

# SUNNMØRING





## DIREKTØREN HAR ORDET

### Takk til fantastiske medarbeidarar

Den mørke årstida er over oss. Det er mørkt når vi reiser på jobb om morgonen og mørkt når vi reiser heim på ettermiddagen. Då er det godt å tenkje på at sola snur i desse dagar. Å kunne tenkje på og glede oss over dei små tinga i kvardagen, er viktig i desse tider der fokuset på økonomien har vore sterkt. Kvar blir pasienten, arbeidet og fokuset på kvalitet av, i denne samanhengen? Vi har sjølv sagt ikkje gløymt pasientane. Utgangspunktet må til ei kvar tid vere å tilpasse eit best mogleg pasienttilbod innan dei økonomiske rammene vi har fått til disposisjon for å løyse oppgåvene våre. Det er krevjande å ivareta høg kvalitet samstundes som vi skal redusere rammene våre betydeleg. Dess viktigare er det at vi minner kvarandre på denne dimensjonen. Høg kvalitet vil stå sterkare og sterkare i fokus hos pasientane framover. Har vi ikkje høg kvalitet på tenestene våre, vil pasientane velje andre sjukehus. Derfor vil kvalitetsarbeidet stå spesielt i fokus for neste år. Vi har no tilsett fagsjef, og vi er dermed i gong med å etablere ei fagavdeling, som vil ha eit spesielt fokus på kvalitetsarbeidet vårt. Å skape økonomisk handlingsrom for å kunne satse systematisk på dette arbeidet, blir dermed viktig. Som eit ledd i mellom anna dette arbeidet, har ei arbeidsgruppe sett på arbeidsfordelinga innan kirurgi og ortopedi ved sjukehusa i Ålesund og Volda. Konklusjonen i gruppa er klar på at vi må sentralisere kreftkirurgien til Ålesund. Undersøkingar viser at volum er avgjerande for kvaliteten innan kreftbehandling. Slike undersøkingar må vi ta på alvor og organisere oss deretter. Utvikling av det faglege nettverket mellom Ålesund og Volda både innan det kirurgiske og medisinske fagområdet vil av kvalitetsmessige årsaker også bli viktig å utvikle vidare framover - nettopp for å høgde kvalitet på tilbodet vårt. Dette vil vere synergjar i praksis i samband med etableringa av Helse Sunnmøre.

Når eg ser tilbake på dei to åra som har gått sidan sjukehusreforma vart innført, er det spesielt arbeidet som er gjort for å redusere ventelistene og dermed ventetidene for pasientane som er mest oppsiktsvekkjande. For begge åra er det gjort eit fantastisk arbeid med ventelistene. Utan arbeidssame medarbeidarar som har omsyt for den ein skilde pasient og ønskje om å gjere ein god jobb, ville dette ikkje vore mogleg. Vi har no ei gjennomsnittleg ventetid på under 80 dagar. Dette gjeld både for Ålesund og Volda sjukehus. For 2 år sidan var talet 260 dagar! Eg takkar for den innsatsen de har gjort for å få dette till!

Eg ønskjer dykk alle med desse orda – ei god og fredfull jul og nyttårshelg! Eg ser fram til nye utfordringar saman med fantastiske medarbeidarar. God jul!

*Arvid F. Edrude*

*Framsida: Sjukepleiar Tanja Reiten og vesle Tuva feirar at ho er ute av kuvøsa og ligg i vanleg seng. Sjå artikkelen «Bra for barn». Foto: Solveig Moe Frøland.*



# Kasteballar mellom rus og psykiatri

Fagkonsulenten i rusteamet ved Volda sjukehus ser positivt på satsinga som no skjer innan rusfeltet. Omorganiseringa av rusomsorga, tilbod om vidareutdanning - samt ny avrusingsavdeling er eit stort steg i rett retning.

