HELSE

01/2009 – Årgang 8 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Prioriteringsveilere
Lik praksis – mer rettferdig prioritering
side 8–11

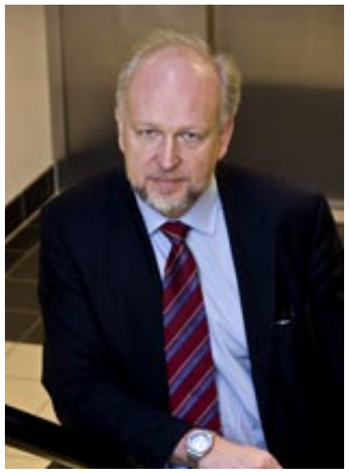
Hjelset psykiatriske sykehus
Krevende prosess – nå løftes blikkene
side 14–19

Hvor går grensen mellom kostnad og nytte?

side 20–23

Omstilling og kvalitet

Har vi lyktes med vår omstilling og utbygging av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern?
Er forventningene innfridd og opplever pasient og pårørende trygghet når innholdet i tjenesten endres?



Opptrappingsplanen for det psykiske helsevernet i Norge utløp i 2008. I løpet av programperioden er det tilført økte økonomiske ressurser, tilgangen på kompetanse er bedre og i stedet for tunge institusjoner bygger vi nå en åpen og oppsøkende tjeneste. Vi ønsker en faglig sterk og mest mulig lokalt basert tjeneste som gir støtte til pasient og pårørende slik at man mestrer sykdom og hverdag.

Helse Midt-Norge har arbeidet målrettet for å sikre et likeverdig spesialisert tilbud innen psykisk helsevern i vår region.

Det er bygget ut distriktspsykiatriske sentre og desentraliserte tjenester som nå skal utvikles videre. Molde DPS (Knausen) er åpnet og tatt i bruk i vinter, og i april er det duket for offisiell åpning av det siste skuddet på stammen, DPS Nidaros i Trondheim.

Denne våren starter vi en serie med dialogkonferanser om tilbudet innen psykisk helsevern og om grenseflaten mot tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sammen med primærhelsetjenesten skal vi trekke erfaringer fra innsatsen så langt, få fram utfordringsbildet og forhåpentligvis klare å samle oss om et felles målbilde. God samhandling både mellom tjenesteni-våer og med pasient og pårørende er avgjørende både for å skape trygghet og forutsigbarhet, men også for å sikre god ressursutnyttelse.

Magasinet HELSE har denne gangen en reportasje om omstillingsarbeidet innen psykisk helsevern i Møre og Romsdal. Utfordringene har vært mange i denne prosessen. Vi har i stor grad lykkes med å bygge opp tjenestetilbudet på Sunnmøre, mens det har vært langt mer krevende å bygge ned det institusjonaliserte fylkesdekkende tilbudet på Hjelset i Molde. Kanskje har vi underkommunisert hensikten med omleggingen og kanskje skulle vi på regionalt nivå ha involvert oss tidligere og tydeligere for å klargjøre den helsefaglige begrunnelsen.

Det må ikke herske noen tvil om at psykisk helsevern kommer til å ha høy prioritet i Helse Midt-Norge i årene som kommer. Det gjelder både tilgang på ressurser og kapasitet. Men det vil også kreve omstillingsvilje og -evne innen den spesialiserte delen av behandlingsforløpet. Livet leves lokalt og et lokalbasert tjenestetilbud gir bedre forutsetninger for å lykkes i mestringsarbeidet. Spesialisthelsetjenesten skal gi støtte og være en god samarbeidspartner for både pasient, pårørende og primærhelsetjeneste. Intensjonen må være å redusere behovet for akutt-innleggelser, bruk av tvang og unngå stigmatisering av denne gruppen pasienter.

I desember fikk vi en nasjonal prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne og i løpet av våren kommer det en tilsvarende for barn og unge. Disse veilederne blir viktige verktøy for å utvikle kvaliteten på tjenesten, og de vil også bidra til et mer likeverdig behandlingstilbud. Generelt har helsetjenesten behov for å dokumentere og måle kvaliteten på behandlingen som gis og hvordan pasienten opplever å bli ivaretatt. Felles nasjonale standarder gir oss et bedre utgangspunkt for å kunne gjøre dette.

Utfordringen vår som ledere blir å knytte omstillingsarbeidet til vår kvalitetsstrategi. Da må målet være omforent og tydelig for alle.

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 • Illustrasjoner: Ella Okstad
Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000.

Enklere å ta etterutdanning

Inggard Lereim

Kjell Åge Nilsen

Etterutdanning i Helse Midt-Norge skal bli mer tilgjengelig og tilpasset pasientforløp og arbeidsprosesser. — Vanene til våre ansatte har endret seg, og vi har derfor knyttet etterutdanningen opp mot internett og andre teknologiske verktøy. Det er viktig at kunnskapen er lett tilgjengelig slik at etterutdanning ikke blir en byrde. Det sier Kjell Åge Nilsen som har det pedagogiske ansvaret i prosjektet.

Helseakademiet er et virkemiddel for å nå disse målene, og skal bidra med å utvikle, koordinere og samkjøre etterutdanning og kurs på tvers av helseforetakene. Helsesektoren er en kompleks og krevende arbeidsplass. Arbeidet baserer seg ofte på samarbeid og involvering av flere parter. Kravene til kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring er viktige premisser for å lykkes.

Kompetanseutveksling og kompetanseheving

Det er utviklet fire satsningsområder for etterutdanning; fagnett, e-læring, video og simulator.
Videokonferansen åpner opp dører for kompetanseheving, både internasjonalt og regionalt. Inggard Lereim, seniorrådgiver og professor i skadekirurgi, er imponert over hvor langt arbeidet innen videokonferansen har kommet.
– Fagfolkene i regionen gjør en fantastisk jobb innenfor dette området, og utnytter teknologien godt. På St. Olavs Hospital er det en egen enhet som har utviklet "Fremtidens operasjonsstue". De sitter i Trondheim og kan undervise mennesker i Seoul.

Nytenkende og utviklende

Økt krav til effektivitet og fleksibilitet gjør at nettstøttet læring er et viktig virkemiddel for å dekke opplæringsbehovet. Helse Midt-Norge har et viktig fagnett med sykelig overvekt i regi av Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) og Nasjonalt senter for telemedisin (NST).
– Pasientene bor på Fosen, men får råd og veiledning via internett. Dette er et samhandlingsprosjekt med både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I 2009 utvides prosjektet til å gjelde barn med overvektsproblemer, sier Lereim.

Tavle og kritt blir i mange sammenhenger byttet ut med nye "sosiale" verktøy. Tidsskrift for Den norske legeforening har en egen podkaster. Her får brukerne intervju med forfatter og kommentarer fra de medisinske redaktørene. Det er mulig å laste ned forelesninger og informasjon på iPod fra høgskoler og universitet. Flere leger har også startet med blogging for å dele sin kompetanse og erfaring.

Simulering har lenge vært en anerkjent treningsform, særlig innen luftfart. Her trener man systematisk på situasjoner for å forebygge menneskelig feil. Helse Midt-Norge har oppmerksomheten rettet mot såkalte "non-tecknical skills", som går på kommunikasjon, ledelse og samarbeid i forhold til kvalitet og sikkerhet i de medisinske fagområdene. Det satses på tre simulatorsenter i HMN; Prehospitalt i Ålesund og Namsos og inhospitalt ved St. Olavs Hospital.
– Dette er effektiv undervisning som baserer seg på "learning by doing". Det er god trening for våre ansatte som kommer opp i sitasjoner som er reelle i forhold til arbeidshverdagen, sier Lereim.

Langsiktig lønnsomhet

Erfaringer viser at nettbasert læring er økonomisk lønnsomt, og man sparer 40 % av utgiftene sammenlignet med tradisjonell klasseromsundervisning. Opplæringen frigjøres mer fra tid og sted, og kan gjøres mer fleksibel i forhold til ulike behov helseforetakene har for sitt helsepersonell. Arbeidet er forankret i den vedtatte handlingsplan for HR-området 2008–2013.
– Livslang læring er et aktuelt begrep og viser til at ingen er ferdig utlært etter endt fagutdanning. Det komplekse helsevesenet vi lever i, er i konstant og hurtig endring. Det stiller nye krav til kompetanse og oppdatering av kunnskap og ferdigheter, mener Nilsen.

Om Helseakademiet

- Helseakademiet arbeider mer å etterkomme Helseforetakenes behov for økt kunnskap, spesielt om pasientforløp og arbeidsprosesser.
- Aktiviteten i helseforetakene må være utgangspunktet for alle analyser av kompetansebehov knyttet til pasientforløpene.

Prosjekter innen videokonferanse:

- Fagfolk på Sykehuset Levanger utveksler kompetanse og erfaringer med St. Olavs Hospital innen kardiologi og geriatri.
- Fagfolk på Sjukehuset i Ålesund utveksler kompetanse og erfaringer med St. Olavs Hospital innen lungemedisin.
- Forelesninger utveksles mellom de ulike HF'ene i landet og på tvers av kontinent.
- "Fremtiden operasjonsstue" ved St. Olavs Hospital.

Simulator senteret

— Det er veldig bra med denne typen trening. Det gir oss en reminder i hverdagen og gjør oss bedre rustet til å møte utfordringene i hverdagen, sier Ingvill Grødal, Liv Johanne Rekstad og Finn Høivik som jobber sammen på nyfødt intensiv ved St. Olavs Hospital.

Stine Gundrosen, undervisningsleder ved Simulatorsenteret

Medisinsk SimulatorSenter ved St. Olavs Hospital er viktig for å utvikle og kvalitetssikre kunnskap blant ansatte i HMN. Poenget med simulatortrening er å gi helsepersonell trening i å samarbeide og kommunisere i situasjoner hvor det står om liv.

– De ansatte blir satt i en reell situasjon knyttet til arbeidshverdagen. Vi bruker en avansert dukke til å gjenskape virkeligheten. Instruktører i simulatorsenteret observerer teamet mens de jobber, samtidig med at det gjøres videoopptak under treningen. Observasjoner og video brukes som grunnlag for å skape diskusjon i gruppen. På den måten utvikles kunnskap som kan komme til nytte i lignende situasjoner i praksis, sier Stine Gundrosen, undervisningsleder ved Simulatorsenteret.

Så levende som det kan bli

Ingvill Grødal og Liv Johanne Rekstad er sykepleiere og jobber sammen med lege Finn Høivik på nyfødt intensiv. De har en utfordrende arbeidsdag hvor de kommer opp i situasjoner hvor de må holde hodet kaldt, tenke riktig og samarbeide.

Et lite spedbarn blir funnet uten pust. Sammen skal de tre løse situasjonen og få stabilisert barnet slik at det får igjen pusten og avdekket årsaken til pustestoppen. Symptomer og respons fra behandling bestemmes av instruktøren i kontrollrommet

– Når scenarioet er i gang, reagerer dukken som et menneske normalt ville gjort. Slik ser de hva som er problemet og kan vurdere responsen på den medisinske behandlingen. Vi som sitter i kontrollrommet styrer alt fra pust til blodverdier, sier Gundrosen.

