

## Innhold

Administrerende direktør Paul Hellandsvik har ordet	4
Visjon og overordnet strategi	8
Dette er Helse Midt-Norge	10
Virksomhetskart	10
Styre og ledelse	11
Helsebygg Midt-Norge	12
Helse Midt-Norge IT (HEMIT)	13
St. Olavs Hospital HF	14
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF	15
Helse Nordmøre og Romsdal HF	16
Helse Sunnmøre HF	17
Helse Nord-Trøndelag HF	18
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	19
Rusbehandling Midt-Norge HF	20
2003 i korte glimt	22
Bedre kvalitet og medisinsk utvikling	24
Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge	26
Om åpenhet og tilgjengelighet	27
Ledelsesutvikling og nytt helseakademi	27
Individuelle behandlingsfrister styrker pasientrettighetene	28
Gjennomsnittlig ventetid redusert med over 70 prosent	29
Psykisk helsevern – hele tjenestetilbudet moderniseres	30
Helsetjenesten i endring	32
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag	33
Regional samordning av innkjøp	34
Styreleder Per Sævik: Lagspill og lokal forankring	36



# Kvalitet skal dokumenteres og synliggjøres

4

Helsereformen skulle fjerne uverdige venting og bidra til å styrke pasientenes rettigheter. Den skulle videre skape klarhet i ansvarslinjer og bidra til at lederne i våre sykehus medvirker til å utvikle spesialisthelsetjenesten for å møte morgendagens krav. Skal vi innfri må vi kunne dokumentere og synliggjøre kvalitet.

Administrerende direktør Paul Hellandsvik framhever arbeidet med ventelistene som en god illustrasjon på strategien Helse Midt-Norge har valgt.

- Her har vi stilt klare krav til kvalitet, og ledere på alle nivå er gjort ansvarlige. Før reformen var Midt-Norge en «versting» med landets lengste ventelister. I gjennomsnitt ventet pasientene i rundt 320 dager. Og det var misnøye med sykehusene blant folk flest på grunn av dette.

- Vi var på etterskudd, og det var behov for raske og synlige resultater, fortsetter Hellandsvik. For meg har det vært viktig å definere mål, slik at både vi selv og andre kan måle resultatet. Vi brøt statistikken ned på



**«Helsereformen er i rute. Etter vel to år konstaterer jeg at vi er på god vei mot målene som ble satt»**

avdelingsnivå og stilte lederne til ansvar. I dag er ventelistene reelle – og betydelig kortere.

Han legger til at Helse Midt-Norge i 2003 også hadde god effekt av de avtalene som er inngått med private.

## Viktige oppgaver – og resultater

Å fjerne uverdige venting, unngå korridorpasienter og oppnå god økonomistyring, har vært og er sentrale mål for Helse Midt-Norge. Hellandsvik viser til at redusert ventetid er dokumentert, og korridorpasienter, som et vanlig fenomen, er i ferd med å forsvinne. Samarbeidstiltak med kommuner og etablering av nye tilbud letter presset på avdelingene og gir pasientene et mer verdig opphold på sykehuset. Det er St. Olavs Hospital som har hatt de største utfordringene her.

- Der er planlagt og gjennomført flere tiltak som skal gi bedre økonomi for sykehusene våre. De stramme rammene som ble gitt i Statsbudsjetten for 2004 og kravet om balanse i 2005, er en kraftig utfordring for oss, understreker Hellandsvik.

Gjennomførte tiltak og tiltak under planlegging, viser i følge Hellandsvik, at det i foretaksgruppen både er vilje og evne til omstilling.

- Vi må evne å få driften i balanse og deretter skape oss rom for utvikling. Gjennom opptrappingsplanen for psykiatri, rusreformen og ikke minst gjennom bygging av det nye universitetssykehuset i Trondheim, tilføres Midt-Norge store verdier som vi skal vite å utnytte til pasientens beste.

## Behov for omstilling

Paul Hellandsvik mener at behovet for omstilling av sykehus og behandlingstilbud ikke først og fremst er drevet fram av helsereformen, men av andre trender. Nye lovverk har bygget ut individuelle pasientrettigheter gjennom Fritt





Sykehusvalg, behandlingsfrister og offentliggjøring av kvalitetsindikatorer. Men det er ikke bare kravstore konsumenter som øver påtrykk.

- De medisinske nyvinningene er i dag både grensesprengende og raske. De stiller oss overfor vanskelige valg og dilemmaer i vår hverdag, og de slår inn i planleggingen vi er avhengig av, for store og sammensatte organisasjoner som sykehus.

Det er mange måter å innrette seg når kravet om endring presser på. Hellandsvik berømmer måten ledelse

**Budskapet mitt er at vi må se sykehus-Norges budsjett i sammenheng med samfunnets totaløkonomi.**

og sykehusansatte i Orkdal har håndtert dette på ved å fokusere på mulighetene. På enkelte områder vil kravet til kvalitet trekke i sentraliserende retning, på andre områder er det desentralisering som bidrar både til økt effektivitet og bedre tilbud for pasienten, mener Hellandsvik.

Hellandsvik peker også på at sykehusene ikke kan være seg selv nok. Med de muligheter som medisinen skaper, er det nødvendig å foreta valg i forhold til hva som skal være et offentlig anliggende. I Helse Midt-Norges overordnede strategi er det i ett av hovedmålene sagt at det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

#### Åpenhet og kommunikasjon

Hellandsvik er opptatt av åpenhet og innsyn i det regionale helseforetakets arbeid. I dag er åpne styremøter et krav til helseforetakene, men han mener at dette ikke er nok.

Helse Midt-Norge har etablert brukerutvalg både regionalt og i forhold til helseforetakene, og erfaringen med disse er positive. Det er også etablert arenaer for dialog med fylkespolitikere og kommunalpolitikere.

**Vi er i dag på nivå med resten av landet når det gjelder ventetid. Målet er at ingen pasienter skal måtte vente mer enn et par måneder.**



Hellandsvik ønsker å legge større vekt på dialogen med lokalpolitikere og regner med at dette blir mer formalisert framover.

- Vår dialog med omverdenen og den offentlige debatten om helsevesenet er viktig for oss i et demokrati. Det er også viktig fordi dette er med på å kvalitetssikre våre egne prosesser og beslutninger. Vi må opptre slik at befolkningen kan føle trygghet for egen helse og de planer som legges for sykehusstilbudet i Midt-Norge, sier Hellandsvik.

- Vi har en stor utfordring i å kommunisere behovene for omstilling av våre sykehus og hvorfor dette skjer. Vi må stille oss spørsmålene: Blir behovet for omstilling forstått

av våre omgivelser? Hvordan kan vi være i dialog om dette med våre nære omgivelser, pasienter, lokalpolitikere og lokalsamfunn?

### Sykehus, en del av helheten

Hellandsvik er opptatt av å se helsevesen og sykehusdrift i et helhetsperspektiv.

- Når det er slik at stadig vekst i offentlige budsjetter kan true rentenivå og arbeidsplasser, bør vi tenke oss godt om før vi slutter oss til tradisjonelle klagekor for å karre til oss mer av felleskaka. Vi bør se sammenhengen mellom arbeidsledighet, sosiale problemer og helse. Kanskje er det slik at den viktigste helse-prioriteringen vi kan gjøre i dag, er knyttet til forebyggende arbeid gjennom en satsing på skole og

**De viktigste ressursene vi råår over er menneskene – de ansatte i våre sykehus og deres kunnskaper og engasjement.**

utdanning? På sikt er det kanskje nettopp det som vil bidra til at vi kan løse våre oppgaver i sykehus-Norge på en tilfredsstillende måte, sier han.

### Ledelse og fokus på kjerneoppgaver

I Midt-Norge handler det i vesentlig grad om å bygge en felles kultur. I denne forbindelse er Programmet for lederutvikling viktig. Her har rundt 400 medarbeidere i

helseforetakene deltatt så langt. Det etableres nettverk, og lederne tilføres kunnskaper og verktøy de vil ha nytte av.

- Lederskap handler ikke om kontroll og økonomisk kontroll. Det handler om å skape et arbeidsmiljø som virkelig makter å anvende vår viktigste ressurs, menneskene. Dette er også forutsetningen for å lykkes med kvalitetsarbeid, økonomistyring, effektiviseringstiltak og helhetlig planlegging.

Hellandsvik mener at et klart definert mandat og ansvarsområde er en forutsetning for godt lederskap. Dette er avgjørende for å få fokus på kjerneoppgaven, spesielt i en sammensatt organisasjon med så mange kontaktflater og gråsoner mellom avdelinger, behandlingsnivåer og funksjoner.

- Støttefunksjoner er til for å understøtte kjernevirksomheten: Gi pasientbehandling, drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende, sier Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.



# Visjon og overordnet strategi

Vår visjon og overordnede strategi skal bidra til at ledere og medarbeidere kan ta beslutninger og handle slik at foretaksgruppen når sine mål.

8

## Helse Midt-Norges visjon

*På lag med deg for din helse*

## Helse Midt-Norges hovedoppgaver

- pasientbehandling
- forskning
- undervisning av helsepersonell
- opplæring av pasienter og pårørende.

## Sentrale verdier

Helse Midt-Norges verdigrunnlag bygger på trygghet, respekt og kvalitet:

- vise ansvarlighet, omsorg og respekt for den enkelte pasient, og være ordentlig i alt vi gjør.
- være oppdatert og framtidsrettet og stille høye krav til kvalitet på tjenestene våre.
- være nær og engasjert, og la åpenhet og troverdighet prege vår dialog og samhandling.

## Fire målområder

Med bakgrunn i vår visjon og overordnede strategi er det blinket ut fire områder med hovedmål og delmål for hvert enkelt:

- pasientbehandling og opplæring
- organisasjon og ledelse
- forskning
- økonomi

## Hovedmål

### 1. Pasientbehandling og opplæring

Kvaliteten på tjenesten blir satt på prøve i møtet med den enkelte pasient. Helse Midt-Norge skal gi helsetjenester av god kvalitet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov. Det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

### 2. Organisasjon og ledelse

Helse Midt-Norge skal være en attraktiv arbeidsgiver som legger til rette for at ledere og medarbeidere tar ansvar og leverer resultater. Ved hjelp av kompetente medarbeidere som er nær, ansvarlig og oppdatert skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjoner.

### 3. Forskning

Helse Midt-Norge skal sørge for at foretakene holder høy faglig standard og kan dokumentere det. Dette forutsetter at foretakene driver forskning og utvikling som en naturlig del av sin virksomhet.

### 4. Økonomi

Helse Midt-Norge skal drives med god og pålitelig økonomistyring. Driftsresultatene skal sikre handlefrihet slik at Helse Midt-Norge kan gi bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes.

Se [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) for en mer fullstendig oversikt over Helse Midt-Norges mål.





# Dette er Helse Midt Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. De regionale helseforetakene eies av staten ved Helsedepartementet og får fastlagt sin økonomi over statsbudsjettet. Rammer for virksomheten er gitt i Lov om helseforetak og gjennom årlige styringsdokumenter fra Helsedepartementet.

Helse Midt-Norge har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. De fire fylkene har til sammen 640 000 innbyggere.

Spesialisthelsetjenesten omfatter de offentlig eide sykehusene, institusjoner innen psykisk helsevern, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotekene, laboratorier og noen institusjoner innen rusbehandling.

Hovedoppgavene for helseforetakene i Midt-Norge er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vår visjon er «På lag med deg for din helse».

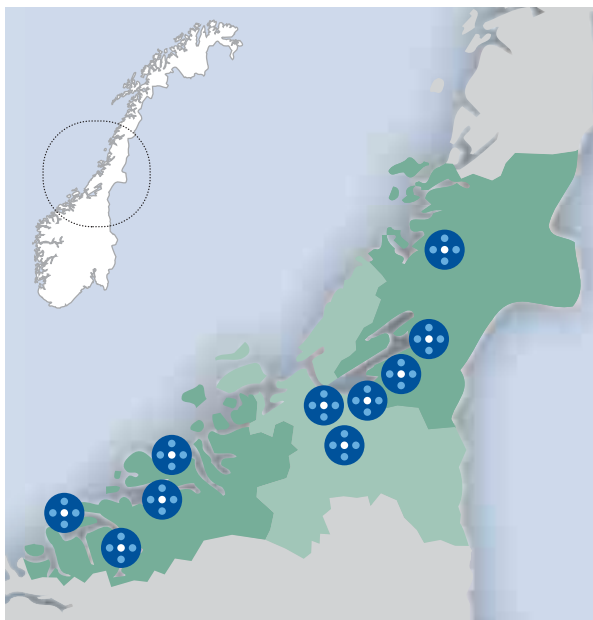
Virksomheten er organisert gjennom helseforetak med egne styrever og ansvar for økonomi og drift. Under finner du en oversikt over foretaksstrukturen. Den endelige strukturen er på plass fra 2004. Helseforetakene eies av Helse Midt-Norge. Rammen for virksomheten gis gjennom budsjett og årlige styringsdokumenter. Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal gjennom samordning bidra til økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse. Resultatet av vårt arbeid evalueres av foretaksmøtet innen utgangen av juni hvert år.