Tekst og foto: Solveig Moe Frøland



Fagkonsulent Turid Karshakk

**Styret i Helse Midt-Norge har gått inn for at tiltak og institusjonar for rusomsorg i Midt-Noreg skal organiserast som eit eige helseføretak under Helse Midt-Norge RHF. Det regionale styret meiner at rusmisbrukarar er ei nedprioritert gruppe som ikkje får naudsynt helsehjelp. Fagkonsulenten i rusteamet ved Volda sjukehus har som fagperson på området gjort seg opp nokre tankar kring organiseringa av rusomsorga.**

- Du har arbeidd som fagkonsulent ved vaksenpsykiatrisk poliklinikk, Volda sjukehus sidan april 1999. Kva går arbeidet ditt ut på?

- Ved rusteamet i Volda er vi fire personar som primært jobbar med rusrelaterte saker. Leiarfunksjonen går på omgang, og for tida ligg den hos meg.

Eg gir tilbod om individualsamtaler til rusmiddelmissbrukarar og til pårørande. Vidare tar eg del i samtalar mellom par, samt pårørandesamtaler knytt til rusproblem i familien. Vi gir og gruppetilbod, førebels for vaksne barn av rusmiddelmissbrukarar, men vi har og planar om gruppetilbod til andre pårørande.

Som fagkonsulent har eg eit nært samarbeid med lege, sosialkontor og psykiatrisk sjukepleiar i kommunane; Vanylven, Herøy, Ulstein, Sande, Ørsta, Volda.

- Har du samarbeid med rusinstitusjonar som til dømes Vestmo?

- Vi samarbeidar med Vestmo og Veksthuset i samband med søknad om

inntak og oppfølging av ruspasientar. I tillegg har rusteama ved dei psykiatriske poliklinikkane i Kristiansund, Molde, Ålesund og Volda faste møter saman med Vestmo, Veksthuset og Midt-Norsk Kompetansesenter. Det er etablert eit fagutval med Ann Helen Skare frå Helse- og sosialavdelinga i fylkeskommunen som fast sekretær. Dette er eit underutval av det nasjonale fagrådet innan rus. Eg møter i dette utvalet som representant for rusteamet ved Volda sjukehus.

- Er det tilsett ruskonsulentar ved alle sjukehusa i Midt-Noreg, og har de eit samarbeid?

- Vi samarbeider med rusteama i Molde, Kristiansund og Ålesund. Dei andre sjukehusa har vi ingen direkte samarbeidstilknytning til.

- Styret i Helse Midt-Norge meiner at rusomsorga treng særskild merksemd i den tidlege fasen no når desse tiltaka blir overført frå fylkeskommunane til det regionale føretaket. Dette er bakgrunnen for at rusomsorga blir mellombels organisert som eit eige føretak. På sikt ynskjer styret at rusbehandlinga skal integrerast med det somatiske og psykiatriske tilbodet. Kva tankar har du gjort deg kring dette?

- Det skjer mykje innan russektoren i dag, og vi har over ei periode vore midt oppi denne uvissa. Dette har vel mest prega institusjonane slik eg ser det. Rusteama er så langt «trygt» plasserte i helseføretaket. Om dette vil føre til endringar for oss dersom vi vert innlemma i eit eige rusføretak er det vanskeleg å meine noko om.

Slik det har vore til no har sosialkontora vore ein viktig part, både med omsyn til økonomi, og til lovgrunnlaget for inntak til rusinstitusjonane. Her blir det vel ei

endring i framtida - fordi inntak kan skje utan å gå om dei. Eg meiner det blir svært viktig at samarbeidet med sosialkontora vert oppretthalde. I arbeid med ruspasientar er det mykje fokus på nettverksarbeid. Dette er sosialkontora dyktige på, og difor nødvendige som samarbeidspartar i einskilde saker.

Eg er ein optimistisk person, og trur at når det vert satsa så mykje for å gjennomføre denne reforma, så er det fordi det er til det beste for brukarane!