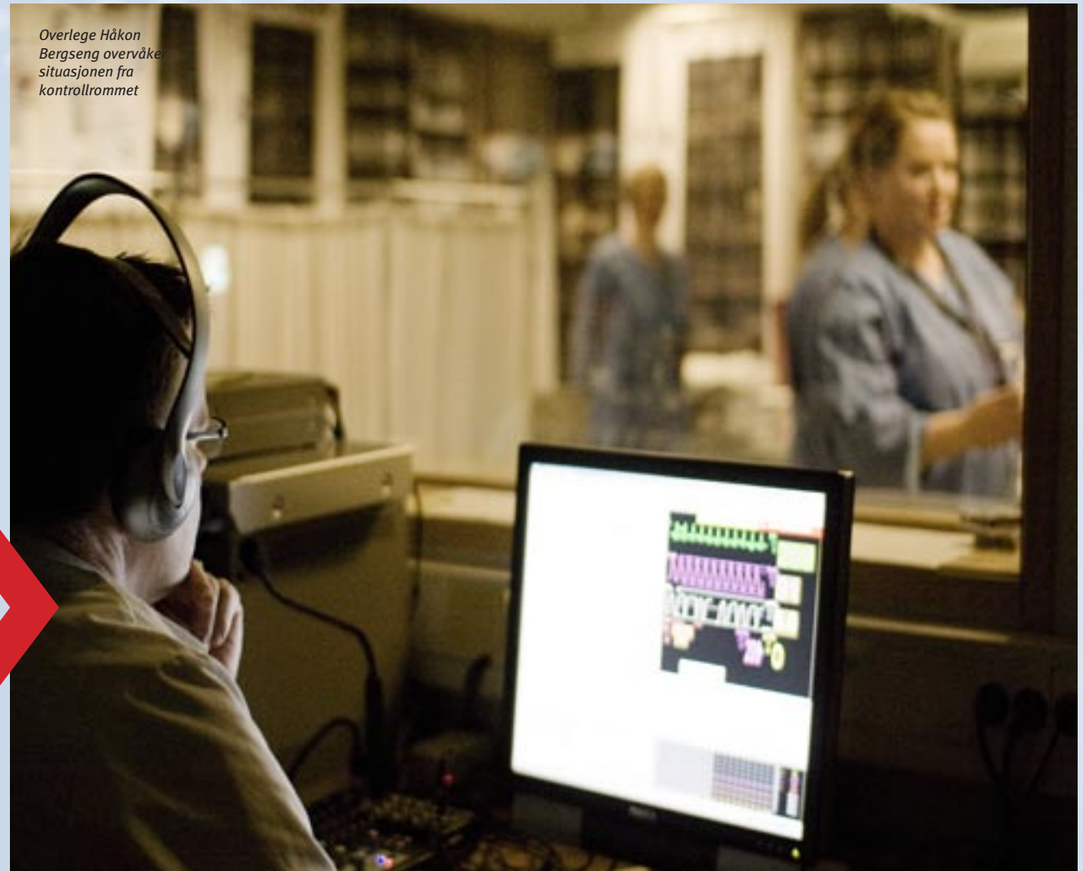
Trening med mening

Høivik konstaterer at barnet har fått en infeksjon i blodet, mens Ingvill og Liv Johanne holder barnet kunstig i live. Alle tre har kontroll på situasjonen, og det er tid for evaluering.

– Jeg synes vi jobbet veldig bra sammen. Rutinene vi har fungerte godt, men det er sikkert ting vi kunne gjort annerledes. Med simulatortreningen får vi muligheten til å vurdere situasjonen og handlingene sammen. Det er en trygghet i hverdagen, både for oss og pasientene, mener Finn Høivik.

Fotos: Andreas Winther

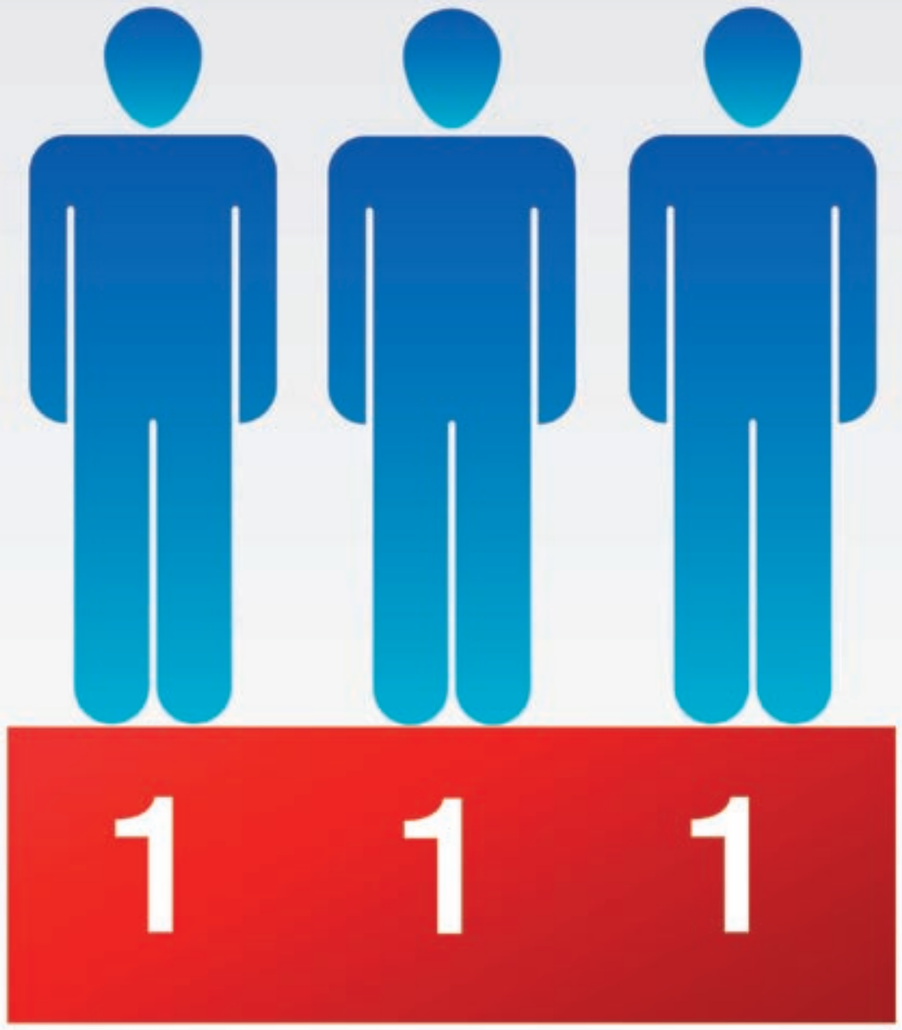
Ingvild Grødal og Liv Johanne Rekstad jobber konsentrert sammen med lege Finn Høivik



Overlege Håkon Bergseng overvåker situasjonen fra kontrollrommet

Lik prioritering

Alle forventer at pasienter som trenger det mest, skal få rett til prioritert helsehjelp.



Spesialisttjenesten:

Individuelle variasjoner fortsatt viktig

Robin Gaupset er overlege ved Namsos Sykehus og har vært med å utarbeide prioriteringsveiledere innenfor faggruppen gastrokirurgi. Han forventer at veilederne vil bidra til en helhetlig tankegang rundt rettighetsstatusen av pasienter i Norge. Det nasjonale tilbudet vil være likt uavhengig av hvor pasienten bor og spesialisthelsetjenesten må tilstrebe lik praksis når det gjelder vurderinger av tilstand og hvor raskt pasienten trenger behandling. Han har registrert at brukerorganisasjoner er kritiske og hevder tidsfristene heretter vil settes etter et annet grunnlag enn tidligere og at individuelle variasjoner ikke vil bli ivaretatt på samme måte som tidligere. Han tror ikke dette vil skje, men noen pasienter, som etter avklaring kan vente, må belage seg på lengre ventetid i helsekøen. Det er i veilederne vektlagt at individuelle hensyn må tas, og at dette kan medføre en endring i status fra ikke prioritert til prioritert.

– Vi har noen godartede tilstander som heretter ikke vil fylle kriteriet for prioritert helsehjelp. Det kan være pasienter med relativt lite plagsomme gallestensmerter eller brokk. Tilstandene er ikke farlige, men kan være plagsomme. Disse pasientene kan merke innstrammingen der man tidligere har gitt disse rett til prioritert helsehjelp. Helsehjelp er ikke nødvendigvis kirurgi, men kan være en utredning om hvorvidt det er nødvendig med en operasjon. Dersom en pasient med mye plager fra feks gallestein vurderes, vil denne kunne fylle kriteriet for prioritert helsehjelp. Vi vil med denne strukturingen av kriterier få en riktigere prioritering av de som virkelig trenger det, mener overlege Robin Gaupset.

Brukerne:

Lik behandling uavhengig bosted

– Jeg har høye forventninger til veilederne, men jeg tror det er viktig å evaluere ordningen etter en tid og se om en har oppnådd ønsket resultat. Det sier Annlaug Stavik, nestleder i regionalt brukerutvalg. Hun har vært med som brukerrepresentant i gruppen som laget veilederen for sykelig overvekt.

– Jeg er derimot redd for at ventetiden blir lengre for noen pasientgrupper. Det blir færre som får rett til nødvendig helsehjelp, sier Stavik. Helse Midt-Norge har lenge vært på landstoppen når det gjelder å gi pasientene denne retten. Dette sammen med anstrengt økonomi kan føre til at ventelistene blir enda lengre enn de er i dag på ca 100 dager, tror brukerrepresentanten.

– Det jeg er mest redd for er at det juridiske skal veie tyngre enn det medisinske, sier hun. Brukerrepresentanten mener derimot pasientperspektivet er godt ivaretatt også av fagfolkene i gruppen.

Fastlegen:

Høyere krav til fastlegene

Helsedirektoratet vil styrke kompetansen i primærhelsetjenesten slik at henvisningene fra fastlegene blir bedre. Henriette Kahn er fastlege for 2100 pasienter i Trondheim og har selv sett henvisninger på tre linjer. Hun er kritisk til slike henvisninger som forteller svært lite om pasientens tilstand og ikke setter spesialisthelsetjenesten i stand til å vurdere om pasienten skal ha prioritet eller ikke.

Hun ønsker derfor at kompetansen heves og at det blir stilt høyere krav til fastlegene. Hun er derimot usikker på om arbeidshverdagen til fastlegene vil endre seg vesentlig med nye prioriteringsveiledere på plass.

– Det gjenstår å se. Men jeg er ikke uvant med å ha pasienter som ikke blir behandlet med en gang av spesialisttjenesten. Psykologisk sett ser jeg at pasientene kunne fått hjelp, men det angår ikke livet og derfor må de også vente, sier hun.

Økt ventetid for noen pasientgrupper kan derfor bety et økt trykk på fastlegene.

– Det er klart at mange av pasientene vil bli frustrerte når de ikke kommer inn til spesialisthelsetjenesten med en gang. Du må være ganske sterk for å bli syk, sier Kahn.

Rettferdig prioritering

I Helse Midt-Norge tildeles omtrent 90 % av alle pasientene prioriteringen ”rett til nødvendig helsehjelp” (se faktaboks). Tilsvarende tall for de andre helseregionene varierer mellom 40 og 60 %. Nå vil myndighetene ha lik praksis i hele helsenorge og gir ut prioriteringsveiledere for de store diagnosegruppene.

Henrik Sandbu

Konstituert medisinsk direktør i Helse Midt-Norge, Henrik Sandbu, sier at det blir strengere prioriteringer i tiden som kommer, men at pasientene neppe vil merke store forskjeller.

Strengere prioritering – lite reell endring

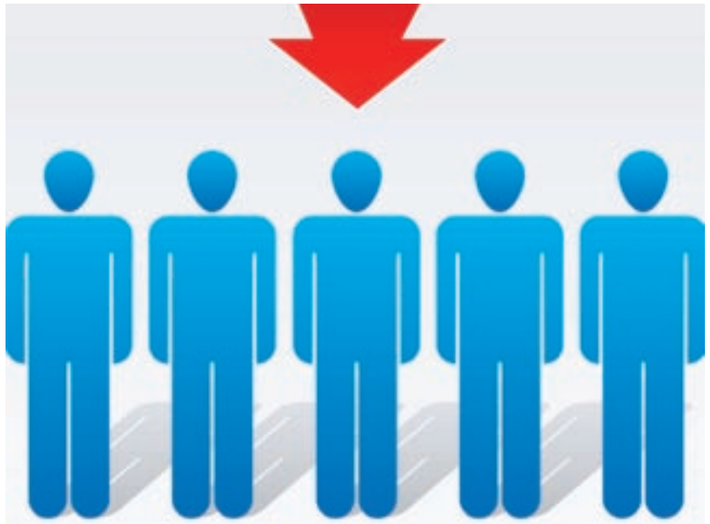
– Det er åpenbart ikke riktig at nesten alle prioriteres med ”rett til nødvendig helsehjelp” slik som i Helse Midt-Norge, men en strengere prioritering betyr ikke nødvendigvis store endringer for pasientene.

