

HELSE

02/2009 – Årgang 8 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

Gunnar Bovim

ny direktør for
Helse Midt-Norge RHF

se leder side 2–3

Tema:

Kvalitetsløft

side 14–27





På lag med deg for din helse

Vi ønsker en helsetjeneste preget av trygghet og god kvalitet. Da må vi særlig rette vår oppmerksomhet mot møtet mellom den enkelte pasient og helsearbeider. Hver dag skjer det over to tusen slike møter i Helse Midt-Norge og flere av dem markerer et viktig vendepunkt i livet. Et møte som senere refereres til som ”før” og ”etter”.

Selv om Norge er ett av de landene i verden som bruker flest kroner på helse, er det ikke sikkert at vi henter mest helse ut av hver krone. Vi har et åpenbart behov for å se på hvordan vi sørger for bedre sammenheng i helsetilbudet og det enkelte behandlingsforløp. Regjeringens varslede samhandlingsreform setter fokus på hva som må til for å skape en bærekraftig helsetjeneste for framtida. Økt levealder og en befolkning med langt flere eldre, vil kreve betydelig omstilling av helsetjenesten.

Forskning, ny kunnskap og utvikling av nye behandlingsmetoder vil føre til betydelige endringer i hvordan vi kan organisere spesialisert medisinsk behandling. Hva vil være spredt, og hva bør være samlet? Forventningen til oss som leverandør av trygge og gode helsetjenester kommer ikke til å avta, og bør ikke avta.

Vi gjør klokt i å erkjenne at vi står overfor krevende endringsprosesser. Likevel føler jeg meg privilegert når jeg nå tiltrer stillingen som administrerende direktør for det regionale helseforetaket i Midt-Norge. Det er både spennende og inspirerende å få lov til å være med på å utvikle langsiktige og robuste strategier for hvordan vi skal sikre det grunnleggende velferdsgodet som en velfungerende helsetjeneste skal være, også for framtidige generasjoner.

Som leder er jeg opptatt av å skape god dialog og jeg vil tilstrebe å ha en åpen dør. Innspill og tilbakemelding fra medarbeidere, tillitsvalgte og brukere er helt avgjørende for å lykkes med omstilling og fornying av spesialisthelsetjenesten. Jeg kommer derfor til å legge vekt på å besøke våre helseforetak for å lytte – og lære.

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at befolkningen i hele Midt-Norge har tilgang til likeverdige og trygge spesialiserte helsetjenester. For at det skal være mulig, må vi også ha en felles plattform og et samhold på tvers av geografiske skiller. Gjennom arbeidet med langtidsbudsjettet og styrets vedtak for fordeling av inntekter, er vi i ferd med å etablere et bærekraftig system. Det gode økonomiske resultatet for 2008, kombinert med effekten av økt driftsramme for å rette opp de skjevheter Magnussen-utvalget dokumenterte, gir oss et viktig utgangspunkt. Men 2010 gir store samlede utfordringer.

Orden i økonomien og langsiktighet i planleggingen er en viktig forutsetning for å kunne skape trygghet i prosessene med å fornye spesialisthelsetjenesten. Skal vi lykkes med forbedringsarbeidet, er åpenhet og medvirkning helt avgjørende. Vi må aktivisere den kunnskapen og innsikten som våre ansatte besitter.

Og vi må lytte til brukere og andre samfunnsaktører. Dette skal hjelpe oss til å prioritere ansvarlig innenfor de rammene vi har til rådighet.

De faglige nettverkene som er under etablering i Helse Midt-Norge skal sikre at valgene vi står overfor blir satt i en faglig sammenheng. Dessuten vil de nye prioriteringsveilederne som er utviklet gjennom felles nasjonalt samarbeid gjøre oss bedre i stand til å sikre likeverdig vurdering og prioritering, slik at de med størst behov får høyest prioritet. Vi utvikler beskrivelser av pasientforløp, der målet er bedre pasientbehandling, like kvalitetsmål og felles standarder i en sammenhengende behandlingsskjede.

Det gjøres med andre ord mye riktig og viktig arbeid for å sikre befolkningen i hele Midt-Norge tilgang på likeverdige og trygge helsetjenester. Det er dette arbeidet jeg ønsker å gi kraft til gjennom mitt bidrag. Da gir vi innhold til Helse Midt-Norges visjon; På lag med deg for din helse.

Gunnar Bovim

Gunnar Bovim
Administrerende direktør
Helse Midt-Norge RHF

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 • Opplag: 16.000.

Miljømerket trykksak fra Trykkpartner Lade AS  Nasjonalt sertifikat nr. 1638



Overvekt må forebygges, ikke bare behandles

Det er ikke slik at folk våkner en dag og plutselig har fått en BMI på 40 – tilstanden har en forhistorie. Men vi kan ikke bare se på det individuelle ansvaret alene, da overser vi de virkelige problemene og utviklingen bare fortsetter.

Utviklingen Bård Kulseng, overlege ved St. Olavs Hospital, sikter til er den økende vekten i befolkningen. De største blir enda større og hele befolkningen blir tyngre. Hvis dagens utvikling fortsetter vil 60 prosent av befolkningen bli stabilt overvektige, med de sykdommer det fører med seg. En slik utvikling vil legge beslag på store deler av helse- og sosialbudsjettene og redusere produktiviteten i samfunnet. Helsetjenestens største ansvar akkurat nå er å heise flagget og fortelle at det er fare på ferde, forteller Kulseng.

Strukturelle endringer krever samarbeid

– Skal vi få tatt overvektspromblemet med roten må forskere, politikere og industri samarbeide. Det er relevant å sammenligne fedmeproblematikken med røyking. Det var ikke folks frykt for lungekreft som var hoveddriveren, men de strukturelle endringene som ble gjort i form av røyke- lov i kombinasjon med prispolitikken på tobakk. Det samme gjelder også fedme- problematikken. De siste to generasjonene har det foregått store strukturelle endringer i samfunnet

som har hatt store konsekvenser for livsstilen vår. Bruken av industriframstilt, energitett mat med høyt sukker- og fettinnhold har økt, samtidig som fysisk aktivitet har gått fra å være nødvendig til å bli frivillig.

Overvekt er naturlig

– Jeg vil si at overvekt er naturlig i det samfunnet vi lever i nå. Vi ser at påvirkningen starter allerede på fosterstadiet. Hvis mor er overvektig kan det føre til hormonelle endringer som påvirker fosteret. Foreløpig har vi alt for lite kunnskap om dette temaet, men fakta er at det fødes et høyere antall barn med unormalt høy eller lav vekt nå enn før. Derfor blir det viktig å registre både barn og voksne med risiko for å utvikle overvekt. Spekteret av bakenforliggende årsaker til overvekt og fedme er vidt. Ca. halvparten av de som er sykkelig overvektige har psykiske lidelser som spiseforstyrrelser eller traumatiske opplevelser. Det er heller ikke uvanlig at mat blir brukt som virkemiddel til å dempe angst eller for å erstatte tomhetsfølelse. Men det er heller

ikke slik at alle med fedme har psykiske problemer. Overvekt er et problem for så mange mennesker at det forebyggende arbeidet må ha et folkehelseperspektiv, sier Kulseng.

Samhandling

– Vi må drive både individrettet og strukturell forebygging. Skolene og universitetene må tas med i dette arbeidet. Det blir viktig å ta lærdom av undersøkelser som blant annet HUNT, og utdanne folk som har kunnskap om folkehelsearbeid. Problemet må ikke bare avdekkes – vi må sette inn tiltak som bedrer folkehelsen. Risikogruppene må i framtiden fanges opp av primærhelsetjenesten og det forebyggende arbeidet må organiseres langt bedre enn i dag. Spesialisthelsetjenesten må ta seg av folk som til tross for tiltak i primærhelsetjenesten utvikler sykkelig overvekt med komplikasjoner. Kulseng understreker at han ikke vil svartmale situasjonen til tross for alvor. Det er en økende bevissthet i samfunnet som gir grunn til å være optimist.

Positiv utvikling

– All endring tar tid og vi ser mange tegn på at endringen har startet. Vi får nasjonale retningslinjer for overvekt i primærhelsetjenesten. Overvektige gis rett til nødvendig helsehjelp i form av medisinsk hjelp på bakgrunn av en utredning av årsaken til overvekten.



Bård Kulseng

Det bevilges mer penger enn noen gang til forskning både på nasjonalt og EU-nivå. Det er en holdningsendring i media fra latterliggjøring av overvektige til at problemet tas på alvor med samfunns- messige vinklinger.

Vi ser også en endring i befolkningen. Folk sykler til jobben, trener oftere, har fokus på sunt kosthold og det er mer fysisk aktivitet i skolen. Men det er også viktig å huske at det er mange som ikke har et friskt utgangspunkt. Det er ikke bare å sette seg på sykkelen hvis du har isjias eller er deprimert.

”Vi må drive både individrettet og strukturell forebygging”

Noen vanlige komplikasjoner knyttet til overvekt:

- Redusert livslengde
- Hjertesykdom
- Diabetes
- Pustestopp om natten
- Astma og kronisk bronkitt
- Galleblæresykdom
- Inkontinens
- Kreftsykdommer
- Sykdommer i vektbærende ledd
- Emosjonelle og psykologiske problemer

Overvekt i et folkehelseperspektiv

- I dagens samfunn er overvekt naturlig. Alle blir overvektige bortsett fra de som er genetisk resistente eller lever i et uvanlig miljø.
- Endring i miljøet er nødvendig; epidemien kan ikke stoppes ved individuelle tiltak alene.
- Endringer som skal til må inkludere individ, familien, lokalmiljøet og nasjonale tiltak.
- Overvektsutfordringen kan sammenlignes med klimautfordringen. Det trengs et partnerskap mellom regjering, forskere, industri og befolkningen.

Overvekt:

BMI (Body Mass Indeks)

= vekt delt på høyde x høyde.

← 18,5	Undervekt
18,5–24,9	Normal vekt
25,0–29,9	Overvekt
30,0–34,9	Fedme grad I
35,0–39,9	Fedme grad II
→ 40	Fedme grad III





Forebygging

– kun for de modige

Det er så mye individfokus i samfunnet vårt, at vi har skapt en illusjon av at vi kan behandle oss ut av alle problemene. En av de store utfordringene vi står overfor nå, overvekt og fedme, er det mulig å gjøre noe med. Man da må det helt andre virkemidler til enn de vi bruker i dag.

Det sier Steinar Krokstad, førsteamanuensis ved institutt for samfunnsmedisin, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag



Steinar Krokstad

(HUNT). Han støttes av seniorrådgiver i Helse Midt-Norge, Einar Vandvik.

– Vi klarer aldri å behandle oss ut av ”fedmetsunamien” med tilhørende diabetes-problematikk. Vi må ha andre strategier enn behandling for å møte denne utviklingen. Det finnes to hovedstrategier for forebygging: Høyrisikostrategi og populasjonsstrategi. En høyrisikostrategi innebærer at helse-tjenesten griper inn

hos de gruppene som har størst risiko til å utvikle sykdommer og lidelser. En populasjonsstrategi innebærer at årsakene til sykdommene og lidelsene reduseres. En vridning i retning populasjonsstrategi krever en helt annen samfunnsregulering enn vi har i dag, noe som fort blir et politisk spørsmål.

Helsegapet mellom behov og etikk

– Det kreves politisk vilje og mot å sette grenser for individuell adferd på flere områder enn i dag. Det passer dårlig med den rådende filosofien om at alt kan kjøpes og selges. Vi har god helse i Norge, og en av verdens beste helsetjenester. Likevel skapes det inntrykk av krise. Det henger sammen med at kravet til velferd, smertefrihet og lykke øker raskere enn hva som faktisk er mulig, sier Krokstad. Han mener det er i ferd med å utvikle seg et gap mellom det som er etisk og økonomisk forsvarlig på den ene siden, og det opplevde behovet og forventningene til helsetjenesten på den andre.

Gode for de som trenger det minst

– Jo mer markedsorientert vi blir, dess bedre helsetjenester får vi for de som trenger det minst. Målet er å bremse den økte veksten i helsetjenesten, men det er det motsatte som skjer. Når folks rettigheter og behov kombineres med helsevesenets incentivfinansiering og effektivitetskrav blir det som å helle bensin på bålet. Et eksempel på ventetid, som i dag blir sett på som et onde. Noe ventetid kan også være en måte å markere at det finnes en grense på hvor mye penger vi faktisk har til helse. En viss terskel kan øke evnen til egenomsorg og gjøre at folk blir flinkere til å ivareta sin egen helse og finne gode løsninger på egen hånd. Det kan være mye god helse i å ikke oppsøke helsevesenet med en gang, sier Krokstad.

