egen sak) er antagelig en modell vi må se nærmere på. En av utfordringene i interkommunalt samarbeid er at det fort blir en lokaliseringdebatt som overskygger intensjonen om å skape bedre helsetjenester.

Kritiske faktorer i samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten:

- **Tidlig utskriving:** Lang liggetid øker sjansen for komplikasjoner og svekker mulighetene til rehabilitering. Når det som skal gjøres er gjort, må pasienten raskest mulig skrives ut.
- **Rehabilitering og tilbakeføring til normal hverdag** skjer best i pasientens vante omgivelser, i et miljø der pasienten føler tilhørighet.
- **Kompetanseoverføring:** Sykehuset må bidra aktivt i rehabiliteringen. De beste resultatene får vi når sykepleiere eller andre fra spesialisthelsetjenesten er med og deltar i planleggingen av pasientens tilbud lokalt i løpet av de første 48 timene etter utskrivingen. Det sikrer videreføring og tilpasning av behandlingen i sykehuset til pasientens hjemlige omgivelser.
- **Pasient- og pårørendeinvolvering:** Pasienten og pårørende må få opplæring i hvordan pasienten best mulig tar vare på seg selv etter utskrivingen. Dette er konkret opplæring på et par timer den dagen pasienten skrives ut, i eksempelvis bruk av legemidler, daglige rutiner og hvordan pasienten kan bruke helsetjenesten om noe skulle skje.



Finnsnes i Troms:

Flytter spesialistene til pasienten – ikke motsatt

Hvis det er uforsvarlig å flytte pasienten til helsetjenesten, må helsetjenesten flyttes til pasienten. Det stiller krav til at kommunene og spesialisthelsetjenesten er i stand til å samhandle. Ved Finnsnes distriktsmedisinske senter (DMS) i Midt-Troms har de løftet kvaliteten på behandlingstilbudet til geriatriske pasienter betydelig gjennom områdegeriatri – det vil si oppsøkende virksomhet og god samhandling.



– Det finnes pasienter i kommunehelsetjenesten som på grunn av manglende tilgang på kompetanse ikke får diagnose, eller i verste fall får feil diagnose. Vi har funnet en måte å samhandle på

slik at nødvendig kompetanse stilles til disposisjon for kommunene, og pasientene får korrekt diagnose og dermed et godt behandlingstilbud, sier Adri Vermeer som er overlege ved Finnsnes DMS.

Samarbeider om kompetanse

Finnsnes DMS driver oppsøkende virksomhet i ti kommuner i Midt-Troms. Utfordringen til mange kommuner er at de mangler ressurser og kompetanse til å ivareta sentrale oppgaver innen helsetjenesten. I en praktisk og hektisk hverdag er det vanskelig å avse tid, penger og folk til kurs og videreutdanning. Gjennom å samarbeide får kommunene tilgang på kompetanse de ellers ikke ville fått. Tanken er at pasienten best ivaretas der han er, i et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og

en oppsøkende spesialisthelsetjeneste. Kompetansen som stilles til rådighet gjør det mulig å stille nøyaktige diagnoser og dermed legge en god plan for den videre behandlingen. Områdegeriatrien i Midt-Troms er innrettet mot pasienter med blant annet demens, kognitive sykdommer, parkinsons og slag.

Riktig diagnose gir riktig behandling

– For mange eldre pasienter kan en innleggelse være til hinder for at riktig diagnose stilles. Transport og alt som skjer ved en innleggelse kan skape forvirring hos pasienten, uavhengig av demens eller den øvrige tilstanden, og det vil være umulig å stille en riktig diagnose. Dette må skje i pasientens vante omgivelser.

Det er vanlig å betrakte samhandling mellom nivåene som at spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å spille kommunehelsetjenesten god. Ordningen med områdegeriatri stiller også krav motsatt vei – at kommunene har et ansvar for å spille spesialisthelsetjenesten god.

Kommunene må legge tilrette

– For det første må kommunene sørge for et effektivt samarbeid seg i mellom. I Midt-Troms er det etablert en interkommunal utviklingsenhet som koordinerer og tilrettelegger. For det andre må kommunene hver for seg gjøre noen praktiske og økonomiske prioriteringer slik at ansatte har reelle muligheter til å delta i blant annet samarbeidsmøter og undervisning. Og til sist må det legges til rette for at kunnskapen blir formidlet videre innad i kommunen.

Livskraftig samarbeidsmodell

– Styrken i vårt arbeid er at vi over tid har vist at områdegeriatri er mulig, og at både kommuner og pasienter er tilfredse. En slik organisering er livskraftig. Om vår modell er direkte overførbar til andre kommuner og gir kostnadsbesparelser, er vanskelig å dokumentere. Men at nærhet til hjemmet og egen kommune er et bedre alternativ enn innlegging, er dokumentert, avslutter Vermeer.

Fosenhalvøya:

Interkommunalt samarbeid som fungerer

Da nytt sykehus skulle bygges i Trondheim, med redusert liggetid og sengeantall som krav, satte åtte kommuner på Fosenhalvøya i Sør- og Nord-Trøndelag seg sammen. Spørsmålet de stilte var om de kunne møte de nye kravene bedre sammen, enn hver for seg. I dag er det mange som kaster blikket mot samarbeidet som har blitt kjent som ”Fosenmodellen”.

Vidar Daltveit, som er daglig leder i Fosen Regionråd mener et av suksesskriteriene var at kommunene løftet blikket over eksisterende samarbeid med lokalsykehuse, og i stedet siktet mot det regionale helseforetaket.

– Vi var åtte kommuner tilknyttet flere lokalsykehus. For å få til et samarbeid mellom kommunene, søkte vi samarbeid mot Helse Midt-Norge RHF, som en overbygning for lokalsykehuse. St. Olavs Hospital ville også være en svært viktig samarbeidspartner. Et viktig poeng for oss var å beholde de spesialisthelsetilbudene som allerede eksisterte på Fosen, og finne ut hvordan de skulle gjøres mest mulig tilgjengelig for alle.

Et konkret resultat av samarbeidet er Fosen distriktsmedisinske senter (Fosen DMS), hvor en stor del av aktivitetene er lokalisert på Brekstad i Ørland kommune. Daltveit innrømmer at lokaliseringsdebatten er levende også blant fosenkommunene, og noen av de kommunene som ligger lengst unna har signalisert skepsis. Dette har kommunene løst gjennom eierstrukturen der de kommunene som ligger lengst unna har færre eierandeler enn de som ligger nærmest Fosen DMS.