Statistikken over hvordan pasientene prioriteres sier lite om hvordan den faktiske prioriteringen foregår. Forhold som infrastruktur og tilgang til kompetanse er faktorer som betyr minst like mye. Sandbu tror veilederne betyr mer internt enn for pasientene i første omgang.

– Veilederne er et etterspurt beslutningsverktøy for legene når de skal registrere pasientene. Hvis vi skal få lik praksis i alle regioner og foretak, må alle ha en felles forståelse av hva det innebærer å prioritere. Det er også et viktig poeng at debatten om prioritering i helsetjenesten er åpen for publikum. Helsepersonell vegrer seg for å foreta åpne prioriterinser og sette dette på et papir. Med prioriteringsveilederne får vi en godt støtteverktøy når vi skal prioritere pasientene.

Vil dette kreve store rutineendringer for ansatte og føre til omlegginger i behandlingstilbudet?

– Prioriteringsarbeid er ikke noe nytt, det har foregått siden forskriften ble innført i 2001. Det kan innebære noen utfordringer for kontorpersonalet i forbindelse med registrering av pasientene, men det vil ikke innebære større endringer i den faktiske praksisen.



Kartlegger kapasitet

Prioriteringsveilederne tar for seg til sammen 32 fagområder og diagnosegrupper, og gir føringer for hvordan det skal prioriteres innenfor de ulike diagnosegruppene. Sandbu tror det i framtiden også vil bli en debatt om hvordan man fastsetter retningslinjer for prioritering horisontalt, altså mellom diagnose- og faggruppene.

– En av tankene bak prioriteringsveilederne er at en samkjørt praksis kan avdekke hvordan kapasiteten er fordelt mellom de ulike fagområder og diagnosegruppene. Dette kan gi grunnlag for å si noe om hvordan ressursene skal prioriteres innenfor helsetjenesten i årene som kommer. Det er viktig å presisere at det er alt for tidlig å si om prioriteringsarbeidet faktisk gir oss slik input.

Alle passer ikke i tabellen?

Prioriteringsveilederne dekker 70 – 80 % av alle pasientene. Hva da med de pasientene som ikke passer inn i ”tabellene”?

Det vil alltid være tilstander som ikke dekkes av veilederne, men det betyr ikke at de ikke skal prioriteres. Disse pasientene må vurderes individuelt og prioriteres ut fra vanlige kriterier. Prioriterinsveilederne er først og fremst laget for å håndtere det store volumet av pasienter, ikke særtilfellene.

Henvisningspraksis avgjørende for gode prioriteringer

Det er primærhelsetjenesten som er premissleverandører for hvordan prioriteringsarbeidet foregår i spesialisthelsetjenesten. I dag blir mange henvisninger returnert til fastlegen med spørsmål, eller at pasienten avvises pga at henvisningen er feil eller til feil spesialitet.

Bidrar veilederne til at innholdet i henvisningen er i tråd med det spesialisten må vite?

– Kvaliteten på henvisningene er av stor betydning for om prioriteringsarbeidet blir reelt eller ikke. I ytterste konsekvens vil pasienter med ufullstendige henvisninger får høyere prioritet fordi man ikke vet hvordan pasientens tilstand egentlig er. Dårlig henvisning gir høyere prioritering fordi man ikke tar sjansen.

Dette er en prioriteringsveileder

- Prioriteringsveilederen beskriver myndighetenes oppfatning av hvordan regelverket skal tolkes, og hva Helsedirektoratet og helseforetakene mener er god faglig praksis.
- Skal være en beslutningsstøtte ved vurderinger av henvisninger i spesialisthelsetjenesten
- Inneholder en generell del om innholdet i prioriteringsforskriften.
- En spesiell del med veiledende anbefaling om prioritet og tidsfrister knyttet til bestemte diagnosegrupper.
- Veiledertabellene er utarbeidet av nasjonale arbeidsgrupper, med én gruppe for hvert av de fagområdene som har inngått i prosjektet.
- Arbeidsgruppene har bestått av spesialister fra flere sykehus, og alle helseregionene var representert. I tillegg har arbeidsgruppene bestått av en lege fra en annen spesialitet, en allmennlege og en brukerrepresentant.

Les mer: **www.helsedirektoratet.no/prioritering**
www.helse-midt.no/prioriteringer

Er utgitt eller like før utgivelse:

Gastroenterologisk medisin
Barnekirurgi
Barnesykdommer
Blodsykdommer
Endokrinologi
Fysikalsk medisin og rehabilitering
Hjertesykdommer
Infeksjonssykdommer
Kjevekirurgi, munnhulesykdommer, oral
Nevrokirurgi
Nyresykdommer
Psykisk helsevern for barn og unge
Smertetilstander
Sykelig overvekt
Thoraxkirurgi
Øre-nese-halssykdommer

Planlagt utgitt vår/sommer 2009:

Geriatri
Kvinnesykdommer
Lungesykdommer
Onkologi
Karkirurgi
Nevrologi
Ortopedi
Kirurgi og oral medisin
Psykisk helsevern for voksne
Plastikk-kirurgi
Gastroenterologisk kirurgi
Revmatologi
Hud- og veneriske sykdommer
Urologi
Øyesykdommer

Hva betyr ”rett til nødvendig helsehjelp” og ”rettighetspasient”?

Uttrykket ”rett til nødvendig helsehjelp” er et juridisk uttrykk som forteller at pasienter som tildeles denne retten skal gå foran andre pasienter i helsekøen, og at pasienten har krav på at behandling skal gis innen gitte tidsfrister. Pasienter med ”rett til nødvendig helsehjelp” kalles også ”rettighetspasient.”

For å få prioritet med ”rett til nødvendig helsehjelp” er det tre kriterier som må tilfredstilles:

- Alvorlighetskriteriet: Pasienten får vesentlig nedsatt livskvalitet eller økt sjanse for død hvis ikke hjelp gis.
- Nyttekriteriet: Det må være sannsynlig at behandlingen hjelper pasienten.
- Kostnadseffektivitetskriteriet: Kostnaden med behandlingen skal stå i rimelig forhold til effekten.

Pasienter som har behov for spesialistbehandling, men ikke har status som rettighetspasient, tilbys også behandling, men må vente til det er kapasitet til å gi behandlingen.

Fotografier: Forsvaret, SanKP HRS, Geir Mogen

Ambulansetjenesten er modell for forsvaret

Den er liten, kortfattet og den skal bidra til å redde liv. I konkurranse med flere ble Tiltaksboka laget av Ambulansetjenesten i HMN, foretrukket av forsvaret og er utprøvd i Afghanistan. Det handler om kvalitet når sekundene teller.

Fakta:
Sanitetskompani HRS er en helprofesjonell avdeling i Hæren og organisatorisk en del av Sanitetsbataljonen. Basen er i Rena leir. De har som oppdrag og skal støtte ved operasjoner i utlandet og skal kunne rykke ut til kriser på kort tid.

Tiltaksboka er en liten håndbok som brukes til daglig av ambulansepersonell i Sør-Trøndelag, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Det er et oppslagsverk som inneholder prosedyrer og tiltak ved akutte tilfeller.

Erlend Sundland

– Den skal være et nyttig verktøy i hverdagen og fungerer som en huskelapp for ambulansetjenesten, sier Erlend Sundland.

Enkel og praktisk redder liv

Boka er egentlig et svensk initiativ, men Sundland og hans kolleger har skrevet den om slik at den passer til norske forhold og rutiner. Det var i forbindelse med et besøk i Sundsvall for noen år tilbake at ideen kom. Det var kommet signaler om at en enklere utgave av de eksisterende tiltaksboka var ønsket.
– Formålet er at den skal bidra til å redde flere liv, derfor må den også være enkel og praktisk. Da vi fikk se den svenske håndboken ble vi inspirert, og kopierte modellen med noen tilpasninger til norsk akutt-medisin.

Pålitelig verktøy

– Sanitetskompaniet HRS er meget fornøyd med boka, og den er et presist og godt oppslagsverk, sier vakthavende offiser Lt. Pål.
Deler av forsvaret bruker boka både på innenlands- og utenlandsoperasjoner. Den ble utprøvd i Afghanistan, og tilbakemeldingene er positive.

SanKP HRS har prøvd flere manualer, men er mest fornøyd med tiltaksboka fra HMN.
– Ambulansetjenesten i HMN har utviklet et godt verktøy som vi er fornøyd med. I tillegg til innholdet, er også layout og format levende på en positiv måte. Den er direkte og oversiktlig. Når vi er ute i felten er det avgjørende at vi har med oss et oppslagsverk som er pålitelig og presist. HMN gir også signaler til muligheter for å komme med tilbakemeldinger, og det anser vi som et kvalitetstempel.

Konstruktiv kritikk

– Vi er avhengig av tilbakemeldinger fra de som bruker den for å hele tiden kvalitetssikre innholdet og strukturen. Det er godt å se at vi får respons fra ambulansepersonell og andre som bruker den, sier Sundland.
Han påpeker også at dette kun er et oppslagsverktøy for helsepersonell som har grunnleggende kompetanse innen akuttmedisin.

Sanitets kompani i HRS tar HMN på kornet og vil foreta noen tilpasninger i boka, og lage en militær tilleggsmanual da det er forskjeller på militærmedisin og sivilmedisin. Et eksempel på dette er trope- medisin som er en del av vår problematikk i utlandet.
– Det er viktig at vi får inn våre tilpasninger, men malen fra HMN kommer vi til å bruke. Vi kommer til å støtte oss på den frem til vi får noe annet i regi av forsvaret, sier Lt. Pål.

Moderniseringen snart i mål

Omstillingsprosessen i psykisk helsevern i Møre og Romsdal og Sunnmøre er en av de største i norsk helsetjeneste. Over en femårsperiode skal en omfordeling av 75 millioner kroner bidra til et bedre tilbud i hele regionen.

Foto: Fjellanger Widerøe

Avdelingssjef Robert Giske

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til store endringer for hele Møre og Romsdal. Fram til 2002 hadde Hjelset psykiatriske sykehus en fylkesdekkende funksjon innen voksenpsykiatrien med pasienter fra Sunnmøre, Nordmøre og Romsdal. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern forutsatte at det skulle legges til rette for at pasientene får et tilbud i bosted og hjemmemiljø. Styret for Helse Midt-Norge gjorde i 2006 vedtak om å omfordele oppgaver og økonomi slik at det kunne etableres nye tilbud på Sunnmøre og tilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal skulle endres og tilpasses det lokale behovet. Det er bygget nye distriktspsykiatriske sentre og ambulante team er opprettet for å gi pasientene et bedre tilbud. Men moderniseringen betyr også krevende omstillingsprosesser for ansatte.

Bedre tilbud til pasientene

– Helsekroner per hode er uforandret etter den store omorganiseringen innenfor psykisk helsevern i Nordmøre og Romsdal. Men tjenestetilbudet er bedre og mer rettet mot pasientenes behov mener avdelingssjef Robert Giske.

Avd. for Voksenpsykiatri blir i den nye organisasjonsmodellen delt inn i følgende enheter:

- *Enhet for akuttpsykiatri og rehabilitering*
- *Enhet for utredning*
- *Enhet for alderspsykiatri*
- *Enhet for voksenhabilitering*
- *DPS Molde, Poliklinikken, Knausensenteret*
- *DPS Kristiansund , Poliklinikken, Solhagen*
- *DPS Molde, døgnenheten, Knausensenteret*
- *DPS Kristiansund, døgnenheten, Nordlandet*

– Hvis vi tar utgangspunkt i pasienten, vet vi at nettverk, ressurspersoner og støtteapparat er betydelige faktorer for å lykkes. Mange av våre pasienter har ikke behov for en sykehusseng. Tilbudene tilpasses mer mot poliklinisk behandling og dagbehandling enn tilbud på døgnbasis, sier han.

Endringen betyr også en større satsing i de enkelte kommunene som nå må prioritere hjemmehørende pasienter. I følge Giske har mange kommuner bygd opp helsetjenester samt omsorgs- og aktivitetstilbud, men ikke alle.

– En vet at jo flere pasienter som bruker lokale tilbud, dessto færre oppsøker spesialisthelsetjenestens døgntilbud, sier han.