Forebygging er lovpålagt

I lov om spesialisthelsetjenesten står det at lovens formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Seniorrådgiver Einar Vandvik i Helse Midt-Norge hevder at forebygging har blitt noe man driver med hvis det er tid til overs. – Spør du folk innen spesialisthelsetjenesten, er det svært få som kjenner til denne formuleringen. Det virker som vi har hoppet bukk over selve formålet med loven som regulerer virksomheten vår. Helsereformen var absolutt på sin plass, men det virker som det helsefremmende arbeidet forsvant med reformen. Vi greide dessverre ikke å videreføre det gode arbeidet som ble gjort på fylkeskommunalt plan før helsereformen. Nå kreves det politisk mot å ta de beslutningene som kreves for at vi skal få de effektene vi søker. Heller ikke kommunene har noen gevinst på å drive forebyggende arbeid – hvis en kommune sparer penger på strøing av veier og fortau er det ikke kommunen som får kostnaden for skader i trafikken. Det må komme nye incentiver i framtiden.

Kunnskapen vokser

Dokumentasjon har vært forebyggingens mangelsykdom de siste årene, men med blant annet undersøkelser som HUNT vokser kunnskapen og dokumentasjonen om hvordan utviklingen blir. – Dette er kunnskap politikerne må tørre å ta konsekvensen av. Vi som forsker og arbeider i helsetjenesten må hjelpe kommunene med kunnskap slik at de blir i stand til å fatte gode beslutninger. Vandvik understreker at det sykdomsforebyggende ansvaret ligger i spesialisthelsetjenesten, mens det helsefremmende arbeidet er arena for politiske beslutninger i kommuner, fylkeskommuner og Stortinget. Noen ganger er det nødvendig med regulerende tiltak. Når vi lytter til dagens politiske debatt er det lett å kjenne igjen ideologiske standpunkter for og mot regulerende tiltak. Er standpunktet like mye politisk som faglig?

Fag – ikke ideologi

– Nei, dette handler ikke om ideologi og politisk kamp men om tverrpolitisk ansvar der avgjørelser bygges på faglig kompetanse og ikke på muligheten til å bli gjenvalgt. Røykeloven er et glimrende eksempel på et tiltak som folk respekterte og som gav stor effekt. Det er mye som er mulig å snu på, som ikke går på bekostning av livsglede og -kvalitet. Det er en grunn til at vi har fartsgrenser og vikeplikt i trafikken. Vi må ha kjøreregler i livet for øvrig også, og stimulere til gode valg slik at vi sparer folk for sykdom og lidelser. Det blir regnet som et gode å ta buss til skolen på grunn av trafikkfaren. Hvis vi hadde brukt ressurser på å gjøre skoleveien trafikksikker ville vi i tillegg etablert gode, helsefremmende vaner for barna.

Standardiserte pasientforløp

– verktøy for samhandling

Det er beregnet at 1/3 av innleggelsene som øyeblikkelig hjelp kunne vært unngått om legevakten hadde hatt tilgang til pasientinformasjon og at det fantes et godt nok hastetilbud i kommunene.

Ved utskrivning kan det være slik at kommunen blir informert seint og mangelfullt i forhold til å planlegge og ordne det som skal til for at pasienten skal greie seg hjemme. Resultatet blir mange reinnleggelser.

Det er vist at hvis sykehus og kommunen utarbeider og gjennomfører en strukturert oppfølging sammen etter utskrivning, kan liggetid kortes ned og antallet reinnleggelser halveres.

I dette bildet – frem og tilbake via flere tjenestenivå – er mange instanser involvert. Dette medfører store koordineringsutfordringer. Mange instanser skal enes om klare regler for hvordan samhandling skal skje. Utfordringer som handler om medisinskfaglig kvalitet, logistikk og ikke minst pasientens opplevde kvalitet.

Gjennom prosjektet ”Samhandlingskjeden for kronisk syke” skal det utarbeides pasientforløp som beskriver hvordan sykehus og kommunehelsetjenestene skal samhandle om eldre og kronisk syke pasienter. Pasientforløpene utformes etter samme metodikk som HMNs øvrige forløpsarbeid, og skal beskrive både logistikk og medisinskfaglig innhold i forløpene.

Formålet er å øke kvaliteten på de helse-tjenestene som gis til denne pasientgruppen. Både ved at pasientene skal oppleve et mer koordinert og sammenhengende pasientforløp, og ved at forløpet skal redusere behovet for akuttinnleggelser i sykehus for kronisk syke. Gjennom gode beskrivelser av innhold kan en sikre at pasienten i størst mulig grad behandles på riktig nivå.

Prosjektet Samhandlingskjeden for kronisk syke følges av et forskningsprosjekt. Gjennom forløpene skal effekten av ulike former for samhandling testes ut. Dette kan være utprøving av en mer systematisk og regulert kontakt mellom sykehus og kommune, eller organisering av rehabilitering. Prosjektet skal også teste ut teknologiske hjelpemidler for pasienter.

Tre sykehus og seks kommuner er piloter i prosjektet. Til sammen 25 prosessveiledere får nå opplæring i hvordan forløpene skal utarbeides. Dette er nybrottsarbeid der det finnes lite nasjonale erfaringer å støtte seg til. Forløpene skal være ferdig beskrevne til sommeren, og innføres i pilotkommunene og pilotavdelingene på høsten.

... pasientene skal oppleve et mer koordinert og sammenhengende pasientforløp ...





Samhandlings- reformen trer fram

*Samhandlingsreformen omdefinierer rollene i helse-
tjenesten. På bildet ser du fra venstre kommunen
ved Hallgeir Grøntvedt, ordfører i Ørland kommune,
i sentrum pasienten ved Michael Momyr, leder
i regionalt brukerutvalg, og spesialisthelsetjenesten
ved Kolbjørn Almlid, styreleder i Helse Midt-Norge.*

**Tyngdepunktet i helsetjenesten skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som får flere helse-
medarbeidere. Kommunene kommer til å få mer ansvar og flere oppgaver mens spesialisthelsetjenesten skal
bli enda mer spesialisert. Helseforetakene skal samtidig bidra til å styrke hele pasientforløpet over
forvaltningsnivåene. Det betyr at sykehusene ikke skal svekkes, men få endring i roller og oppgaver.**

Slik beskriver Kolbjørn Almlid kontu-
rene av samhandlingsreformen. Almlid
er styreleder i Helse Midt-Norge og er
deltager i departementets ekspertråd i
utviklingen av reformen. Han presenterte
hovedtrekkene i samhandlingsreformen
på Helse Midt-Norge og Kommunenes
Sentralforbunds samhandlingskonferanse
i slutten av april. Der vektla han gang på
gang hvem som er i sentrum av reformen.

"AMEN" for pasienten

– Pasienten! Vi skal skape ubrutte pasi-
entforløp slik at pasienter slipper å ramle
mellom to stoler eller rykke tilbake til
start. Det heter seg at vi skal behandle

pasientene på det lavest mulige nivået
– det såkalte LEON-prinsippet. Vi kan
ikke lenger snakke om høyt og lavt nivå,
men søke likeverdighet og få en felles
plattform der kommunehelsetjenesten
og spesialisthelsetjenesten gjensidig
respekterer og benytter hverandres
kompetanse til nytte for pasienten. Vi
skal altså gi pasienten hjelp på det
mest effektive nivået. Derfor vil jeg
døpe dette prinsippet om til AMEN:
det Absolutt Mest Effektive Nivået.

Mer forebyggende aktivitet

Et annet viktig trekk i samhandlingsre-
formen er målet om å arbeide mer med

langsiktig forebygging. Vi er i dag i en
situasjon der livsstilsrelaterte sykdommer
kommer til å legge beslag på det meste
av helseressursene dersom vi ikke arbei-
der mer med forebygging. Dette krever
fokus også utenfor helsetjenesten mener
Almlid.

– Helsetjenesten har vært preget av for
mye kortsiktig tenkning, og vi må se på
oss selv som samfunnsaktører, ikke bare
fagaktører. I framtiden må vi ha forebyg-
gende program som varer lenger enn en
valgperiode. Det forebyggende arbeidet
kan ikke bare ha individfokus, men i
mye større grad systemfokus, altså på de

forholdene som bidrar til å fremme syk-
dommer. Dette krever bevilgninger over
kommune- og statsbudsjett, noe som igjen
krever tålmodighet fra politikerne. Sam-
handlingsreformen skal rulles ut i
2012, og forberedelsene starter umiddel-
bart når reformen er helt på plass. Almlid
understreker at det nå må settes
av penger til dette viktige arbeidet.

– Denne oppgaven skal ikke bare løses
over helsebudsjettet. Det er viktig at både
Helse- og omsorgsdepartementet og
Kommunaldepartementet setter av midler
som kommunene kan søke på.

Behold **kvalitetsfokuset** – ikke tenk sysselsetting

**Jeg liker det jeg ser, men er spent på om lokalpolitikerne blir fristet til
å tenke sysselsetting framfor kvalitet.**

Michael Momyr er leder i regionalt bruker-
utvalg i Helse Midt-Norge. Han er ikke i
tvil om at reformen er et resultat av pasi-
entfokus og orientering mot brukernes
behov. Han er imidlertid ikke utbetinget
positiv.

– Jeg er ikke i tvil om at lokalpolitikerne
er opptatt av kvaliteten på helsetjenes-
tene, men de er også opptatt av arbeids-
plasser. Som bruker er jeg mest opptatt
av at det finnes en lege tilgjengelig, ikke
hvor han betaler skatten sin. Behovet for
sysselsetting må aldri overskygge behovet
for gode helsetjenester. Momyr er også
opptatt av at kvalitets-
begrepet utfordres, særlig i forhold til

lokalsykehusenes rolle. Han mener den
eksisterende "fakkeltogberedskapen" for
lokalsykehusene kan true samhandlings-
reformens intensjon.

– Nærhet er ikke synonymt med kilo-
meter, men tid. Akuttmedisinske og pre-
hospitale tjenester må fungere bra, slik
de gjør i dag. De teknologisk krevende
tjenestene må sentraliseres. Jeg tror ikke
vi trenger alle de akuttmottakene og orto-
pediske avdelingene vi har lokalt i dag.
Det betyr at vi må være åpne for å endre
lokalsykehusenes rolle i framtiden, og i
dette bildet er "fakkeltogberedskapen"
truende for kvaliteten på helsetjenestene
på sikt.

Tror kommunene er klare for **større oppgaver**

**Denne reformen ser jeg fram til. Det har vært sånn at alle statsråder
skal ha sin reform, men denne reformen er det behov for.**

**Vi i kommunene jobber med å få bedre velferdstjenester til
innbyggerne, så dette er en svært velkommen reform.**

Ordfører Hallgeir Grøntvedt i Ørland
kommune likte det han fikk høre på
samhandlingskonferansen i april. Reformen
innebærer større ansvar og flere oppgaver.
Er kommunene i stand til å ta på seg
denne jobben?

– Kommunene er flinke til å ta på seg store
oppgaver så fremt det gagnar innbyggerne.
Vi er klart avhengig av at det følger penger
med de nye oppgavene, men dette er
positivt på alle måter så denne oppgaven
ser jeg fram til å gå i gang med. Sam-
handlingsreformen legger opp til at
pasienten skal få behandling på det mest
effektive nivået, noe som innebærer at
langt flere pasienter kommer til å motta
hjelpen i kommunen. Vil folk ha tillit til
den behandlingen kommunene gir?

– Jeg tror skepsisen er størst i kommuner
der det ikke eksisterer noe tilbud i dag. På
Fosen har vi gjort oss noen erfaringer med

Fosen DMS, som er et interkommunalt
samarbeid. Det viser seg at 70 prosent av
de som kommer inn til DMS får behand-
ling der. Det betyr at de slipper innleg-
gelse på St. Olavs Hospital, som ville vært
eneste alternativ. Dette er en samfunns-
økonomisk løsning som har høy tillit.
Samhandlingsreformen innebærer oppga-
ver innen forebygging. Dette er oppgaver
som går over lang tid, og som krever mot
og utholdenhet fra lokalpolitikere med
fire års perspektiv.