– Det er et sterkt ønske blant alle kommunene at Fosen DMS ikke bare skal være en bygning som står på Brekstad, men også en ramme for desentraliserte tjenester i alle de åtte kommunene. Det er fullt mulig å tenke seg at flere av tjenestene kan gjøres ambulerende, som for eksempel audiograf-tjenesten. Denne tanken er viktig for å sikre at politikerne skal gi sin støtte til samarbeidet. Som en del av samarbeidet om Fosen DMS har kommunene investert i videokonferanseutstyr og etablert rutiner for kompetansebygging der det sikres at fagfolk i alle kommunene kan holde seg oppdatert. Kommunene har også etablert et helse- og omsorgslederforum der aktuelle saker drøftes regelmessig. For tiden er kommunene blant annet opptatt av å få til en felles samfunnsmedisiner.

”Fosenmodellen”

- Et samarbeid mellom 8 kommuner på Fosenhalvøya i Sør- og Nord-Trøndelag, St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge RHF for å skape bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidet er etablert fordi kommunene skaper et bedre tilbud til sine innbyggere i felleskap enn hva de er i stand til hver for seg.
- Følgende kommuner er med: Osen, Roan, Åfjord, Bjugn, Ørland, Rissa, Leksvik og Mosvik.
- Kommunene eier og driver Fosen DMS i felleskap, men har ulike eierandeler.



Vidar Daltveit,
daglig leder i
Fosen Regionråd



Det private **Og** det offentlige jobber sammen

Pilotprosjektet for samhandling mellom private rehabiliteringsinstitusjoner i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag har vært krevende, både med tanke på den korte tiden og de omfattende tiltak som skal utvikles, implementeres og evalueres. Likevel har prosjektet vært spennende og nyskapende i forhold til framtidige samhandlingsmodeller.

”Den tidligere praksis har vært mangelfull og uoversiktlig. Det har vært **fravær av koordinering** noe som kom klart fram i et kartleggingsarbeid høsten 2007”

Bakgrunnen for pilotprosjektet er at ansvaret for finansiering av private rehabiliteringsinstitusjoner nå ligger hos de regionale helseforetakene. Tidligere lå dette ansvaret hos Rikstrygdeverket (RTV). Den nye helselovgivningen fastlegger at de private institusjonene er en del av spesialisthelsetjenesten.

– Målet for omleggingen har vært å oppnå sterkere integrering mellom helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene når det gjelder gode pasientforløp og derved hensiktsmessig ressursforbruk, sier prosjektleder Kari Bratland Totsås.

Relasjoner

Oppdragsgiver er Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag er prosjekteier. Oppstart av prosjektet var august 2007 og avsluttes nå i desember. Nord-Trøndelag har fire rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Den største utfordringen har vært å få etablert en samhandlingsprosess basert på likeverdighet og tillit mellom aktører som tidligere ikke har hatt formaliserte samhandlingsrutiner. Gode relasjoner, felles forståelse av utfordringene, avklarte ansvarsforhold og skriftlige avtaler mellom aktørene har vært viktige virkemidler i dette arbeidet.

– Våre konkrete mål har vært å få synliggjort rollene til de fire rehabiliteringsinstitusjonene, og vise at de er en viktig aktør som i dag utgjør en betydelig del av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i Nord-Trøndelag. Som en følge av dette skal det etableres gode pasientforløp der den totale ressursmengden skal være benyttet på best mulig måte. Dette forutsettes på sikt å styrke og forbedre behandlingstilbudet for rehabiliteringspasienter, sier Bratland Totsås.

Mandatet er i tråd med de krav rehabiliteringsinstitusjonene har fått i sine avtaler med HMN. Det skal blant annet forbedres/opprettes mottak og saksbehandling av

henvisninger, prioriteringer og inntak av pasienter. Det forutsettes at de nye tiltakene som er iverksatt skal bli en forbedring for pasienten.

– Den tidligere praksis har vært mangelfull og uoversiktlig. Det har vært fravær av koordinering noe som kom klart fram i et kartleggingsarbeid høsten 2007. Pasienter som ikke har fått plass på ønsket institusjon har i mange tilfeller forblitt uavklarte. Nå vil pasienten få rask tilbakemelding på sin henvendelse. Dersom man ikke har fått ”godt nok” behandlingstilbud lokalt, har henvisningsmottaket ansvar for å videresende søknader til aktuelt behandlingststed lokalisert et annet sted.

Samarbeid

Som et tillegg i mandatet har fastlegene blitt tatt med i prosjektet som en viktig aktør når det gjelder henvisningspraksis og ressursforbruk. De står for ca. 40 prosent av alle henvisninger. Kommunehelsetjenesten er en svært viktig aktør i samhandling når det gjelder pasienter med rehabiliteringsbehov. Dette er noe som vil ha et sterkt fokus i tiden framover. Helse Midt-Norge har utvidet prosjektmandatet ved å be om koordinering og samordning av ferie- og høytidsavvikling. Et problem tidligere har vært at det ikke har vært noen samkjøring mellom institusjonene og/eller sykehusene i forhold til ferieavvikling. Konsekvensen har vært for tilfeldig kapasitet og usikkerhet både hos pasienter, pårørende og henvisere.

– Nå har alle institusjonene i dialog med hverandre og sykehusene satt opp ferieplan og koordinert dette sammen, slik at det vil være forsvarlig rehabiliteringskapasitet ved ferier og høytider. – Samhandling og videreføring av tiltak etter prosjektslutt har hatt et stort fokus. For å få dette til må det etableres felles formelle samhandlingsfora. Dette har resultert i en samhandlingsavtale mellom

helseforetak og rehabiliteringsinstitusjoner med modell fra ”Basisavtalen” mellom HF og kommuner. Fra årsskiftet 08/09 vil rehabiliteringsinstitusjonene være representert i samarbeidsutvalget.

Interesseområder

De private institusjonene og Helse Nord-Trøndelag har nå gjennom et felles utviklingsarbeid etablert omforente retningslinjer å jobbe videre etter. Samarbeidet har gått over all forventning og Bratland Totsås er imponert over det engasjement og den fleksibilitet som har vært utvist både fra rehabiliteringsinstitusjonene og sykehusene.

– Jeg har stor respekt for hvordan institusjonene har tilpasset seg hverandre og helseforetaket for å få til de nye ordningene. Det er jo fortsatt slik at alle har sine egne interesser, og på noen områder konkurreres det. Dette er noe vi har hatt i bakhodet hele veien, men det har ikke vært alvorlige interessekonflikter. Det vises vilje og ønske om å være med å bidra til endringer tilpasset nye krav til samhandling og gode pasientforløp. Vi har foreløpig ikke hatt noen form for uttalt misnøye og det virker som de mange involverte i prosessen så langt har vært fornøyd under prosjektperioden.

Med utgangspunkt i de konkrete oppgavene vil driftsåret 2009 bli et implementeringsår. De nye samhandlingsrutinene må få mulighet til å feste seg, tilpasses og justeres. Dette vil være av betydning også i forhold til erfaringsoverføringsverdien denne ”modellen” for samhandling kan ha for andre.