- Det regionale styret meiner at rusmisbrukarar er ei nedprioritert gruppe som ikkje får naudsynt helsehjelp til tross for alvorlege psykiske og somatiske tilleggssjukdomar. Du har røynt med denne pasientgruppa kva er di erfaring?

- Innanfor mitt felt, og gjennom kontakten eg har hatt med samarbeidspartnarar, er eg av den oppfatning at fagfolka er positive til å hjelpe personane i den grad dei er i stand til det. Eg trur heller at der har vore ein del manglande kompetanse på dette området, og at pasientane lett har vorte «kasteballar» mellom rus og psykiatri. Dette ser vi vel tendensar til enno. Men det er eit auka tilbod om vidareutdanning innan feltet, og den kvalifiseringa ser eg på som ei nyttig styrking. Det at det no vert bygd ei avrusingsavdeling ved Vestmo er eit stort steg i rett retning på dette området.

- Trur du omorganiseringa av rusomsorga i Midt-Noreg vil få konsekvensar for ditt arbeid?

- Vi i rusteamet er spent på korleis det blir, og om vi kjem til å merke endringar. Vi ser positivt på signala som viser at rusfeltet no har blitt eit satsingsområde, og vi håper at det vil kome pasientane våre til nytte.

# BRA FOR BARN

Sjuke nyfødde og premature barn- ei utfordring for primærhelsetenesta.

Tekst og foto: Solveig Moe Frøland

*Helse Sunnmøre ynskjer å forbetre samhandlinga med førstelinetenesta, og i tråd med denne målsetjinga arrangerte Barneavdelinga eit kurs som retta seg spesielt inn mot primærhelsetenesta og helsestasjonane. Målgruppa for konferansen var difor primærlegar, helsesøstrer og fysioterapeutar frå heile fylket. Tema for kurset var: Sjuke nyfødde og premature barn - ei utfordring for primærhelsetenesta. Arrangementet fekk enorm respons, og møtelokalet var fylt til randen av helsearbeidarar frå heile fylket.*

Avdelingssjef Ove Økland starta seminaret med å gi ei generell orientering om avdelinga. Barneavdelinga ved Ålesund sjukehus opna dørene i 1959. Avdelinga er i dag organisert i 4 seksjonar. Dette er barnemedisinsk sengepost, barnepoliklinikk, neonatal intensiv seksjon og seksjon for barnehabilitering. Innanfor nyfødde medisin, barnecardiologi og intensiv behandling av større barn, dekkjer tilbodet heile fylket. Avdelinga tar i mot sjuke nyfødde og premature frå dei fleste av fylkets 3000 fødselar i året.

## Neonatal intensiv

Egil Bakkeheim, som er konstituert overlege, informerte forsamlinga om neonatal intensiv seksjon. Neonatal intensiv har om lag 300 innleggingar i året, og liggetida er i gjennomsnitt på 14,3 dagar. For å ta i mot desse pasientane har seksjonen 60 tilsette. Vanlege tilstandar

hos premature barn er hypoglykomi (lavt blodsukker), hypotensjon (lavt blodtrykk), infeksjonar, hjernebløding, og framfor alt umodne lunger med manglande evne til å ta opp oksygen. Dette på grunn av for liten produksjon av surfaktant. For tidleg fødsel definerast som fødsel før 37 vekers svangerskap. Dei fleste med omfattande medisinsk behov er likevel i gruppa under 30 vekers graviditet. Dei mest ressurskrevjande er dei som er fødte i veke 24-26 (altså opptil 4 månadar for tidleg). Bruk av kunstig surfaktant og pustehjelp med respirator og CPAP er nødvendig hos alle.