– Jeg tror vi lokalpolitikere må bli mye
flinkere til å tenke langsiktig enn vi er i
dag. Men vi har blitt dyktigere til å løfte
blikket over vår egen valgperiode. Fysak-
arbeidet er et eksempel på det, men dette
må vi helt klart blir flinkere til.

(FYSAK: FYSisk AKTivitet – et samarbeid
lokalt og regionalt som skal få flere til
å bli fysisk.)

Samhandlingsrefomen:

Et enkelt spørsmål om roller

eller en kamp mot naturlover?

”Norge bruker mest i verden på helse, men får ikke mest helse igjen for hver krone. Det er systemet det er noe galt med. Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med. Samhandling skal skje på grunn av, ikke på tross av systemene.”

Slik beskriver Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen bakgrunnen for samhandlingsreformen som legges fram i juni. Befolkningen blir eldre og lever lenger – og andelen yrkesaktive som skal finansiere offentlig velferd blir mindre. Tre store reformer er lansert for å gjøre samfunnet i stand til å møte disse utfordringene: Omlegging av pensjonssystemet, NAV-reformen, og nå kommer samhandlingsreformen for helsesektoren. Pensjonsreformen kommer som en

erkjennelse av at det i framtiden blir færre som skal finansiere pensjonskostnadene for flere. NAV-reformen skal bidra til at flere mennesker blir i stand til å delta i verdiskapingen. Helsereformen skal utnytte ressursene bedre og sørge for at nødvendig hjelp blir gitt på det mest effektive nivået. For å klare dette må samspillet mellom pasienten, fastlegen, kommunen og spesialisthelsetjenesten fungere optimalt. I forkant av stortingsmeldingen inviterer vi til debatt omkring samhandlingsreformen.

DELTAGERE:

- Nils Kvernmo, rådmann i Orkdal kommune og ex-styreleder for St. Olavs Hospital
- Marit Dypdal Kverkild, fylkeslege i Nord-Trøndelag
- Dag Hårstad, adm.dir. for Rusbehandling Midt-Norge
- Thomas Smedsrud, daglig leder for ukebrevet Mandag Morgen

Fastlegene er spesialisthelsetjenestens ”portvoktere”.
– De er viktige for å sikre at pasienten får behandling på riktig nivå og henvises til spesialisthelsetjenesten når dette er nødvendig.
– Hvordan kan fastlegene bidra til å løse framtidens helseutfordringer?
– Må fastlegerollen endres



Nils Kvernmo
Helseministerens idé om å styrke innsatsen før sykdom oppstår og tidlig i sykdomsforløp er riktig. Reformen er også helt nødvendig for å sikre framtidig kvalitet i helsetjenesten. Dagens fastleger driver i stor grad behandling av pasienter som bestiller time fordi de har et helseproblem. De nyter også den tillit at de har fri adgang til Folketrygden uten særlig virksomhets- eller økonomistyring.

Systemet fungerer på mange måter godt, men sikrer ikke effektiv nok ressursutnyttelse når det er knapphet på midler. Det må frigjøres tid til mer samfunnsmedisinsk og forebyggende arbeid. Fastlegerollen må endres til i større grad å være viktige medarbeidere i en offentlig styrt helseorganisasjon.

Marit Dypdal Kverkild
Fastlegene er avhengige av en godt fungerende, trygg og forutsigbar spesialisthelsetjeneste for å kunne løse sine oppgaver. Dette gjelder både i forhold til å henvise til riktig instans og ta over behandlingen etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Selve fastlegerollen diskuteres en del. Vi opplever at det er den utøvende delen av legerollen som diskuteres. En del kvinnelige turnusleger gir oss tilbakemeldinger på at dagens finansieringsordning av fastlegeordningen virker lite

rekrutterende. De mener det koster for mye penger å etablere seg som fastlege. Det er sentralt at fremtidens finansierings-system må virke rekrutterende for både mannlige og kvinnelige leger. Kommunene gir ofte tilbakemelding til oss om at fastlegene lar seg ”ikke styre”. Vi opplever at kommunene i liten grad benytter seg av styringsretten som fastlegeavtalen gir mulighet for. Det er også betenkelig at det ser ut som kommunene i liten grad bruker administrative ressurser på legetjenesten. Fastlegene møter befolkningen hver dag gjennom masse konsultasjoner. I fremtiden bør det etterspørres statistikk fra fastlegene for å få informasjon om kontaktmønster og helsetilstanden til innbyggerne i kommunen. Vi tenker at statistikk fra fastlegene er helt sentralt for å drive forebyggende arbeid av høy faglig kvalitet i kommunene.





”Reformen krever en helt ny kultur for å tenke at helsetjenesten har et felles ansvar for at ressursene brukes på riktig tidspunkt i forløpet.”

Nils Kvernmo, rådmann i Orkdal kommune og ex-styreleder for St. Olavs Hospital

Dag Hårstad

For ruspasienter er fastlegen en viktig aktør for å oppdage begynnende rusproblemer. Mange leger kvier seg for å ta opp temaet om pasientens forhold til rusmidler, enten pasienten søker lege for eksempel for søvnproblemer, angst eller kroppslige plager. Legen har stor autoritet, og de gode, men vanskelige spørsmålene som kan avdekke om pasienten er i ferd med å utvikle et alkohol/pilleproblem, kan i mange tilfeller være nok til å stoppe skadelig bruk. Fastlegen bør få et tverrfaglig team rundt seg som kan følge opp pasienter som bruker rusmidler for å ”døyye” sine sammensatte problemer. På denne måten kan vi unngå at rusproblemene får utvikle seg.

Thomas Smedsrud

Fastlegene er ”portvakter”, men de opplever seg selv også i stor grad som pasientens talsmenn i et uoversiktlig system. Denne dobbelttrollen er vanskelig og kommer godt til syne blant annet i saker som omhandler rettigheter slik som sykepenger. Det er liten tvil om at et kompetent og tilgjengelig fastlegekorps er en av nøklene for å gjennomføre målet om effektiv behandling på lavest mulig nivå. Det er viktig at vi ikke legger opp til insentivsystemer som gir fastlegene belønning for å prioritere de ”lette” pasientene og dytte de mer kompliserte videre i systemet. Jeg er usikker på om et tak på antall pasienter per lege er riktig måte å oppnå dette på.

Hvis kommunene må ta deler av det ansvaret spesialisthelsetjenesten tar i dag. – Hvordan skal vi sikre at kommunene har kompetanse og økonomi slik at de ønsker, og blir i stand til, å ta ansvar og løse oppgaven på en god måte



Nils Kvernmo

Flertallet av landets kommuner vil ikke selv være i stand til å løse de oppgaver som de nå tenkes pålagt. Det ser heller ikke ut til å være politisk vilje til å tilpasse kommunestrukturen til oppgavene. Styringen av førstelinjen blir overlatt til et frivillig interkommunalt samarbeid som krever politisk enighet mellom de samarbeidende kommunene. Dette kan bli ineffektivt og ett av samhandlingsreformens svakeste punkter. Så må vi lære av NAV-reformen og ta høyde for at det i en omstillingsperiode må bevilges noe mer penger for å kunne hente ut gevinst senere. Noen av disse ressursene må brukes til å gjøre stillingene i kommunehelsetjenesten mer attraktive for dyktige fagfolk.

Marit Dypdal Kverkild

Vi tror det blir feil å fokusere på at fastlegene skal ta ansvaret for deler av spesialisthelsetjenesten i fremtiden. Fra vårt ståsted ser det ut som om spesialisthelsetjenesten ikke fungerer optimalt på alle fagfelt i dag. En styrking av antall fastleger må ikke ytterligere marginalisere deler av spesialisthelsetjenesten som allerede er sårbar.

En økning av sengetall og en betydelig økning av sykepleie/legetetthet ved sykeheimene er helt avgjørende for at oppfølging av pasienter som blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, skal være mulig. En slik styrking i kommunene vil også kunne hindre en del innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Dag Hårstad

Det er viktig å komme i behandlingsposisjon før arbeid, venner, ektefelle og barn er forsvunnet. Disse er viktige i ethvert menneskes mestring av eget liv. Derfor bør kommunene tilby rusbehandling der innbyggerne bor i større grad enn de er i stand til i dag. Dyktiggjøring av fastlegene, og tverrfaglige team, som nevnt ovenfor, krever kompetanseoppbygging i kommunene. Spesialisthelsetjenesten bør brukes som en kompetansebank kommunene kan trekke på, gjerne i samarbeidsprosjekter. Økonomiske stimuli for å drive mer forebygging og tidligintervensjon, gjerne gjennom både fastleger og sosialtjeneste må til.

Thomas Smedsrud

Her er det først og fremst størrelsen som teller. Nesten 60 prosent av landets kommuner har færre enn 5.000 innbyggere, og det er helt urealistisk å se for seg at alle disse skal kunne bygge opp den nødvendige kompetansen. Flere har også pekt på at små kommuner blir så utsatt for statistiske svingninger i etterspørselen



”Fastlegen bør få et tverrfaglig team rundt seg som kan følge opp pasienter som bruker rusmidler for å ”døyye” sine sammensatte problemer.”

Dag Hårstad, adm.dir. for Rusbehandling Midt-Norge

av helsetjenester at det er uforsvarlig å pålegge dem et slikt ansvar. Mens vi venter på de kommunesammenslåingene som er nødt til å komme, så kan store ”helsekommuner” være en løsning. Et annet spørsmål er hvordan forholdet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten skal være. Vi har foreslått et klart skille mellom bestiller og leverandør, der kommunene kan spille en rolle som medvirkende på bestillersiden.

Det har vært en betydelig økning i antallet leger de siste årene, og de fleste stillingene har kommet i spesialisthelsetjenesten. – For at pasienter skal kunne få behandling på et lavere nivå må kommunene få overført både kompetanse og kapasitet som i dag kun finnes i spesialisthelsetjenesten.

– Hva skal til for å sikre en slik snuoperasjon



Nils Kvernmo

Reformen krever en helt ny kultur for å tenke at helsetjenesten har et felles ansvar for at ressursene brukes på riktig tidspunkt i forløpet. Endringer av juridiske og økonomiske rammebetingelser må selvsagt til. Men det kreves kanskje i enda større grad en ny innsikt hos alle medarbeidere på alle nivå i helsetjenesten. Det må utvikles en felles oppfatning av

hvordan hver enkelt best kan bidra for optimalt resultat for pasienten. Bygging av felles organisasjonskultur krever god ledelse. Det er naturlig at Helse Midt-Norge aksler ledertrøya for dette arbeidet i vår landsdel. Bygging av ny kultur krever også gode eksempler. Derfor må arbeidet med å etablere konkrete gode samarbeidsløsninger fortsette.

Marit Dypdal Kverkild

Det har vært ulik økning av antall leger i spesialisthelsetjenesten. Økningen av leger har vært mest fremtredende i sentrale strøk. Det virker som de små sykehusavdelingene har utfordringer i forhold til bemanning og arbeidsoppgaver. Få legene ut av pressområda rundt Oslo! Det virker som det er her utfordringen ligger på kort sikt. Det er flere som nevner begrepet ”lokalmedisinske sentre”. Dette begrepet må fylles med innhold. Både kompetanse og kapasitet, det vil si at det bør gis sentrale føringer på antall stillinger/ressurser. Vår erfaring er at kompetansemiljø som blir for små, ikke greier de faglige utfordringene. Vi tror mange kommuner er for små til å kunne opprette selvstendige lokalmedisinske sentre. Mange synes å mene at interkommunalt samarbeid løser denne utfordringen. Vi ønsker i denne sammenhengen å fokusere på at ledelse og styring er helt essensielt for at samarbeidet skal fungere. I vår tilsynsvirksomhet har vi ofte sett at det er manglende styring og ledelse.

Vi forutsetter at sentrale myndigheter gir føringer om styringsmakt til det interkommunale samarbeidet.

Dag Hårstad

Når det gjelder rusfeltet er legererekruttering et område vi sliter med, så det er ikke her spesialisthelsetjenesten har ”stukket av” med legeøkningen. Det trengs fortsatt en betydelig tilførsel av leger innenfor det spesialiserte rusfeltet. Vi forventer at det blir innført en egen spesialitet for rusmedisin, som vil lette rekrutteringen på lengre sikt. Dette vil også gagne kommunene.