Før prosjektslutt vil det foreligge prosjektrapport. Pilotprosjektet er underlagt ekstern evaluering som også forventes å foreligge innen utgangen av desember.

E-samhandling

– til det beste for pasienten

Som pasient vil du nå oppleve mer effektivitet og trygghet i kontakt med helsevesenet. Som helsearbeider vil det bli enklere å innhente viktig informasjon og kommunisere med andre aktører i helsevesenet.

E-samhandling er et begrep som har til hensikt å strukturere og effektivisere hverdagen innenfor helsesektoren. Det vil blant annet si at fastlege og sykehus kan kommunisere elektronisk ved henvisning av pasient. Pasienten kan da komme fortere inn til behandling.

– Legen sender henvisningen direkte via et eget elektronisk system. På sykehuset vil henvisningen bli mottatt og fordelt til riktig avdeling. I dag sendes alle henvisninger per post, sier IT-sjef Arild Pedersen.



Fordeler

Når pasientinformasjon skal sendes elektronisk, stilles det strenge krav til sikkerhet og teknologi.

– Sikkerhet er viktig og den teknologiske løsningen vi sitter med i dag tilfredsstiller kravene, slik at informasjon ikke kommer på avveie. Løsningen er blant annet kryptert slik at den ikke kan leses av uvedkommende. Dette systemet vil være på plass i løpet av 2009 – 2010 i alle landets sykehus.

Det arbeides også nasjonalt med et system for deling av informasjon knyttet til pasientjournaler. Dette vil gi en fordel for pasienter som får et tryggere møte med helsevesenet ved at man for eksempel unngår feilmedisinering. For legen vil det gjøre arbeidet enklere ved å få tilgang til relevant pasientinformasjon. I praksis vil dette si at uansett hvilken lege du går til, skal vedkommende kunne ha tilgang til

relevant journalinformasjon om deg uten å måtte gå lange omveier for å få tak i dette.

– Denne løsningen vil komme, men per dags dato begrenser blant annet lovverket oss i forhold til de reglene som er fastsatt av datatilsynet og helsetilsynet i forhold til tilgang til sensitiv informasjon.

Helsedepartementet er nå i gang med en prosess hvor det blir foreslått en endring av lovverket, sier Pedersen.

Informerende

”Roadshow med telemedisin” har blitt brukt som et verktøy for å informere og få teknologien i bruk.

– En slik teknologi gir oss store muligheter til å samarbeide på tvers av kommune-, sykehus-, og landegrenser. En fastlege på Smøla kan sende et bilde av et eksem til en hudspesialist i Trondheim og få råd om videre behand-

ling. På den måten kan man utnytte hverandres kompetanse på en effektiv og lite ressurskrevende måte.

Denne formen for teknologi åpner også for at pasienter kan være mer hjemme i stedet for å ligge på sykehus. De kan for eksempel påføres sensorer på kroppen som logger informasjon direkte til sykehuset og som igjen kan gi direkte svar til pasienten eller hjemmesykepleier om det som bør gjøres. Dette er et godt tilbud til såkalte ”svingdørpasienter” som nå kan få et bedre tilbud ved å være hjemme.

– Disse trenger ikke lenger komme inn på sykehuset bare for å ta en prøve, og man kan også unngå mange akutte innleggelser. Dette vil være lønnsomt for alle parter. Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder helseutgifter per pasient. På denne måten blir det mer ressurser igjen til de som virkelig trenger det, mener Pedersen.

Hvem som har ansvar for behandling der mange aktører er inne i bildet må avklares og formaliseres, og det er en utfordring det fortsatt arbeides med.

– Vi har teknologien utviklet og nå er det bare å bruke den. Organiseringen som står igjen vil forhåpentligvis bli avklart i løpet av kort tid. Det er viktig å skissere mulighetene E-samhandling gir oss slik at brukerne av helsetjenesten kan være med å påvirke at de får raskere, tryggere og bedre oppfølging.



”**Sikkerhet** er viktig og den teknologiske løsningen vi sitter med i dag tilfredsstiller kravene, slik at informasjon ikke kommer på avveie”

Bedrifts demokrati i motvind?

Er det en stadig kamp mot fordommer og bedre vitende, eller er bedriftsdemokratiet for alltid godt etablert og forankret i organisasjonen? Har vi tilstrekkelig respekt for den ressurs som ligger i ansattes referanser, eller setter vi de tillitsvalgte i klem ved å be dem ivareta to uforenelige hensyn? Vi spurte to av de som har opplevd noen stormkast.

Vi er på rett vei

Medbestemmelsesretten praktiseres nok forskjellig og noen ganger går det for fort. Det blir mest merkbart i forbindelse med de store budsjettsakene som kommer på høsten, men jeg opplever klart at vi er i ferd med å bli bedre, mener Jon Helle, som er regional tillitsvalgt for Akademikerne.

– Når det blir støy, skyldes det som regel at prosessene går for fort og det blir fattet vedtak på toppen der konsekvensene ikke er godt nok avklart i underliggende enheter. Organisasjonen er jo under et konstant tidspress og da kan det av og til gå litt fort i svingene. I praksis ser vi at gode prosesser alltid blir mest energiøkonomisk fordi vi slipper ståk og ekstra runder. Gode prosesser er alltid nøkkelen til god forankring. Det er alltid lettere å akseptere vedtak som kommer etter gode prosesser, enten man er enig eller ikke.

Årshjulet hjelper

Helse Midt-Norge skal fra 2009 ta i bruk det såkalte årshjulet som planleggingsverktøy og Helle fremhever dette som et godt hjelpemiddel for å få bedre prosesser og vedtak.

– Her er alle de store milepælene i løpet av året satt inn. Derfra kan vi se når de ulike sakene må til behandling i forskjellige utvalg. Vi sikrer oss riktig prosess og behandlingstid før beslutningene fattes.

Jon Helle har vært tillitsvalgt siden 1996 og er første vararepresentant til styret i Helse Midt-Norge. Noen ganger kan nok de avgjørelsene man må fatte i styret, oppleves som ubehagelige for en tillitsvalgt.

– Det skjer ikke ofte, sier Helle, men det kan nok rykke litt i foten noen ganger og jeg kan nok få lyst til å være mer smalsporet enn plikten og fornuften tilrår. Det er helst der jeg kan ha faglige eller fagpolitiske grunner til å mene noe annet enn budsjettrammene tilsier.



Foto: Christian Nilsen



Som styremedlem må jeg bare akseptere at det er hensynet til helheten som må gå foran, selv om jeg jo ser det som min oppgave i styret å representere så vel pasienter som ansatte. Oppdraget mitt er helseforetakets beste, men i kraft av faget mitt kan jeg spille inn andre momenter enn resten av styret.