Mer moderne tilbud

Foretaket har modernisert innholdet i tilbudet for psykisk helsevern for voksne innenfor de fastsatte rammene for 2006–2010 og er nå inne i sitt siste år. Og mens Sunnmøre har bygd opp sitt eget psykiatriske tilbud har Nordmøre og Romsdal HF justert ned omfanget av sitt psykiatriske helsetilbud.

Hvordan er det mulig å trappe ned på en virksomhet under en opptrappingsplan?

– Vi har to store hensikter å formidle i omstillingen både til politikere/samfunn og media. Helse Nordmøre og Romsdal tilpasser nå volumet på sine tjenester til egen befolkning. Samtidig har vi et oppdrag med å forbedre behandlingstilbudene.

Vi har et budsjett som er tilpasset oppgavene som skal utføres. Det er viktig i den faglige utviklingen av tilbudene at vi prioritere tiltakene – både ift. pasientenes behov, psykiatriens faglige tilbud og ikke minst samarbeidet mellom pasient/pårørende, kommune og sjukehus.

Vi har et positivt utgangspunkt i de økonomiske rammer som gir oss oppgavene med både fornyelse og prioritering. Men vi kan få noen tilleggsutfordringer i nytt budsjett-system for psykiatrien fra 2010. Forslaget har ingen regulering av det vi har vektlagt i vår faglige reform; polikliniske tilbud/ambulante tilbud.

Hvis vi mener alvor med å prioritere det åpne tilbudet i psykiatrien, er dette sammenfallende med ambisjonene i et tiårig program for opptrapping av psykisk helsevern både i kommuner og i sjukehus. Da må det systemmessige bak en slik ambisjon speile hvordan de faglige ressurser blir anvendt internt i det enkelte helseforetak. Ikke slik at systemet forhindrer oss å tilby disse tjenestene.

Færre arbeidsplasser

Den nye organisasjonen vil bestå av 8 ulike enheter i Kristiansund og Molde. 470 årsverk ble utført i avdelingen per 01.01.2007, mens en skal ned på 362 årsverk innen kort tid. I dag er det særlig mangel på spesialister i psykiatri og psykologi.

– Vi leier vikarer fra byråer for dekke inn de akutte behov, men arbeider for å få en langsiktig rekrutteringsstrategi. Foretaket vil i løpet av våren sette ned en egen arbeidsgruppe som skal jobbe med rekrutteringsproblemet, sier han.

Helsereform

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen inviterer også til en smartere måte å jobbe på gjennom samhandlingsreformen som lanseres i løpet av våren 2009.

– Dette initiativet imøteses med stor interesse både av politikere, helseledere og klinisk personale, det er en samfunnsoppgave å kunne møte økt etterspørsel etter helsetjenester, samtidig som veksten vi har innenfor helsebudsjettene ikke kan fortsette. Vi har hverken nok helsearbeidere eller samfunnsøkonomi ved å kopiere og utvide de eksisterende tilbud. Vi må samhandle med pasient, lokalt kommunalt tjenestetilbud og sykehus på en annen måte enn det vi har gjort fram til i dag. Det dreier seg ikke om å springe fortere, men gjøre andre tjenester på en ny måte, sier Robert Giske.

Antall sengeplasser har økt med 6 i Voksenpsykiatrisk avdeling på Sunnmøre fra 2008 til 2009, til erstatning for sikkerhetsplasser i HNR. Avdelingen har nå 107 sengeplasser til 130.000 innbyggere, 57 av disse plassene er i DPS. Stillingsbudsjettet videreføres ubeskåret fra 2008 til 2009. Et antall medarbeidere er i tverrfaglig videreutdanning i psykiatri med stipend fra avdelingen, en gruppe tar Seprep-utdanning på samme vilkår. Avdelingen samarbeider med ti av kommunene i opptaksområdet om ACT-kartlegging dette året. Sammenlignet med de andre i regionen har avdelingen ca. 50 årsverk lavere bemanning, og leverer 8.000 færre polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsstørrelsen. For neste år planlegges Akutteam og ACT-team med tilsammen 18 årsverk.

Den krevende prosessen

Omstillingsprosessen innen psykiatrien i Helse Nordmøre og Romsdal har tatt tid, og det har gjort vondt. Hvor gikk det galt? Hvordan kommer vi i mål? Og hva kan vi lære?

– Jeg ser nå i ettertid at jeg allerede fra starten burde tatt en tydeligere regi i prosessen. Denne omstillingen har vært større og mer omfattende enn jeg forutså da vi gikk inn i den. Jeg erkjenner at for de som blir berørt er dette en svært vanskelig situasjon og jeg beklager at våre folk har hatt det tøft i denne prosessen.
Det sier administrerende direktør Bjørn Engum i Helse Nordmøre og Romsdal. Han understreker at prosessen kom inn i et helt nytt spor da prosessen ble prosjektorganisert i mai i fjor og at framdrift og involvering av partene er langt bedre enn før.
– Den viktigste lærdommen fra denne prosessen er at organiseringen av prosjektet er viktig. Nå har vi en styringsgruppe der både Helse Midt-Norge og de tillitsvalgte er sterkt representert. Det har gitt oss et bedre utgangspunkt og en mulighet til løfte blikket framover. Det er fortsatt mange tøffe tak som gjenstår, men nå er prosessen på et bedre spor.

Beklagelse på sin plass

Fagforbundets leder Knut Ivar Egseth er ukjent med at direktøren vil beklage, men mener det ville være bra om han beklager de arbeidsmiljøproblemene som er avdekket.
– Ja, det er bra at det kommer en beklagelse. Ansatte har blitt syke av arbeidsforholdene under denne prosessen og ting har vært dårlig håndtert fra ledelsens side.
Egseth understreker at han ønsker å bidra til at kommunikasjonen blir bedre mellom partene. Likevel er han sterkt kritisk til det som har skjedd.
– Alle de som står i fare for å miste jobben er organisert i Fagforbundet, og de fleste er kvinner på omkring 50 som kommer til å slite med å komme seg inn på arbeidsmarkedet igjen. Hjelpepleierne har systematisk blitt fratatt arbeidsoppgaver og folk mister selvtilliten når de ikke lenger får gjøre arbeidsoppgaver som de har behersket i nesten 30 år.

Kompetanseheving rammer ufaglærte

Et av virkemidlene for å sikre kvaliteten i det nye tilbudet er kompetanseheving. Egseth har ingen forståelse for at kompetansekravet skal ramme de med minst utdannelse.
– Nei, jeg har ikke det. Vi har inngått en omstillingsavtale og en arbeidsmiljølov som sier at ansatte skal gis anledning til å møte nye kompetansekrav gjennom etterutdanning. Dessuten må vi heller ikke undervurdere realkompetansen til mennesker som har vært i psykiatrien i flere tiår.
Sykepleierforbundets leder Oddbjørn Tomren er også kritisk til måten prosessen har blitt håndtert på og de faglige konsekvensene av beslutningene som er tatt.
– Hovedproblemet har etter mitt syn vært for knappe rammer, tidsmessig og økonomisk, til å gjennomføre en god omstilling. Likeså er vedtaket om å splitte opp det fylkesdekkende tilbudet innen sikkerhetspsykiatri og tilbudet for unge schizofrene fortsatt en stor faglig utfordring. Fagfolk, både regionalt og lokalt, har frarådd en slik oppsplitting. Vi har også en stor utfordring med for få døgnplasser innen akuttpsykiatrien. Men, HNR forholder seg til vedtaket og prøver å få til en best mulig løsning innenfor de rammer som er gitt.
Sykepleierforbundet opplever også selve nedbemanningen som problematisk, men fra en litt annen vinkel enn fagforbundet.
– Jeg mener de endringene som nå gjøres er godt faglig fundert og at en konsekvens er behovet for høyere kompetanse. Når det er sagt skulle jeg ønske vi hadde økonomi og rammer til å ta nedbemanningen gjennom naturlig avgang. Dessverre har vi ikke det.
Da de første varslene gikk ut til de stillingene som var i fare fikk også 20 sykepleiere og spesialsykepleier beskjed om at de kunne miste jobben.
– Mange har nå søkt seg vekk og vi har mangel på den kompetansen vi trenger. Derfor må vi også få ro og stabilitet slik at vi kan rekruttere folk til det som blir en svært spennende arbeidsplass for sykepleiere.

Bjørn Engum

Knut Ivar Egseth

Oddbjørn Tomren

Har funnet løsninger for de fleste overtallige

Antallet overtallige er redusert fra drøye 140 til ca 20 i dag. Det har skapt mye usikkerhet at så mange har fått varsel om at arbeidsplassen deres kanskje stod i fare. Har det fra ledelsens side blitt skapt unødvendig mye frykt? Bjørn Engum avviser det sterkt.
– Antallet er realistisk og det har vært svært viktig med åpenhet. Dette handler om at vi har vært flinke til å finne gode løsninger og se muligheter for våre ansatte. Jeg ser i ettertid at vi kunne vært noe tydeligere på at kun et fåtall kom til å miste jobben, men kravet til åpenhet tilsa at vi måtte gå ut med denne informasjon.

Sårene må leges

Engum forventer nå at alle parter bidrar til at den verste delen av prosessen er over. Han understreker likevel at han ikke tror det bare er å knipse med fingrene, så er alt det vonde bort.
– Nei, vi er nok ikke i mål ennå. Det vil gå med tid til å lege noen sår og det er fortsatt vanskelige ting som ligger foran oss. Jeg har all mulig forståelse for frustrasjonene og har dyp respekt for de som kjemper for arbeidsplassene sine. Jeg opplever likevel at folk jobber sammen på en helt annen måte nå enn før og at prosessen er ryddigere.
Jeg oppfatter at vår største utfordring fremover er å skape et godt og robust fagmiljø, og at vi klarer å rekruttere spesialister i psykiatri. Jeg håper vi greier å få til et godt samarbeid slik at Avdeling for voksenpsykiatri blir et sted folk søker seg til.

Følgende tiltak skal gjennomføres for å bedre samarbeidsforholdene i Avdeling for voksenpsykiatri:

- Klar strategi for omstilling
  - Videreutvikle det arbeidet Prosessutvikling er i gang med
  - Kommunisere planen tydelig
- Sikre informasjonsflyt
  - Fortsette nyhetsbrev og annen skriftlig info, samt intranett/omstillingsnettsted
  - Sikre jevnlig info-møter med nærmeste leder for alle ansatte
  - Sikre at ledere er informerte og har myndighet til å iverksette
- Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud
  - Tettere dialog mellom ledelse, tillitsvalgte og verneombud
  - For å bli enige om hvilke fora de ønsker å bidra i og hvilke fora de opplever de må bidra i
- Inkludere fagpersoner i utviklingsplaner
  - Formalisere en fast gruppe som deltar aktivt i omstillingsarbeidet
- Inkludering av ansatte i den enkelte enhet i utviklingsplaner
  - Diskutere realistiske rammer med ansatte; hvilke endringer og hvordan de kan gjennomføres
  - Innspill må følge med fram til endelige beslutninger. Sørge for at innspill som ikke får gjennomslag kvitteres ut/begrunnes
- Organisasjonsutvikling
  - Mot en modell med styrket ledelse og ledergruppe – enhetlig ledelse
  - Etablere en sterk gruppe med felles mål
- Nettverk for enhetsledere – lederforum
  - Skape en god arena for enhetsledere og avdelingssjef – med jevnlige/hyppige møter
- Gjenopprette stabsfunksjoner
  - Utnytte kompetanse og erfaring i stab
    - A) Ta med stab i diskusjoner på deres fagområdet
    - B) Etablere en utviklingsprosess med hele staben omkring stabens funksjon, oppgave og form i den nye organisasjonen

På rett plass i rett tid

Pasientene får et bedre tilbud med flere fagfolk på plass.

Guun-Towe Andersson

Det voksenpsykiatriske døgntilbudet ved Knausen ble opprettet i januar 2009, har 20 sengeplasser og erstattet distriktspsykiatriske sentra på Eide og Tingvoll.

Døgntilbudet i psykisk helsevern for voksne dekker hovedsakelig Romsdalsregionen. Tilbudet er en del av Molde DPS (distriktspsykiatrisksenter) inneholder også voksenpsykiatrisk poliklinikk og BUP. Den største forandringen er tilgangen til lege, psykiater og psykolog. Mens psykolog og psykiater var tilstede en gang i uka, har Knausen både leger, psykiater og psykologer på plass hver dag i tillegg til fysioterapeut, aktivitør, sosionom, ergoterapeut, vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere.