## Virksomhetskart i Helse Midt-Norge

**HELSE MIDT-NORGE RHF** har det overordnede ansvar for spesialisthelsetjenestene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

Hovedkontoret ligger i Stjørdal. Dessuten er disse avdelingene en del av det regionale helseforetaket:

- Helsebygg Midt-Norge er en utbyggingsorganisasjon med ansvar for bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim.
- Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er en regional IT-enhet som leverer tjenester til helseforetakene i regionen og ivaretar utviklingen av Midt-Norsk Helsenett.



**HELSE NORD-TRØNDELAG HF** består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger samt distriktpsikiatriske sentre.

**ST. OLAVS HOSPITAL HF** er universitetssykehus med regionfunksjoner for de tre midnorske fylkene. Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag er en del av helseforetaket. Fra 2004 er også Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus innlemmet.

**HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF** består av Molde Sjukehus og Kristiansund Sykehus samt distriktpsikiatriske sentre.

**SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF** består av Sykehusapoteket i Kristiansund, Sjukehusapoteket i Ålesund, Sjukehusapoteket i Molde og Sykehusapoteket i Trondheim.

**RUSBEHANDLING MIDT-NORGE HF** i Stjørdal har ansvar for rusbehandling ved Vestmo Behandlingssenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidaros-klinikken (Trondheim) og Senter for medikament-assistert rehabilitering i Trondheim (MARiT) samt praktisering av avtaler med private institusjoner og behandlingstilbud.

**HELSE SUNNMØRE HF** består av Ålesund sjukehus og Volda sjukehus samt distriktpsikiatriske sentre.

# Ledelse

Styret for Helse Midt-Norge RHF er oppnevnt av Helsedepartementet. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har egne styrer med lokal forankring. Det regionale helseforetaket er representert gjennom ett styremedlem i hvert helseforetak. Virksomheten koordineres og ledes gjennom blant annet direktørmøtet der helseforetakenes direktører og direktørene i det regionale foretaket deltar.

## Styret for Helse Midt-Norge RHF



Styrets leder  
Per Rolf Sævik



Nestleder  
Anne-Brit Skjetne



Rigmor Austgulen



Marianne Bjerke



Anders Grimsmo



Egil Hestnes



Helge Haarstad



Ellen Marie Wøhni



Ingegjerd S. Sandberg

## RHF direktørene



Paul Hellandsvik  
administrerende  
direktør



Sveinung Aune  
organisasjonsdirektør



Per Holger Broch  
stabsdirektør



Synnøve Farstad  
kommunikasjons-  
direktør



Asbjørn Hofslid  
prosjektdirektør



Ragnhild Meirik  
direktør for ledelses-  
utvikling



Jan Morten Søraker  
økonomidirektør



Jan Eirik Thoresen  
fagdirektør



Bård Helge Hofstad  
direktør Helse Midt-  
Norge IT (HEMIT)



Johan Arnt Vatnan  
administrerende  
direktør Helsebygg  
Midt-Norge

## Helsebygg Midt-Norge

## HF direktørene



St. Olavs Hospital HF  
administrerende  
direktør  
Roar Arntzen



Rusbehandling  
Midt-Norge HF  
administrerende  
direktør  
Dag Hårstad



Sykehusapotekene i  
Midt-Norge HF  
administrerende  
direktør  
Gunn Fredriksen



Helse Nord-  
Trøndelag HF  
administrerende  
direktør  
Reidar Tessem



Helse Sunnmøre HF  
administrerende  
direktør  
Astrid J Eidsvik



Helse Nordmøre og  
Romsdal HF  
administrerende  
direktør  
Eirik Heggemsnes



## Helsebygg Midt-Norge

# Sykehuskunst – visuelle vitaminer

Kunsten skal tilhøre byggene i det nye universitetssykehuset. Den integreres i bygningsmiljøet og virker som visuelle vitaminer!

12

- Det er dette som er utsmykking. Hensikten er at bygg og kunst smelter sammen, sier sjefarkitekt Ragnhild Aslaksen, som leder Helsebyggs ambisiøse utsmykkingsprogram for utbyggingen på Øya.

- Vi ønsker ikke noe sykehusgalleri der man vandrer fra gjenstand til gjenstand. Vi tilstreber kunstnerisk utformede bygg, mer enn kunst for kunstens skyld.

### Pasientene velger selv

Det blir altså mindre av enkeltstående kunstverk, forteller Aslaksen. Innkjøp av såkalt løskunst er først aktuelt mot slutten av byggeperioden. Her inngår et artotek, det vil si en flyttbar samling der pasientene selv kan velge billedkunst på sine rom.

### Lys og natur

Lys og natur er sentrale tema i Helsebyggs helhetlige utsmykkingsplan for publikumsarealer og åpne rom i byggefase 1, opplyser Ragnhild Aslaksen.

- Nærmest i tid ligger Pasienthotellet, som åpner høsten 2004. Tre kunstnere er engasjert for å smykke ut resepsjon, oppholdsrom, restauranter og gårdsrom. I tillegg kommer oppdrag med større flater oppover i etasjene. Til pasientrommene blir det gjort innkjøp av grafikk, akvareller eller fotografier, sier hun.

### Omfattende program for utsmykking

Etter hvert vil en rekke kunstnere landet over få oppdrag som sykehusutsmykkere i Trondheim. Fra før er det gjennomført konkurranse om utsmykking utomhus, og i høst gikk Helsebygg bredt ut for å registrere kunstnere med ideer og interesse for utbyggingen på Øya. Hele tre hundre meldte seg. Rundt hundre betegnes som aktuelle i byggefase 1.

- Helsebygg legger vekt på å knytte til seg de kunstnerne som best kan løse oppdragene. Brukermedvikningen fra St. Olavs Hospital er omfattende, og som faste kunstkonsulenter virker billedkunstnerne Kristin Ytreberg og Grethe Fredriksen, sier Ragnhild Aslaksen.

Utsmykkingsprosjektet på Øya er omfattende. Til første byggefase er det avsatt 26,9 millioner kroner. Det er mer enn f.eks. for Rikshospitalet, men fremdeles under nivået i mange veiprosjekter.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall ansatte	75	100
Antall innleide	23	16
Byggefase 1 (mill. kroner)	284	803
Byggefase 2 (mill. kroner)	30	115
Forskning og utvikling (mill. kroner)	9	17

Helsebygg Midt-Norge er en prosjektorganisasjon under Helse Midt-Norge, med eget styre og ansvar for prosjektering, bygging og ferdigstilling av ny universitetssykehus i Trondheim. Byggefase 1 er i rute og vil bli ferdig i august 2006. Prosjektering av byggefase 2 er i gang, med sikte på stortingsbehandling og godkjenning av kostnadsrammer i mai 2005 og byggestart i 2006.



«Form og farge vil befri din pasient fra smertefulle tanker, bedre enn hvilket som helst argument.»

*Florence Nightingale*



FASADEUTSMYKKING: Edith Lundebrekkes teglfasade i vestibylene i Laboratoriesenteret.



## HEMIT

# Helse Midt-Norge IT

1. juni 2003 ble alle IT-avdelinger i Helse Midt-Norge slått sammen til en felles IT-enhet med til sammen 115 ansatte. Den nye enheten fikk navnet Helse Midt-Norge IT, forkortet HEMIT, og er organisert som en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på samme måte som Helsebygg Midt-Norge.

Som følge av etableringen er det inngått avtaler om tjenesteleveranser med alle helseforetakene. Disse avtalene inneholder også bestemmelser om at foretakene ikke skal bygge opp parallelle IT-tjenester i avtaleperioden fram til 31.12.05. Etableringen av en regional IT-enhet har to hovedmål:

- samordning av ressursbruk på IT
- reduserte kostnader gjennom rasjonalisering av IT-drift.

### Ressursbruken samordnes på flere måter

Flere av avdelingene var tidligere bemannet kun for drift, og hadde ikke kapasitet til f.eks. utvikling. Der man tidligere måtte spre ressursene på en lang rekke små og store driftsoppgaver, er personell i dag mer spesialiserte og kan sette av mer tid til krevende utviklingsoppgaver.

### IT-driften rasjonaliseres

Rasjonalisering skjer f.eks. ved reduksjon av antall servere som er nødvendig for å drive alle applikasjoner. Mens det tidligere var nødvendig å ha servere lokalt på hvert sykehus, kan antallet installasjoner nå reduseres. Dette reduserer kostnader både til maskinvare og til basisprogramvare. Nettverket er lagt om. Det har dermed fått både høyere kapasitet og reserveløsninger. Nettverket vil også videre framover legges om slik at det bedre kan understøtte moderne IT-anvendelser som samarbeidsløsninger og multimedia (f.eks. nettmøter).

Det er også igangsatt en rekke andre effektiviserings- og samordningsprosjekter.

### Nærhet til brukerne

IT infrastruktur og applikasjoner skal driftes med høy kvalitet og tilgjengelighet, og det skal ytes nær og god brukerstøtte. Nærheten til brukerne ivaretas ved at det fortsatt befinner seg HEMIT-ansatte på nesten alle steder hvor Helse Midt-Norge har virksomhet.

Vaktberedskap er i 2003 etablert som egen tjeneste, og behovet og bemanningen er dimensjonert på nytt i samarbeid med helseforetakene.

### Samhandling med primærhelsetjenesten

Som ledd i Helse Midt-Norges strategi om å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten, er det satset videre på Midtnorsk Helsenett og tjenester i dette nettet. Det er i løpet av året arbeidet med en rekke prosjekter som viderefører resultatene fra tidligere år.

For ytterligere å forenkle oppkobling av legekontor og omsorgsenheter er det etablert opplegg for tilkobling gjennom kommunenes eget IT-nett. For å forenkle kommunikasjon mellom primærleger og brukere av helsetjenester er det satset på egne publikumstjenester for timebestilling, reseptformidling og henvendelser om helseproblemer.

Helse Midt-Norge har vært ansvarlig for nasjonal uttesting av slike løsninger. Det er også etablert løsninger for helhetlige behandlingsplaner. Alle disse løsningene forutsetter kommunikasjon over et sikkert Helsenett.

### Gode IT-løsninger, en suksessfaktor

Velfungerende IT-løsninger er viktig for å lykkes på mange fronter, ikke minst i forbindelse med bygging og overgang til nytt universitetssykehus på Øya. En forutsetning for de planlagte løsningene er omlegging av nettverksinfrastrukturen i foretaket. Dette meget store løftet for HEMIT ble igangsatt i 2003, og vil fortsette gjennom mesteparten av 2004.

En annen viktig aktivitet knyttet til byggeprosjektet er oppgradering og videreutvikling av sentrale kliniske applikasjoner. Slik oppgradering har pågått gjennom hele 2003 og vil fortsette helt fram til innflytting. Elektronisk pasientjournal (EPJ) er levert i nye versjoner som legger til rette for papirløs journalføring. Et prosjekt for utvikling av ny analytisk plattform samt oppgradering av alle laboratorie-systemer er kommet godt i gang. System for digital røntgen (PACS/RIS) er etablert i alle helseforetak i regionen. St. Olavs Hospital kom på lufta sist - i april 2004.

### Kravene øker

Ny funksjonalitet og nye systemer må utvikles raskt og være tilpasset en stadig økende informasjons- og arbeidsflyt. Det er derfor igangsatt prosjekter for å definere en arkitektur og integrasjonsstrategi for alle IT-systemer i regionen. Det er også igangsatt arbeid for å utvikle bedre metodikk for prosjektgjennomføring.

### Fakta om HEMIT 2003

Tall for fire måneders full drift og for to måneder der virksomheten var under etablering

Driftsinntekter (mill. kroner)	73
Resultat (mill. kroner)	-0,4
Totalkapital pr. 31.12.03 (virksomhetens eiendeler) (mill. kroner)	137
Antall ansatte pr. 31.12	115

## Redder liv med ny kirurgi

En ny teknikk har reddet samtlige ni pasienter som har fått behandling for sprukket hovedpulsåre ved St. Olavs Hospital siden 1998. Dødeligheten ved slike inngrep er vanligvis drøyt 50 prosent.



Jan Lundbom og Staal Hatlinghus, landets fremste på innvendig behandling av sykdommer i åresystemet. Den nye metoden medfører langt mindre belastning for pasienten enn tradisjonell, åpen kirurgi.

Gjennom to små snitt i lysken fører overlegene Jan Lundbom og Staal Hatlinghus inn en karprotese (stentgraft) og plasserer den gjennom det syke området i åren. Det dreier seg om endovaskulær teknikk – innvendig behandling av sykdommer i åresystemet – en metode som medfører atskillig mindre belastning for pasienten enn tradisjonell, åpen kirurgi.

– Lundbom og Hatlinghus er de beste i landet på dette feltet, sier Hans Olav Myhre, overlege ved Kirurgisk avdeling og professor ved Det medisinske fakultet, NTNU.