Vi representerer jo ulike grupperinger i et slikt styre og det faller seg naturlig at vi har litt ulike innganger til sakene.

Manglende forutsigbarhet

Helle medgir at det kan oppstå noen konflikter i spennet mellom det som er medisinskteknisk mulig og økonomisk realistisk.

– Det spriket vil alltid være der, og vi må erkjenne at det er de pengene vi har til rådighet, vi kan bruke, sier han.

– For tiden kan det nok være et like så stort savn og like frustrerende at det er

sådd tvil om fremtiden til det regionale leddet i foretaksmodellen.

Jeg skulle gjerne ha sett at Stortinget samstemt kom frem til en organisering av helsevesenet, slik de for eksempel klarte å bli enige om pensjonsreformen. Da kunne vi ha planlagt bedre for fremtiden. Får vi et regjeringsskifte, deles kortene ut på ny og de regionale helseforetakene kan få en helt annen rolle enn før, eller forsvinne.

– Vi kan ikke la denne usikkerheten påvirke de beslutninger vi tar i dag, vi må bare lojalt forholde oss til dagens ordninger. Men så lenge vi ikke vet hvordan framtida blir, så får vi kanskje ikke den handlekraften vi burde ha hatt.

De viktige signalene

Jon Helle er ikke bare tillitsvalgt og psykiater. Det hender han observerer luftigere objekter enn sjelens irrganger

og menneskets fantasi. Det kan være en svartstrupe i Åfjord eller en rødhalsgås på Snåsa som loggføres og fotograferes. Han supplerer gjerne samlingen av landskaps- og fuglebilder.

– Mennesker og fugler har det til felles at de er lojale og helst unngår å bryte det vante mønsteret. Og når man sier i fra at noe er galt, skal andre lytte. Det er alltid fornuftig for ledelsen å lytte når tillitsvalgte signaliserer uro og misnøye. Ledere bør lære seg å reagere raskt på slike signaler. Når vi sier i fra, er det ikke en eller to som surmuler eller noe som vil gli over av seg selv. Det er gjerne en gruppe som ser noe man må si i fra om. Slike signaler skal man ta på alvor, det er godt bedriftsdemokrati og god ledelse i praksis.

Formelt representerer vi de ansatte. I praksis er vi, som resten av styret, ute etter kvalitet på tjenestene og befolkningens behov. Innenfor de rammene vi har, prøver vi å legge til rette for det beste pasienttilbudet samtidig som vi tar vare på interessene til alle ansatte. Det trenger ikke være noen motsetning mellom de to hensynene.

Avhengig av tillit

– Dette er et verv, ikke en jobb. Jeg kan ikke sparkes, men er avhengig av tillit fra ansatte og troverdighet hos andre styremedlemmer. Jeg må ha kvalifiserte grunner for å ta de valgene jeg gjør. Alle ansatte kan ringe meg og ta opp ting, men ingen kan kreve å få medhold.

– Som styremedlem må jeg forholde meg til de vedtakene som fattes, også de jeg selv har stemt i mot. Er beslutningen tatt, så er den tatt. Omkamper er verken ansatte eller pasienter tjent med. Da er oppgaven min å bidra til at beslutninger blir gjennomført på best mulig måte. Slik er demokratiet og slik må det være.

Wøhni påpeker at Unio lokalt er bevisste på å holde et drøftelsesregime. De innhenter meninger fra de lokale tillitsvalgte og legger alltid ved uttalelser og drøftelsesprotokoller, det er viktig å være så åpen som mulig.

– Alle som vil, skal ha lett adgang til all den informasjon de har krav på, hevder hun.

– Samtidig må vi være bevisste på at når sakene har blitt saker, så handler det om ta beslutninger. Da er det for sent med nye høringsrunder.

Flere fagfolk

Et helsevesen i omstilling krever store tilpasninger til en ny tid.

– Jeg har sterk tro på det offentlige helsevesenet, både det rettferdige i systemet og logikken i at det offentlige eier kompetansen og bruker den til alles beste. Det er bare slik vi kan prioritere pasientgruppene, rus og psykiatri, kronikere og syke eldre. Disse vil bli store pasientgrupper i årene som kommer og vil kreve en annen organisering og funksjonsfordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten, med riktig kompetanse på riktig plass. Det vil også kreve en kontinuerlig prosess for å rekruttere nok fagfolk. De kommer ikke hvis det ikke satses, og i første rekke er det utdanningskapasiteten som må opp.

Økonomi og politikk

De store endringene som helsevesenet vil møte, krever også innsats innenfor etter- og videreutdanning. Det vil bli stilt krav om rett ressursbruk til rett tid, noe som kan invitere til en motsetning mellom politikk og økonomi. Wøhni er ikke helt enig:

– Vi må forholde oss til de økonomiske rammene, alt annet er uansvarlig og betyr at vi vil være ute av stand til å prioritere. Det er samtidig lov å ha politiske meninger, men vi skal være bevisste og tydelige på når det er politisk budskap vi vil signal-

isere til departement og helseminister. Slik som problemstillingene rundt kapitalkostnaden og investeringer til store sykehusutbygginger som rammer Helse Midt-Norge hardt. Lånekostnadene finansieres over samme budsjett som pasientbehandlingen. Dette må få en politisk løsning. Det er lettere og mer legitimt for ansatte sine representanter å være politisk orientert, men likefullt viktig – og nødvendig – å være konsekvent.

– Kan man noen ganger oppleve å bli litt gissel?

– Det er noe av utfordringen ved et slikt verv. Det balanseres da også mot at vi blir hørt og får gjennomslag rett som det er. Det er jo nettopp dette som er demokrati, enten det er i bedriften eller andre steder.

Bedriftsdemokrati gir bedre pasientbehandling

Ellen Marie Wøhni er anestesisykepleier, regiontillitsvalgt og styremedlem i Helse Midt-Norge, og ikke i tvil om at bedriftsdemokratiet gir bedre beslutningskvalitet og pasientbehandling.

Helsevesenet vil i framtida bli preget av omstillinger. Da er det klokt å lytte til de ansatte som skal gjennomføre omstillingene, det sparer også tid når forandringene skal settes ut i livet.

Foto: Christian Nilsen



Spillereglene for bedriftsdemokratiet er gitt av avtaleverket og følges etter Wøhni syn for dårlig opp av ledelse og ansatte ved Helse Midt-Norge. Ansatte og tillitsvalgte på alle nivå i organisasjonen må tas med på råd når omstillinger skal gjennomføres. Ansatte må være proaktive og etterspørre gode prosesser. Noen ledere vil mest av alt vise handlekraft, og kan nok synes at avtaleverket er plunder og heft. De fleste skjønner likevel at bedriftsdemokratiet sikrer økt kvalitet på beslutningene og bidrar med et bredere perspektiv. Ikke minst på arbeidsmiljø, på faktorer som kan sikre at endringer blir vellykket.