Thomas Smedsrud

Hvis man ønsker å snu trenden, så tror jeg man må snu pengestrømmen, slik det har vært forsøkt blant annet i Danmark. En kommune som har medfinansieringsansvar for sine innbyggerses spesialisthelsetjenester, har interesse av å sikre en kostnadseffektiv behandling på lavest mulig nivå. I beste fall vil dette føre til et løft i både lokal kompetanse og kapasitet, for eksempel ved å lære opp personalet på sykehjem til å gi nødvendig behandling slik at pasientene slipper unødige innleggelser. I verste fall vil vi få en ny ”bukken og havresekken”-situasjon der pasienter behandles lokalt i stedet for å få den spesialiserte behandlingen kun et sentralisert tilbud kan gi.



”Det virker som de små sykehusavdelingene har utfordringer i forhold til bemanning og arbeidsoppgaver. Få legene ut av pressområda rundt Oslo!”

Marit Dypdal Kverkild, fylkeslege i Nord-Trøndelag



”Nesten 60 prosent av landets kommuner har færre enn 5.000 innbyggere, og det er helt urealistisk å se for seg at alle disse skal kunne bygge opp den nødvendige kompetansen.”

Thomas Smedsrud, daglig leder for ukebrevet Mandag Morgen

Tiden er ute for de laaaange ventelistene

Vi bruker store ressurser på å administrere ventelistene. Nå er det på tide at vi bruker mer på å bli kvitt dem. Vår ambisjon er ikke bare å få kontroll, men å senke ventetiden for rettighetspasienter.



Harald Buhaug

Det sier seniorrådgiver Harald Buhaug i Helse Midt-Norge. Han har hovedansvaret for å kartlegge og rydde opp i ventelistene i Helse Midt-Norge. Utfordringen er todelt: For det første må det ryddes opp slik at ventelisten er reell. For det andre må praksisen være lik slik at en venteliste gir samme informasjon uansett hvor og hvordan du ser på den. Slik er det ikke i dag.

– Pasientene har rettigheter i form av frister for vurdering og behandling. Disse skal overholdes. Likeverdig behandling dreier seg også om at helsetjenestene er tilgjengelige for de som virkelig trenger det – lang ventetid og store forskjeller i ventetid er et uttrykk for det motsatte.

Målet er å få kontroll slik at vi senker ventetiden for rettighetspasientene. I dag er det store variasjoner mellom sykehusene på frister som settes på samme lidelse. Prosjektet "Riktigere prioritering" og prioriteringsveilederne legger grunnlag for at vi skal ha kontroll på ventelistene. Hvis veilederne blir fulgt vil variasjonene ble langt mindre.

– Prioriteringsarbeidet er godt mottatt i fagmiljøene og det er gjort en betydelig innsats. Nå er det viktig at lederne tar tak. Ledere på alle nivå må se på egen praksis, sette seg mål og rapportere månedlig slik at vi ser hvordan arbeidet går. Ventelister skal saneres månedlig, men det gjøres langt sjeldnere. Det er nå fokuset er høyt på dette arbeidet, og det er nå anledningen til å få gjort noe er til stede! En typisk venteliste i dag består av tre køer. Den

ene køen inneholder pasienter som er gitt særlig prioritet til behandling. Denne køen beveger seg relativt raskt. Den andre køen består av pasienter som ikke har fått samme prioritering. Denne beveger seg sakte. Den tredje køen består av mennesker som av ulike grunner ikke hører hjemme i ventelisten – det kan være folk som har blitt friske, har byttet sykehus, er ferdigbehandlet eller er avgått ved døden. Denne køen beveger seg ikke, men bidrar til å gjøre ventelisten lang og feilaktig. Om en venteliste gir nyttig informasjon avhenger av hvordan du ser på den, og hvordan praksisen er. I dag er det store variasjoner, og det er dette Buhaug vil rydde opp i. – I dag gis det individuelle behandlingsfrister til pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp. Dette er innført slik at de som trenger det mest skal få behandlingen først. Men det er også

vanlig at fristene settes ut fra de eksisterende ventetidene, og ikke alene ut fra medisinske vurderinger. Poenget mitt er at vi bør bruke de samme målene hele tiden, slik at vi får sammenlignbare tall. Det er mange grunner til at ventelistene blir lengre enn de trenger å være. Å ha lange ventelister kan også assosieres med attraktivitet og viktighet. Er det fortsatt slik at det gir litt status å ha lange ventelister?

– Tidligere var lange ventelister sett på som et tegn på at det var behov for mer ressurser. Sagt på en annen måte fikk den som klarte å hope opp mest elendighet mest penger. Slik er det heldigvis ikke lenger. Uansett virksomhet vil en ordreserve være attraktiv og det ligger et signal til omverdenen om viktigheten av jobben man gjør. Samtidig gir det trygghet for egen arbeidsplass at det er mye

å gjøre. Slike mekanismer spiller nok også en rolle hos oss. Ventelister gir fortsatt en viss status.

Å ha korte ventelister er ikke nødvendigvis bare et gode. I et folkehelseperspektiv vil en viss ventetid føre til at egenomsorgen blir bedre, og at noen lidelser går over av seg selv. En kort venteliste vil også tiltrekke seg flere pasienter.

– Det er naturlig at tilbudet tilpasses etterspørselen på denne måten, og det kan føre til at bagateller lettere henvises, og da er mye av hensikten borte. Men dette har vi all mulighet til å unngå med det prioriteringsarbeidet som er gjort nå, sier Buhaug.

Tre måter å måle ventetid på:

- *Sannsynlig ventetid fra du settes på venteliste til du får hjelp. Dette er det tallet Fritt sykehusvalg oppgir og gjelder alle pasienter uansett om de er prioriterte (har fått rett til behandling) eller ikke.*
- *Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter som har prioritet, det vil si pasienter som er vurdert til å ha rett på, og nytte av behandling. Dette er en måling som blir utført i slutten av hver måned.*
- *Faktisk ventetid – den tiden det reelt tok fra pasienten ble vurdert å ha rett på, og nytte av behandlingen til at behandlingen ble utført. Dette er en måling som blir utført i slutten av hver måned.*



Hvordan vurderer Helseforetakene sine ventelister?

Vi utfordret ledelsen i regionens fem helseforetak på tre spørsmål om ventelister:

1. Hvordan er kvaliteten på registrering av ventetid i ditt HF i dag?
2. På hvilken måte vil dere jobbe med å øke kvaliteten på ventelistene i framtiden?
3. Hvordan har prioriteringsveilederne blitt tatt i mot, og hvilken effekt forventer du av dem?

Bjørn Engum, adm. dir.
Helse Nordmøre og Romsdal



1. Kvaliteten på registreringen av ventetid ved vårt helseforetak vurderes som god/tilfredsstillende.

2. Ventetidene har vært økende den senere tiden.

Det er viktig at ventetiden gjenspeiler den reelle ventetiden for de ulike behandlingstilbud vi har, og at ventetiden kan sammenlignes med ventetidene ved andre foretak. Vi har jevnlig gjennomgang av ventelistene.

3. Prioriteringsveilederne er blitt godt motatt og vi har sterkt fokus på at disse tas i bruk i de aktuelle avdelinger/fagmiljø og at kvalitetssystemet oppdateres i samsvar med veilederne.

Reidar Hole, fagdirektør
Rusbehandling Midt-Norge



1. Alle våre klinikker gir tilbud innenfor samme fagområde, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB). Dette gjør situasjonen rimelig oversiktlig og

kvaliteten på registreringen er så langt vi kjenner til god. Ettersom TSB er et ganske nytt område innenfor spesialisthelsetjenesten har det tatt noe tid å få registrerings-systemene fullt ut oppe og stå. Det er ennå viktig utviklingsarbeid som gjestar her.

2. Det arbeides nå med implementering av en ny nasjonal veileder for ventetid- og aktivitetsregistrering innenfor TSB. Denne innebærer vesentlige endringer i registreringspraksis og stiller krav til ledere, klinikere og systemleverandørene. Fordelen med det nye systemet er at vi vil ha tilgang på langt mer informasjon omkring pasientens situasjon før og i løpet av behandlingen.

3. Selv om vårt fagfelt er nytt i spesialisthelsetjenesten, ble den første prioriteringsveilederen laget for TSB og kom for halvannet år siden. De som gjør vurderingene har satt seg godt inn i veilederen, men det er fremdeles behov for aktivt implementeringsarbeid for å harmonisere praksis bedre både regionalt og nasjonalt.

Helge Ristesund,
fungerende adm. dir. i Helse Sunnmøre



1. Generelt opplever Helse Sunnmøre at kvaliteten på ventelistene er god og dei kliniske avdelingene kjenner seg i stor grad igjen i dei månedlege ventelistetala. Ventelistene

inngår også som ein del av orienteringa til styret vedr. kvalitetsindikatorane.

2. Helse Sunnmøre har nyleg reorganisert kontortjenesta, der ei av målsettingane var å sikre at færre tilsette administrerer ventelistene. Dette saman med utarbeiding av nye og fleire felles rutiner for administrering av ventelister er viktige for å kvalitetssikre administreringa av ventelistene i PAS.

3. Det er litt tidleg og seie noko om effekten av prioriteringsrettileiarane endå, men det er positiv interesse for rettileiarane og nokre faggrupper har teke dei i bruk. Det er viktig at rettileiarane får gjennomslag i heile organisasjonen og vi vurderer strategiar for å fremme dette og følge det opp.

Arne Flaata, adm. dir.
i Helse Nord-Trøndelag



1. Kvaliteten er variabel og totalt sett ikke god nok. Tallene som rapporteres er ikke tilstrekkelig pålitelige, fordi det skjer feilregistrering og det er mangelfull rydding.

2. I forbindelse med Inntaksprosjektet i Helse Nord-Trøndelag har vi som mål å ha ett felles kontor ved hvert sykehus

for mottak av henvisninger. Gjennom det opparbeider vi nødvendig kompetanse om regelverket og rutinene som danner grunnlag for ventelisterregistrering. Derunder vil disse kontorene ivareta rydderutiner, og nøkkelpersonell vil få nødvendig opplæring. Dette handler om pasientrettigheter, derfor er det viktig at vi hever kvaliteten på ventelisterregistreringen.

3. De er gjort tilgjengelig i de aktuelle fagmiljøene. Jeg forventer at mer fagspesifikke kriterier vil bidra til riktigere prioritering mellom pasienter innenfor et tjenesteområde.

Helge Haarstad, medisinsk fagsjef
ved St. Olavs Hospital



1. Grunnlaget for riktig registrering av ventetid tror vi er til stede, men vi har fortsatt et arbeid å gjøre i forhold til rutiner knyttet til administrasjon og kontroll av PAS data.

Antagelig er våre ventetidsdata høyere enn det de egentlig skal være, bl.a. ved at for mange pasienter forblir registrert som ventende etter at de av ulike årsaker ikke lenger er aktuelle for den behandling som var opprinnelig planlagt.

2. Hovedledelsen på St. Olavs Hospital har gitt klarsignal for et prosjekt som skal forbedre og kvalitetssikre PAS data. Det skal i klinikkene oppnevnes ventelisteadministratorer og «PAS kontrollere», det skal gjennomføres nødvendige kurs og etableres et nettverk som skal sikre at sykehuset til en hver tid har gode kontrollrutiner i forhold til PAS data. I løpet av våren skal det også gjennomføres en kontroll og rydding i eksisterende ventelister.

3. Så langt har vi ikke fått et godt nok erfaringsgrunnlag i forhold til bruk av de nye prioriteringsveilederne. St. Olavs Hospital har imidlertid store forventninger til at de vil bli et særdeles viktig verktøy i prioriteringsarbeidet.

Avvik kan gjøre oss bedre

”Hovedinntrykket er at fokuset på temaet uønskede hendelser ikke er særlig høyt.” Dette er konklusjonen i Helse Midt-Norges interne revisjonsrapport om uønskede hendelser. Rapporten trekker fram to unntak: Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge.