### Tre på ei helg

Bare i løpet av ei helg på slutten av fjoråret ble tre personer behandlet av Lundbom og Hatlinghus etter at utposninger (aneurismer) på hovedpulsåren sprakk. Samtlige var i så dårlig forfatning at de neppe ville ha overlevd annen behandling. Nå har alle reist hjem fra sykehuset og er i fin form.

Når hovedpulsåren sprekker dør de fleste som rammes før de ankommer sykehuset. Selv om pasienten kommer til sykehus, er prognosen normalt svært dårlig. Av de som behandles, overlever rundt 50 prosent.

– Hvis pasientens tilstand er stabil nok, gjør vi en CT-undersøkelse for å se om anatomien gjør det mulig å gå inn med et stentgraft. Nesten alle med sprukket hovedpulsåre i brystet kan opereres med endovaskulær teknikk, og det samme gjelder for rundt halvparten av de som rammes i buken, forteller kirurg Lundbom.

– Før het det at en ikke skulle kaste bort noe tid ved sprukket aneurisme, men i dag kan vi hurtig gjøre en akutt CT, supplerer radiolog Hatlinghus.

### Mindre belastning

Siden 1997 har Lundbom og Hatlinghus operert nesten 200 personer for utposninger på hovedpulsåren, 26 av dem i brystkassen (thorakale aorta aneurismer) og de øvrige i buken (abdominale aorta aneurismer). Én av de 26 døde, mens dødeligheten ligger på snau to prosent i den andre gruppa. Ved åpen kirurgi er dødeligheten ved abdominale aorta aneurismer på 4-7 prosent, og noe høyere ved thorakale.

– Pasientene våre har en snittalder på 72 år, og mange av dem ville ikke tålt åpen kirurgi, sier Lundbom og utdypet:

– Ved en åpen operasjon er snittet mye større, og blodomløpet må stenges. Dette fører til økt trykk og dermed større belastning på organene. Samtidig fører den manglende sirkulasjonen til at avfallsstoffer samler seg i kroppen.

Ved bruk av endovaskulær teknikk er hjertet og øvrige indre organer i funksjon og kroppstemperaturen normal. Dette gjør metoden mer skånsom for pasienten.

### Halvert liggetid

Det er ressurser å spare på å anvende endovaskulær teknikk, selv om utstyret er kostbart. Ved planlagte inngrep er den gjennomsnittlige liggetiden på overvåkningsenhet redusert fra tre til ett døgn. Fra sengeposten reiser de fleste hjem den tredje dagen etter inngrepet, uten å trenge ytterligere rehabilitering. De gode resultatene har ført til at Jan Lundbom og Staal Hatlinghus får pasienter fra hele landet. Til og med en pasient som var oppgitt i Danmark er leget hos duoen ved St. Olavs Hospital.

– Den nye metoden krever mye teknisk finesse og et tett samarbeid mellom kirurg og radiolog. Måten å tenke på blir også annerledes enn ved åpen kirurgi, sier professor Myhre.

Operatørene benytter røntgengjennomlysning for å orientere seg i feltet som skal leges. Så føres hylsen med karprotesen inn, og med millimeterpresisjon plasseres den på rett sted i åren. Når hylsen trekkes tilbake, frigjøres protesen, foldes ut og fester seg til åreveggen. I tillegg er protesen utstyrt med små metallkroker for å holde seg på plass.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	1 233	1 233
Antall liggedøgn	381 916	383 747
Antall behandlede innlagte pasienter	46 202	46 179
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)	260 486	275 074
Antall polikliniske behandlinger (psykisk helsevern)	61 337	69 016
Antall nyhenvisninger (somatikk)	100 857	105 037
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)	-	7 994
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	195	137
Antall pasienter på venteliste	18 934	17 358
Korridorpasienter i gjennomsnitt	46	29
Andel epikriser sendt før 7 dager	-	36,6 %
DRG-poeng totalt	59 612	60 509
DRG-poeng dagbehandling	7 125	7 300
DRG-indeks	1,25	1,20
Antall årsverk	5 694	5 689
Driftskostnader (mill. kroner)*	3 593	4 052
Resultat (mill. kroner)*	-25	-281

Foreløpige tall for 2003, før endring av åpningsbalansen.

## Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF

# Felles legevaktsentral for 19 kommuner

Hele 19 kommuner har inngått samarbeid med Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus (OSS) om felles legevaktsentral. Den nye ordningen innebærer at alle forespørsler om legevakt fra innbyggerne i disse kommunene, går direkte til sentralen i Orkdal. Her blir henvendelsene vurdert av sykepleiere og tiltak koordinert og iverksatt.

- Målet er å sikre en tettere og bedre relasjon mellom første- og andrelinjetjenesten, sier samhandlingssjef Rolf J. Windspoll ved St. Olavs Hospital.

### Bedre for distriktene

På vel ett år har antall henvendelser i nedslagsfeltet for OSS økt fra 20 400 til 93 800. Avdelingsleder Ida Lise Salberg ved OSS er glad for at de har klart å etablere en stor og bærekraftig legevaktsentral for befolkningen.

- Nå kan kommunene yte bedre service. Med den nye ordningen får vakthavende leger i kommunene færre ledd å forholde seg til, og de får redusert antall henvendelser og utkallinger. I dag får pasienter og pårørende råd og veiledning av kvalifisert personell ved legevaktsentralen på sykehuset, sier Salberg.

### Mange kommuner er med

Fra før var Hitra, Frøya, Agdenes og Orkdal med i samarbeidet. Nå har 15 nye kommuner gjort avtale med Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus (OSS): Rissa, Åfjord, Bjugn, Ørland, Skaun, Melhus, Midtre Gauldal, Meldal, Rindal, Klæbu, Hemne, Snillfjord, Rennebu, Aure og Surnadal. Sykehuset er også i dialog med flere kommuner.



**TIL TJENESTE:** Kari Sundby er klar til å ta seg av henvendelser fra publikum som trenger legevakt. 19 kommuner samarbeider med OSS om felles legevaktsentral.

### Positive erfaringer

Kommunelege i Ørland kommune, Atle Hestnes, er så langt svært fornøyd med den nye ordningen. Ørland kom med i samarbeidet tidlig i 2003.

- Det siles, sier han. Det som er legevakt tas med en gang, og de som kan vente, blir bedt om å ringe dagen etter. Det medfører færre utkallinger.

- Når det virkelig gjelder, fungerer det også meget godt i forhold til ambulansebestilling og lignende, sier Hestnes, som ser for seg at samarbeidet fremover bare vil bli bedre og bedre.

### Trygghet, kvalitet og tilgjengelighet

Det er en lang prosess som nå viser et vellykket resultat. Arbeidet startet med et utvalg som skulle utrede mulighetene for et legevaktsamarbeid og felles akuttinntak for kommunene i nedslagsfeltet.

- Vi har bygd videre på legevaktsamarbeidet med de fire første kommunene, sier samhandlingssjef Rolf J. Windspoll ved St. Olavs Hospital. Han understreker at trygghet, kvalitet og tilgjengelighet har vært viktige verdier i samarbeidet med førstelinjenesten.

Nøkkel tall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	119	
Antall liggedøgn	36 182	38 947
Antall behandlede innlagte pasienter	6 672	7 398
Antall polikliniske konsultasjoner	17 878	19 798
Antall nyhenvisninger	9 961	8 347
Gjennomsnitt ventetid (dager)	79	65
Antall pasienter på venteliste	1 004	855
DRG poeng totalt	7 319	
DRG poeng polikliniske konsultasjoner	1 799	
DRG indeks	0,897	0,82
Antall årsverk	406	402
Driftskostnader (mill. kroner)	251	
Økonomisk resultat (mill. kroner)	7	



## Helse Nordmøre og Romsdal HF Et begivenhetsrikt år

Helse Nordmøre og Romsdal HF reduserte i 2003 ventetiden med 43 prosent og ventetiden med 17 prosent i forhold til 2002. I løpet av 2003 er den nye organisasjonsplanen gjennomført. Dette sikrer enhetlig ledelse, samordnet pasienttilbud og mer effektiv drift. Helseforetaket går inn for en framtidig sjukehusstruktur med sjukehusstilbud i begge byer, der det skal bygges et nytt Molde sjukehus på Hjelset.

En krevende økonomisk situasjon gjør det viktig å bruke mest mulig av ressursene til pasientbehandling, gjennom omorganisering og nedbemanning.

I 2003 ble underskuddet om lag 112,2 millioner kroner. Eksklusiv avskrivning var det 79 millioner kroner; 6,2 millioner kroner bedre enn budsjett. I 2004 skal helseforetaket redusere kostnader med 44,2 millioner kroner i forhold til 2003-budsjettet uten å ramme pasienttilbud eller gå til direkte oppsigelser. I 2005 skal regnskapet gå i balanse.

### Kvalitet

Heldigital røntgenbildebehandling innført i 2003 gir raskere pasientbehandling. Elektronisk kvalitetssystem innføres 2003-2004.

I Pasienttilfredshetsundersøkelsen scoret Molde Sjukehus dårlig på bygningsmessig standard. Midlertidig utbedring er planlagt.

### Ny sykehusstruktur

Styret bestemte i oktober at sykehus på Hjelset og i Kristiansund gir den mest fleksible løsningen på framtidens helseutfordringer, og bedre samarbeid mellom sykehusene. Det er etablert et samarbeidsutvalg med vertskommunene for drøftelser av sykehusspørsmål.

### Organisasjonsutvikling

For å få en mer effektiv organisasjon med enhetlig ledelse ble foretaket i juni 2003 organisert i 13 linjeavdelinger på tvers av sykehusene, med felles lederteam.

Som første foretak i Midt-Norge startet vi mellomlederopplæring i 2003 for å skape felles forståelse for foretakets oppgaver og styrke mellomledernes evne til å løse dem.

### Informasjon

[www.helsenr.no](http://www.helsenr.no) ble lansert i juni. Nettstedet er godt besøkt og et viktig informasjons-verktøy, med en intranett-del fra desember 2003. Helseforetaket har åpne styremøter.

### FAO-satsing

Det forskes på en rekke felter innen somatiske og psykiatriske avdelinger, og det er laget kompetanseplaner. Lærings- og mestringssenter er etablert. Praksiskonsulentstillinger ved kirurgisk og medisinsk avdeling skal styrke samarbeid med primærhelsetjenesten og bidra til bedre pasientflyt.

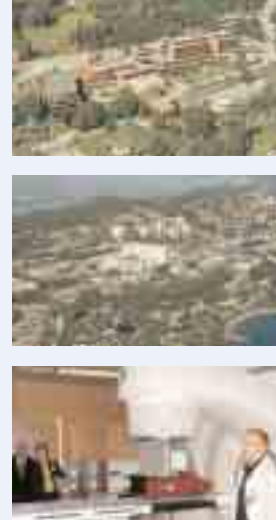
### Arbeidsmiljø og sykefravær

Helse Midt-Norges arbeidsmiljøundersøkelse viser også i vårt foretak at ledelse har betydning for arbeidsmiljø, effektivitet og kvalitet, og at det er behov for ryddigere organisering i avdelingene. Det er satt fokus på sykefravær, kommunikasjon og intern organisering. Ny undersøkelse gjennomføres juni 2004. Helseforetaket inngikk i februar avtale med Trygdeetatens arbeidslivssenter om Inkluderende Arbeidslivsbedrift (IA) for å redusere sykefraværet med 20 prosent, få flere med redusert arbeids- evne i arbeid, og øke reell pensjoneringsalder.

### Videre arbeid i 2004

- videreføre kvalitets, forsknings- og kompetansearbeid
- utarbeide og gjennomføre en rekke effektiviseringstiltak
- utvide satsningen på pasientinformasjon og pasientopplæring
- styrke og videreutvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten
- fortsette lederutvikling og få på plass avdelingenes organisasjonsplaner
- arbeide for å få realisert nytt Molde Sjukehus på Hjelset snarest mulig.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	445	445
Antall liggedøgn (somatikk)	87 006	86 976
Antall behandlede innlagte pasienter	21 125	
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)		97 759
Antall polikliniske behandlinger (psyk. helsevern)		29 730
Antall nyhenvisninger (somatikk)		36 72
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)		2 104
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	150	86
Antall pasienter på venteliste	7 308	6 088
Korridorpasienter i gjennomsnitt		4,6
Andel epikriser sendt før 7 dager		34 %
DRG-poeng totalt	19 675	22 482
DRG-poeng dagbehandling	2 376	2 358
DRG-indeks (heldøgns pasienter)	1,02	1,045
Antall årsverk	1 906	1 919
Driftskostnader (mill. kroner)	1 235	1 249
Resultat (mill. kroner)	-30	-112



Helse Sunnmøre HF

## Strålende nøgd med kreftavdelinga

Mykje har skjedd sidan styreleiaren i Helse Sunnmøre, Jacob Kjøde jr., tok det første spadetaket til det som skulle bli den nye kreftavdelinga i Helse Sunnmøre. Fredag 5. mars stod han for den offisielle opninga av avdelinga.