Nedstemt, aldri oversett

– Det er krevende å skape et godt klima for omstillinger, særlig når det haster. Etersom endringer blir den nye hverdagen, er det viktig at vi lykkes. De som skal gjennomføre endringene må bli hørt.

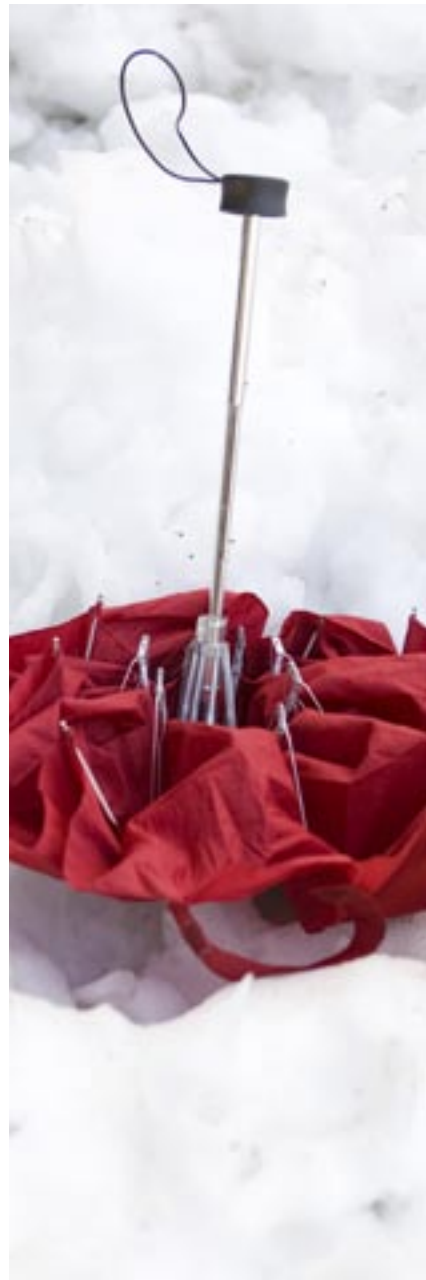
Det gir motivasjon for å legge alle gode krefter til. Wøhni understreker at dette ikke handler om alltid å få gjennomslag eller medhold, men om å bli sett og hørt. – Vi tåler å bli nedstemt, men ikke å bli oversett.

Ellen M. Wøhni er regional tillitsvalgt for sykepleierne, anestesisykepleier og tillitsvalgt siden 1997. Bypatriot med lidenskap for bridge og Dum Dum Boys og et sterkt engasjement for Rosenborg. Hun er medlem i klubbens valgkomité, og vant til å håndtere interessekonflikter på tribunen, i komiteen og på jobben. Styremedlem i Helse Midt-Norge siden 2001 og bevisst på at det innebærer flere hensyn å ta.

– Hensynet til de nasjonale, regionale og lokale utfordringene er selvsagt en utfordring. Vi er fire ansatterepresentanter i styret for Helse Midt-Norge.



Fotos: Christian Nilsen





Til felles beste?



Fotos: Christian Nilsen

Helse Midt-Norge har rundt 15.000 ansatte som er organisert i ulike fagforeninger og interessegrupper som kjemper for sine medlemmers interesse. Samtidig har alle et ansvar for ”fellesskapets beste” og, ikke minst, pasienten. Hvordan utøves bedriftsdemokratiet i Helse Midt-Norge i dag – fungerer det slik det skal?

Vi har blant annet sett at mange saker innenfor helsetjenesten foregår i to omganger. Første omgang foregår før vedtaket og andre omgang etter at vedtaket er fattet. Det kan tolkes både som mangel på respekt for både vedtaket og bedriftsdemokratiet. Men det kan også tolkes dit hen at bedriftsdemokratiet fungerer og at interessegruppene har reell makt til å påvirke utfallet.

Vi inviterte sentrale personer innen Helse Midt-Norges bedriftsdemokrati til å si sin mening:

- ▶ Elise Vegsund, foretakstillitsvalgt NITO/SAN i Helse Sunnmøre
- ▶ John Olav Berdahl, regionalt hovedverneombud Helse Midt-Norge
- ▶ Knut Ivar Egset, tillitsvalgt for Fagforbundet, Helse Nordmøre og Romsdal
- ▶ Peter Himo, tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund og ansatterepresentant i styret, Helse Nord-Trøndelag

Hvordan mener du at bedriftsdemokratiet fungerer i Helse Midt-Norge i dag? Hvordan får vi et bedriftsdemokrati som fungerer til felles beste – på tvers av helseforetak og fagområder?

Elise Vegsund:

Det at Helse Midt-Norge valgte konsernutvalgsmodellen framfor konserntillitsvalgte i heltidsstillinger mener jeg var en klok avgjørelse for demokratiet. Vi har dermed en samarbeids- og drøftingsarena som er tilpasset at vi er flere helseforetak. Vi får høre hverandres synspunkt i saker, da vi har forskjellige utfordringer og ståsted. Jeg opplever at arbeidsgiver er interessert i å høre hva vi tillitsvalgte mener, uten at dette nødvendigvis betyr at vi alltid blir hørt. Tillitsvalgte har en rolle som ”vaktbikkje” men vi er også blitt mer politikere enn tidligere, og vi må håndtere mange store og kompliserte saker. Vi er ikke spesialister på alle områder, og er prisgitt den informasjonen vi får i saksutredninger. Derfor blir en slik drøftingsarena spesielt viktig.

John Olav Berdahl:

Ut i fra et arbeidsmiljøperspektiv er det viktig at vi verneombud og hovedverneombud blir sett på som en samarbeidspartner og støttespiller, og ikke en bremsekloss. Verneombudsgruppen i foretakene er store og vi har mye nyttig informasjon og erfaringer å komme fram med. For at dette skal kunne fungere til felles beste, er det viktig at vi har en arena og møtefora der disse meningene kommer opp, og at det er en mulighet for at vi blir hørt. Disse møtene må komme i god tid før vedtak blir fattet. Det er tradisjon for at man til stadighet er i tidsnød når slike viktige arbeidsmiljø saker skal diskuteres. Det handler rett og slett om respekt overfor hverandres

arbeidsoppgaver, og at ledelsen legger godt til rette for samarbeid, signaliserer at vi har forståelse for at vi har ulike roller i dette arbeidet.