Den andre pasientgruppa på seksjonen er sjuke nyfødde til termin. Tilstandar hos desse borna kan vere lav fødselsvekt i høve til graviditetslengde, infeksjonar/sepsis, medfødt hjartefeil, ulike former for syndrom - samt gulsott. Ein annan tilstand er RDS (Respiratorisk distress syndrom) - noko som hos desse skuldast surfaktantmangel på grunn av lungeskade. Desse borna må ofte få respiratorstøtte. PDA er ein annan komplikasjon som skuldast ei «kortslutning» av sirkulasjonen med blod frå hovudpulsåra som så overfyller lungekrinslaupet og vanskeleg gjer opptak av oksygen. Ved hjelp av tidleg ultralyd av hjertet (levedag 1-3), kan mange få lukka sin PDA medikamentelt. Det er enklare å flytte ein frisk kirurg i motsetning til ein sjuk pasient, vart det sagt. Ved manglande effekt av medikament, kjem ein kirurg frå Rikshospitalet som opererer desse pasientane. Andre sjukdomstilstandar som kan bli dramatiske og ressurskrevjande er oskygenmangel før eller under fødsel, såkalla asfyksi. Denne tilstanden kan gje seinare hjerneskade, rask og rett behandling kan redusere

risikoen for dette.

## Hjelpelauz tilskodar

Nils Einar Rye, forfattaren av boka «Uendelege øyeblikk», gav eit levande og engasjert foredrag om sine opplevingar rundt det å bli far til ein gut som var født 3 månadar for tidleg. Rye fortalte om kjensler som redsel, angst, sinne og den djupe kjærleiken han føler for dette barnet som kom så brått den 23. desember for snart 10 år sidan. – Eg følte meg som ein hjelpelauz tilskodar, seier Rye. Opp i alt det tekniske som møter dei pærørande i ein slik situasjon er merksemda frå helsearbeidarane svært viktig, hevdar han, og fortalte kor uendeleg mykje eit klapp frå ei varsam pleiarhand kan bety.

## Morsmjølk åleine – ikkje tilstrekkeleg

I følgje assistentlege Beate H. Eriksen som snakka om vekst/vekt og ernæring, er morsmjølka til premature born spesielt rik på næringsstoff, men dette er likevel ikkje nok. Premature born får difor tilskot av både vitamin K, tran og ofte også ekstra kaloriar. Målet er å få borna til å vekse og utvikle seg tilnærma slik dei ville ha gjort i livmora. Premature born har eit høgt energibehov, og spesielle ernæringsmessige krav grunna hurtig vekst. Difor er morsmjølk åleine ikkje tilstrekkeleg.

## Aktiv vente og sjå periode

- Ei aktiv vente og sjå periode er betre enn ei passiv, seier kommunefysioterapeut Bente Hole Vik. Fagfolk frå førstelinetenesta kan trå til når barnet blir utskrive frå sjukehuset, og dette kan vere



Avdelingssjef ved barneavdelinga Ove Økland

med på å redusere angst og uvisse hos foreldra.

I følge fysioterapeuten frå Ålesund kommune bør desse få tidleg og regelmessig oppfølging av fysioterapeut:

Born som er 6 veker premature eller meir, og som har ei fødselsvekt under 2000 gram, og/eller som har vore inneliggande i meir enn 2 veker. Born som har vore i respirator bør og få tilbod om slik hjelp.

### Nettverk

Korkje premature born eller foreldre er like, difor må behandlinga vere individuell, seier assistentlege Christine Vaksdal Nilsen. Det er viktig med nøye oppfølging av sjuke nyfødde og premature born. Desse borna har og open retur til sjukehuset. I tillegg til at borna blir kontrollert ved barnepoliklinikken bør og 1. og 2. linetenesta ha eit nær samarbeid. Foreldra til desse borna treng eit nettverk når dei kjem ut frå sjukehuset og skal meistre oppgåvene sjølve. – Kontakt oss, oppfordra Nilsen dei framømte frå kommunehelsetenesta.