Kreftavdelinga blei etablert fordi det var stor underkapasitet av strålebehandling og mangel på tilbod i nærmiljøet. Kjøde framheva at det er ei stor belastning for kreftsjuke når dei må reise langt for å få behandling. Styreleiaren fortalte òg at dei tok over eit arbeid som allereie var godt i gang på grunn av innsatsen Møre og Romsdal fylkeskommune i si tid gjorde.

### Samarbeid for å løyse problem

Avdelinga er ei fullverdig kreftavdeling som er fagleg organisert under kreftavdelinga ved St. Olavs Hospital. Lagspelet mellom fagmiljøa i Helse Sunnmøre (HSM) og universitetssjukehuset i Trondheim, med professor Olbjørn Klepp i spissen, er godt. Klepp er no tilsett som avdelingssjef for kreftavdelinga i HSM.

Det er lagt til rette for eit nært fagleg samarbeid mellom avdelingane i Ålesund og Trondheim. Kreftpoliklinikken ved Volda sjukehus er òg ein del av kreftavdelinga. Klepp meiner at dette er eit praktisk eksempel på korleis vi kan samarbeide for å løyse problem i helseregionen.

### Smertefri prosess

Både planlegginga, avgjerdsprosessen og sjølve bygginga har gått raskt. Planlegginga starta i 1999, gravinga i byrjinga av juni 2002, og i romjula 2003 var bygget delvis i drift.

– Vi har klart å halde tidsfristane, og vi har halde oss godt innanfor dei økonomiske rammene. Vi har faktisk ikkje brukt opp dei øyremerkte midlane frå Nasjonal kreftplan, seier Olbjørn Klepp.

Det nye kreftbygget, rehabiliteringa av pasienthotellet og innkjøp av utstyr og inventar er halde innanfor det godkjende totalbudsjettet på knapt 265 millionar kroner. Staten har gitt lovnad om midlar til medisinsk prosjektering, rekruttering og opplæring av fagpersonell på til saman 19 millionar kroner.

– Også dette budsjettet er halde, og vi har fått på plass eit godt skulert og motivert fagpersonell, seier professor Klepp.

Om lag 70 årsverk blir knytt til avdelinga, som er tverrfagleg samansett av mellom anna onkologar, fysikarar, stråleterapeutar, medisinske serviceingeniørar og kreftsjukepleiarar.

– Fagleg sett er dette svært utviklande for Helse Sunnmøre fordi vi har opparbeidd ei rekruttering som vi elles ikkje ville fått, meiner Klepp.

### Topp moderne utstyr

Helse Sunnmøre overtok offisielt bygget 28. november 2003. Her er det poliklinikk og strålebehandlingsrom med topp moderne utstyr. Kreftpoliklinikken opna dørene på nyåret, stråleeeininga starta 24. mars 2004, og sengeposten kjem i drift på nyåret i 2005. Avdelinga får 24 einerom med svært høg standard. Avdelinga skal òg ha ein seksjon for lindrande behandling for pasientar med langt komen kreftsjukdom. I 2005 skal kreftavdelinga i Helse Sunnmøre dekkje ca. 80 prosent av all strålebehandling av pasientar i Møre og Romsdal.

Kreftbygget er bygt saman med sjukehotellet, som i startfasen skal ha 15 senger. Bygget ligg nydeleg til med utsikt over sjøen, og det skal bli eit fint grøntareal utanfor.

### Kunstnarisk initiativ

Torill Molnes er blant mange eldsjeler som har engasjert seg i framdrifta av den nye kreftavdelinga. Gjennom hennar engasjement har avdelinga fått inn kunst til ein verdi av om lag 450 000 kroner. Både foreiningar og enkeltpasientar har gitt svært kjærkomne kunstverk.

– Det emosjonelle er vesentleg, og både bilete, lys og musikk har mykje å seie, sa administrerande direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge under opninga.

Walter Andre Larsen demonstrerer CT-maskinen for fagdirektør Jan Eirik Thoresen og kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad i Helse Midt-Norge.

Nøkkeltall	2002	2003
Tal senger/døgnplassar	559	552
Tal liggedøgn	161 091	162 884
Tal behandla innlagde pasientar	22 697	23 655
Tal polikliniske behandlingar (somatikk)	106 172	119 496
Tal polikliniske behandlingar (psykisk helsevern)	18 995	26 884
Tal nyttilvisingar (somatikk)	34 181	41 396
Tal nyttilvisingar (psykisk helsevern)	1 685	2 251
Gjennomsnittlig ventetid (dagar)	118	67
Tal pasientar på venteliste	7 130	5 196
Korridorpasientar i gj.snitt	-	6
Andel epikriser sendt før 7 dagar	-	-
DRG-poeng totalt	24 002	25 727
DRG-poeng dagbehandling	2 843	3 463
DRG-indeks innlagte	1,02	1,051
Tal årsverk	1911	19251
Driftskostnader (mill. kroner)	1 299	1 423
Resultat (mill. kroner)	-49	-89

# Målbevisst innsats for å fremme god helse

Helse Nord-Trøndelag har de senere år prioritert helsefremmende arbeid. Det innebærer at et helhetlig helseperspektiv er lagt til grunn for virksomheten. Områder det er lagt særlig vekt på, er forebyggende virksomhet, helseopplysning, opplæring av pasienter og pårørende, rehabilitering og læring og mestring.



Som resultat av denne satsingen oppnådde Helse Nord-Trøndelag i mars 2003 status som helsefremmende sykehus etter Verdens Helseorganisasjons (WHO) kriterier. Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos er første sykehus nord for Dovre med slik WHO-ankjennelse for målbevisst helsefremmende virksomhet. Helseforetaket er dermed ett av seks medlemmer i sammenslutningen av Norske helsefremmende sykehus (NHFS), som igjen er en del av et internasjonalt nettverk; Health Promoting Hospitals.

## Tre helsebringende prosjekt

Som medlem i NHFS er Helse Nord-Trøndelag forpliktet til å utvikle og drive tre helsefremmende prosjekt. I 2003 har dette vært:

- røykfritt sykehus
- ledelse gjennom kunst og kultur
- familieprosjekt (Lærings- og mestringssenteret).

Mer informasjon og detaljerte opplysninger om Helse Nord-Trøndelags helsefremmende virksomhet finner du i foretakets egen årsrapport for 2003.

## Hovedoppgaver

Parallelt med den spesielle satsingen som helsefremmende sykehus har Helse Nord-Trøndelag naturligvis også konsentrert seg om de andre hovedoppgavene: Diagnostikk, behandling, pleie, utdanning av helsepersonell, ambulanse-tjenester, forskning, utvikling og opplæring av pasienter og pårørende.

Nøkkeltall	2002	2003
Antall senger/døgnplasser	434	439
Antall liggedøgn	127 497	132 088
Antall behandlede innlagte pasienter	20 518	21 221
Antall polikliniske behandlinger (somatikk)	85 437	93 429
Antall polikliniske behandlinger (psykisk helsevern)	29 378	32 034
Antall nyhenvisninger (somatikk)	37 203	38 346
Antall nyhenvisninger (psykisk helsevern)	1 939	1 786
Gjennomsnittlig ventetid (dager)	121	80
Antall pasienter på venteliste	5 926	4 896
Korridorpasienter i gjennomsnitt		7
Andel epikrise sendt før 7 dager		34,9 %
DRG-poeng totalt	20 681	21 981
DRG-poeng dagbehandling	2 120	3 042
DRG-indeks	1,0	0,983
Antall årsverk	1 900	1 983
Driftskostnader (mill. kroner)	1 274	1 375
Resultat (mill. kroner)	-33	-97

I 2003 var fokus særlig rettet mot følgende hovedmål:

- god økonomistyring
- fjerning av uverdig og unødvendig ventetid
- unngå at pasienter må ligge i korridorene

## Resultater

I starten av året ventet 5 926 pasienter på behandling i Helse Nord-Trøndelag. Ved årets slutt var intern ventetid redusert fra 121 dager til 80 dager og 4 896 var på venteliste.

Helse Nord-Trøndelag maktet ikke å unngå at pasienter måtte ligge på korridor – 2,3 prosent av våre pasienter har måttet gjøre det.

For 2003 budsjetterte Helse Nord-Trøndelag med et underskudd på 52 millioner kroner. Regnskapsresultatet viser et underskudd på 97 millioner kroner. 23 millioner kroner i økte avskrivninger, knyttet til endelig åpningsbalanse, er den største enkeltårsak til avviket mellom budsjett og regnskap.

**- Oppskriften på et sunt liv er svært enkel. Dødeligheten reduseres betraktelig bare ved å gå fram og tilbake til jobben eller til butikken. Vi vet at hvis du beveger deg 30 minutter daglig som voksen, reduseres risikoen for å dø betraktelig.**

*Per Egil Mjåvatn, forsker, NTNU*

**- Helse er fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom og lyte.»**

*WHO's definisjon av helse*

## Sykehusapotekene HF

# Nye metoder skal sikre riktig bruk av legemidler

Sykehusapotekene arbeider på bred front for å styrke kvalitetssikringen ved bruk og håndtering av legemidler. Arbeidet foregår i tett samspill med sykehusene, og pasientenes erfaring med bruk av legemidler inngår som en viktig del av prosjektene.

### Avdelingsfarmasi

Avdelingsfarmasi innebærer at farmasøyten kommer ut til sengepostene for å bidra mer aktivt i kvalitetssikringen. Farmasøytens oppgave vil variere med avdelingens behov, men kan f.eks. bestå av rådgiving ved behandling, undervisning av helsepersonell, veiledning til pasienter om bruk av legemidler, vurdering av bivirkninger m.v. Et pilotprosjekt er under planlegging ved St. Olavs Hospital.

Ved nyreavdelingen ved Ålesund sjukehus er det satt i gang et prosjekt hvor farmasøyter fra sykehusapoteket gir informasjon og undervisning om legemidler til helsepersonellet. Også dialysepasientene får tilbud om opplæring om legemidlene de bruker, mens de er under behandling.

### Farmasiservice i utskrivingsfasen

Prosjektet innebærer at sykehusapoteket leverer legemidler til pasienter før de skrives ut. Pasienten er dermed sikret at han/hun har legemidlet tilgjengelig og at det ikke oppstår avbrudd i behandlingen. Farmasøyten gir samtidig nødvendig informasjon om legemidlene og eventuelt opplæring i bruk av utstyr. Farmasiservice til pasienter i utskrivingsfasen er innført ved Sjukehusapoteket i Molde. Ved Sykehusapoteket i Trondheim / St. Olavs Hospital igangsettes et prosjekt i løpet av mai 2004.

### Tilbud om informasjon om legemidlene

Sykehusapotekene i Midt-Norge har gitt tilbud til Lærings- og mestringssentrene om spesielle opplegg for informasjon om legemidler. Dette kan være i form av generelle kurs om

legemidler og bruken av dem, kurs for spesielle pasientgrupper eller individuell veiledning/opplæring.

Ved Sykehusapoteket i Trondheim får alle pasienter/kunder tilbud om samtale med farmasøyt med tilpasset informasjon om legemidlene de bruker.

### Økonomisk legemiddelbruk

En av de viktigste oppgavene til Sykehusapotekene i Midt-Norge er å sikre at legemiddelforsyningen til sykehusene er av høy kvalitet og til rimeligst mulig pris. Sykehusapotekene i Midt-Norge deltar på vegne av Helse Midt-Norge i legemiddellinnkjøpsamarbeidet (LIS), som sikrer sykehusene rimelige priser. Sykehusapotekene i Midt-Norge har fokus på prissetting av varer og tjenester til sykehusene. Deler av overskuddet i Sykehusapotekene i Midt-Norge gis tilbake til sykehusene i form av bonus og investeringstiltak.

### SYKEHUSAPOTEKET I TRONDHEIM

Hovedoppgave: Å sikre god og riktig legemiddelforsyning til St. Olavs Hospital og å sikre pasienter, ansatte og andre tilgang til spesialiserte legemidler og gode farmasøytiske tjenester. Spesialkompetanse innen astma, ernæring og diabetes. Har en betydelig egenproduksjon av legemidler, bl.a. metadon og øyedråper. Egen undervisningsenhet som bl.a. tilbyr pasientundervisning, legemiddellkurs for hjelpepleiere og etterutdanningskurs for farmasøyter og annet helsepersonell.

### SJUKEHUSAPOTEKET I MOLDE

Hovedkunde er Molde Sjukehus. Leverer også til mange små og store kommunale institusjoner, hjemmetjeneste, legekontor og bedrifter. Spesialkompetanse på områder som inkontinens, stomi, diabetes, astma/allergi. Tilsyn og kursvirksomhet i sykehuset og i kommunehelsetjenesten.