Avvik kan gjøre oss bedre



Hilde Ranheim

Det er ulik kultur og praksis med hensyn til rapportering av uønskede hendelser i Helse Midt-Norge. I noen avdelinger er kultur og praksis at avvik rapporteres, men det er store forskjeller på hva som faktisk skjer i etterkant. Det forekommer også at avvik ikke rapporteres fordi ansatte frykter at de "får skylden" for hendelsen.

Hilde Ranheim er klinikkleder ved psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Hun forteller at det er vesentlig at avviksrapportering blir en del av de daglige rutine.

Jakter hendelsen, ikke personen

– Det er ikke personer vi melder avvik på, men systemet. Vi har jobbet mye med å involvere alle slik at de føler seg trygge på at målet er å forbedre oss, og ikke å "ta noen". Det er det daglige arbeidet med kvalitet som gir resultater – ikke festtaler og et par skippertak i året. Det viktigste arbeidet vi gjør er at våre enhetsledere tar opp avvikene på avdelingsmøtene slik at vi får gode diskusjoner omkring hendelsene, årsakene og hvordan vi kan gjøre pasientbehandlingen enda bedre. Enhetsledere er de lederne i klinikken som jobber nærmest pasienten og som kan "gjøre en forskjell" når det gjelder avviksbehandling i klinikken.

Dette er en beskrivelse fagdirektør Reidar Hole i Rusbehandling Midt-Norge kjenner igjen.

– Det er fra ledelsens side tydelig definert at vi faktisk ønsker at uønskede hendelser skal rapporteres, og at det skal være "no-blame", det vil si at vi ikke jakter på personen, men på hendelsen. Jeg tror på ingen måte at det er noen "blame"-kultur i Helse Midt-Norge, men jeg tror det kan være litt "strek i laget" i forhold til avviksrapportering. Det er fort gjort å tenke at det er enkeltpersoner som gjør feil, og dermed unngår man muligheten til å forbedre de strukturelle forholdene som ligger bak.

ISO-sertifisert

Psykiatrisk klinikk i Nord-Trøndelag er den eneste klinikken i Helse Midt-Norge som er ISO-sertifisert. Sertifikatet viser at klinikkens kvalitetsstyringssystem er i tråd med standard for god kvalitetsstyring. Sertifiseringen innebærer at avdelingen må tilfredsstille ulike kvalitetskrav, blant annet avviksrapportering. Det å bli ISO-sertifisert er en krevende prosess og det er delte meninger i fagmiljøene om prosessen er mer byråkratisk enn faglig interessant.

– Vi innså tidlig at det ikke måtte bli et rent administrativt systemarbeid. Derfor involverte vi alle yrkesgrupper og fagfolk som samlet kvalitetsikret alle pasientforløp. Å få den faglige involveringen fra

første dag var et suksesskriterium. Nå i ettertid forstår jeg ikke at man tør å la være å ta jobben med å etablere et lovpålagt kvalitetstyringssystem inkludert i avviksbehandling. Et godt kvalitetssystem er ingen garanti mot å gjøre feil. Men vårt kvalitetssystem minsker risikoen for at feil og avvik oppstår. Vi har hatt besøk av helsetilsynet to ganger det siste året i forbindelse med det store DPS-tilsynet og de har ikke funnet avvik hos oss. Vi blir årlig revidert av Det Norske Veritas. De etterspør alltid klinikkens internrevisjoner og avvikshåndtering. Vi får da innspill på områder der vi ikke er bra nok, og oppnår forbedring. Det virker skjerpende, forteller Ranheim.

Enkle rapporteringsrutiner

På psykiatrisk klinikk har de definert en uønsket hendelse som alt som ikke går etter planen i henhold til lover, forskrifter og interne krav. Alle avvik skal rapporteres i en egen avviksslogg, sier Ranheim.

– Hos oss kan det dreie seg om dører som ikke er låst, et journalnotat som blir skrevet ut på feil printer eller feil i behandling. Vi melder ca. 600 avvik per år, noe som er høyt. Også i framtida kan en pasient oppleve å få feil medisin. Et godt avvikssystem sikrer at vi oppdager feilen. Men det er for enkelt å bare lukke avviket med et strakstiltak. Når et avvik er meldt, så skal også årsaken analyseres slik at vi kan iverksette gode korrigerende tiltak. Vi ønsker at avvik blir drøftet for å lære og hindre at samme feil skjer igjen. Oppmerksomheten er rettet mot å sikre et godt pasienttilbud, ikke på om noen gjør feil. Rapporteringen via avviksslogg i snart fire år har også gjort oss i stand til å forbedre rapporteringen etter hvert som vi har gjort oss erfaringer.

Avvik blir drøftet for å lære og hindre at samme feil skjer igjen.

Hole ved Rusbehandling Midt-Norge legger vekt på at rapporteringen må gjøres så enkel som mulig, og at det er den positive læringseffekten som må være i fokus.

– Det må være enkelt å rapportere, den som rapporterer må få tilbakemelding og vi som system må lære noe av det. Hos oss bruker vi et enkelt elektronisk skjema og har ca. 500 innmeldte avvik hvert eneste år. Vi har lagt opp til at mest mulig av læringen skal skje lokalt. Hendelsene

tas gjerne opp i personalmøter slik at vi ikke får avvik på tilsvarende hendelser igjen. Men også vi ser at noen avvik dukker opp på nytt og på nytt. Ja, det kan være krevende å melde egne feil, men det er nettopp i slike situasjoner at det er viktig å huske at det ikke er feilen vi jakter på, men den positive forbedringen: Hvordan kan vi bli enda litt flinkere slik at dette ikke skjer igjen? Derfor er det svært viktig at personalet vet at det er både et ansvar og en plikt å melde slik at vi unngår tilsvarende hendelser i framtida.

Funn i internrevisjonen:

- Hovedinntrykket er at fokuset på temaet uønskede hendelser ikke er særlig høyt.
- Ingen av de reviderte foretakene har utarbeidet overordnede mål og strategier for foretaket når det gjelder arbeidet med uønskede hendelser.
- På HF-nivå har bare Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge nedfelt skriftlig definisjon av begrepet avvik.
- På avdelingsnivå har bare ambulansetjenesten/anestesiavdelingen i Helse Sunnmøre og psykiatrisk avdeling i Helse Nord-Trøndelag utarbeidet skriftlige definisjoner av begrepet.
- Revisjonen viser at det er grunn til å anta at alle de reviderte enhetene har en underrapportering av uønskede hendelser.

Foto: Christian Nilsen



Uønskede hendelser:

En uønsket hendelse er en hendelse eller tilstand som har ført til, eller kunne ha ført til ulykke eller uhell.

I oppdragsdokument 2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge står det: "God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum. Det fordrer både gode meldesystemer som sikrer at hendelsene blir registrert og brukt i læringsøymed og en sikkerhetskultur som gjør at ansatte melder fra om uønskede hendelser".

Bedre kommunikasjon gir økt pasientsikkerhet

Undersøkelser viser at 20 prosent av alle legemidler som skrives ut, blir brukt på en annen måte enn det legen hadde tenkt. Dette er en stor trussel mot pasientsikkerheten. Løsningen er åpenhet mellom lege og pasient, og bedre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.



Gunn Fredriksen

Det sier Gunn Fredriksen, direktør i Sykehusapotekene i Midt-Norge.

Store avvik

Feil bruk av legemidler koster det norske samfunnet anslagsvis 5 milliarder kroner i året.

En av årsakene til problemene er dårlig kommunikasjon. I dag eksisterer for eksempel ulike journalsystemer slik at leger ved sykehus ikke har tilgang til pasientens journal hos fastlegen, og får dermed ikke muligheten til å kontrollere pasientens medisinbruk.

– Vi har sammenlignet ulike kilder til informasjon om legemiddelbruk for pasienter som legges inn på sykehus. Undersøkelsene viser at det er avvik hos 80 prosent av pasientene når en sammenligner informasjon fra fastlege, hjemmesykepleie og pasienten/pårørende. Noen av avvikene var alvorlige, derfor er det viktig at det blir gjort noe for å bedre dette området.

Det kan være lett for oss å si at pasienter selv har et ansvar for å holde oversikt over hvilke medikamenter de bruker, men når man tar mange forskjellige typer medisiner blir det fort vanskelig å huske alle detaljene, påpeker Fredriksen. Dessuten er det mange legemidler med ganske like navn og i tillegg medfører generisk bytte i apotek at pasienten får

– Feil bruk av legemidler er helt klart en svakhet i norsk helsevesen. Vi vet problemene er der og som et av verdens ledende land innenfor helse, tar vi nå tallene på alvor.

utlevert legemidler med samme virkestoff, men med forskjellige merkenavn.
– Hva var det det legemiddelet het?
– Var det Sotacor, Zocor, Cozaar eller kanskje Zoladex?

Ett annet problem når pasienter bruker mange legemidler samtidig, er at legemidlene kan påvirke effekten av hverandre slik at legemidlene ikke virker som de skal, eller gir økt risiko for bivirkninger. Det er derfor viktig at noen har full oversikt over pasientens totale legemiddelbruk og at den blir gjennomgått og vurdert med jevne mellomrom.

– Hvem er det som har det fulle medisinske ansvaret for pasienten?

– Det er fastlegen som har det medisinske ansvaret, men på grunn av dårlige systemer for kommunikasjon mellom omsorgsnivåene i dag er det nesten umulig for fastlegen å ha totaloversikt.

Tro på samhandlingsreformen

Det blir nå tatt grep for å få bukt med feil bruk av legemidler. Løsningen ligger i den nye samhandlingsreformen. Det vil komme et nytt IT-system som gjør det mulig å få felles journalsystem. Det vil gjøre situasjonen mye mer oversiktlig. Fredriksen mener dette kan ta tid og fram til da har hun stor tro på at det innføres et system som kan ha en gjennomgang av pasientens totale legemiddelbruk. Dette kan gjøres både i sykehus og i primærhelsetjenesten.

– En slik kartlegging vil være relativt enkel å gjennomføre og et billig tiltak sett i lys av at feil bruk av legemidler koster det norske samfunnet 5 milliarder kroner per år.

Egen oversikt

Fredriksen påpeker også at pasientene må bli mer bevisst på hvilke medikamenter man bruker.

– Få bedre oversikt ved å notere ned i ei bok eller ta med alle legemidlene de bruker til lege, ved sykehusopphold eller til apotek. Farmasøyter ved apotekene kan gi råd om de medikamentene du bruker og sammen med deg gå gjennom alle legemidlene, hvorfor og hvordan du bruker dem og også om de legemidlene du tar har ønsket virkning når de tas sammen.

Det er viktig at pasienten bruker legemiddelet slik det er beskrevet for å få bukt med problemet. Det hjelper ikke med felles journalsystem dersom pasientene kjører sitt eget løp uten å informere lege om dette.

– Vi vet at det finnes pasienter som blir sin egen lege og kutter ut medikamentene når symptomene begynner å avta. Ett eksempel: En pasient har høyt blodtrykk. Han får forskrevet et legemiddel og skal ta 1 tablett 2 ganger om dagen. Pasienten har ikke lyst til å ta legemiddelet, men tenker som så at han må ta det når legen har sagt det, men han halverer dosen. Ved kontroll hos legen, har pasienten fortsatt for høyt blodtrykk, legen konkluderer med at medikamentet som pasienten fikk ved forrige besøk ikke virker godt nok alene, og foreskriver ett preparat i tillegg – og sirkelen er i gang. Hvis pasienten hadde tatt riktig dose, hadde kanskje effekten vært god nok. Informasjon om riktig bruk av legemidler og forsikring om at pasienten har forstått hvorfor og hvordan det skal brukes er viktig.



Flere pasienter

– færre på korridoren

På medisinsk avdeling ved sykehuset i Ålesund har antallet korridorpasienter gått ned fra 1.151 i 2006 til 547 i fjor. Nedgangen har skjedd til tross for at det totale antallet pasienter har økt. Det viktigste tiltaket var å sette problemet på dagsorden.

– Å ligge i en korridor er først og fremst belastende for pasienten som får lite ro, dårlig søvn og opplever ubehag ved å motta stell og pleie i offentlighet. I tillegg kommer taushetsplikten – det er vanskelig å ivareta taushetsplikten bak en tynn skjerm. Dette er helt uakseptabelt og grunn alene til å ta grep om problemet.