– Vi jobber tverrfaglig helt annerledes og dette har ført til en helt annen hverdag for pasientene. Behandlingen blir mer intensiv og en slipper å vente flere dager på legen, sier enhetsleder Gunn-Towe Andersson.

Behandler dere flere pasienter?

– Vi forhindrer flere innleggelser på akuttavdelingen. Nå har vi et tett samarbeid med ambulant team, rehabiliteringsteamet og de andre poliklinikkene og døgnenhetene i fylket. Dette gjør at vi kan jobbe tettere mot nærmiljøene til pasientene. Jeg kan ikke svare på om vi behandler flere pasienter, men pasientene får i hvert fall et bedre tilbud, sier Andersson. Målet med behandlingen er et bedre pasientløp og komme på rett plass når en trenger det, i følge enhetslederen.

Skepsis

En del av pasientene uttrykte på forhånd skepsis overfor det nye tilbudet, men tilbakemeldingene så langt er gode.

– Det er ekstra godt å høre dette fra pasientene, sier Andersson. Og selv om Knausen er topptung med fagkompetanse betyr ikke det kortere oppholdstid.

– Vi har ikke lagt opp til kortere behandlingstid for pasientene, men hjelpen blir mer intensiv og vi kan gi pasientene flere tilbud samtidig, sier hun.

Fakta om Knausensenteret

- Åpnet før jul 2008, og skal gi spesialisthelsetjeneste til barn, unge og voksne innen psykisk helsevern.
- Med nybygg og ombygging av eksisterende bygg er senteret på om lag 8000 kvm.
- Kostnad 182 mill kroner inkl ENØK-tiltak.
- Tilbud til voksne:
  - Poliklinikk for voksne hovedsakelig bosatt i Romsdal.
  - Døgnenhet med 20 plasser gir allmennpsykiatrisk døgnbehandling for personer over 18 år.
  - Senteret vil også ha et bredt dagbehandlingstilbud for voksne.
- Tilbud til barn og unge (0-18 år):
  - Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) poliklinikk.
  - Betjener i hovedsak Romsdalskommunene og kommunene Eide, Gjemnes, Tingvoll og Sunndal.
  - BUP Akuttenhet med poliklinisk og ambulant tilbud, og i tillegg mulighet for innleggelse (fire heldøgnsplasser). Betjener hele foretaksområdet (Nordmøre og Romsdal).
  - BUP Familieenhet er et fylkesdekkende tilbud som tar imot to familier samtidig til fire ukers opphold. I enheten inngår også to familieleiligheter og skole/barnehage.
- Tilbud innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne på Nordmøre er i hovedsak lokalisert til Kristiansund, hvor bygningsmassen er blitt oppgradert i senere år.
- Sykehusdelen av psykisk helsevern for voksne i Nordmøre og Romsdal er lokalisert til Hjelset og dels til Molde sjukehus.

Medspiller

De har et ønske om å gjøre oss til medspillere. Det lover godt, sier fylkesleder Finn Hofset i Mental Helse Møre og Romsdal etter at de har fått orientering om tilbudene ved Knausen.

Finn Hofset

Organisasjonen er også meget fornøyd med fleksibiliteten og samordningen av tjenestetilbudet ved Knausen. Døgn og polikliniske tjenester er i samme bygg.

– Dette sikrer muligheten for daglig samarbeid og samhandling mellom tjenesten. De utviser også stor fleksibilitet og er opptatt av å utvikle dette i alle ledd framover, sier Hofset. Samarbeid med kommunene er også bedre ivaretatt mener Mental Helse, slik at det skal bli mindre problemer for pasientene i overføringsfasen.

Også Landsforeningen for pårørende har store forventninger til endringene i psykiatrien i regionen. Fungerende fylkesleder Sissel-Tove Sandnes håper at tilbudet også nå forsterkes i de ulike kommunene og at pasientene blir bedre ivaretatt på kveldstid og i helgene.

– Vi ønsker også at avdelingene i større grad opplyser om vår eksistens, fordi vi pårørende er til støtte for hverandre. Både personale og foretaket må bli flinkere til å fortelle om det arbeidet vi gjør, sier Sandnes.

Fokus må rettes mot pasientene

Mental Helse i Møre og Romsdal har merket seg usikkerheten som er knyttet til arbeidsplassene på Hjelset og ser fram til at konfliktnivået rundt det psykiatriske sykehuset dempes og at fokuset igjen kan dreies mot pasientene. Fylkeseder Finn Hofset mener dette har gått på bekostning av brukerne av helsetjenesten.

– Det framstår for oss som at konflikten ser ut til å gå mellom ledelse og ansatte, og der hensynet til pasientene er uteblitt, og at pasientene er redde de ikke får et fullverdig tilbud, sier Hofset. På hvilken måte?

– Personalet er opptatt av å sikre sine posisjoner og arbeidsmiljøet blir preget av konfliktene. Dette forplanter seg i systemet og overføres på pasientene. Vi har en tett dialog med mange av pasientene og de uttrykker en redsel for ikke å få et fullverdig tilbud, sier fylkeslederen som likevel tror dette ville roe seg ned på sikt. Mental Helse mener at de som organisasjon er godt ivaretatt når kartet med framtidas psykiatriplaner i regionen er i ferd med å tegnes.

Hjelset psykiatriske sykehus gjennom historien

Utviklingen av Hjelset psykiatriske sykehus	Tidslinje	Gjeldende tanker innen psykiatrien i Norge.
1913: ”Opdøl sindsykeasyl” åpnes. Asylet tar i mot noen titalls pasienter. Totalomsorg i et ”minisamfunn” som delvis er selvforsynt med gårds- og andre produkter.	1900	”Sinnsykeloven” fra 1884 regulerte tilbudet til psykisk syke. Loven var med små endringer gjeldende fram til 1961. Sinnsykeasylet skulle ikke bare oppbevare pasienten, men også tilby behandling.
1925: Ny sykehusbygning gjør det mulig å plassere kvinnelige og mannlige pasienter i hvert sitt bygg.		Fra omkring 1900 ble legene opptatt av den sykes fysikk, og ulike teknikker ble tatt i bruk for å kurere den syke. ”Malariabehandling” er ett eksempel. Behandlingen gikk ut på at den syke smittes med malaria slik at feberen skulle ta livet av eventuelle bakterier i hjernen. Bad eller sengeleie var også vanlig for å holde den sykes kropp i ro.
Ca 1935–55: Bygging/kjøp av flere mindre bygg for å huse pasienter som i større grad er ”selvgående” og bidrar aktivt i driften av gårdsvirksomheten. Disse pasientgruppene ville i dag hatt et kommunalt tilbud. Bruk av medikamenter endrer psykiatrien vesentlig, og overflødiggjør lobotomering.	1950	Omkring 1930 ble sjokkbehandling tatt i bruk. Psykiatere hadde observert at epilepsi og schizofreni sjelden forekom hos samme pasient og søkte å behandle pasienten ved å framkalle anfall som minnet om epileptiske anfall. Det foregikk ved hjelp av medikamenter eller elektriske sjokk.
1961: Behov for mer plass og større differensiering av pasientgruppene fører til bygging av to paviljonger som åpner i 1962, og som også delvis er innrettet for skjerming av pasienter. Behandlingsopplegg i stor grad basert på arbeidsterapi (gårdsarbeid, produksjon av husflid).		I 1941 gjennomføres den første lobotomi i Norge og utover 40- og 50-tallet ble det gjennomført flere inngrep på pasienter med tvangsnevroser, schizofreni og depresjoner. Det siste inngrepet ble utført i 1955. Metoden er sterkt fordømt i ettertid, og ofre for Lobotomi ble i 1996 tilkjent erstatning.
1966: Ny klinikkavdeling ved Fylkessjukehuset i Molde, Lundavang, hovedsakelig for nevroser.		”Psykoanalysen”, en behandlingsform utarbeidet av Siegmund Freud, ble benyttet fra omkring 1930. Metoden er tid- og ressurskrevende, og søker å finne kilden til den psykiske lidelsen i personlighetskonflikter.
1970-tallet: Gjerdene rundt sykehuset rives, og kvinne/mannsskillet oppheves. Opdøl er blant de første i landet til å starte for- og ettervern med utstrakt reisevirksomhet i kommunene. Økt kompetanse: Flere sykepleiere, egen hjelpepleierskole, etter hvert flere leger/psykologer. Pasientmengden når toppnivå med om lag 400 pasienter.	1975	I 1961 erstattes ”Sinnsykeloven” med ”Lov om psykisk helse”, og den favnet hele befolkningen, ikke bare de såkalte ”sinnsyke”.
1980-tallet: Opdøl slås sammen med Molde sjukehus i 1983. Pasienttallet på ca 350 reduseres utover 80-tallet parallelt med oppbygging av psykiatriske sykehjem i fylket. Kompetanseheving og oppbygging av spesialiserte tilbud (ungdomspost, sikkerhetspost). Mindre behov for langtidsplasser. Poliklinikker åpner i Molde og Kristiansund på midten av 80-tallet.		Utover 50- og 60-tallet ble legemiddelterapi vanlig. Legemidlene kurerte ingen, men dempet symptomene slik at pasienten var mer mottakelig for annen behandling. Fra 1970 – 1990 ble behovet for institusjonsplasser halvert i Norge, og mye av dette tilskrives legemiddelterapien. Utviklingen skapte kraftig debatt om psykiatrien.
1990-tallet: Fortsatt reduksjon i pasienttallet på sykehusnivå. Pasientene går i større grad tilbake til tilbud i kommunene.		Kognitiv terapi ble vanlig som behandlingsform utover 80-tallet, og har dokumenterbar effekt. Metoden tar utgangspunkt i pasientens adferd, følelser, fysiologi og automatiske tanker, og sammenhengen mellom dem. Gjennom bevisstgjøring og øvelse kan pasienten mestre egen hverdag.
2000-tallet: Sykehusene organiseres i helseforetak. Omorganisering av virksomheten på Hjelset, etter hvert sammenslåing med det utadrettede DPS-tilbudet som bygges opp.	2000	Opptrappingsplan for psykisk helse vedtas. OTP inne-bærer investeringer for 6,3 mrd kroner i perioden 1999 – 2008 og psykiatriske institusjoner og klinikker får tilført ytterligere 4,6 mrd i året til drift.
Omstillingsprosess starter. Lokale tilbud bygges ut på Sunnmøre.	2006	Den nye psykiatrien tar utgangspunkt i at pasienten mestrer lidelsen best i sitt eget miljø og nærområde, med de mestringsressursene pasienten har tilgang til. Dette innbærer også et betydelig antall færre innleggelser, økt poliklinisk tilbud og bruk av distrikts-pyskiatriske sentre.
Omstilling i Helse Nordmøre og Romsdal HF fullføres.	2009	

For enhver pris?

Med utarbeidelsen av prioriteringsveilederne (se temasider 6–9) er det tatt et betydelig steg for å samkjøre og bedre kvaliteten i prioriteringsarbeidet. Likevel gir både loven og prioriteringsveilederne rom for skjønn.

I følge prioriteringsforskriften må tre kriterier være oppfylt for at pasienten skal gis "rett til nødvendig helsehjelp", altså få prioritet i helsekøen.

- Alvorlighetskriteriet: Pasienten får vesentlig nedsatt livskvalitet eller økt sjanse for død dersom hjelp ikke gis
- Nyttekriteriet: Det må være sannsynlig at behandlingen hjelper pasienten
- Kostnadseffektivitetskriteriet: Kostnaden med behandlingen skal stå i rimelig forhold til effekten

Særlig kostnadseffektivitetskriteriet er problematisk. Leser du om medisinsk og teknologisk utvikling i media, er det lett å tenke at alt er mulig, og nettopp denne holdningen preger pasientenes møte med oss i helsevesenet. I mange tilfeller er det også sant – det er faktisk mulig, men koster svært mye.

Da blir spørsmålet:

I en verden der stadig mer blir mulig bare man har penger nok blir spørsmålet: Hva koster mest, å si ja eller nei?