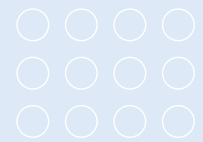
### SYKEHUSAPOTEKET I KRISTIANSUND

Basis i leveranser av legemidler m.v. til Kristiansund Sykehus, polikliniske og utskrevne pasienter. Leverer også legemidler og apotekvarer til hjemmesykepleiepasienter i Kristiansund kommune. I tillegg til ekspedisjon av farmasøytiske spesialpreparater, tilberedes cytostatikakurer for kreftpasienter tilhørende Kristiansund Sykehus. Apoteket har lokaler for egenproduksjon (ex temporeproduksjon) av legemidler. Spesialkompetanse bl.a. innen stomi, inkontinens og diabetes.

### SJUKEHUSAPOTEKET I ÅLESUND

Består av apoteket i Ålesund med alle funksjoner, samt avdeling i Volda som yter service til Volda sjukehus. Spesialkompetanse bl.a. innen stomi, inkontinens og diabetes. Fører alle hjelpeidler for stomipasienter. Egen bandasjeavdeling. I tillegg bredt sortiment av legemidler, sykepleieartikler og andre apotekvarer.

Nøkkel tall	2002	2003
Antall kunder	218 000	213 213
Antall ordrelinjer	337 164	326 214
Antall resepter	179 963	183 281
Antall produksjoner	261 789	330 104
Omsetning Trondheim*	145	171
Omsetning Kristiansund*	31	32
Omsetning Molde*	42	42
Omsetning Ålseund*	77	86
Varesalg sykehus*	128	154
Varesalg andre institusjoner*	8	7
Varesalg andre apotek*	2	4
Varesalg publikum*	152	163
Tjenester og andre inntekter*	5	4
Antall årsverk	89	100,1
Driftskostnader*	290	324
Resultat*	6	9



## Rusbehandling Midt-Norge HF

# Nytt helseforetak samler tilbudet for rusmisbrukere

Helse Midt-Norge opprettet et eget helseforetak for rusbehandling da Rusreform I og II trådte i kraft 1. januar 2004. Dermed holdes rusfeltet samlet, noe som skal bidra til en målstyrt utvikling av dette tjenestetilbudet - i tråd med et regionalt rusprogram som er under utarbeidelse.

20

Rusbehandling Midt-Norge har ansvar for fire institusjoner innen rusbehandling i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag. Helseforetaket skal også forvalte avtaler Helse Midt-Norge inngår med private. I Nord-Trøndelag er rusbehandling allerede en del av Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde.

### Ledelse

Ledelsen for Rusbehandling Midt-Norge HF har kontorer hos Helse Midt-Norge i Stjørdal. Ved inngangen til 2004 ble det vedtatt et budsjett på 120 millioner kroner for helseforetaket. Administrerende direktør er Dag Hårstad.

Det er oppnevnt eget styre for helseforetaket med Greta Herje som styreleder. Det er også opprettet eget brukerutvalg for Rusbehandling Midt-Norge.

### Fire egne institusjoner

*Vestmo behandlingssenter, Ålesund.* Senteret har 21 sengeplasser og en bemanning på 30 årsverk. I dag har senteret en klinikkavdeling (korttidsbehandling inntil 3 md.) og en avdeling for utredning. I 2004 åpnes en akutt-/utredningsavdeling med 12 plasser. Senteret har tilbud til både stoff- og alkoholmisbrukere og er godkjent for å ta imot tvangsinnleggelse.

Vestmo behandlingssenter har administrativ ledelse av Midt-norsk kompetansesenter for rusfaget (MKN). Det er i alt sju kompetansesenter i et Norgesnett. Kompetansesenteret i vår region har bl.a. ansvaret for «Yngre rusmiddel-misbrukere» og forebyggende arbeid særlig rettet mot kommunene.

*Veksthuset, Molde.* Dette er et strukturert terapeutisk samfunn med plass til 17 klienter, hovedsakelig stoffmisbrukere fra 18-40 år. Bemanningen er på 20 årsverk. I 2004 åpnes en ny familieavdeling med fire enheter.

*Nidarosklinikken, Trondheim* er en klinikkavdeling med et strukturert behandlingsprogram for menn, kvinner og par. 20 sengeplasser. Hovedsakelig stoffmisbrukere i alderen 25-40 år. Bemanning på 20 årsverk.

*MARiT* (Medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, LAR) Har ansvaret for legemiddelasistert rehabilitering av tunge stoffmisbrukere i Helse Nord og Helse Midt-Norge. I løpet av 2004 vil Helse Nord overta ansvaret for LAR i sitt område. Senteret har 19 årsverk. Ca. 180 personer er inkludert i behandlingen.

### Samarbeid med andre

I tillegg til de egne institusjonene skal Helse Midt-Norge overta avtalene som fylkeskommunene har inngått med to institusjoner:

*Kvamsgrindkollektivet, Trondheim* eies av Norske Kvinners Sanitetsforening Sør-Trøndelag fylkeslag. Det er et bo- og behandlingsskollektiv for unge rusmisbrukere fra 15-24 år. 18 av plassene er etter Lov om sosiale tjenester. Fem plasser er for barnevernet.

*Lade Behandlingssenter, Trondheim* eies av Blå Kors Norge. Senteret har 36 sengeplasser, og en tvangspost med fire plasser skal stå ferdig i november 2004. Senteret har en bemanning på 47. Det er åpent for kvinner og menn. Akuttavdeling, avdeling for utredning, klinikkavdeling og poliklinikk. Senteret har en regional funksjon for tvangsbehandling av gravide rusmiddel-misbrukere etter Lov om sosiale tjenester.





Her er 2003

# I korte glimt

22

## **Psykisk helsevern og Orkdal Sanitetforenings Sjukhus inn i St. Olavs Hospital**

Det midlertidige helseforetaket for Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag ble avviklet ved utgangen av 2002 og aktiviteten ble fra 1. januar 2003 en del av St. Olavs Hospital. Fra 2004 er også Orkdal Sanitetforenings Sjukhus en del av St. Olavs Hospital. Dermed er prosessen med å organisere sykehusene i Midt-Norge i fire helseforetak gjennomført.

## **Nye lokaler tas i bruk**

Ved inngangen til 2003 flyttet Helse Midt-Norge RHF inn i permanente lokaler på Tangen i Stjørdal. Det regionale foretaket hadde før dette tilhold i en brakkerigg på nabotomta.

## **Helse Midt-Norge IT (HEMIT) ser dagens lys**

I juni 2003 ble den regionale IT-enheten opprettet. Helse Midt-Norge IT (HEMIT) er en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på samme måte som Helsebygg Midt-Norge.

## **Viktige IT-prosjekter på gang**

En lang rekke IT-prosjekter er under arbeid. Elektronisk pasientjournal, utvikling av Helsennett og effektiv kommunikasjon med primærhelsetjenesten, digitalisert røntgen, telemedisin og etablering av eksperimentelle operasjonsstuer ved St. Olavs Hospital er noen eksempler.

## **Tilfredse pasienter**

I april ble resultatene fra HELTEF-undersøkelsen om pasienttilfredshet kunngjort. Svarene viste at pasientene ved sykehusene i Helse Midt-Norge i stor grad er godt fornøyd.

## **Fritt Sykehusvalg**

I mai kom Fritt Sykehusvalg på nett med informasjon om kvalitetsindikatorer og ventetider for alle sykehus i Norge.

## **Samordning og effektivisering av innkjøp**

Prosjektet for samordning og effektivisering av innkjøp og logistikk for sykehusene i Midt-Norge ble etablert i mai. De regionale helseforetakene samarbeider også gjennom et felles innkjøpskontor på nasjonalt plan.

## **Helt nytt styre**

Helse Midt-Norge RHF fikk nytt styre i juni 2003. Helsedepartementet valgte å oppnevne et helt nytt styre etter at styreleder Ragnhild Berge hadde bedt seg fritatt fra vervet. Ny styreleder ble Per Sævik.

## **Revidert plan for utbygging**

I juni vedtok styret for Helse Midt-Norge det reviderte hovedfunksjonsprogrammet for fase to av utbygging av nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim.

## **Fortsatt satsingen på pasientnær forskning**

I juli 2003 ble det tildelt 12 nye forskningsstipend i samarbeid med Det medisinske fakultet (NTNU). Nye stipend er tildelt også i 2004.

## **IT-systemer for laboratorietjenester**

I august ble det etablert et regionalt prosjekt for innføring av nye og effektive IT-systemer for sykehusenes laboratorietjenester. St. Olavs Hospital er pilot.



#### **Individuelle behandlingsfrister**

I september 2003 ble det innført individuelle behandlingsfrister ved sykehusene i regionen. Helse Midt-Norge var først i landet med å innføre dette. Ny lov om pasientrettigheter som trår i kraft i september 2004 gjør dette til en rettighet for alle pasienter.

#### **Prehospitale tjenester i regionen**

Etter en omfattende høringsrunde tok styret for Helse Midt-Norge stilling til organisering av prehospitale tjenester i regionen. I etterkant av dette har helseforetakene bl.a. gjennomført samordning av akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) og det ble startet et arbeid for harmonisering og samordning av beredskapsplanene i Helse Midt-Norge.

#### **Handlingsprogram for psykisk helsevern**

Høsten 2003 ble Handlingsprogrammet for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge lansert. Programmet omtaler bl.a. satsingen på og utbygging av distriktpsychiatriske sentre og en opptrapping og omlegging av tjenestetilbudet.

#### **Arbeidsmiljøundersøkelse**

Det ble gjennomført en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse ved sykehusene i Midt-Norge høsten 2003. Undersøkelsen viste at avdelinger med høy effektivitet også er de som gir best kvalitet.

#### **Pris for åpenhet og medvirkning**

I november ble Helse Midt-Norge tildelt pris for åpenhet og medvirkning fra Kommunalansattes fellesorganisasjon.

#### **Midtnorsk helseakademi**

I desember ble det vedtatt å opprette et midtnorsk helseakademi. Helse Midt-Norge har gjennom hele 2003 drevet sitt eget program for ledelsesutvikling. Nær 400 ledere på ulike nivå i organisasjonen har deltatt i lederopplæring. Programmet fortsetter og akademiet vil bidra til å utvikle nettverk og kompetansebyggingen videre. Helse Midt-Norge er også en aktiv bidragsyter i det nasjonale programmet for ledelsesutvikling for spesialisthelsetjenesten, og adm.dir. Paul Hellandsvik leder styringsgruppen.

#### **Gjennomføring av rusreformen**

Høsten 2003 ble det etablert et prosjekt som forberedte gjennomføringen av rusreformen i Midt-Norge. Man valgte å organisere dette tilbudet i et eget helseforetak, Rusbehandling Midt-Norge HF som var operativt fra 1. januar 2004.

#### **Handlingsplan for smittevern**

Mot slutten av 2003 ble den regionale handlingsplanen for smittevern lansert. Den skal bidra til å styrke smittevernarbeidet i regionen.

#### **Redusert ventetid**

I løpet av 2003 ble gjennomsnittlig ventetid ved sykehus i Midt-Norge redusert fra 156 til 109 dager.

# Bedre kvalitet og medisinsk utvikling

I 2003 startet Helse Midt-Norge for alvor arbeidet med å vurdere de medisinske tilbudene ved sykehusene i regionen. Målet er bedre kvalitet på tjenestene og en mer effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser.

Det er kommet opp flere spørsmål der det er formålstjenlig å se hele regionen i sammenheng. På noen områder kan sentralisering bidra til bedre kvalitet, mens det på andre vil være mer naturlig å desentralisere og flytte tilbudene ut og nærmere pasienten.

## Systematisk innsats for forbedring

Helseforetakene har ansvar for å utvikle sin egen virksomhet, og skal samtidig delta i prosessene som Helse Midt-Norge tar initiativ til, i samspill med andre foretak. Arbeidet skal skje i tråd med målene i den overordnede strategien for foretaksgruppen. Utviklingsarbeidet gjelder all vår aktivitet, både somatiske sykehus, psykisk helsevern, rehabilitering/habilitering og rusbehandling.

## Kreftbehandling

Antallet nye pasienter og antall operasjoner innen kreftkirurgien må være tilstrekkelig stort for at kirurgene skal opparbeide, opprettholde og videreutvikle sin kompetanse. Det må også være utført et høyt nok antall operasjoner dersom det skal være mulig å måle kvaliteten på tilbudet. Forskning har dokumentert at det er en sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet.

Kreftkirurgi har til nå blitt utført ved alle sykehus i Midt-Norge og strålebehandling ved to av dem. For kreftkirurgi er det nå gjort en faglig vurdering av hva som er rett å beholde på det enkelte sykehus og hva som bør sentraliseres. Styret for Helse Midt-Norge tar stilling til dette i juni 2004.

## AMK

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i 2003 å redusere antall AMK-sentraler til én per helseforetak. Fagmiljøene bidro i utredningen om de prehospitaltjenestene i regionen. Omleggingen skal bidra til å utvikle faglig sterke akuttmedisinske kommunikasjonssentraler og en harmonisering gjennom standarder som gjelder for alle.