Nok plass

Og det er nettopp grep de har tatt ved medisinsk avdeling ved sykehuset i Ålesund. Avdelingssjef Torstein Hole opplever paradoksalt nok at de får korridorpasienter selv om det på papiret er mer enn nok plass. Det skyldes først og fremst rominndelingen på sykehuset. Det hender ofte at en pasient som har behov for enerom opptar et helt tremannsrom alene. Slikt blir det korridorpasienter av. Og dårlig arbeidsmiljø.

– Både leger og pleiere får en vanskeligere hverdag og opplever frustrasjon når de må bryte taushetsplikten og ikke får gitt pleie med den kvaliteten de ønsker. Effektiviteten er også lavere når det er mange korridorpasienter, noe som igjen har økonomiske konsekvenser.

Satte korridorpasienter på dagsorden

For fem år siden ble problemet satt på dagsorden, og siden den gang har antallet korridorpasienter gått ned – uten at det er særlig revolusjonerende metoder som er tatt i bruk, forteller Hole.

– Det viktigste vi gjorde var å sette problemet på dagsorden og uttale at vi skulle prioritere dette problemet. Vi fokuserte på egne rutiner og satset på å redusere liggetiden, overføre pasienter til hotell og på flere dagpasienter. I tillegg jobbet vi med å planlegge pasientforløpene bedre enn tidligere.

Mange løsninger

Hole understreker at han ikke sitter på noen endelig løsning på problemet, og at det finnes flere måter å angripe problemet med korridorpasienter på. Flere sykehus har laget

en buffer i sin egen avdeling ved å gjøre tilpassninger slik at et rom kan ta i mot en pasient ekstra ved behov. I Bærum har kapasiteten økt med 30 prosent uten at de har fått korridorpasienter med slike løsninger på en av sengepostene. En annen metode er å flytte pasienter over til andre avdelinger som har kapasitet, en metode som igjen gir nye kvalitetsutfordringer.

– Det er mye jobb med å overføre informasjon på en god måte når vi flytter en pasient fra en avdeling til en annen. Hver grenseflate senker kvaliteten. Jeg vet likevel at mange har gjort dette med suksess. Uten at jeg tror dette er et endelig svar mener jeg at mange avdelinger kunne tjene mye på å se på den fysiske utformingen av sengekapasiteten. Det er avdelinger som produserer korridorpasienter til tross for at de på papiret har ledig kapasitet.

God plass i korridorene bidrar til å skape et bedre arbeidsmiljø.

Torstein Hole har tatt grep og satt fokus på korridorpasienter.

Kirurgisk klinikk Levanger fokuserer på strykninger:

Et samfunnsproblem

I fjor høst tok Aud Marit Vongraven ved kirurgisk klinikk i Levanger fram lommelykta og startet letingen etter årsakene til at pasienter blir strøket fra operasjon. Og hun fant.



Aud Marit Vongraven

Allerede nå merkes effekten. Klinikken har 1,5 prosent mindre strykninger de første månedene i år enn samme periode i 2008.

– Det er psykisk belastende å ikke få utført det man har forberedt seg på, og kanskje grudd seg til, i lang tid. I tillegg har mange gjort betydelige tilrettelegginger for å få gjennomført operasjonen. Mange har tatt seg fri fra jobb, skaffet vikar, barnevakt eller annen praktisk tilrettelegging. Derfor er strykninger ikke bare et problem for oss i helsetjenesten, men er også et samfunnsproblem. Vi må gjøre det vi kan for å unngå dette.

Manglende indikasjon hovedårsak

Det er flere årsaker til at pasienter strykes fra operasjon, men særlig to skiller seg ut. Den første er pasienter med behov for øyelikkelig hjelp som tar kapasiteten som er satt av til planlagte operasjoner. Det andre er såkalt "manglende indikasjon", det vil si at pasienten ved innleggelse ikke lenger vurderes å ha behov for operasjonen. Det kan dreie seg om at pasienten har blitt bedre i ventetiden eller at kirurgen ved innleggelse konkluderer med at det ikke er nødvendig med operasjon.

– Strykprosenten er prisgitt antallet pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Det er lite vi kan gjøre med disse pasientene siden det opptar kapasiteten som var satt av til planlagte operasjoner. Den andelen som handler om manglende indikasjon kan vi gjøre mye med.

Endret rutinene

Høsten 2008 startet et dypdykk for å finne årsakene til at pasientene strykes. Det ble funnet flere forhold ved egne rutiner som øker sjansen for strykninger, og ut fra funnene kunne de jobbe systematisk for å unngå situasjoner som fører til økt strykprosent.

– Alle pasientene skal så langt det er praktisk mulig opereres av samme kirurg som gjorde henvisningen. Da unngår vi at forskjellige leger gjør forskjellige vurderinger. Alle pasienter skal også godkjennes av kirurgen før det sendes ut brev med innkallelse. I dette brevet spør vi også pasienten om det er noen endring i sykdomstilstanden for å fange opp dette før pasienten kommer inn til operasjon. Vi har også blitt mer bevisst på mindre omfattende ortopediske skader – dersom det ikke er belastende eller medisinsk uforsvarlig flyttes nå pasienten fra øyeblikkelig hjelpstatus til planlagt operasjon en dag eller to senere.

Mer effektiv – bedre kapasitet

Det ble også funnet interne flaskehalsar som reduserer kapasiteten.

– Når vi bevisst gikk inn for å finne flaskehalsene, så fant vi dem. Vi mister dyrebare minutter både på klargjøring av pasienter, signering, på selve operasjonsstuen og tiden det tar for neste pasient blir klargjort for operasjon. Når det er snakk om mange pasienter over lang tid utgjør dette en reell reduksjon i kapasiteten vår.

Til tross for at fokuset på strykninger har ført til administrativt ekstraarbeid og rutineendringer har de ansatte vist stor forståelse for at problemet settes på dagsorden, og viljen til endring er absolutt til stede.

Gjør jobben enda bedre

– Dette forstår folk! Vi gjør jo ikke så mye nytt, men vi gjør det bedre. Det er traumatisk for pasienten å bli strøket, og det skal i alle fall ikke skje fordi vi gjør en for dårlig jobb. Det er nå mer fokus på at ting gjøres på det tidspunktet det er planlagt, og vi er langt flinkere til å purre og minne hverandre på tidsfristene. Dessuten taper klinikken store summer på strykninger, og kombinasjonen dårlig økonomi og lav kvalitet er ingen tjent med.



Foto: iStockphoto

Nettverksarbeid i Helse Midt-Norge:

Hender som samhandler yter mer for pasientene

I Helse Midt-Norge er det etablert en rekke fagnettverk der spesialister innen ulike diagnosegrupper skal etablere faglige standarder, sikre lik kvalitet og et likeverdig tilbud uansett hvor pasienten er.



Daniel Haga

Medisinsk direktør Daniel Haga har høye forventninger til arbeidet.

– Jeg forventer at vi skal få ensartede rutiner og prosedyrer som bidrar til at pasienten føler seg

ivaretatt uansett hvor han er. Pasienten skal være trygg på at ulike aktører har lik tilnærming til behandlingen.

I tillegg til å etablere faglige standarder og felles rutiner på like oppgaver er respekt og samarbeid et uttalt mål med nettverksarbeidet.

Utrygghet koster

– Det andre jeg forventer er at vi blir flinkere til å snakke pent om hverandre. Kjenner vi hverandre snakker vi også godt om hverandre. Det er svært viktig for pasientens opplevelse at vi snakker bra om den som skal overta stafettpinnen i behandlingen.

Den pasientopplevde kvaliteten avhenger av den tillitten vi klarer å skape omkring behandlingstilbudet. Utrygghet er det som koster mest for både pasienten og oss, sier Haga.

Helseforetakene er drivkraft



Henrik Sandbu

Det er helseforetakene som har vært drivkraften i å definere hvilke nettverk som skal etableres. Assisterende medisinsk direktør Henrik Sandbu forteller at mange nettverk allerede er

oppe og går, mens mange er under etablering fordi det er et uttalt behov.

– Vi har hatt en høringsrunde mot fagdirektørene i helseforetakene der de har meldt inn hvilke nettverk de ønsker å etablere, og hvilke personer de ønsker å ha med. Ut fra disse tilbakemeldingene er nettverkene etablert. Det er også bestemt av styret i Helse Midt-Norge at St. Olavs Hospital skal ha en ledende rolle i nettverksarbeidet.

Felles faglig utvikling

Hvilke konkrete endringer skal komme ut av arbeidet? – Alle nettverkene er gitt sine spesielle utfordringer. Overordnet skal de bidra til å styrke fagutviklingen i regionen og sørge for at fag og praksis ikke utvikler seg i ulike retninger. Et konkret eksempel er at de skal vurdere tilbud og behandlingsskapasitet og gi råd om hvordan vi kan rette opp skjevheter. Det kan handle om å snu en pasientstrøm, eller i et langtidsperspektiv å flytte på personell.

Nettverksarbeidet kan føre til administrative endringer og økonomiske omprioriteringer. Fører nettverksarbeidet til at fagmiljøene får mer administrativ makt?

– Nei, nettverkene har ikke beslutningsmyndighet men er rådgivende organer som rapporterer til administrerende direktør i Helse Midt-Norge. I alle utviklingsprosesser er målet til syvende og sist å lage bedre helsetjenester, og da er det viktig at fagfolk fra alle faggrupper bidrar i arbeidet.

Vi har fått tre fagpersoner til å svare på følgende spørsmål: Hva er den viktigste utfordringen ditt nettverk jobber med/skal jobbe med, og hvilke endringer ønsker du skal komme ut av arbeidet?

Johan Fredrik Skomsvoll, Avdelingssjef/Avdelingsoverlege dr.med., Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital HF



torisk revmatisk sykdom i vår region.

Revmatikerne har behov for en regelmessig oppfølging og en geografisk nærhet til behandlingstilbudet er en fordel. Fortsatt desentraliserte tjenester med revmatologisk avdeling ved Levanger sykehus, Ålesund sykehus i tillegg til St. Olavs hospital er ønskelig. Samhandling med pasientorganisasjoner og primærhelsetjenesten blir viktig. Faglig nettverk, forskningsnettverk og faglig strategi vil stå sentralt. Alle relevante yrkesgrupper bør inkluderes i dette.

Prioritering av søknader må følge de nye retningslinjene gitt i den nye prioriteringsveilederen for revmatologi. Det er kapasitetsmessige problemer med lang ventetid og fristbrudd, slik at man må se på hvordan driftsformen på de ulike avdelinger er i dag, om det fins nye løsninger som

kan bedre kapasiteten, vurdere spesialistdekningen og ikke minst vurdere nye samhandlingsformer med primærhelsetjenesten.

Det benyttes kostbare biologiske medikamenter ved inflammatorisk revmatisk sykdom. Det må være en ensartet rutine/prosedyre for indikasjonsvurdering, oppstart og overvåking av slik behandling ved alle revmatologiske avdelinger i regionen. Her skal benyttes nasjonal konsensus/retningslinje som utgangspunkt. Behovet for rehabiliteringsplasser må utredes. Brukemedvirkning må være i fokus. Kvalitet på alle nivå må være et viktig mål.

Ove Økland, avd.sjef/overlege, Barneavdelinga, Helse Sunnmøre, Ålesund



At regionen kan ha god nok kvalitet og skape robuste fagmiljø også ved de minste avdelingane.

Dette er ei utfordring både på rekruttering og vedlikehold av kompetanse, men også å få til aksept for gode støttefunksjoner. Det må bli raskere vei til god behandling. Samhandlingsreformen kan åpne for meir

hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Kapasitet kan frigjøres og settes inn der vi idag har for lite.

Vi må bli bedre på tilgjengelighet og ha nok ressurser til dei dårlegaste pasientane. Regionen må også skape seg eit handlingsrom for å ha råd til å ta i bruk ny teknologi og nye medikament.

Tove Berentsen Hauge, avd.sjef/overlege, Helse Nordmøre og Romsdal HF



Vårt fagnettverk har formelt ikke kommet riktig i gang ennå, men flere av oss møttes på et nyttig møte om prioriteringsforskriftene nylig.

Vi har et klart behov for en slik møteplass for å drøfte faglig utfordringer, legge strategier, samordne pasientforløp og prosedyrer. Det er viktig å utvikle åpne, trygge samarbeidsarenaer der vi har pasientfokus som grunnlag for tiltak.