Knut Ivar Egset:

Bedriftsdemokratiet virker godt ovenfra og ned, men ikke så godt andre veien. Det går alt for kort tid fra organisasjonen orienteres til store beslutninger skal fattes. Til tider skal det gå så fort at det er uforsvarlig. Jeg tror at bedriftsdemokratiet ville fungere bedre om HF'ene og vi tillitsvalgte fikk bedre tid på oss, særlig i viktige saker. Det er viktig at alle som inviteres inn i en prosess har reell mulighet til å påvirke utfallet.

Peter Himo:

Demokratiet fungerer bedre og bedre på de aller fleste områdene. Etter at vi ble foretak har det vært en markant forbedring med stadig mer åpenhet i prosesser. Før 2002 kunne vi som tillitsvalgte oppleve at opplysninger bevisst ble holdt skjult for oss. Det opplever vi ikke lenger nå.

Men det er ennå rom for forbedringer, særlig i forbindelse med aktiviteter i tilknytning til budsjettprosessene. Vi som tillitsvalgte kommer alt for sent inn i prosessen til å kunne komme med reelle bidrag. Jeg kunne ønske meg tidligere involvering og større åpenhet slik at det er mulig å sette seg inn i sakene, og dermed være en reell bidragsyter.





”Det er blitt lettere etter hvert å se at vi er en region og det er ”vi” og ikke ”dem og oss”.”

Elise Vegsund, foretakstillitsvalgt NITO/SAN i Helse Sunnmøre

Hvordan balanserer du som tillitsvalgt/verneombud din rolle mellom å representere din gruppe og fellesskapets beste? Er det noen gang konflikter ?

Elise Vegsund:

Jeg har hatt en klar oppfatning av at vi trenger endringer i helsevesenet, ved at vi må forvalte våre ressurser bedre til det beste for pasienten. Vi som tillitsvalgte er selvfølgelig som alle andre preget av den referanserammen vi har, og igjen er det å ha en arena for drøftinger både lokalt og regionalt viktig for å lettere kunne se helheten i det vi holder på med. Det er blitt lettere etter hvert å se at vi er én region og det er ”vi” og ikke ”dem og oss”. Det er likevel ikke til å komme bort fra at det å få hele helsereformen inn over seg, samtidig med at det skulle bygges et nytt universitetssykehus i Trondheim har vært særdeles krevende.

John Olav Berdahl:

Vi må som sagt ikke glemme at vi har ulike roller, og at dette kan utfordre enighet og forståelse. Det som er viktig å huske er at vi må være profesjonelle på det å skille sak og person. Jeg vil helt klart bemerke at vi som verneombud og ledelsen for HF og RHF har felles mål. Vi skal utrette vårt arbeid på en slik måte at vi får mest ut av helsekronene, uten at det skal gå ut over de ansattes helse, miljø og sikkerhet. Men at vi kan ha en diskusjon og til tider være uenig, er helt

ok. Det signaliserer at vi er individer som tenker forskjellig. Så lenge vi er det, vil det komme diskusjoner, men det er disse diskusjonene som gjør det interessant å jobbe med dette. Det å se saker fra ulike sider og perspektiv, gjør at man etter hvert ser muligheter og løsninger på en annen måte. Artig... Jeg vil ikke gå så langt at jeg vil kalle dette for konflikter, men kanskje mer at vi har ulikt syn. Ordet konflikt er mye mer innviklet og inneholder mye mer følelser, og veldig vanskelig å finne løsning på.

Knut Ivar Egset:

Selvsagt oppstår det konflikter. Men jeg tror konfliktene handler mer om at vi er uenige om hva som faktisk er til fellesskapets beste, enn at interessene faktisk er motstridende. Det er mange indre spenninger i Helse Midt-Norge, men det vi alle har felles er at vi ønsker en helse-region som fungerer og gjør det bra.

Peter Himo:

Ja, det er noen ganger konflikter mellom de forskjellige rollene en har. Jeg har en rolle til daglig som representant for sykepleierforbundet sine medlemmer og en annen rolle i styresammenheng som representant for alle ansatte. Det sier seg selv at jeg ikke kan agere på samme måte i et styremøte som i et møte der jeg representerer sykepleierforbundets medlemmer. Jeg vil understreke at det aldri har dreid seg om alvorlige interessekonflikter, men det har hendt at jeg har måttet tenke nøye gjennom hvordan en ordlegger seg enkelte ganger.

Hvordan kan vi best skape enighet om felles spilleregler slik at vi unngår omkamper ?

Elise Vegsund:

En av utfordringene med å få demokratiet til å fungere er tidspresset. HMN har ofte svært dårlig tid i store og omfattende prosesser. Dette gjør det vanskelig å få drøftet sakene på en forsvarlig måte. Viktige saker må drøftes ute i det enkelte helseforetak og ikke bare i AU eller KU. Dette er vesentlig for å lykkes i for eksempel vanskelige budsjett- og omstillingsprosesser. Dersom berørte parter skal være lojale mot vedtak, så må de også ha vært en del av prosessen, og dermed ha fått et eierforhold til vedtaket.

John Olav Berdahl:

Man kan alltid skrive ned felles spilleregler og trykke de opp på glanset papir, for så å henge det opp på alle møterom og spiserom, uten at det trenger å føre til noen forbedringer. Gjennom at vi viser hverandre respekt, kan vi skape en kultur og holdninger, slik at vi kan diskutere høyt og lavt, uten at man føler seg tråkket på. Slik kultur bygges opp av tillit over tid. Partene må kunne stole på hverandre. Det å kunne stole på, er også et tegn på respekt. Det handler om å ha et åpent og ærlig samarbeidsklima. Vi må i større grad bruke begrepet «oss», og ikke «dem og vi». Verneombud og tillitsvalgte representerer de ansatte, og skal man påvirke de ansatte til å gjøre en god jobb og yte det beste, så er det viktig at vi har felles forståelse



”Man kan alltid skrive ned felles spilleregler og trykke de opp på glanset papir, for så å henge det opp på alle møterom og spiserom, uten at det trenger å føre til noen forbedringer.”

John Olav Berdahl, regionalt hovedverneombud Helse Midt-Norge

for hvilken retning man skal gå. Man kan ikke drive og løpe rundt etter sitt eget forgodtbefinnende. Det hadde blitt et lite effektivt helsevesen.

Knut Ivar Egset:

Vi har allerede formelle spilleregler gjennom hovedavtalen. De er det viktig å følge. Dernest må vi få sørge for at prosesser ut i organisasjonen for øvrig blir så gode som mulig. Særlig i store og viktige saker er det viktig med åpne prosesser der alle forstår hva som skjer, og har anledning til å sette seg inn i konsekvensene av det som skjer. Alle som ønsker det må ha mulighet til å komme med innspill, selvsagt innen gitte tidsfrister. Jeg mener ikke at alle skal komme med hørings svar, men få anledning til å påvirke utfallet, blant annet gjennom sin tillitsvalgte.