## Hjertermedisin

I andre deler av landet er det allerede tatt grep for å samordne funksjoner innenfor fagfeltet hjertermedisin. Helse Midt-Norge har satt ned tre arbeidsgrupper som arbeider med problemstillinger som griper inn i hverandre.

- Den ene problemstillingen er knyttet til utvikling og bruk av PCI-intervensjon (utblokkning av blodårer i hjertet). I dag brukes denne metoden med stort hell i Trondheim.

Spørsmålet er hvordan det totale tilbudet til hjertepasienter skal organiseres.

- Det andre temaet gjelder bruken av EKG og overføring av 12-kanalimpulser over mobiltelefon til en sentral. Der kan det gis fortløpende vurdering og tilbakemelding om behandling, som kan starte i hjemmet hos pasienten eller i ambulansen i form av trombose (injisering for å løse opp blodpropp). Samtidig kan kardiologen tidlig velge ut pasienter for angiografi/PCI-behandling og forberede dette mens pasienten er på vei til sykehuset.
- Den tredje problemstillingen det arbeides med, handler om digital lagring av EKG som en del av pasientens ordinære journal.

## Intensivmedisin for tidlig fødte

Alle landets regionale helseforetak har kartlagt tilbudet som gis til nyfødte før 26. svangerskapsuke. Målet er å sikre høy kvalitet og utvikling av intensivmedisin for denne gruppen for tidlig fødte. I dag gis det tilbud til de aller minste av de minste i Trondheim og Ålesund.

## Laboratorietjenester

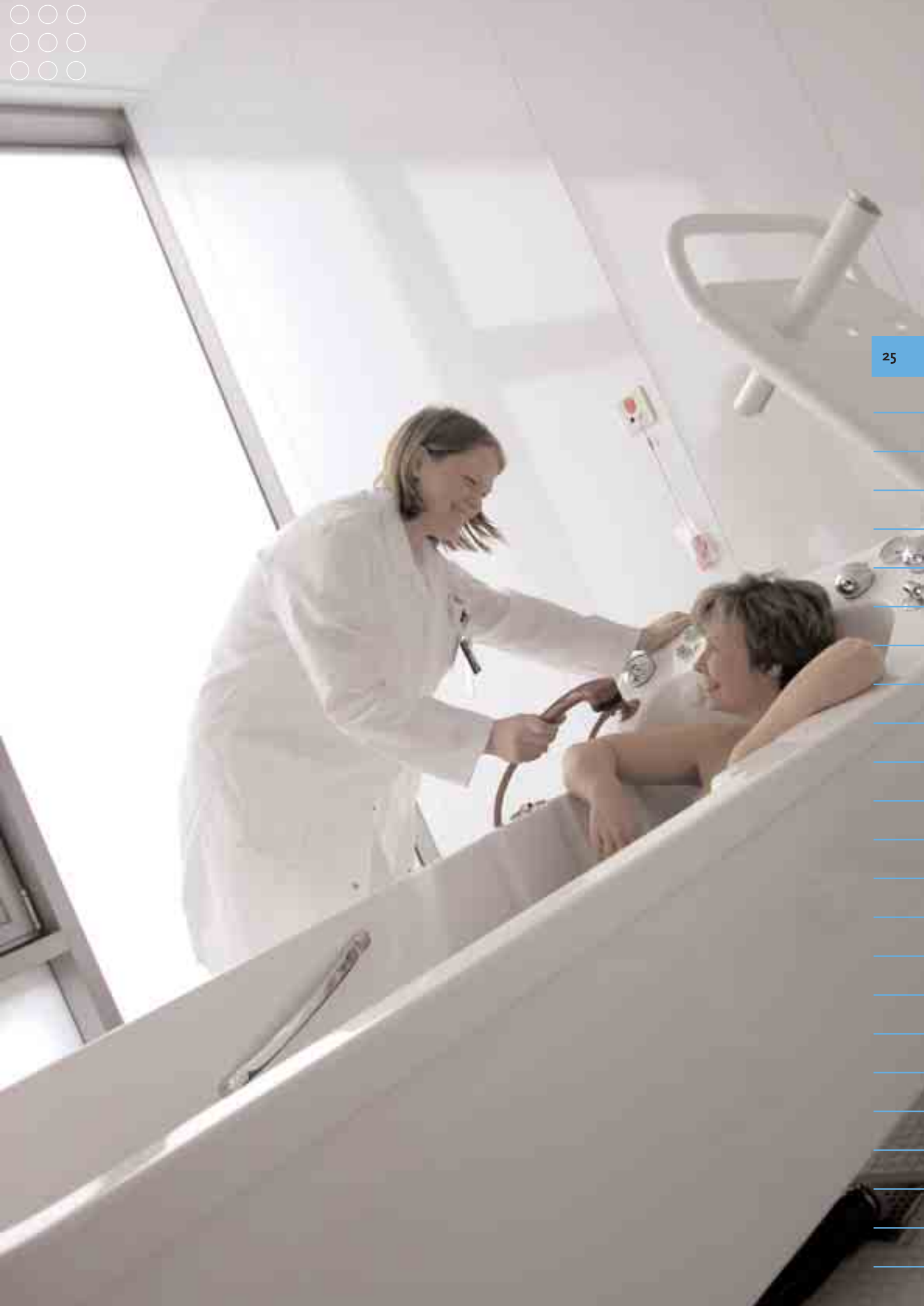
Det er lagt fram en rapport om samordning og utvikling av laboratorietjenesten for sykehusene i Midt-Norge som leverandør av medisinsk informasjon og kunnskap.

Regionalisering betyr harmonisering av metoder, referanseverdier, statistikk og IT-verktøy. Endring av finansieringsgrunnlaget vil også få betydning for organisering av virksomheten. Rekruttering er et fokusområde for laboratorietjenestene. I dag er det patologer i Trondheim, Ålesund og Molde.

## Rehabilitering/habilitering

En samlet beskrivelse og kartlegging av tilbudene innen rehabilitering/habilitering, skal våren 2004 kunne ut i en plan om utvikling og oppjustering av tilbudene. Nye løsninger kommer som følge av at man ser hele regionen under ett. Helse Midt-Norge har prioritert rehabilitering/habilitering gjennom å stimulere til forskning og faglig utvikling bl.a. gjennom tildeling av doktorgradsstipender.

Innenfor rehabilitering/habilitering er det behov for å utvikle tjenestene og samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvikling av ambulante tilbud og forholdet til private opptreningsinstitusjoner hører med i vurderingene. Det samme gjelder forholdet til trygdeetaten.





# Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge legger vekt på brukerperspektivet i sin virksomhet. Brukernes kunnskap er et viktig bidrag for økt kvalitet på helsetjenestene. Brukerutvalgene er ett virkemiddel, et annet er systematisk bruk av pasientenes opplevelser og erfaringer, bl.a. slik det kommer til uttrykk gjennom spørreundersøkelser. I løpet av 2004 blir en ny stor PasOpp-undersøkelse gjennomført.

Brukermedvirkning skjer på flere nivå, fra individ- til systemnivå. Kommunikasjon mellom nivåene er viktig, slik at tilbakemeldingene og kunnskapen påvirker møtet mellom pasient/pårørende og helsepersonellet.

## Brukermedvirkning på alvor

Det er opprettet brukerutvalg for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Lederen for Regionalt brukerutvalg, Annlaug Stavik, mener arbeidet er godt i gang. Hun viser til at hennes utvalg er rådgivende for styret, og dermed en aktiv medspiller ved utforming av tjenestetilbudet.

- Vi blir hørt og tatt på alvor, men det stilles også store krav til oss, sier Annlaug Stavik. Det er utfordringer hele tiden, og vi må kunne ta raske beslutninger. Nå er det opp til oss å bevise at vi virkelig vil og kan!

## Fra planlegging til evaluering

Brukerne skal medvirke ved alle tiltak som påvirker tjenestetilbudet til brukerne. Dette kan eksempelvis være i innledende planarbeid, ved korrigeringer underveis, videreføring og evaluering. Blant viktige saker hvor brukerne har medvirket, kan nevnes individuell behandlingsfrist, pasient- og pårørendeopplæring, psykiatriplanen og plan for forskning og utvikling.

Det er oppnevnt nye representanter til brukerutvalgene i 2004. Behovet for dyktige representanter er stort, og gjennom rotasjon bringes stadig ny erfaring og kompetanse inn.



Med enkle grep kan vi få til et mye bedre tilbud til pasientene, sier Annlaug Stavik, leder for Regionalt brukerutvalg.

- Det er verdifullt at mange får delta, sier Annlaug Stavik. Hvert enkelt medlem vil få bruk for sin spesialkompetanse. Samtidig er det viktig å være klar over at medlemmene ikke skal representere sin egen organisasjon eller gruppe, men alle brukerne. En bruker er enten pasient eller pårørende, ikke en ansatt i systemet.

## Lærings- og mestringssentre

I de nye Lærings- og mestringssentrene i regionen blir brukerkompetanse sidestilt med fagkompetanse. Her fokuseres det på god dialog, bedre løsninger og tiltak.

Det er også viktig å få til gode tjenester til de svakeste – de som mer enn andre trenger hjelp for å få oppfylt sine rettigheter.

- De mest ressurssterke vil alltid kunne «shoppe» tjenester landet over. Mennesker med sammensatte lidelser, f.eks. kronikere, personer med rusproblemer eller psykiatriske lidelser, trenger ofte spesiell oppfølging, sier Annlaug Stavik.

## Utfordringer framover

Videre framover ser Annlaug Stavik en rekke oppgaver hvor brukerutvalgene bør uttale seg og bidra til å legge premissene for et bedre behandlingstilbud.

- Det må bli slutt på uverdigg venting. Vi vil ha bedre samhandling, her er for mange «tidstyver». Med enkle grep kan vi få til et mye bedre tilbud til pasientene, som ofte blir kasterballer mellom avdelingene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

# Velkommen inn...

## Om åpenhet og tilgjengelighet

Å gjennomføre endringer i sykehusene er krevende. Alle har et forhold til sykehusene, og mange engasjerer seg i hvordan sykehustilbudet skal utvikles. Derfor legger vi også mye krefter i å ha god kommunikasjon med de som berøres av endringene.

Åpenhet skal være en ledetråd for prosessene vi gjennomfører. Det skal være lett å få innsyn i det som pågår. Det er vårt ansvar å etablere arenaer for dialog med omverdenen, og det er et lederansvar å legge til rette for å involvere medarbeidere i omstillingene.

### Møteplasser og dialog

Vel to år etter at helsereformen ble gjennomført har Helse Midt-Norge etablert møteplasser for dialog med sentrale aktører. Brukerutvalgene gjør en svært viktig og aktiv jobb, både lokalt og regionalt. I april 2004 ble den tredje regionale brukerkonferansen arrangert, og erfaringene er gode.

Det gjennomføres jevnlig møter for å sikre god dialog med lokale og regionale myndigheter. Spesialisthelsetjenesten må utvikles i tett samhandling med de lokalsamfunnene vi er en del av og skal betjene. Skal vi kunne utnytte det handlingsrommet som er gitt gjennom reformen, krever det at vi opptrer klokt og at vi har innsikt i lokalsamfunnene. Derfor vil vi styrke denne dialogen med befolkningen, lokale myndigheter og primærhelsetjenesten.

### Gode kanaler ut og inn

I 2003 ble kanalene for aktiv og målrettet kommunikasjon med definerte målgrupper videreutviklet og styrket. Nettstedet [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) fikk flere nye funksjoner, og statistikkene viser godt besøk. Magasinet HELSE har et opplag på 16 000 og distribueres bredt. Et eget nyhetsbrev er etablert og brukes til enklere kommunikasjon.

I vår kommunikasjon skal vi synliggjøre resultater og rettighetene pasientene har. Vi skal være orientert mot muligheter. Når det gjelder mediekontakt, er målet at vi selv skal være aktive, også i saker som setter Helse Midt-Norge i negativt lys.

Det er for øvrig opprettet faste møtepunkter med tilsynsmyndighetene, pasientombudene, primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Åpenhet handler om tilgjengelighet. Det første besøkende møter i Helse Midt-Norge, er dette blide trekløveret i resepsjonen. Fra venstre Kirsti Rossbach, Oddny Heimstad og Anne R. Aasland.



## Ledelsesutvikling og nytt helseakademi

Programmet for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge er et svært viktig virkemiddel for å styrke kulturen og utvikle en resultatorientert organisasjon i helseforetakene i regionen. Programmet løper kontinuerlig og vil bli en del av helseakademiet som nå etableres. Ved utgangen av 2003 hadde rundt 400 ledere medvirket i ulike opplegg innenfor dette utviklingsprogrammet

Programmet er svært praktisk rettet. Økonomisk styring, jus, målsetting og kommunikasjon er blant emnene som er å finne på timeplanen. Andre tema som kan nevnes, er rekruttering av gode medarbeidere og den vanskelige samtalen.