### Prognostisk handikap

Hovudposten på programmet var dr. med Rolf Lindemann ved nyfødtdavdelinga, Ullevål Universitetssykehus. Lindemann er ein høgt profilert fagperson i det nyfødtdedisinske miljøet. Gjennom ei lang karriere som barnelege har han skrive ei rekke vitenskapelige artiklar om premature og sjuke nyfødde barn.

Fleire premature born overlever i dag, men resultatet er også eit høgre tal premature med skader. I følge Lindemann er målet å få fram friskare barn. Spesialisthelsetenesta har både meir kunnskap og betre teknologiske hjelpemidlar enn tidlegare, og vi kan derfor redde stadig yngre born. Lindemann nemnde ei rekkje hjelpemidlar som til dømes nye medikament, ultralyd, CT,

MR, respirator og PDA (kirurgisk inngrep). Sjølv om det er ei stadig utvikling i behandlinga er det likevel eit prognostisk handikap å vere født veldig prematurt. Dess meir prematurt eit barn er – dess større er sjansane for å få skader. Det er ein rask framgang i behandling av dei minste frå 23-24 veker. Dette er ei grense for intensiv behandling som enkelte andre land også vil følgje. I Nederland stoppar dei intensiv behandling på born som er mindre enn 25 veker, medan grensa i Japan er nede på 22-23 veker. I Japan manglar likevel oftare den korrigerande ultralydbaserte av fødeterminen, så mange av dei minste barna er reelt sett eldre enn oppgitt fødselsveke.

Konklusjonen frå Lindemann er at kvaliteten på borna som overlever er ei stor bekymring. Skal vi flytte grensene opp eller ned. Vi må ikkje gløyme barnet opp i dette. Kva gjer vi barnet til. Pasienten vår er barnet og ikkje foreldra, men foreldra må føle seg trygge på at vi har gjort det maksimale.

Lindemann presiserte at det er viktig med langtidsoppfølging av desse borna. Først om 15 år får ein resultatet av det arbeidet som blir utført i dag. Premature born kan få problem med koordinasjon, dei kan ha skule/lærevanskar, mange får også diagnosen ADHD. Dei fleste premature born som har slike problem er born som er født for ein del år sidan. No har helsearbeidarane større kunnskap og kan førebyggje desse problema, og mange premature barn får derfor ei normal utvikling.

Overlegen kom og inn på å gje ei god totaloppfølging av premature born. Han nemnde tilbod som blir gitt både ved barnehagar, hos songpedagogar, på babysymjng og hos ergoterapeutar. Rådet frå Lindemann var at barn skal vere barn - og foreldre skal vere foreldre. Med andre ord; dei premature borna skal ikkje overstimulerast.

### Individuell pleie

NIDCAP ( Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) inneber at premature born skal ha individuell pleie. NIDCAP erstattar ikkje medisinsk behandling, men den er utfyllande. Behandlinga tar for seg faktorar som mellom anna lyd, lys, berøring, lukt, leie og informasjon.

NIDCAP-sjukepleiarane Unni og Laila ved neonatal intensivseksjon orienterte om kva som er gjort ved Ålesund sjukehus i høve denne behandlingsforma. Avdelinga har lagt forholda til rette slik at støynivået er senka - dette gjeld både for maskiner og menneske på avdelinga. Taklyset er slått av, og dei unngår sterke lukter som lukter frå til dømes desinfeksjonssprit. Pleiarane er svært bevisste på korleis dei behandlar barna fysisk. Premature born er vare for berøring. Det blir berre tatt naudsynte blodprøver – og prøvene blir tatt når det passar borna og ikkje laboratoriet. Avdelinga har difor innført nye rutinar i nær samarbeid med laboratoriet. Det er no sjukepleiarane ved avdelinga som tar blodprøver.

NIDCAP er familiesentrert og bygger på kvalitet i samarbeid med foreldra. Her er kommunikasjon ein viktig faktor. Alle born under 32 veker blir observert ein gong i veka fram til heimreise, og det blir utarbeidd ein plan med forslag til pleie og miljø.