Fagnettverkene forventes å bidra til å legge til rette for felles forskningsoppgaver. Rekruttering er også et viktig samarbeidsområde som kan bli styrket gjennom dette opplegget.

Bedre tilbud til barn i Ålesund

Større plass og bedre standard er noen av fordelene barn, foresatte og ansatte får ved den nye barneavdelingen ved sykehuset i Ålesund.



Ove Økland

– Vedtaket som ble fattet 24. februar 2009 av styret i Helse Sunnmøre HF er vi veldig fornøyd med. Den nye barneavdelingen kommer til å gi pasienter og pårørende et bedre tilbud, og våre ansatte vil få mye bedre arbeidsforhold. Det sier avdelingssjef og overlege Ove Økland.

Pasienter og pårørende får det bedre

I følge forskriften "Barn på sykehus", har alle barn som blir innlagt på sykehus krav på å ha en eller begge av foreldrene tilstedet på sykehuset under hele oppholdet.

– Vi har dessverre ikke hatt mulighet til å oppfylle denne forskriften. Det er meget beklagelig, men vi gjør hele tiden så godt vi kan for å finne de beste løsningene i forhold til situasjonen. Vi er den eldste barneavdelingen i regionen og da dette bygget ble planlagt på 60-tallet var forholdene annerledes enn det de er i dag. Når den nye avdelingen kommer opp vil vi kunne tilby våre pasienter og pårørende enerom med langt bedre fasiliteter enn det som er i dag, sier Økland.



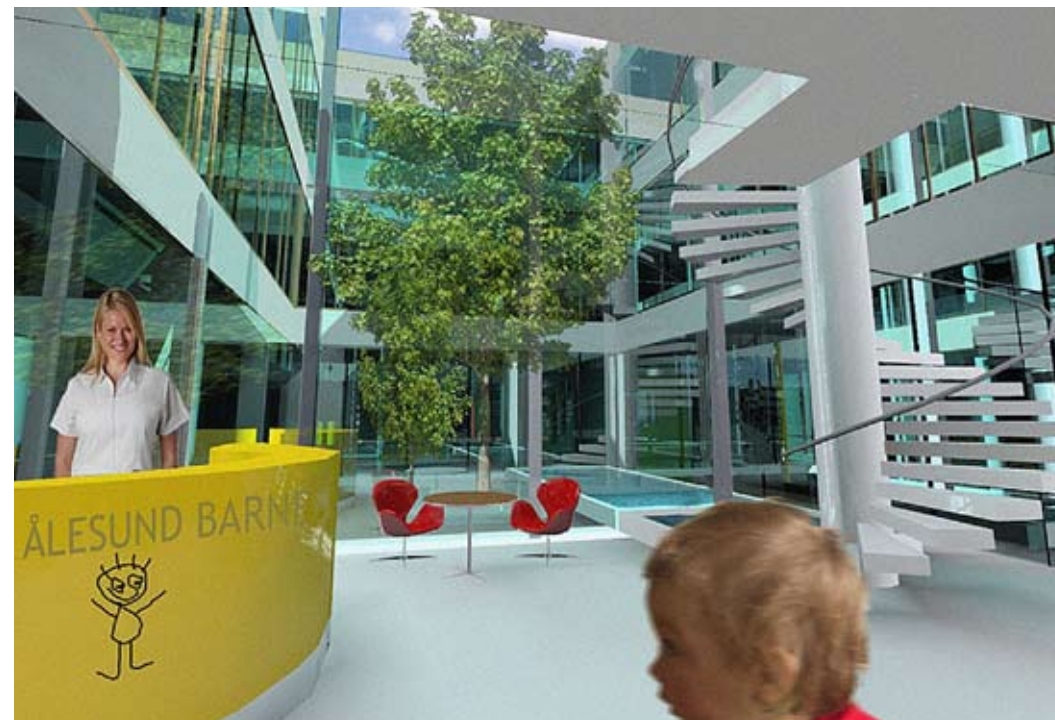
Bedre tilrettelegging

Med ny avdeling får de også tilfredsstilt kravet om en todeling av avdelingen. Det har hittil vært vanskelig å skille de som skal isoleres i forhold til smittefare, fra de som ikke har behov for dette. – Med den nye barneavdelingen har vi mulighet til å gi bedre service, sikrere medisinsk behandling og lengre liggetid for noen pasienter. Vi har vært nede i 1,7 liggedøgn per pasient de siste åra. Selv om dette er gjennomsnittstall, er det kort tid sett fra et faglig ståsted hos enkelte pasienter, mener Økland. Det vil også komme spesialrom for rehabilitering og egen skjermet barnekreft-poliklinikk.

De ansatte har i flere år jobbet med store faglige utfordringer under trange forhold. Dette har ført til et høyt sykefravær som en følge av stress, dårlig inneklima og høy turnover av pasienter.

– God kvalitet på den medisinske behandlingen tror jeg vi har klart å ha, men det har bare vært mulig på grunn av dyktige ansatte og tålmodige foreldre, sier Økland.

Med den nye barneavdelingen vil de ansatte få bedre arbeidsvilkår og det vil gi pasienter og pårørende en bedre opplevelse når de er hos oss.



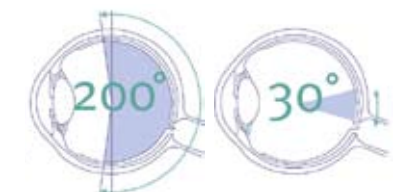
Om den nye barneavdelingen:

- Byggestart sommer/høsten 2009 og ferdigstilles årsskiftet 2010/2011.
- Innflytningsklart oktober 2010.
- Bruttoareal 5357 kvm.

Ta vare på synet ditt

- ta en Optomap® netthinneundersøkelse!

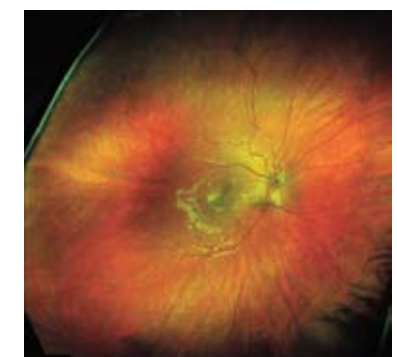
Jevnlige synsundersøkelser gir din optiker mulighet til å kontrollere framsiden av øyet i tilfellet det er behov for å bytte briller eller kontaktlinser. Men optikeren må også sjekke innsiden bak i øyet (netthinnen) for å se om øyet er friskt. Mange øyesykdommer kan behandles med hell hvis de oppdages på et tidlig stadium, og dermed hindre synstap. Det er viktig å være klar over at problemer med synet kan utvikles lenge før symptomene ses eller føles.



Med en optomap® netthinneundersøkelse er det meste av netthinnen synlig i ett enkelt bilde.

Med en tradisjonell undersøkelse vises kun en liten del av netthinnen.

I Interoptik har vi som mål å utvikle verdens beste øyepleie. Derfor investerer vi i ny teknologi og faglig videreutdanning av våre ansatte, slik at vi kan tilby deg den mest avanserte øyeundersøkelsen som finnes. En Optomap® netthinneundersøkelse tar et vidvinklet bilde av innsiden av øyet. Det betyr at mer av netthinnen kan ses samtidig, og tegn på sykdommer som ikke bare gjelder øyet kan oppdages på et tidlig tidspunkt.



Eksempler på sykdommer som kan oppdages er blant annet diabetes, høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer, ondartede føflekker og aldersrelaterte forkalkninger i netthinnen.

Hos Interoptik strekker vi oss langt for å ta best mulig vare på din øyehelse. Bestill time for en grundig synsundersøkelse idag!

interoptik
Sjøhaug & Sande

DET FINNES OPTIKERE. OG DET FINNES INTEROPTIKERE.

Thomas Angells gate 22, 7011 Trondheim - Telefon 73 99 04 00
E-post: sjohaug.sande@interoptik.no - www.interoptik.no

Nye rutiner for pasientreiser uten rekvisisjon

Senest fra 1. januar 2010 skal de regionale helseforetakene, med hjelp av sine lokale helseforetak, ha overtatt reiseplanlegging, informasjon om rettigheter og refusjon av utlegg til pasientreiser. Til nå er det NAV som har utført oppgaven. Rettighetene blir de samme, men rutinene for brukerne vil bli endret.

De regionale helseforetakene overtar innen den 1. januar 2010 tilbakebetaling av utgifter for reise til og fra behandlingssted når reisen foregår uten rekvisisjon. Hovedregelen er at det gis refusjon for reiser med rutegående transport. Pasienter skal fra samme tidspunkt ta kontakt med sin lokale enhet for pasientreiser på telefon, og forhøre seg om annen transport når det ikke finnes rutegående tilbud. Dette har man tidligere fått informasjon om fra NAV. Se også avsnittene "Smidig overgang" og "Gradvis overtakelse" lenger ned. Årsaken til denne omleggingen er at NAV er under omorganisering, og skal ikke lenger ta seg av disse oppgavene.

Reiseregning

Den største endringen er at bruker ikke lenger kan oppsøke NAV for å få refundert utlegg i forbindelse med en pasientreise. Brukerens rettigheter er uendret. Fra oppstartstidspunktet i eget fylke må bruker selv fremme krav ved å fylle ut et reiseregningsskjema. Dette skal sammen med eventuelle vedlegg legges i en adressert konvolutt og sendes til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, også kalt Pasientreiser ANS, i Skien.

På 05515 – nasjonalt telefonnummer for pasientreiser, kan brukeren få hjelp til reiseplanleggingen, informasjon om sine rettigheter og til å fylle ut reiseregningen. Med opphør av NAV som utførende enhet for denne typen reiser, vil brukerne bare få ett kontaktpunkt i stedet for to.

Smidig overgang

For noen betyr dette at det blir enklere å få refundert reiseutgifter, mens det for andre kan bli noen utfordringer. For at overgangen ikke skal bli så stor, har alle NAV-kontorer fra 1. mai tatt i bruk et nytt reiseregningsskjema, som stort sett er likt det som innføres fra høsten. Forskjellen mellom de to skjemaene ligger i at NAV har lagt til egne rubrikker i sitt skjema. Brukerne skal nå selv fylle ut skjemaet, men kan i overgangsperioden

få hjelp og veiledning på NAV-kontoret. NAV sin variant av det nye skjemaet er å finne på www.nav.no/helsetjenester/pasientreiser. Etter årsskiftet vil reiseregningsskjema fortsatt bli tilgjengelig på alle NAV-kontorer.

Nytt telefonnummer for pasientreiser

Det blir et nytt nasjonalt telefonnummer for pasientreiser. Det nye nummeret er 05515 og er allerede innført i Midt-Norge (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag) for reiser med rekvisisjon. Rekvisisjon vil si at behandler har utstedt rekvisisjon på medisinsk grunnlag. Spesielle behov må framgå. Fra midten av august vil det gradvis bli operativt for henvendelser som gjelder reiser uten rekvisisjon.

Rettigheter

Hovedregelen er at bruker kan få dekket billigste reisemåte med rutegående transportmiddel til og fra behandlingssted. Avstanden til behandlingssted må være minst tre kilometer. Det betales en egenandel ved hver reise inntil frikortgrensa er nådd. Egenandelene legges til grunn for å få frikort.

Hvis man av helsemessige årsaker ikke er i stand til å ta rutegående transport, kan man få rekvisisjon for en tilrettelagt pasientreise.

Det er behandler som skal vurdere behovet og skrive rekvisisjonen. Alle reiser med rekvisisjon skal bestilles gjennom telefon 05515.

Gradvis overtakelse

Den nye ordningen vil innføres gradvis i hele landet. Først ute er Sør-Trøndelag med oppstart fra 1. september 2009. Deretter kommer Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag i løpet av oktober. Resten av landet vil deretter følge etter en oppsatt utrullingsplan.

I tillegg til telefonnummer 05515 og internettsiden www.pasientreiser.no vil det sendes ut informasjonsmaterieell om pasientreiser til behandlere i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, NAV og transportører.

Oppstart i Orkdal

Kontoret for pasientreiser i Orkdal, underlagt St. Olavs Hospital HF, er nasjonal pilot når utrulling av prosjektet Pasientreiser starter 1. september i år. Dette innebærer at alle pasienter og ledsagere i Sør-Trøndelag skal ta i bruk den nye ordningen i løpet av september. Stemningen i Orkdal er god, for så langt er alt i rute. Planlegging av lokalisering, bemanning og IKT-løsning er godt i gang, og det legges til rette for en overgang som vi håper skal oppleves som god for brukerne.