Deltagere:

- Inge Lønning, stortingsrepresentant for Høyre og medlem i Helse og omsorgskomiteen på Stortinget
- Torunn Janbu, president i Den norske legeforening
- Bjørn Erikstein, Kst. adm. dir. Helse Midt-Norge
- Marthe Risan, leder av brukerutvalget ved St. Olavs Hospital

Er gjeldende regelverk og hjelpemidlene som finnes godt nok til å gjøre gode prioriteringer? Kan de gjøres bedre – og i så fall på hvilken måte?

Inge Lønning

Prinsippene for prioritering er rimelig klare – i prioriteringsutredningen fra 1997 trakk vi et skille mellom "skal-tjenester", "bør-tjenester" og "kan-tjenester" og foreslo kriterier for inndeling. Derimot mangler det nok fortsatt en god del på at prioriteringsforskriften gir god nok veiledning i praksis. De store regionale forskjellene når det gjelder tildeling av rett til nødvendig helsehjelp viser at her er det betydelig tolkningsrom.

Torunn Janbu

Prioriteringsveilederne kan bli en god hjelp. Men det vil ta tid før i de kommer i utbredt bruk og de vil ikke løse alle problemer.

I tillegg til regelverket og prioriteringsveilederne, er det to andre sentrale forhold som må ivaretas. Prioriteringsarbeidet i dag er fokusert på en veldig liten del av helsetjenesten, nemlig ved inntaket til spesialisthelsetjenesten. Men det er det samlede tilbudet som pasienten mottar, som viser om den enkelte pasienten blir prioritert eller ikke i helsetjenesten. Som eksempel – hvis du blir raskt operert, men ikke får opptrening – er du da prioritert? Prioriteringsarbeidet må derfor fokusere på hele behandlingsforløpet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Politiske og faglige vurderinger om prioritering må utgjøre grunnleggende premisser for styringen av helsetjenesten. Det vil si at ressursene i større grad faktisk fordeles i forhold til pasientgruppenes behov og prioritet. I dag finnes det mange forhold som kan påvirke ressursfordelingen på en uheldig måte, bl.a. finansieringssystemene for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi ser at de gruppene man ønsker å prioritere, som eldre pasienter, kronikere, pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer, rehabiliteringspasienter etc. ikke alltid er sammenfallende med de pasientgrupper som finansieringssystemene "prioriterer". Finansieringssystemene gjør også at det kan "lønne seg" for kommuner at pasientene behandles eller blir liggende lenge på sykehus i stedet for å bli behandlet i kommunen. Det er ikke god prioritering verken for pasienten eller samfunnsøkonomien.

Bjørn Erikstein

I Norge har vi en av de beste pasientrettighetene i Europa. Etter flere prosesser på 80- og 90-tallet med blant annet Lønning I og II utredningene om prioriteringer i helsevesenet, fikk vi nye lover fra 1. januar 2001. Dette var en milepæl for norske pasienter og ga rett til medvirkning i valg av undersøkelsesmetoder og behandlingsteknikker. I tillegg kom prioriteringsforskriften som ga rett til nødvendig helsehjelp og hvor sykdommens alvorlighetsgrad, behandlingsmuligheter, kostnader og effekt skulle ligge til grunn for prioriteringen. Dette førte til at kanskje de fleste pasienter som blir henvist til utredning og behandling ved sykehusene får rett til nødvendig helsehjelp, mens resten fikk rett til helsehjelp uten definert frist for når helsehjelpen skulle gis. Denne forskriften ble "presisert" i 2004 og førte til at man i alle helseregionene begynte å arbeide med retningslinjer for prioritering innen de forskjellige sykdomsgruppene, slik at pasienten med mest alvorlig sykdom og størst nytte skulle få rett til nødvendig helsehjelp innen en definert frist. Senere er dette arbeidet løftet til en nasjonal prosess i regi av Helsedirektoratet og med tett involvering av fagpersoner fra sykehusene. I løpet av kort tid vil mer enn 30 prioriteringsveiledere bli publisert. Dette vil gjøre det lettere for helseperso-

Foto: Høyre/CF Wesenberg, Kolonihaven

”Med usikker nytte av intervensjon bør kravet til rimelighet i forholdet mellom kostnad og mulig gevinst skjerpes.”

Inge Lønning, stortingsrepresentant for Høyre og medlem i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget

nell å gjøre de riktige vurderingene. For alle pasienter som henvises til sykehus for undersøkelse og behandling vil disse veilederne være av stor betydning. Det er allikevel riktig å understreke at de aller fleste pasientene legges inn på sykehus med akutt sykdom. For disse vil de generelle rettighetene til hjelp ved akutt sykdom være det viktigste. Lov og forskriftsverk kan alltid forbedres. Blant annet bør fristen for vurdering, som i dag er 30 virkedager, og retningslinjene for når behandlingsforløpet starter gjennomgås.

Marthe Risan

De fleste pasienter opplever at de får rask hjelp når behovet er akutt. Det er bra. Samtidig vokser lista over sykdommer som legene kan behandle. Også lista over behandlingsmetoder og medisiner blir lengre. I takt med dette øker kostnadene i helsevesenet til høyder som tvinger fram kutt. Politikere griper inn i enkeltsaker, men stor sett overlater de til helsevesenet selv å kutte – ofte etter ”ostehøvelprinsippet”. Jeg mener det er på tide at politikerne våre tar debatten og staker ut kursen for helsevesenet i årene som kommer. Vi trenger politisk prioritering knyttet til hvilke sykdommer vi skal behandle uavhengig av hvilke kostnader dette påfører helseforetakene, og hvilke vi skal behandle dersom økonomien tillater det.

Enkelte pasientgrupper – og enkeltpasienter – kan legge beslag på store ressurser som kunne komme flere til gode. Hvor går grensen mellom kostnad og nytte?

Inge Lønning

Nyttekriteriet er det vanskeligste å håndtere. Det er viktig å minne om at det ikke var ment å romme alminnelige betraktninger om ”samfunnsnytte”, men kun den mulige/sannsynlige gevinst for den aktuelle pasient. Med usikker nytte av intervensjon bør kravet til rimelighet i forholdet mellom kostnad og mulig gevinst skjerpes.

Torunn Janbu

Det er det ikke mulig å gi et generelt og entydig svar på dette. Det er et etisk spørsmål i tillegg til et medisinsk. I siste instans er det jo politikerne som setter rammer for hva helsetjenesten i Norge totalt kan koste.
Selv om man har prioriteringsveiledere må det uansett være rom for individuell vurdering av den enkelte pasient i forhold til evt kostbar behandling. Den medisinsk faglige utvikling vil også gjøre at vi får nye behandlingsformer – ofte først aktuelt for mindre grupper for seinere å bli aktuelt for flere. Slik utvikling må det være rom for selv om behandlingen i oppstarten er kostbar.

I tillegg til at det er både politisk og etisk vanskelig å ta stilling i slike spørsmål, er det også en betydelig utfordring å finne gode verktøy som kan hjelpe oss i å se på kostnader og nytte på tvers av ulike pasientgrupper.

Bjørn Erikstein

Det sies at 10 % av befolkningen bruker 70 % av ressursene i helsetjenesten. Heldigvis er det også mange som i løpet av et år ikke eller bare sjelden oppsøker helsevesenet. Et godt helsevesen er et sikkerhetsnett av stor betydning for befolkningen. De aller fleste vil ha stor toleranse for at enkelte pasienter legger beslag på store ressurser spesielt hvis den behandlingen som gis kan forventes å ha effekt. Det er alltid vanskelig å vurdere hvor grensen for innsats går, men i utgangspunktet må i hvert fall behandlingen ha vist dokumentert nytte i flere systematiske undersøkelser. Vi har imidlertid ikke hatt en gjennomgripende diskusjon om hvor grensen mellom kostnad og nytte går i vårt land. I prioriteringsveilederne har man antydet om behandlingen er å anse som kostnadseffektiv, men kriteriene for å vurdere dette er ikke gode nok. Det er satt i gang en prosess for å lage et system for hvordan nye behandlingsmetoder skal vurderes før disse kan tas i bruk. Dette vil hjelpe, men en debatt om hvor grensen går mellom kostnad og nytte vil være nødvendig også hos oss.

Foto: FOTO: CF Wesenberg/kolonihaven

”...hvis du blir raskt operert, men ikke får opptrening – er du da prioritert?”

Torunn Janbu, president i Den norske legeforening

”Den videre veksten i helsetilbudet bør imidlertid skje gjennom en mer målrettet vurdering av hvilke sykdomsgrupper som bør få forrang på tvers av pasient- og diagnosegruppene”

Bjørn Erikstein, Kst. adm. dir Helse-Midt-Norge

Marthe Risan

Dette er et vanskelig spørsmål. Kanskje det er grunnen til at politikerne våre heller ikke har gitt klare føringer? Det er selvsagt forståelig at alle ønsker seg best mulig behandling når de trenger helsevesenets hjelp. Det gjelder for de som tilhører en spesielt kostnadskrevende pasientgruppe, men det gjelder også for pasienter som opplever kutt i tilbudet de ”alltid har hatt” for eksempel fordi nye behandlingsmetoder gjør innhogg i budsjettene. Det er umulig å svare bastant på hvor grensen går mellom kostnad og nytte. Her trenger vi politiske prioriteringer kombinert med faglig skjønn fra helsevesenet.

Det er gjort et betydelig arbeid for å få lik prioritering mellom pasienter som har samme lidelse/sykdom. Hvordan skal vi prioritere på tvers av pasient- og diagnosegrupper?

Inge Lønning

Her gjenstår det en jobb. I 1997 foreslo vi at alle fagspesialiteter skulle gjennomgå sin behandlingsportefølje med sikte på en innordning i trenivåsystemet (jfr. 1 ovenfor), og at et sentralt prioriteringsutvalg på det grunnlag skulle se til at det ble konsistens i systemet. Forhåpentligvis vil det arbeidet som nå gjøres med revisjon av prioriteringsforskriften gjøre at praksis blir mer enhetlig.”

Torunn Janbu

Her tror jeg arbeidet som er gjort med de nasjonale prioriteringsveilederne kan ta oss et skritt i rett retning. Selv om det ikke er gjort direkte sammenlikninger av alvorlighet, nytte og kostnader på tvers av pasient- og diagnosegruppene, så blir vurderingene rundt rettslig status og lengste anbefalte ventetid for den enkelte gruppe gjort offentlig kjent gjennom disse veilederne. Det blir dermed mulig å ha en offentlig og åpen debatt rundt prioriteringene som er anbefalt av fagmiljøene.
Over tid vil dette forhåpentligvis føre til en økt grad av bevissthet og forståelse for hvordan man kan forsøke å prioritere gruppene i forhold til hverandre. Dette er ikke lett – og et godt stykke frem. Åpenhet og debatt om disse spørsmålene er viktig. Hvis prioriteringer ikke oppleves forståelige, blir de vanskelige å etterleve.

Bjørn Erikstein

Prioriteringsveilederne for de forskjellige sykdomsgruppene vil helt sikkert være til nytte for pasientene og til hjelp i prioriteringsarbeidet for helsepersonellet. Det er imidlertid langt igjen før prioritering på tvers av sykdomsgrupper kan gjennomføres på en systematisk og rettferdig måte. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å ”sørge for” befolkningens helsetjenester og at befolkningen gjennom dette får den hjelpen de trenger. I Helse Midt-Norge har ventetiden for behandling for pasienter som skal til planlagt behandling ligget relativt stabilt på i overkant av 100 dager gjennom de siste årene. Vi ønsker å vurdere ventetiden for de enkelte sykdomsgrupper og gjennom dette se om det vil være mulig å prioritere riktigere mellom de forskjellige sykdomsgruppene. I dette arbeidet må det tas hensyn til prioriteringsforskriften. Over halvparten av pasientene vil ha rett til nødvendig helsehjelp, mens en del vil ha rett til helsehjelp uten klart definert frist for når helsehjelpen skal finne sted. De forskjellige fagområdene er ulike i størrelse, og derfor har det skjedd en ”naturlig” prioritering opp gjennom årene. Den videre veksten i helsetilbudet bør imidlertid skje gjennom en mer målrettet vurdering av hvilke sykdomsgrupper som bør få forrang på tvers av pasient- og diagnosegruppene.