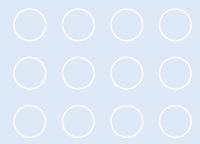
### Praktisk bruk av IKT

Helse Midt-Norge satser på kompetanseoppbygging gjennom kontinuerlig læring. Kunnskap om bruk av IKT blir ett av fokusområdene framover. Avansert informasjonsteknologi er til liten nytte dersom nødvendig kunnskap om bruk mangler. Opplegg som det kan være aktuelt å komme i gang med, er simulator trening, opplæring av ambulansespersonell og gjennomgang av nye behandlingsformer.

### Flere program for opplæring

Det skal utvikles flere opplæringsprogram på linje med det som er etablert for ledelse. Noen kurs vil bli holdt i Trondheim, andre ganger kommer kursene ut til de ansatte i foretakene.

Kursene vil ha en viktig rolle i å bygge og utvikle nettverk og samarbeid på tvers i regionen. I stor grad vil kursene utnytte interne krefter i helseregionen.



# Individuelle behandlingsfrister styrker pasientrettighetene

Helse Midt-Norge innførte individuelle behandlingsfrister allerede høsten 2003. Dette har gitt oss verdifull erfaring i forkant av at ordningen fra september 2004 blir landsdekkende, som følge av endringer i pasientrettighetsloven.

28

## Hva ordningen innebærer

Sykehusene skal nå gi pasienten en konkret frist for når utredning eller behandling skal gjennomføres. Fristen skal være medisinsk forsvarlig og rimelig ut fra situasjonen pasienten er i, og skal ikke overskride ett år.

Hvis sykehuset ikke har kapasitet til å behandle pasienten innen fristen, er sykehuset forpliktet til å bistå pasienter som bor i Midt-Norge, med henvisning til et annet sykehus. I sjeldne tilfeller kan det forekomme at det ikke finnes tilbud i Norge som oppfyller dette kravet. Da kan det være aktuelt at det regionale helseforetaket trer inn, slik at behandling kan ordnes i utlandet.

## Rusmisbrukere og pasientrettigheter

Den nye pasientrettighetsloven gir også rusmisbrukere som ønsker behandling, rett til individuell behandlingsfrist – og som andre, rett til å få vurdert sin helse-tilstand innen 30 virkedager.

Etter at ansvaret for behandling av rusmiddelbruk ble overført til helselovgivningen og til staten ved de regionale helseforetakene, har rusmiddelbrukere de samme rettigheter som andre pasientgrupper. Rusmiddelbrukernes nye pasientrettigheter er utdypet i et rundskriv fra Helsedepartementet våren 2004.

## Behandlingsfrist mer og mer vanlig

Ved utgangen av 2003 hadde over 20 000 pasienter ved midtnorske sykehus fått en individuell frist for utredning og behandling i Helse Midt-Norge. Etter hvert som ventelistene i Helse Midt-Norge er blitt kortere, opplever stadig flere pasienter å få en konkret frist å forholde seg til. Andelen pasienter uten individuell behandlingsfrist er betydelig redusert. Fristen skal være forpliktende for sykehuset, og helseforetakene har ansvar for at det ikke skjer brudd på fristene som er satt.





## Gjennomsnittlig ventetid

# redusert med over 70 prosent siden høsten 2001

- Klokken halv tolv var jeg hos fastlegen min og fikk henvisning til røntgen. Derfra dro jeg rett opp til røntgenavdelingen. I løpet av en drøy time har jeg vært både hos legen og tatt røntgen på sykehuset, forteller Harald Ulimoen etter å ha tatt røntgenbilder av en vond hånd.

### Ny tidsalder

Radiografene på Kristiansund sykehus har latt seg inspirere av frisøren på hjørnet og tar i mot pasienter på «drop-in». Ikke alt kan gjøres like raskt som i Ulimoens tilfelle, men når den gjennomsnittlige ventetiden har krympet med over 70 prosent siden høsten 2001, blir det merkbart for pasienter flest. Og det får konsekvenser for hvordan sykehusene organiserer sine tilbud.

### På god vei

I løpet av 2003 ble gjennomsnittlig ventetid i Helse Midt-Norge redusert til 109 dager. Målet for 2004 er 85 dager. I løpet av første halvår 2004 er gjennomsnittlig ventetid ved Helse Sunnmøre, Helse Nord-Trøndelag og Helse Nordmøre og Romsdal allerede godt under dette måltallet. Størst er utfordringen ved St. Olavs Hospital, men også ved dette største helseforetaket i regionen er både ventelister og ventetider betydelig redusert i 2003 og første halvår 2004.



Harald Ulimoens historie er ikke unik. Kortere ventetid og nye løsninger gir pasienten et bedre tilbud.

### Uverdige venting

Helse Midt-Norge har hatt særlig fokus på uverdige venting. Antallet pasienter som hadde ventet over ett år på behandling, var nærmere 12 000 da helsereformen trådte i kraft. Dette var ved inngangen til 2004 redusert til 1 400 pasienter. Målet for 2004 er at ingen skal måtte vente i over ett år. Utfordringen er størst innen ortopedisk kirurgi.

### Ventelistene krymper

Antallet pasienter som venter på behandling ved midtnorske sykehus, var ved utgangen av mars 2004 rundt 30 000. Det betyr at ventelistene er redusert med 20 000 pasienter siden helsereformen trådte i kraft. Og med betydelig kortere ventetid for pasientene, er ventelistene i dag mer å betrakte som en ordrebok for sykehusenes avdelinger. Innføringen av individuelle behandlingsfrister skal bidra til å gi pasienten en garanti om behandling så raskt som mulig, og ingen skal måtte vente ut over det som er medisinsk forsvarlig.



## Psykisk helsevern

# - hele tjenestetilbudet moderniseres

Gjennom Handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge som ble vedtatt i 2003, tilføres det nå økte ressurser både til investering og drift av tiltak innen det psykiske helsevernet. Hele tjenestetilbudet moderniseres for å gi pasienter og pårørende et bedre tilbud.

30

### Nye distriktpsikiatriske sentre (DPS)

I tråd med tidligere fylkeskommunale planer og myndighetenes intensjon prioriterer Helse Midt-Norge bygging av nye DPS. Disse utgjør grunnmuren i tilbudet til pasienter med allmennpsykiatriske problemer, og til pasienter med kroniske lidelser.

I 2003 åpnet DPS Nærøy i Kolvereid. Et moderne bygg til døgn- og dagbehandling ved DPS Orkdal ble påbegynt i 2003. Det har skjedd en oppgradering av BUP Tiller, og også andre DPS er under planlegging.

Bygging av BUP-enheter skal bidra til at barn og unge tilbys tjenester i hjemmemiljøet uten innleggelse. Innleggelse er likevel nødvendig for noen. Ny døgnenhet i Levanger erstatter midlertidige og lite hensiktsmessige lokaler. Her får også tilbudet om familiebehandling plass.

### Styrker driften

Helseforetakene har fått, og vil få, økte øremerkede midler for å styrke allmennpsykiatritilbudet og særlig prioriterte tiltak. Helse Nord-Trøndelags regionale tjenestetilbud til pasienter med spiseforstyrrelser er styrket, og i 2003 ble åtte døgnseger frigjort for formålet. Allerede ved oppstart overstiger etterspørselen kapasiteten.

Det ble i 2003 også gitt ekstra tilskudd til private avtale-spesialister. Helse Midt-Norge vil gjennom disse midlene gi pasienter muligheter til å velge mellom private og offentlige tjenesteytere i tråd med opptrappingsplanens mål. De nye

avtalehjemlene fordeles til geografiske områder med lavest dekning.

Et moderne psykisk helsevern krever god og vitenskapelig forankring. Helse Midt-Norge RHF og NTNU har prioritert psykisk helsevern ved tildeling av stipend i 2003.

### Omstilling

Med etablering av moderne DPS starter en omstillingsprosess i hele behandlingsskjeden. Tilbud som preges av bo- og omsorgsoppgaver, overføres til kommunene. Arbeidet med å fase ut langtidsplasser skjer gradvis og innenfor rammene av det som er forsvarlig overfor den enkelte pasient.

Sykehusene legger tilsvarende om tilbudene sine og regionale spisskompetansetilbud bygges gradvis ut i tråd med strukturen i den regionale planen. I BUP er det etablert et tidligintervensjonsnettverk med Helse Nordmøre og Romsdal som knutepunkt.

Kravene til produktivitet er skjerpet. Poliklinikktilbudet økte betydelig i 2003. Antall ansatte har økt, men også effektiviteten per ansatt. Samtidig øker etterspørselen, men uten at dette har medført lengre ventetid. Arbeid med rapportering av resultater og utvikling skal gjøre det lettere å planlegge, styre og synliggjøre innsatsen innen psykisk helsevern.





# Helsetjenesten i endring, et nytt perspektiv gror fram

Styringsdokument for 2003 og 2004 pålegger spesialisthelsetjenesten å iverksette systematisk opplæring av pasienter ved alle foretak. I lov om spesialisthelsetjenester framgår det at opplæring er en av hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten.

32

Pasientens lovfestede rett til informasjon, medvirkning og opplæring bidrar til et skifte av perspektiv i helsetjenesten. Helsetjenesten skal ikke bare utrede, diagnostisere og behandle sykdom. Nå legges det vekt på at vi skal lære å mestre sykdom, og at vi trenger opplæring til dette.

Alle helseproblemer lar seg ikke løse gjennom medisinsk behandling. Særlig for mennesker med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig. Pasienten må få innsikt i egen sykdom, vite hva som kan hindre forverring av helsetilstanden, og hva han eller hun selv kan gjøre for å forebygge. Pasientopplæring er ikke bare viktig, men en forutsetning for at en behandling skal bli vellykket.

## Behov for ny kompetanse

Det er ikke lenger nok med medisinsk faglig kompetanse. Dersom pasientens medvirkning skal bli reell, må helsearbeideren også ha pedagogisk kompetanse.

Fagpersonell skal legge forholdene til rette slik at pasienten selv kan mestre sin situasjon. Helsearbeideren skal kunne motivere pasienten til å endre livsstil og mestre egen sykdom - være en hjelper og veileder. Det handler om å forstå hva som fremmer læring og mestring, og hva som er til hinder for dette.

Fagområdet som får økende innflytelse, omtales som helsepedagogikk. I 2003 etablerte Høgskolen i Volda et studium i helsepedagogikk.

## Lærings- og mestringssentre

I 2003 hadde alle helseforetak i Midt-Norge etablert lærings- og mestringssentre.

Ansatte i lærings- og mestringssentrene har helsepedagogisk kompetanse

Prosjektet «Leva Livet» på Bjorli i Rauma kommune, er et godt eksempel på tilrettelagt aktivitet for læring og mestring. To ganger i året inviterer Helse Nordmøre og Romsdal til en uke med aktiviteter som bidrar til å sprengre grenser og gi ny læring for livet.

og bistår de kliniske avdelingene i opplæringsarbeidet. Læring og mestring er vesentlig i alle faser av behandlingen og de kliniske avdelingene har ansvar for at opplæringen blir en integrert del av behandlingen.

## Å mestre sin egen hverdag

Pasientopplæring handler om å hjelpe hele mennesket til å leve med en sykdom eller funksjonshemming. Læringens hensikt er å fornye pasienters kunnskap, holdninger og ferdigheter. Opplæringen lykkes dersom pasienten lærer nye strategier for å mestre daglige smerter, stress og angst eller når pasienten greier å planlegge og gjennomføre de oppgavene i hverdagen som betyr mye.

Dette forutsetter at fagpersoner samarbeider på tvers av fagområder og nivåer i helsetjenesten for å se sammenhengene mellom de forhold som pasienten opplever som vanskelig. I opplæringen inngår pasienten som en ressurs. Kunnskap fra mennesker med sykdomserfaring er viktig for pasienter og helsepersonell. Med opprettelse av lærings- og mestringssentre blir pasient- og fagkompetanse satt i system.

## Et lærings- og mestringssenter er

- en felles arena på tvers av fag og nivå
- et lærested for pasienter og deres pårørende
- et lærested for fagpersonell
- et informasjonssenter.

## Strategi

I 2004 ferdigstilles Helse Midt-Norges strategi for å ivareta pasientens rett til informasjon og opplæring (2004-2007). Målet er at alle pasienter og pårørende som har behov for opplæring, skal få et godt tilbud. Utvikling av lærings- og mestringssentre er en vesentlig del av den regionale opplæringsstrategien.

I 2002 etablerte Helse Midt-Norge et regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring i Volda. Senteret skal støtte opp under Helse Midt-Norges strategi.



## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)

# - omfattende og verdifull forskning gjennom 20 år

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT, omfatter alle innbyggere i fylket som er 13 år og eldre. Dette gjør HUNT til den mest omfattende helseundersøkelsen i Norge. Internasjonalt er den også en av de største.