Peter Himo:

Jeg tror det handler om at vi blir enige om noen viktige prinsipper og spilleregler for selve prosessen, før vi begynner å drøfte de konfliktfylte temaene som angår interessegruppene eller helseforetaket spesielt. Da blir det lettere for alle parter å være med på vedtak som kan være vanskelige for enkelte når en har drøftet og blitt enige om en del prinsipielle ting først.



Foto: Christian Nilsen



”Til tider skal det gå så fort at det er uforsvarlig.”

Knut Ivar Egset, tillitsvalgt for Fagforbundet, Helse Nordmøre og Romsdal



”Før 2002 kunne vi som tillitsvalgte oppleve at opplysninger bevisst ble holdt skjult for oss. Det opplever vi ikke lenger nå.”

Peter Himo, tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund og ansattrepresentant i styret, Helse Nord-Trøndelag

Bedre tilbud for de som ønsker en ny start

Alle barn fortjener en god start på livet med trygge og gode omgivelser. Det er likevel ikke alle som har de beste forutsetningene for å gi barnet sitt denne starten på grunn av rusrelaterte og/eller psykiske problemer. Familieambulatoriet er et tverrfaglig prosjekt som har som mål å bedre tilbudet til familier som er i en slik livssituasjon.

Familier med rus- og/eller psykiske problemer har et annet utgangspunkt og en annen ballast med seg enn mennesker uten disse problemene. I dag finnes det ulike tilbud som hjelper familiene som sliter, men det er ikke godt nok. Det er et mål å få et tilbud som ivaretar både foreldre og barn samtidig. Derfor har prosjektet "Ambulatoriet" blitt etablert.

– Det er bred enighet om at tilbudet i spesialisthelsetjenesten til småbarnsfamilier med rusrelatert/psykiatrisk problematikk ikke er tilfredsstillende, verken på landsbasis eller i vårt eget fylke. Helse Nord-Trøndelag vil endre denne situasjonen ved å etablere et tverrfaglig spesialisert tilbud, Familieambulatoriet. Det er en konkretisering av regionens reviderte psykiatriplan og utformes på bakgrunn av den danske modellen "Familieambulatoriet", men tilpasses situasjonen vi har her, sier Astri Vikan, rådgiver BUP/FOU helse NT.

Tverrfaglig

Enhetsleder ved Avdeling for Rusrelatert psykiatri (ARP), Unni Kristiansen er leder for Ambulatoriet ved Namsos sykehus og er veldig fornøyd med prosjektet så langt. Et godt tverrfaglig samarbeid er et av stikkordene.

– Vi startet opp med et spesialisert team høsten 2007. Det har bestått av fagpersoner innenfor ulike områder som har jobbet sammen for å få til et bedre tilbud enn det som har vært tidligere. Ambulatoriet tilbyr forebyggende behandlingstilbud, omsorg og andre tiltak som kan være med å bedre situasjonen til den berørte familien. Vi jobber i dag med familier som sammen med oss får en ny start med et mål om å bli en familie med trygge rammer, sier Kristiansen.

Egen vilje

Det legges vekt på frivillighet slik at de som er med i Ambulatoriet ikke på noen måte tvinges til å være med. Sentralt i prosessen er å etablere tillitskappende kontakt der den gravide rusmisbrukende kvinne

møtes som gravid kvinne og kommende mor, ikke som rusmisbruker. Barnet følges opp i samråd med foreldrene.

Forskning

Det skal knyttes forskning og kompetanseprogram til Ambulatoriets virksomhet. Et forskningsprosjekt som er under planlegging er kartlegging av alkohol i svangerskapet. Her har planleggingsgruppen en god veileder i forsker ved Universitetet i Oslo, Astrid Alvik.

– Dette er et spennende prosjekt som tar tak i viktige problemstillinger. Forskning i dag viser at alkohol kan skade et foster. Dette blir feil, vi vet ganske mye, og vi skal ikke undersøke dette i Nord-Trøndelag. I dag har kvinner et relativt høyt alkoholinntak, og vi ser at det gjerne er kvinner med høy utdanning og bra inntekt som drikker mest. Kvinner i dag drikker også like mye som menn, og dette blir mer sett i forhold til at vår kroppsbygning er mindre. Drikkemønsteret har endret seg, derfor er det ekstra viktig å ta tak i dette problemet.

Sosioøkonomiske problemer

– Det er ikke bare rusmidler og avhengighet som er problemet. Det å betale regninger eller det å ha en jobb er ofte manglende faktorer, men som er helt grunnleggende for å kunne starte et familieliv. Vår jobb her er å bidra slik at disse problemene løses, sier Vikan.

Prosjektet har et 6-årsperspektiv da behandlingen av familiene vil ha et langtidsperspektiv. De involverte er forskjellige, og man møter på ulike problemstillinger. Veien har for mange familier begynt, og det er et viktig arbeid som skjer i Ambulatoriet. Et arbeid som vil bedre mange menneskers situasjon, og sist men ikke minst; det vil være med å gi flere barn og foreldre den starten på livet de fortjener.



Ambulatoriet skal møte behovet for behandling av følgende grupper:

- Barn 0-6 år som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
- Mødre og fedre som er i risiko for å utvikle rusproblemer, avhengighet av alkohol eller illegale rusmidler.
- Mødre som mottar psykofarmaka under svangerskapet.
- Mødre og fedre som har kjent psykisk lidelse og/eller rusrelaterte problemer.
- Mødre og fedre med tidligere rusmiddelrelatert problematikk som trenger bistand til å opprettholde rusfrihet.

Arbeidsmiljøundersøkelsen 2008 avdekket mobbe-problem:

Vi må bry oss!

En av ti medarbeidere i helseforetakene i Midt-Norge mener seg utsatt for mobbing en eller flere ganger på arbeidsplassen i løpet av det siste året, viser høstens store arbeidsmiljøundersøkelse i Helse Midt-Norge. Nå tas det fatt i problemet og det legges konkrete planer for oppfølging. Arbeidet iverksettes umiddelbart, men er starten på et kunnskapsløft og en langsiktig kampanje for å påvirke holdninger. Mobbing aksepteres ikke, og beste medisin er å bry seg – men verktøykassen får nye redskaper.



– Undersøkelsen viser at de ansatte i helseforetakene i Midt-Norge gir positiv tilbakemelding på mange av spørsmålene. Analysene viser at vi skårer over gjennomsnittet når det gjelder positive utfordringer i det daglige arbeidet. Roller og oppgaver er definert og vi har ledere som bryr seg. I sum er dette tre faktorer som har stor betydning for hvordan medarbeidere føler at de mestrer sitt arbeid, om de føler arbeidsglede og ikke utmattelse – og om de oppgir at de har helseplager. Dette er det viktig å ta med seg i det videre arbeidet med de mer vanskelige funnene i arbeidsmiljøundersøkelsen, sier HR-direktør Sveinung Aune i Helse Midt-Norge RHF.