Marthe Risan

Kanskje er det enklere å si noe om hvordan vi ikke skal prioritere? Helsevesenet beskyldes for å prioritere de sykdommene og tilstandene som de får ”godt betalt for” gjennom finansieringssystemet for sykehusene. Vi må unngå at dette blir et viktig grunnlag for prioriteringene. Det er umulig å sette opp en liste med kriterier som man alltid skal følge når man prioriterer. Skjønnsmessige vurderinger er vanskelige å unngå. Men prioriteringsforskriften gir ett kriterium som etter min mening er udiskutabel; alvorlighetskriteriet. Vi må prioritere pasienter som får vesentlig nedsatt livskvalitet eller økt sjanse for å dø hvis de ikke får hjelp.

”Vi trenger politisk prioritering knyttet til hvilke sykdommer vi skal behandle uavhengig av hvilke kostnader dette påfører helseforetakene...”

Marthe Risan, leder av brukerutvalget ved St. Olavs Hospital

Spesialistene må ut i kommunene

– Det må bli lønnsomt for alle å forhindre at folk blir syke, sier helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Den største forandringen for spesialisthelsetjenesten fremover, er at vi må rette blikket ut mot kommunene, i følge Hanssen. Vi må bidra mer for å forebygge sykdom, og for å unngå at pasienter blir innlagt på sykehus.

I følge helseministeren kan mye av det som foregår i spesialisthelsetjenesten i dag, gjøres ute i kommunene. Ved å bygge opp den faglige kompetansen i kommunehelsetjenesten, kan vi gi innbyggerne flere spesialiserte helsetjenester der de bor, både når det gjelder forebyggende arbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre.
– Slik det er i dag tjener kommunen på å sende pasienten videre til sykehus. Vi må gjøre det lønnsomt for kommunene både å drive forbyggende arbeid, og også å beholde pasienten, sier Bjarne Håkon Hanssen.
Han påpeker at dette ikke betyr at ansatte i spesialisthelsetjenesten behøver å være redde for jobbene sine.
– Vi kommer til å trenge en sterk spesialisthelsetjeneste i fremtiden også. Men jeg ønsker at sykehusene skal jobbe med det som virkelig har med sykdom å gjøre.

Taper på å følge opp

Helseministeren bruker den nye folkesykdommen diabetes 2 for å illustrere hvordan han mener dagens måte å tenke på, er feil.

– Jeg hører for eksempel stadig at vi trenger flere dialyseplasser fordi vi får flere innbyggere som kan få nyresvikt som følge av diabetes 2. Men det er jo mye viktigere å bruke penger på å forhindre at det blir en sammenheng mellom det å få diabetes 2 og det å få nyresvikt.
For det første mener ministeren at vi må bidra til at folk i det hele tatt ikke får diabetes 2, og vi må følge opp de som har fått diagnosen slik at de unngår å bli alvorlig syke.
– Men slik er det ikke i dag. Hvis du får diabetes og kommunen gjør så mye for deg at du ikke får nyresvikt, blir det en kostnad for kommunen. Blir du innlagt på sykehus, er det staten som tar regningen, sier han.
Han kommer også med et annet eksempel på hvordan dagens system gjør at vi ikke har et helhetlig syn på pasientbehandlingen.
– Hvis en beboer på sykehjem blir dehydrert, er det lønnsomt for kommunene å få beboeren inn på sykehus for å få intravenøs væsketilførsel, men det er ulønnsomt for samfunnet siden en sykehusseng koster mye mer enn en sykehjemsseng, og det er en dårlig løsning for pasienten som må flyttes.

Nye økonomiske rammer

Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre.
– Helheten i helse-Norge har blitt feil. Dette skal vi nå gjøre noe med. Vi vil ha en massiv satsing på primærhelsetjeneste, sier Bjarne Håkon Hanssen.
I april legger han frem samhandlingsreformen. Sammen med en egen ekspertgruppe som skal komme med innspill til økonomiske og juridiske grep, en prosjektgruppe i departementet og et dialogprosjekt, skal han komme frem til et resultat som han mener vil være starten på en ny måte å tenke på i helse-Norge.
– At vi ønsker at noe skal skje, er viktig, men ikke nok. Vi kan ikke lenger bare si; vær så snill å samhandle. Vi er nødt til å ha økonomiske rammer som gjør at det lønner seg å gjøre forandringer. Det er som med pensjonsreformen. Folk ønsker ikke å være lenger i jobb hvis det ikke lønner seg. De må se at de får en gevinst. Jeg vil legge frem et nytt økonomisk system for hvordan kommuner og sykehus kan samhandle til beste for pasienten. Pasientene skal være trygge på at de får riktig hjelp, uansett om det er i kommunen eller på sykehus, sier han.

Vil involvere befolkningen

Helseministeren er opptatt av å ta Norges befolkning med på råd. Han møter mange mennesker når han er ute og reiser, og hører om ulike opplevelser i møtet med helsevesenet.
På departementets nettside ønsker han synspunkter velkommen, og i oktober startet han i tillegg en egen blogg på VGs nettsider: ”Bjarne Håkon Hanssens samhandlingsblogg”. Målet er et nytt blogginnlegg hver uke. Temaene varierer fra om utdeling av gratis heroin kan hjelpe de aller tyngste rusmisbrukerne, til oppfordringer om å komme med erfaringer fra helse-Norge.

– Jeg er ikke så moderne, men jeg lot meg overtale til å blogge. Og responsen er overveldende, sier han.

Ønsket å bli helseminister

Selv om det bare er sju måneder siden Bjarne Håkon Hanssen tok over som helseminister, er dette langt fra noe nytt felt for politikeren. Blant annet var han nestleder i Stortingets sosialkomite fra 2001 til 2005, med fokus på helsepolitikk

– Der var det mye snakk om hvordan helsetjenestene ikke henger sammen. At pasientene ofte faller mellom to stoler, og at de blir kasteballer i systemet, sier han.

Da han ble spurt om å bli med i regjeringen i 2005, håpet han å kunne gyve løs på oppgavene i helse-Norge.

– Jeg hadde desperat lyst til å bli helseminister. Jeg kranglet med Stoltenberg for å få lov, men han sa; Nei, det får du ikke, forteller han og ler.

Hansen ble arbeids- og inkluderingsminister i stedet, og jobbet med alt fra pensjonsreform til Mulla Krekar.

I fjor vår ble han bedt om å ta over som helseminister.

Vil ha flere konkrete avtaler

Det første han gjorde i den nye jobben, var å pakke kofferten. I løpet av to uker besøkte han alle helseregionene i Norge, han besøkte små og store kommuner, sykehus og sykehjem, rus og psykiatri. Målet var å se hvordan det står til i helse-Norge.

– Det slo meg tydelig at det ikke hadde skjedd store forandringene fra da jeg satt i sosialkomiteen. Det er fortsatt et stort problem at vi ikke får tjenestene til å henge sammen. Det foregår mye god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene, men det skjer på tross av, og ikke på grunn av systemet, sier han.

I Østfold har sykehuset og kommunene hatt et forpliktende samarbeid helt siden 2005 gjennom administrativt samarbeidsutvalg. Utvalget har opprettet flere kliniske utvalg for områder som trenger forbedring i forhold til hvordan man samhandler til beste for felles pasienter. Melderutiner ved utskriving, innleggelser og henvisninger, rutiner omkring individuell plan og rutiner mellom distriktspsykiatriske sentre og kommunene, er områder utvalgene har jobbet med. I tillegg ble det opprettet tre nye utvalg i 2008: Samhandling om demens/psykogeriatri, om palliativ behandling og om ambulante tjenester.

– Jeg vil ha mer av den typen konkrete samarbeidsavtaler. Jeg ønsker flere ambulante team og mer hospitering. Men i tillegg mener jeg det er nødvendig med helt klare økonomiske rammer, sier Hanssen.

Kommunene vil bli attraktive

I følge ministeren står vi overfor store utfordringer i fremtiden. Mange flere mennesker vil trenge hjelp. Levetiden øker, vi vil få flere eldre og flere demente. I tillegg vil antall innbyggere med livsstilrelaterte sykdommer som diabetes 2, KOLS og overvekt, gå betraktelig opp.

– Det er viktig å poengtere at vi ikke skal kutte i helsetjenestene. Vi skal bruke mer penger. Men de siste 7 årene er sykehusbudsjettene doblet, uten at sykehusene har blitt dobbelt så gode. Vi må begynne å bruke pengene på en riktigere måte, sier han.

Statsråden har gjort det klart at han ikke vil øke antall legestillinger i sykehuset fremover. Leger som skal søke jobb, må rette blikket mot kommunene. Hanssen tror ikke det vil bli vanskelig å rekruttere leger inn i kommunehelsetjenesten.

– For det første, er det der jobbene vil være. Og i tillegg vil utviklingen i kommunene bli veldig spennende. Med distriktsmedisinske sentre, ernæringskompetanse og helsesentre. Men det vil jo være en turnover i sykehusene også, for eksempel når leger går av med pensjon. Så det vil jo ikke bli umulig å bli sykehuslege.

Inspirasjon fra Asia

I januar var helseministeren på studietur i Japan, hvor han blant annet besøkte det topp moderne sykehuset Kameda. Her blir alle pasientopplysninger registrert i en bank. Hanssen sammenligner opplysningsbanken med bankenes betalingssentral. All informasjon ligger tilgjengelig, men tilgangen til opplysningene blir regulert av pasienten selv, gjennom et helsekort.

– Når konsultasjonen med legen var over, skrev legen og pasienten sammen inn informasjonen som skulle stå i den elektroniske journalen. Epikrisetid er ikke lenger et begrep. En slik ordning tror jeg vi vil få i Norge også i fremtiden, sier Hanssen.

Han ønsker at både fastleger, kommunehelsetjenesten og sykehusene i fremtiden kan hente frem de samme opplysningene om pasienten.

– Men da er det viktig at journalen er pasientens eiendom. Det er pasienten som styrer hvem som kan få se opplysningene, sier han.

Stortrives som helseminister

Bjarne Håkon Hanssen kan ikke tenke seg en mer spennende jobb enn å være statsråd.

– Jeg er politiker i sjela. Det har jeg vært siden jeg ble med i AUF på Namsos. Og det viktigste for en politiker, er å kunne være med og forandre, sier han.

Han er sterkt involvert i alt arbeidet som gjøres for å forberede samhandlingsreformen.

– Hvis vi skal få det til, må jeg være personlig engasjert. Vi har veldig dårlig tid, og derfor ønsker jeg å ha en hånd på rattet hele tiden. Det går ikke en dag uten at jeg holder på med samhandlingsspørsmål, sier han.

Han har en solid stab rundt seg, og mener han vil være i mål med reformen i april.

– Jeg tror at samhandlingsreformen vil representere starten på en ny tenkning i helse-Norge. Krisen i sykehuset med lange ventetider, pasientkøer, milliardsprekk i økonomien og mangelfull rehabilitering, må løses andre steder enn i sykehusene. Vi må gjøre mer for å forhindre at mennesker blir syke, og vi må bli bedre til å følge opp risikogrupper.

Helse **klipp:**

En mer helhetlig helsetjeneste for gravide og fødende

I regjeringens stortingsmelding «En lykkelig begivenhet» om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, skal helsetjenesten for gravide og fødende blir mer helhetlig. Den lokale jordmortjenesten skal bli mer tilgjengelig og sykehusene får ansvar for følgetjenesten til fødestedet. Sammen med kommunene skal helseregionene lage en flerårig og helhetlig plan for fødetilbudet i regionen.

– Gjennom denne meldingen legger vi opp til bedre organisering og bedre utnyttelse av ressurser og helsepersonell. Den fødende og hennes familie skal kunne føle trygghet i hele forløpet, sier helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen.

Astrid Eidsvik er kåret til årets helseleder

Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH) kåret administrerende direktør i Helse Sunnmøre, Astrid Eidsvik, til årets helseleder. Hun er den i Norge som har sittet lengst som sykehusdirektør med en sammenhengende periode på 15 år i samme helseforetak. NHS mener Eidsvik lykkes med å balansere etterspørselen på helsetjenester og ressurser til kunnskapsbedriften ved å ha en god dialog mellom administrasjon og fag. Hun er en brobygger mellom funksjoner og profesjoner, og hun er en troverdig leder som skaper troverdighet og anerkjennelse i møte med de ansatte.