En ny omgang HUNT er nå under planlegging. HUNT 3 kan bli gjennomført i 2006-2008. Så langt har HUNT 2 mer enn 80 delprosjekter, og over 100 forskere jobber med datafilene.

- HUNT er unik på flere måter, bl.a. fordi undersøkelsen dekker et helt fylke. Det har vært et meget høyt framferte, og datakvaliteten er generelt meget god, sier professor dr. med. Jostein Holmen. Han er daglig leder ved HUNT forskningssenter og har vært med fra starten.

- HUNT er sentrert om de store folkehelseproblemene, men utmerker seg med et langt bredere faglig program enn andre befolkningsundersøkelser både i Norge og i andre land. I HUNT har vi studier innen etikk, livskvalitet, sosialmedisin, mental helse og helsetjenestebruk.

### HUNT favner vidt

Holmen forteller at det pågår studier innen de fleste kliniske fagfeltene, og viser til en rekke konkrete områder: Hjerter- og karsykdommer, diabetes, nefrologi, lungesykdommer, osteoporose, endokrinologi, nevrologi, hemokromatose, andre gastrointestinale sykdommer, urologi, kvinnehelse og flere studier innen ungdomsmedisin.

Andre fagmiljøer har også engasjert seg i HUNT, som f.eks. geografer, molekylærbiologer, genetikere, informatikere og matematikere. I tillegg til dette regionale og nasjonale nettverket, er det utviklet et relativt bredt internasjonalt nettverk omkring HUNT.

- I dag strekker derfor HUNT-samarbeidet seg til forskere i Sverige, Danmark, Finland, Nederland, Irland, Skottland, England, USA, Canada og Australia. HUNT har vist seg å ha potensial langt ut over det vi trodde bare for få år siden, sier Holmen.

### Av stor betydning og verdi

- Knapt noe sykehus utenom universitetssykehusene kan i dag måle seg med Helse Nord-Trøndelag når det gjelder forskningsaktivitet, sier administrerende direktør Reidar Tessem i Helse Nord-Trøndelag. Han mener at HUNT har hatt stor betydning for det medisinske miljøet i Nord-Trøndelag. Tessem viser til at en rekke leger ved sykehusene i fylket har engasjert seg i forskning, ikke minst på grunn av det unike datamaterialet og det aktive forskningsmiljøet omkring HUNT forskningssenter midt i fylket.

- Dersom et helseforetak som vårt skal rekruttere og beholde dyktige fagfolk, er gode og aktive fagmiljøer i avdelingene helt avgjørende. Forskning er en av forutsetningene for å oppnå dette, understreker Tessem.

- HUNT har betydd mye også for resten av regionen. Ved St. Olav har mange medarbeidere gjennom flere år vært engasjert i HUNT, og det arbeides nå aktivt for at HUNT-databasen også skal kunne utnyttes i helseforetakene i Møre og Romsdal, sier Tessem.

### Ny kunnskap gjennom 20 år

Det er i år 20 år siden den første helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag startet, og et forskningssenter ble etablert i Verdal. Fra 2001 har HUNT vært tilknyttet Det medisinske fakultet ved NTNU. Helse Midt-Norge bidrar med finansiering gjennom samarbeidsorganet med NTNU.

Ny kunnskap er publisert gjennom en rekke vitenskapelige artikler de siste årene. De er knyttet til fagområder som hjerte/kar, diabetes, luftveier og allergi, muskel/skjelett, sanseorganer, urinveier, mental helse, genetikk m.m.



# Regional samordning av innkjøp

Sommeren 2003 etablerte Helse Midt-Norge et innkjøpsprosjekt for å forbedre og samordne innkjøp og logistikk i regionen. Prosjektet involverer alle helseforetakene, og ambisjonen er å spare 50 millioner kroner i 2004. Det forventes ytterligere innsparinger i 2005.

Alle sykehusene i Helse Midt-Norge har som mål å ha en meget høy driftseffektivitet, og det legges stor vekt på nytenkning både i pasientnære flytprosesser og i vareforsyningen. Forutsetningen for å lykkes er bl.a. en bedre intern logistikkprosess og en forbedret samordning og standardisering av logistikkprosessen mellom helseforetakene.

## Mye å tjene på effektiv vareforsyning

Sykehusreformen åpner for å effektivisere vareforsyningsprosessene. I Helse Midt-Norge har fremdeles hvert sykehus sitt eget sentrallager, mens innkjøpsorganisasjonen er i ferd med å bli felles. Arbeidet med å få til en samordnet strategi på logistikk og forsyning foregår kontinuerlig. I den forbindelse utredes sentrallagerfunksjon på regionnivå og felles organisasjon for varelogistikk.

## Mot et helhetlig system

Innkjøpsprosjektet arbeider for et samordnet opplegg for logistikk i regionen og har fokus på fire områder; innkjøp, lager, forsyning og beredskap. De viktigste utfordringene er:

- å etablere en innkjøpsfunksjon som legger bedre til rette for kjøp av riktige produkter til riktig pris
- å etablere en lager- og forsyningsfunksjon som legger bedre til rette for effektiv bestilling, lagerhold, transport og distribusjon
- å legge til rette for en tilstrekkelig forsyningsberedskap for hele regionen

Områdene innkjøp, forsyning og beredskap skal i sum bidra til at det etableres helhetlige system som effektiviserer organisasjonen i alle faser.

## Oppgaver på alle nivå

Innkjøpsprosjektet arbeider for å avklare hva som kan og bør gjøres på ulike nivå i organisasjonen. På foretaksnivå er det viktig å samordne arbeidsrutiner, leverandøravtaler og produktsortiment.

På avdelingsnivå søker prosjektet å redusere kostnader, redusere avdelingens ressursbruk knyttet til anskaffelsesprosessen, redusere kapitalbindingen på lagervarer, utnytte IKT på en optimal måte og oppnå bedre regnskapsmessig kontroll over innkjøpene.



# Lagspill og lokal forankring

36

- Lokal forankring er viktig for oss i omstillingsarbeidet som pågår i våre sykehus. Helse Midt-Norge har valgt en modell som åpner for kreativitet og lokalt handlingsrom. Våre endringsprosesser kjøres innenfra og ut.

De er ikke et resultat av direktiver fra oven. Slik forsøker vi å legge til rette for et lagspill der våre ansatte er viktige aktører, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Per Sævik.

Sævik minner om at helsereformen er stor og omfattende – og fortsatt en ung reform. Etter to år kan det allerede vises til resultater bl.a. gjennom redusert ventetid og kortere ventelister, men han mener at det vil ta tid før den nye strukturen har funnet sin form.

- Våre ansatte gjør en svært god jobb i en tid med store endringer. Omstillingsprosessen som vi er midt i, vil fortsette, og tempoet er høyt. Men vi må se til at tempoet ikke blir så høyt at det går ut over systemets evne til å absorbere og ta opp i seg endringene. Glipper vi på dette, blir det også vanskeligere å nå de mål vi har satt oss, sier Sævik.

## Lokal forankring viktig

Det at Helse Midt-Norge RHF ikke har valgt gjennomgående styrerepresentasjon i sine helseforetak, er en utfordring. Alternativet ville vært at det regionale helseforetaket hadde ivaretatt oppgaven som styreleder i alle helseforetakene. Men slik er det altså ikke. I stedet er styrene rekruttert lokalt med personer som har bred kontaktflate og kompetanse.

- På denne måten oppnår vi at styrene for helseforetakene får en bedre lokal forankring. Helseforetaket får større handlingsfrihet og kan dermed utnytte de lokale forutsetningene bedre. Vi er opptatt av å forankre virksomheten i lokalmiljøet – den befolkningen vi er satt til å betjene. Styret for det regionale helseforetaket kommer til å prioritere møter med lokalpolitikere. Vi må skape flere lytteposter slik at vi kan fange opp brukernes og lokal-



Per Sævik fikk oppgaven som styreleder i Helse Midt-Norge i juni 2003 da Helsedepartementet valgte å skifte ut hele styret for Helse Midt-Norge.



samfunnenes oppfatning av sykehus-tilbudet, sier Sævik.

Retningslinjene for virksomheten som kommer fra regjering og storting, gir føringer for styret for det regionale helseforetaket. Sævik sier at man må ha forståelse for at sykehusene, i kraft av den betydning de har for befolkning og samfunn, ikke kan styres på samme måte som enhver annen virksomhet eller bedrift. Dialogen med eier vil også involvere administrasjon og departementets eieravdeling.

- Dette er en balansegang mellom politisk, administrativt og praktisk nivå som krever at vi er lydhøre på hver vår kant, sier han.

## Utfordringer framover

Med et årsbudsjett på over 9,5 milliarder kroner i 2004, forvalter helseforetakene i Midt-Norge store verdier på vegne av fellesskapet. Sævik mener at hovedutfordringen er å bruke disse midlene på en god måte for pasientene, at de ansatte opplever omstillings tiltakene som meningsfulle, og at endringene også bidrar til å gjøre deres hverdag bedre.

- Hverdageeffektivisering er viktig for oss hvis vi skal evne å nå våre mål

om økt kvalitet og framtidsrettet satsing innen pasientbehandlingen. Noen av bidragene vil komme fra innkjøpsprosjektet og de investeringene som gjøres i IT, sier Sævik.

Oppgavene framover er mange og alle lar seg ikke løse over natten. På kort sikt mener Sævik at det er nødvendig å sikre tilgang på nok lånemidler slik at opptrappingsplanen



for psykisk helsevern kan realiseres. Han legger ikke skjul på at han mener det var uheldig å ta et hvileskjær ved å stoppe planlagte investeringer på grunn av manglende finansiering første halvår 2004.

Fra nyttår 2004 overtok Helse Midt-Norge ansvaret for den spesialiserte rusbehandlingen og opprettet Rusbehandling Midt-Norge som et nytt helseforetak. Sævik setter sin lit til at denne reformen også sikres finansiering, og at Stortinget, i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, sørger for dette. Vi må settes i stand til å kunne gjøre en skikkelig jobb på dette feltet, mener han.

- Så lenge vi har en pågående gigantutbygging av nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim, har vi begrensede muligheter til å løfte andre store prosjekter. Situasjonen krever en beinhard prioritering. Styret for det regionale helseforetaket vil måtte ta fatt i utfordringene som er knyttet til behovet for et nytt sykehus i Molde, som helst bør være på plass før 2014. Dette er en stor utfordring som vi ikke har en fullgod løsning for i dag, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Per Sævik.





Helse Midt-Norge RHF  
Strandvn. 1  
Postboks 464  
7501 STJØRDAL  
Telefon 73 83 99 00  
Telefaks 73 83 99 01  
postmottak@helse-midt.no  
www.helse-midt.no  
Adm.direktør Paul Hellandsvik  
Styreleder Per Sævik

Helse Midt-Norge IT (HEMIT)  
Elgesetergt 10  
7465 Trondheim  
driftssenter@hemit.no  
www.hemit.no  
Direktør Bård Helge Hofstad  
Styreleder Sveinung Aune

Helsebygg Midt-Norge  
Schwachs gt.1,  
7030 Trondheim  
prosjekt@helsebygg-midt.no  
www.helsebygg.no  
Adm. direktør Johan Arnt Vatnan  
Styreleder Olaf Melbø

St. Olavs Hospital HF  
Olav Kyrres gate 17,  
7006 TRONDHEIM  
postmottak.dir@stolav.no  
www.stolav.no  
Adm.direktør Roar Arntzen  
Styreleder Arent M. Henriksen

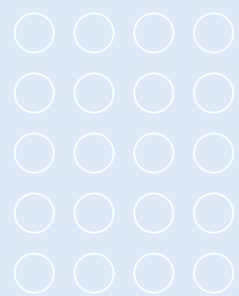
Rusbehandling Midt-Norge HF  
Strandv. 1  
7500 Stjørdal  
e-post  
www.helse-midt.no/rus/  
Adm. direktør Dag Hårstad  
Styreleder Greta Herje

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF  
Olav Kyrresgt. 3  
MTFS Vest  
7489 TRONDHEIM  
e-post:  
www.sykehusapoteket.no (Trondheim)  
Adm.direktør Gunn Fredriksen  
Styreleder Torild Bjørlykke

Helse Nord-Trøndelag HF  
Kirkegt. 2,  
7600 LEVANGER  
postmottak@hnt.no  
www.hnt.no  
Adm.direktør Reidar Tessem  
Styreleder Lars Peder Brekk

Helse Sunnmøre HF  
Åse  
6026 ÅLESUND  
postmottak@helse-sunnmore.no  
www.helse-sunnmore.no  
Adm. direktør Astrid J Eidsvik  
Styreleder Jacob Kjøde jr.

Helse Nordmøre og Romsdal HF  
Byfogd Motzfeldts gate 6  
6405 MOLDE  
postmottak@helsenr.no  
www.helsenr.no  
Adm.direktør Eirik Heggemsnes  
Styreleder Tore Skåltveit



Kvaliteten på tjenesten  
blir satt på prøve i møtet med  
den enkelte pasient