Oppfølging og veiledning

I forbindelse med undersøkelsen har 40 medarbeidere fått opplæring i hvordan man kan bruke resultatene til å iverksette prosesser på avdelings- og enhetsnivå. Dette er ment å være en støtte til lederne som har ansvar for å følge opp og bruke resultatene slik at man får tatt opp problemer og de vanskelige sakene på en god måte.

– Vi kommer til å følge opp det lokale arbeidet gjennom de tiltakene vi har i Helse Midt-Norges nylig vedtatte handlingsplan på HR-området og de regionale nettverkene vil bli viktige arenaer for å drøfte og iverksette felles tiltak. Vi tar grep når det gjelder vårt program for leder- og ledelsesutvikling, vi kommer til å etablere egne innsatsgrupper både regionalt og lokalt, vi skal sørge for gode prosedyrer for å håndtere mobbing og trakassering, vi skal utvikle en god ordning for varsling, vi skal bidra til et kunnskapsløft og vi skal starte en langsiktig holdningskampanje. Mobbetallene gir oss et konkret utgangspunkt for å bruke arbeidsmiljøundersøkelsen aktivt på alle nivåer i Helse Midt-Norge, sier Aune.

Trygghet for varslere

Desember 2007 vedtok Helse Midt-Norge RHF retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene. Bakgrunnen er våre kjerneverdier: Trygghet, respekt og kvalitet.

– Selv om vi ønsker at medarbeidere aktivt melder om avvik og kritikkverdige forhold gjennom etablerte rutiner for internkontroll til nærmeste leder, så trenger vi også den sikkerhetsventilen som intern varsling representerer. Gjennom varslingsakene som er kommet i 2008 har vi sett behovet for å utvikle gode rutiner og bedre kunnskap om hvordan vi som organisasjon og våre ledere skal møte slike saker. Vi må skape trygghet og sikre vern av varslerne. Samtidig må det ikke bli slik at varslingsinstituttet uthules og brukes til andre formål sier Aune.

Fra Helse Midt-Norges retningslinjer

”Arbeidstakere har i noen tilfeller en lovbestemt plikt til å varsle:

- Plikt til å varsle ledelsen om feil eller mangler som kan medføre fare for liv og helse, trakassering og diskriminering på arbeidsplassen og sykdom relatert til arbeidet eller forholdene på arbeidsplassen. Jf. AML § 2-3 (2) bokstav b,d og e.
- Verneombudet har en særskilt varslingsplikt. Jf. AML § 6-2 (3).
- Plikt, etter å ha forsøkt å varsle internt, til å melde fra til tilsynsmyndighet om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Jf. helsepersonelloven § 17.”

”Fremgangsmåte ved intern varsling

Varsling kan skje både muntlig og skriftlig. Varsel gis primært til nærmeste leder, eventuelt overordnet til nærmeste leder. Alternativt kan det gis til tillitsvalgte eller verneombud. Det er ønskelig at varsling skjer skriftlig og at varselet underskrives med navn slik at arbeidsgiver kan innhente eventuell nødvendig informasjon fra varslere og gi vedkommende tilbakemelding om hva som blir gjort i saken. Arbeidstakere kan likevel velge å varsle anonymt.”

”Analysene viser at vi skårer over gjennomsnittet når det gjelder positive utfordringer i det daglige arbeidet”

Håndbok til ny forskrift om legemiddelhåndtering

Helseforetakene i Midt-Norge samarbeider om å utarbeide en håndbok for bruk når ny forskrift om legemiddelhåndtering skal innføres. – Vi ønsker at dette verktøyet skal gjøre det enklere å håndtere den nye forskriften i helseforetakene, sier Fride Lindseth, kvalitetssjef ved Sykehusapotekene i Midt-Norge.

1. mai 2008 trådte det i kraft en ny forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Formålet med forskriften er å sikre riktig og god legemiddelhåndtering. – Dette er en forskrift vi hilser velkommen fordi den er mer tydelig på ansvarsområder og kompetansekrav innen legemiddelhåndtering. Dette er positivt både for pasienter og ansatte. Den nye forskriften vil bidra til økt pasientsikkerhet, sier Lindseth.

Viktige prosedyrer

For å sikre enhetlige tolkninger og påfølgende lik praksis i Helse Midt-Norge, har regionens fagsjefer bedt Sykehusapotekene i Midt-Norge om å utarbeide et felles verktøy for implementering av forskriften i regionens helseforetak. – I håndboken beskrives legemiddelhåndteringen som en prosess i foretakene, dermed blir det enklere å se sammenhengene og helheten. Vi utarbeider forslag til hovedprosess for legemiddelhåndtering, og vil for hvert ledd i prosessen gi føringer for implementering. I noen tilfeller vil vi utarbeide utkast til prosedyrer, i andre

tilfeller vil verktøyet inneholde forslag til endringer i eksisterende prosedyrer i foretaket. Vi gjør verktøyet tilgjengelig i permform, men legger ved en elektronisk versjon slik at foretakene enkelt kan bruke det de ønsker.

Ansvar

Håndboken utarbeides av farmasøyter med erfaring fra tilsyn i sykehus. Det er i tillegg utnevnt en referansegruppe som skal ivareta helhetsperspektivet til ansatte som jobber i legemiddelhåndteringsprosessen i helseforetakene. Referansegruppen, som består av en representant fra hvert av helseforetakene,



har forskjellig faglig kompetanse og ulik organisatorisk tilhørighet. Referansegruppen skal sikre at løsningene i verktøyet er praktisk gjennomførbare i helseforetakene.

Denne forskriften er en ansvarsreform hvor målet er å sikre forsvarlighet i arbeidet som utføres, bl.a. gjennom å vurdere realkompetansen til de som skal utføre legemiddelhåndteringsoppgaver, og ved implementering av gode rutiner i foretaket.

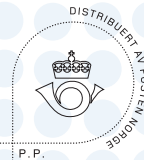
– Ansvar for legemiddelhåndteringen er nå lagt på ledelsesnivå og det er leder på operativt nivå som får ansvar for å vurdere realkompetansen til hver enkelt ansatt. Forskriften tar høyde for at legemiddelhåndtering i praksis foregår på ulike nivåer og krever ulik kompetanse, sier Lindseth.

Håndboken skal godkjennes av fagsjefene i Helse Midt-Norge, og vil ferdigstilles i begynnelsen av januar 2009. Etterlevelse av den nye forskriften vil etter hvert kontrolleres som en del av helseforetakenes internrevisjoner.





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