Inviterer til ny konkurranse om ambulansetjenester

Helse Midt-Norge RHF, Inntrøndelag Ambulanse AS og Namsos Trafikkselskap ASA har blitt enige om å terminere eksisterende avtaler om ambulansedrift. Det er inngått en korttidsavtale med de to selskapene om levering av de samme tjenestene fram til oktober 2009.

I oktober vil det bli avholdt en ny konkurranse om drifta i de aktuelle områdene.

144 millioner til vedlikehold

Regjeringens forslag til tiltakspakke har tilført regionen 144 millioner kroner. Styret har besluttet at disse pengene skal brukes til vedlikehold og oppgradering av sykehus.

Midlene fra tiltakspakken fordeler seg slik:

Helse Sunnmøre HF	36,2 mill. kroner
Helse Nordmøre og Romsdal HF	20,5 mill. kroner
St Olavs Hospital HF	58,0 mill. kroner
Helse Nord-Trøndelag HF	26,4 mill. kroner
Rusbehandling Midt-Norge HF	2,9 mill. kroner

Gode resultater i Ålesund

— Vi har fått mange gode erfaringer fra arbeidet med å standardisere pasientforløp innen urologi og ser at vi får utnyttet ressurser på en bedre måte, sier Torunn Olsen, som har vært prosessveileder.

Urologiprosjektet er knyttet til menn med obstruktive vannlatningsplager av antatt bening årsak.
(red.anm: benign betyr godarta, altså ikke kreft)
– Noe av det mest utfordrende har vært å avgrense hvilke pasientgrupper som kunne brukes når pasientforløpet skulle standardiseres. Vi var avhengig av å ha en pasientgruppe med liknende plager, og at det var et visst volum i antallet. Pasientflytprosjektet har handlet om å kartlegge prosessen fra tilvisning fra lege til pasienten er ferdig utredet og behandling planlagt på sykehuset, sier overlege Valborg Bakke.

"Fra henvisning til behandling"

En effekt av kartleggingsprosessen er at arbeidsoppgaver er flyttet fra uroterapeut til helsesekretær. Det har frigjort tid til uroterapeutene og slik gitt bedre bruk av ressursene. I tillegg har det også ført til et ryddigere pasientforløp. Det har blitt opprettet faste møter mellom uroterapeut og urolog hvor de kan drøfte pasienter som har behov for undersøkelser som går utenom standarden. Et avtalt møtetidspunkt gjør det lettere for uroterapeutene å få "tak i" urologer, og dermed få pasientene videre i systemet på en mer effektiv måte.

Nyttig for flere pasientgrupper

Målingene gjort i prosjektet viser at det er klare områder som det må jobbes med. Kvaliteten på henvisningene er analysert. Når henvisninger fra fastlegene varierer blir det vanskelig for spesialisten å foreta en vurdering. Det ligger et stort potensial i å forbedre samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
– Helsedirektoratet kommer i disse dager ut med "Prioriteringsveilederen for spesialisthelsetjenesten", som har som formål å være en retningslinje for at det skal bli en mer lik vurdering fra spesialist til spesialist og sykehus til sykehus. Denne har vi tatt i bruk i prosjektet med godt resultat, sier Olsen.

Vi har hatt fokus på forbedringer som også kommer pasienter utenfor prosjektet til gode. Standardforløpet må ikke favorisere en type pasienter, slik at det går utover pasienter med mer alvorlige diagnoser, sier Bakke. Hun legger ikke skjul på at det har vært en utfordring å være tidlig ute med standardiseringsprosjektet, men samtidig har vi vært heldige og fått tett oppfølging av prosessveileder.
– Vi er fornøyd med resultatene. Erfaringene og resultatene blir utviklet slik at dette blir en prosess til fordel for ansatte og pasienter.

Forutsigbarhet gir trygghet

Ivaretakelse av den enkelte pasient i standardiseringsforløpet er basert på kvalitet og forutsigbarhet.

Å bli syk, det å bli pasient, handler om mye. Egen og andres bekymring, ubehag, smerter, arbeidssituasjon og å miste litt kontroll. Det aller viktigste er å få en behandling med best mulig resultat, men veien dit har også stor betydning for både "hvordan man har det, og hvordan man tar det".
– Kvalitet og forutsigbarhet gir trygghet. Likeså informasjon og forberedte helsearbeidere, og at "sykdomskolleger" forteller at de har fått samme behandling. Systemkvalitet fremfor individfrihet. Det sier Paula Iren Bø Syrstad i Helse Midt-Norge.

Når en pasient møter en gjennomarbeidet plan, informasjon som gir forutsigbarhet og et forberedt helsepersonell, blir det ikke unødvendig ventetid og sykehusbesøk. Frustrasjonen ved å ikke vite hva som skal skje "når" forsvinner.
– Ja, dette er effektivitet. Og det er mye god omsorg i effektivitet, mener Syrstad.

> "Vi var avhengig av å ha en pasientgruppe med liknende plager, og at det var et visst volum – i antallet"

Standardiserte pasientforløp

Prosjektet "Standardiserte pasientforløp" ble etablert i HMN i 2008. Standardiserte pasientforløp betyr at pasienter med samme diagnose, skal gjennomgå de samme behandlingene, og sikre beste tilgang til behandlingspraksis.

På pasientnivå handler det om å tilby god kvalitet til den enkelte, både medisinsk og i forhold til unødvendig ventetid.

Standardiseringen betyr ikke at pasientene standardiseres, men at økt effektivitet frigir tid og ressurser til de pasientene som trenger mer oppfølging. Samtidig bidrar standardiseringen til mer forutsigbarhet i behandlingen og bruk av ressurser, slik at de ansatte i Helseforetaket får mulighet til å være mer effektive og yte bedre kvalitet i jobben sin.

Helse Midt-Norge har tatt et steg i riktig retning for å møte noen av utfordringene til helsevesenet. Satsing på Distriktsmedisinsk senter (DMS) har så langt vært vellykket. Stjørdal og Fosen DMS kan vise til gode resultater; fornøyde pasienter, bedre ressursutnyttelse og mer effektiv behandling.

Nye veier til effektiv behandling

Bedre planlagt og redusert liggetid

Hofte- og kneprotesepasienter ved Orkdal sykehus blir sendt til Fosen DMS bare fire dager etter operasjon. Det er standardisering av pasientforløp som har vært avgjørende for at de kan utnytte Distriktsmedisinske senter slik at det fungerer optimalt.

Arild Aamodt

Også ved St. Olavs Hospital har de gode erfaringer med Distriktsmedisinsk senter. Orkdal sykehus har lagt om pasientforløpet sitt og fått mer effektive og pasientvennlige rutiner. Hofte- og kneprotesepasienter blir overført til Fosen DMS fire dager etter operasjon.
– Dette er fornuftig ressursbruk og det frigjør behandling for oss. Pasientene får rehabilitering raskere og vårt klare inntrykk er at de er fornøyd med ordningen.

Det sier Arild Aamodt, avdelingsoverlege ved ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital.

Frigjør ressurser

Pasienter som skal opereres kommer inn til gjennomgang og undersøkelser 1–2 uker før operasjon. Tidligere ble pasientene lagt inn på sykehus for denne rutinen. Dette bidrar til å frigjøre sengeplasser, og pasientene slipper unødvendig liggetid på sykehus. Siden hofte- og kneoperasjoner foregår i begynnelsen av uken ved Orkdal sykehus, får de også frigitt sengeplasser til helgene da 12 av 24 senger stenges.

– Fire dager etter operasjonen, sendes pasienten videre til Fosen DMS for rehabilitering. Ortopeden ved sykehuset kan følge pasienten på Fosen via videokonferanser. På denne måten har vi kontakt med pasienten under hele oppholdet. I tillegg har Fosen et høyere kompetansenivå enn det som er vanlig ved de fleste institusjoner som tar i mot nyopererte ortopediske pasienter. De er ikke lenger et vanlig rehabiliteringssenter, sier Aamodt.

Behandling som gir kortere liggetid

Det er ikke Fosen DMS alene som bidrar til kortere liggetid på sykehus for pasientene. Aamodt nevner også nye behandlingsformer.
– Vi har også endret på bedøvelsesmetodene under operasjonen. Dette medfører at fysioterapeutene kan ta opp pasientene raskere etter operasjonen, og vi vet at jo fortere man kommer seg opp på beina etter en hofte- eller kneoperasjon, desto raskere vil rehabiliteringen gå.

DMS er en god løsning som har vist seg å fungere godt i Helse Midt-Norge og er et eksempel på god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, slik at ressursene utnyttes mer effektivt.
– Standardisering av pasientforløp er avgjørende for at vi kan utnytte Distriktsmedisinske senter slik at det fungerer optimalt. I vår region er vi kommet et godt stykke på veien, men vi kan hele tiden bli bedre, og jobber kontinuerlig med vurderinger av prosesser, forteller Aamodt.

Raskere hjem – raskere frisk

Driften ved DMS Stjørdal ble startet i mars 2007. Erfaringene frem til i dag er positive, ved at antall forbrukte ekstra sykehusdøgn for overføringsklare pasienter hjemmehørende i Stjørdal kommune er redusert. Det viser et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Øivind Stenvik

Tall fra Stjørdal DMS viser at antall forbrukte ekstra sykehusdøgn for overføringsklare pasienter hjemmehørende i Stjørdal kommune er redusert fra 443 liggedøgn i 2006 til 14 døgn i 2008. Registrering av reinnleggelser innen 30 dager for disse pasientene i sykehus er på 5 %, mens tilsvarende tall for pasienter behandlet ved sykehus i Nord-Trøndelag ligger omkring 13–14 %. Dette viser at hensiktsmessig organisering av institusjonsbaserte tjenester gir bedre behandlingstilbud til pasientene og bedre ressursbruk, sier helsefaglig rådgiver i HNT Øivind Stenvik.

Færre re-innleggelser

Et av hovedmålene er å flytte helsetjenester nærmere der folk bor, ved å innrette tjenestene slik at pasienten blir ivaretatt på riktig omsorgsnivå. Erfaringer fra andre områder i Norge har vist at dette er fornuftig og kvalitativt like bra som behandling i sykehus. Ordningen innebærer at pasienter som ved opphold på sykehus har fått en klarlagt diagnose og behandlingsopplegg, kan få behandling i et distriktsmedisinsk senter eller en "forsterket sykeheim". Målsettingen er å fullføre behandlingen, stabilisere situasjonen og sikre at pasienten kan mestre hjemmesituasjonen gjennom rehabilitering.
– Pasientene er gjennomgående godt fornøyde ved at de får bedre kontakt med sitt nærmiljø i rekonvalesentfasen, og pasienter som har behov for enklere behandlingsopplegg kan få dette som dagbehandling uten å måtte reise til sykehus, sier Stenvik.

Bedre enn gjennomsnittet

En økende utfordring for helsevesenet er pasienter med kroniske sykdommer. Slike pasienter er utsatt for tilbakefall og reinnleggelse i sykehus og blir såkalte "svingdørspasienter". På nasjonalt nivå gjaldt dette 11,2 % av øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved sykehus i 2006. I Nord-Trøndelag har tallet vært høyere, ca. 13–14 %. Pasienter behandlet ved DMS Stjørdal har derimot vesentlig færre reinnleggelser på sykehus. En rapport per 31.10.2008 viser at dette gjaldt bare 5 % av 254 pasienter.

De gode resultatene er også en følge av samarbeidet med Stjørdal kommune som har vist vilje til å realisere tanken om et distriktsmedisinsk senter. Stenvik mener dette er en avgjørende faktor for at prosjektet fungerer så godt. DMS-strategien er et ledd i målsettingen om å forsterke samarbeid-et med kommunehelsetjenesten.
– Ressursfordelingen i helsetjenesten har vært skjev, og det er nødvendig å styrke kompetansen og personellressursene i kommunehelsetjenesten for å møte både dagens og fremtidens utfordringer, mener Stenvik.

B

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
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