Reiser uten rekvisisjon



Slik gjør du:

- Trenger du reiseveiledning eller informasjon om dine rettigheter - ring 05515.
- Når du er hos behandler, få med deg reiseregningsskjema og konvolutt. Husk oppmøtebekräftelse fra behandler som er den viktigste dokumentasjonen som må sendes med.
- Fyll ut reiseregningen, legg ved nødvendige kvitteringer og legg i Postens røde postkasse.
- Dersom alt er i orden vil pengene komme på din bankkonto.

Les mer på www.pasientreiser.no

Reiser med rekvisisjon



Kvalifiserte vikarer til pasientbehandling

Helse Midt-Norge, har sammen med de regionale helseforetakene og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS), inngått felles nasjonale rammeavtaler. Formålet er å sikre vikarer med faglig kunnskap og bred erfaring.



Kjell Åge Nilsen

Det er første gang Helse Midt-Norge også inngår avtaler på legespesialister, slik vi har hatt for annet helsepersonell. HMN har i dag rammeavtaler med åtte bemanningsbyrå som leverer legevikarer. Formålet med anskaffelsen er å sikre god kvalitet og god ressursutnyttelse. Vi har en forventning til leverandørene om at de leverer medarbeidere med god kvalitet. Dette er mer enn en leveranse i tradisjonell betydning. Det er viktig at alt innleid helsepersonell er kvalitetssikret etter faste standarder, sier Kjell Åge Nilsen, rådgiver HMN.

Prioritert rekkefølge

Det ligger en forventning til leverandørene om at de holder høy faglig standard på sine vikarer, har kvalitetssikring, har god internkontroll og at de opptrer lojalt i forhold til rammeavtalene. I tillegg forventes det at avtalene blir tatt i bruk etter intensjonene.

– Helseforetakene vil ha tett oppfølging av avtalene for å sikre at alle intensjoner fra begge parter blir etterlevd. RHF vil bistå helseforetakene i dette arbeidet. Eventuelle avvik vil følges opp og ledelsen får fullt innsyn og gode muligheter for rapportering av bruken av egne ressurser og innleid personell.

Nilsen påpeker også at det er viktig at alle har en felles forståelse for disse prinsippene.

– De er ment å utgjøre en forskjell og skal etterleves. Det handler om å trygge pasientbehandlingen.

Ressursutnyttelse og kvalitet

Avtalene er gjeldene per dato og har en varighet på to år. Det regionale helseforetaket har mulighet til å forlenge avtalene med inntil to år. Eksisterende avtaler avsluttes i tråd med gjeldende vilkår. Alle kontrakter/avtaler ligger oppdatert på virksomhets- og personalportalen.

Prossesser i alle ledd

Vi sjekker bakgrunnen til våre ansatte meget nøye. Vi har fokus på alle ledd i prosessen, slik at vi kan levere dyktige og kvalifiserte legevikarer, sier Thom-Erik Gruer, salgssjef Medicotrust Norge.



Thom-Erik Gruer

Det er som vanlig en hektisk dag ved røntgenavdelingen ved Orkdal sykehus og Nabil Elgindy haster forbi med pasient etter pasient. Han har jobbet som lege siden 1975 og er nå røntgenoverlege. Elgindy har jobbet på sykehus flere steder i verden. Han er bosatt i Sverige, og har de siste årene jobbet for Medicotrust som er en av samarbeidspartnerne til HMN på vikarleger.

Orden i sakene

Medicotrust er et ISO-sertifisert selskap og ledende i Norden innen levering av vikarleger. En ISO-sertifisering betyr at firmaet har prosesser i alle ledd, og dermed kan forsikre seg om at alle ansatte er kvalifisert for jobben.

– Vi har grundige prosesser og sjekker våre kandidater grundig. Hvis vi ikke gjør det, vet vi at konsekvensene kan blir fatale. Vi leverer mennsker som skal redde liv, sier Gruer.

Selv om Elgindy har mange års erfaring, betyr ikke det at han får jobbe som vikar for Medicotrust livet ut eller så lenge han ønsker det selv. Det vil alltid være en prosess hvor han sjekkes og kontrolleres.

– Vi jobber ikke bare ut ifra CV, men sjekker alltid referanser og autorisasjoner. Vi tar kontakt med minst to ulike referanser. Dersom en lege ikke har statlig autorisasjon til å jobbe som lege i Norge, kun i Sverige og Danmark, er vi behjelpelig med å søke om dette. Vi tar også en rutinekontroll på autorisasjonene. Det kan nemlig foreligge at en lege har mistet autorisasjonen sin i et land, men fortsatt har den i et annet. Det er viktig at vi har kontroll på alle registrene som finnes. For oss i Medicotrust er dette en suksessfaktor, mener Gruer.

– For meg er det helt greit at jeg blir nøye vurdert. Det er på mange måter et kvalitetsstempel for meg, mener Elgindy.

Bevisst på språket

En av de største utfordringene til Medicotrust er språket. Det er mange vikar-

leger som ikke snakker skandinavisk og i slike tilfeller blir det kjørt språktester. Det er viktig at våre kandidater forstår og kan gjøre seg forstått med pasienter og kolleger. Selv om de fleste skandinaviske kandidatene kan gjøre seg forstått i de skandinaviske landene, er det likevel viktig å snakke klart og tydelig. Det er ikke alle norske ører som forstår dansk eller svensk hvis det blir pratet fort og utydelig, sier Gruer.

Elgindy snakker svensk, men er bevisst når han prater med orkdalingene ved Orkdal sykehus. Han kan ikke snakke så fort som han pleier og må ta seg tid for å forsikre seg om at pasientene forstår hva han sier.

– Når jeg ikke jobber i Sverige, er jeg bevisst på å snakke roligere og mer tydelig. Jeg merker også at de fleste jeg jobber med snakker ekstra sakte til meg slik at det blir enklere for meg å forstå. Siden jeg har jobbet så mange år i Norge, føler jeg meg ganske trygg på det norske språket.

”For meg er det helt greit at jeg blir nøye vurdert. Det er på mange måter et kvalitetsstempel for meg”

Eksisterende avtaler frem til 01.07.10

1. Medifact AS
2. Narco Polo AS
3. Transmedica AS
4. Adecco Helse
5. Legevisitten Bemanning AS
6. Medico+trust Aps
7. VikTeam Lægevikarbureau AS
8. Medpro Aps

Vurderingskriterier for anskaffelse

1. Pris vurderes ut fra pristilbud gitt i prismodell.
2. Kvalitet vurderes ut fra egen beskrivelse i markedet, rekrutterings- og utvelgelsesprosessen, kompetansesikring og oppfølging av bestilling, ordrebekreftelse, avvikshåndtering og fakturabehandling.
3. Kapasitet vurderes ut fra beskrivelse av kapasitet på levering av fagfolk til riktig tid og med riktig kompetanse.

Tildeling av midler til brukerorganisasjonene for 2009

Helse Midt-Norge RHF har tildelt over 6 mill. kroner til 120 brukerorganisasjoner. Pengene skal brukes til å utvikle en bedre spesialisthelsetjeneste i samarbeid med brukerne.

I november 2008 ble organisasjonene invitert til å sende inn sine søknader med frist 31.12.2008. Utlysning ble foretatt i alle regionavisene og på Helse Midt-Norge RHF sine nettsider.

Her ble også retningslinjer, søknadsskjema og rapport-skjema lagt ut slik at de kunne brukes i arbeidet med søknaden.

For 2009 blir det tildelt 6.076.000 kroner og det har kommet inn søknader på til sammen 18,3 mill. kroner. Disse inneholder beskrivelser av flere hundre tiltak foruten søknader om generell driftsstøtte. Det er gitt støtte til i alt 120 organisasjoner.

Autisme, utviklingshemning og psykiske lidelser i fokus



Autisme, utviklingshemning og psykiske lidelser er hovedtemaet når Kompetansenettverket for ADHD, Tourettes syndrom og narcolepsi i Midt-Norge inviterer til nasjonal konferanse på Rica Hell Hotell i Stjørdal 14. og 15. oktober 2009. Blant foredragsholderne på konferansen er professor i

barnepsykiatri ved University of Michigan, Mohammad Ghaziuddin. Den amerikanske legen er også clinical professor ved Michigan State University og direktør for Autism Spectrum Disorder Clinic. Dette er et senter hvor de utreder barn, unge og voksne med ASD, ADHD og alle de komorbide lidelser. Ghaziuddin er en internasjonalt anerkjent foreleser og redaksjonsmedlem i flere vitenskapelige tidsskrifter. Han er en av de fremste ekspertene i verden på sitt fagfelt.

Forprosjekt for psykiatri-samordning i Namsos godkjent

Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til forprosjektet for samlokaliseringen av psykiatrien ved Sykehuset Namsos. Det forutsettes at prosjektet realiseres innenfor en budsjetttramme på 74 mill. kroner

(kostnadsnivå mars 2009 – P85). Styret for Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med en beslutning knyttet til finansiering og oppstartstidspunkt ved behandlingen av Langtidsbudsjett for 2010 – 2016.

Bjørn Erikstein utnevnt til ekspedisjonssjef



Bjørn Erikstein (1952) kommer fra stillingen som administrerende direktør i Helse Midt-Norge. Før dette var han direktør og senere konstituert ekspedisjonssjef i

Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2005 til 2007 var Bjørn Erikstein administrerende direktør i Helse Sør RHF og har hatt ulike lederstillinger i Helse Sør RHF og ved Det norske Radiumhospital. Bjørn Erikstein er utdannet lege og tok doktorgraden i 1992.

Flytunnel utviklet av Vinjes Ambulansetjeneste



Den mobile flytunnelen gir pasientene en bedre opplevelse når de skal transporteres med fly. Oppfinnelsen er et initiativ fra Vinjes Ambulansetjeneste som så seg lei av at pasienten ble kald og våt under transporten fra ambulans bilen til flyet eller motsatt.



Tunnelen står på hjul og kan kjøres helt bort til flyet. I andre enden står ambulansen, og pasienten er skjermet under hele transportetappen. I hele vinter har flytunnelen stått på Værnes og vært flittig brukt. Både pasienter og ambulanspersonell er så langt fornøyd med løsningen.

Smittevern

Verden er rammet av en pandemi, et virus som ingen er immune mot. Folkehelseinstituttet har derfor opprettet ei nettside med løpende oppdatering og informasjon om influensa A (H1N1), eller såkalt "Svineinfluensa".

Viruset smitter fra menneske til menneske, og det sprer seg fort. Det er så langt ikke utviklet vaksine mot det nye influensa-viruset fordi det er så forskjellig fra det som er brukt i den vanlige influensavaksinen at det lite trolig vil gi nevneverdig beskyttelse. Det eneste medikamentet som virker mot influensa A (H1N1) er Tamiflu eller Zanamivir.

Beskyttelse

Ved slike utbrudd blir alltid det store spørsmålet; hvordan kan vi beskytte oss mot smitte? Et godt råd er å vaske hendene grundig og ofte. Bruk eventuelt alkoholbasert desinfeksjonsmiddel. Forsøk om mulig å unngå nærkontakt med mennesker som er syke.

Hvis du er smittet har du symptomer på influensa som feber, hoste, vondt hals, hodepine, verk i kroppen og dårlig allmenntilstand. Ta kontakt med lege eller legevakt via telefon slik at man unngår å smitte andre. Legen vil vurdere videre behandling. Begrens nærkontakt med andre mennesker til diagnosen er avkreftet.

Vern om omgivelsene

Dersom du er smittet, er det viktig at du gjør det du kan for å begrense spredning av viruset. Hold deg hjemme fra jobb til du blir frisk, ikke gå tilbake før tidligst syv dager etter at symptomene startet. Hold syke barn hjemme fra skole og barnehage minst like lenge.



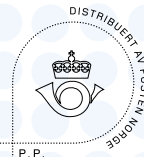
Det er viktig å bruke engangs papirhåndklær foran munnen for å beskytte andre når du hoster eller nyser. Kast papirhåndkleet etter bruk.

Dersom du lurer på mer om pandemi, gå inn på www.pandemi.no Her vil helsemyndighetene gi løpende informasjon om pandemisk influensa.





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