Behandlingsopplegget har ført til at foreldra kjenner seg tryggare og sikrare ved heimreise. Intensjonen med arbeidet er å minske stressatferd, og auke evna til sjølvregulering og stabilitet.

Kjensla eg sit inne med etter ein dag saman med engasjerte tilsette og pårørande, er at – ja, det er så «Bra for barn» som det er mogeleg å få til hos Barneavdelinga i helseføretaket vårt.

*Nils Einar Rye og avdelingsjukepleiar Karin Sørland*

Dr. med. Rolf Lindemann





## Doktorgrad - «svenneprøve» i forskning

Doktorgrad er den høgaste akademiske eksamen ein kan gå opp til - Torstein Hole har bestått «svenneprøva». Seksjonsoverlegen har ikkje tenkt å kvile på lauvbæra, men vil påverke til at det blir utført meir forskingsarbeid i Helse Sunnmøre.

Av Solveig Moe Frøland

- I haust gjekk du opp til doktorgradseksamen om hjartepasientar. I takketalen etter disputasen takka du både leiarar, kollegaer og ikkje minst kona di, då dette naturleg nok har stelt mykje av tida di både på arbeid og privat. Kvifor har du brukt så mykje resursar og energi på forskingsarbeid?

- Eg opparbeidde ei genuin interesse for forskning i studietida. I tillegg har eg vore heldig som har hatt leiarar som har oppfordra meg til å arbeide med forskingsoppgåver.

Frå turnustida og fram til i dag har eg stadig gjort undersøkingar og skrivne artiklar. Min første artikkel skreiv eg då eg arbeidde som turnuskandidat ved sjukehuset i Volda. Heilt sidan eg vart ferdig som spesialist i kardiologi i 1991 har eg hatt kontakt med personar med forskingskompetanse som har utfordra meg i få til noko innan forskning her i Ålesund. Eg vil spesielt nemne seksjonsoverlege Jan Erik Otterstad i Tønsberg som meinte det var viktig å få på plass formell forskingskompetanse ved Ålesund sjukehus. Tankane modnast i 1993-94, og eg byrja då å planleggje ei større undersøking med tanke på å oppnå ein doktorgrad. I 1994 vart det planlagt eit større norsk studie av hjartefarktpasientar som skulle bli undersøkte med ultralyd. Undersøkinga fekk namnet LEVEREM-studien. Eg var då så heldig at eg fekk høve til å ta del i fleire underprosjekt i den overordna undersøkinga. Prosjekta kunne eg gjennomføre i Ålesund, og eg undersøkte dei same pasientane som tok del i den landsomfattande studien, samt at eg og fekk nytte data frå den same undersøkinga.

Eg undersøkte pasientar frå 1995 til 1997 - og følgde dei i to år. Den siste pasienten

var ferdig i -99. Deretter analyserte eg aktuelle data. Artikkane tok eg til å skrivne i 2000- 2001.

- Fredag 3. oktober disputerte du om temaet ultralydundersøking av venstre hjartekammer hos pasientar med akutt hjartefarkt utan hjartesykt. Kan du fortelje litt om innhaldet i doktorgradsarbeidet ditt?

- Eg har delt opp arbeidet i tre hovudfunn. For det første har eg målt usikkerheita av ultralydundersøkingar hos infarktspasientar. Vi har funne ut at måle-usikkerheita er relativ stor, og ofte større enn kva legane tenkjer over i det daglege kliniske arbeidet. Det vil ikkje sei at usikkerheita er så stor at undersøkingane ikkje er verdifulle, men resultatet av arbeidet mitt viser at ein bør vere meir kritisk til eigne data.

Hovudfunn nummer to var at eit nytt måleparameter som skal måle hjartefunksjon viste seg å ikkje vere så nyttig for desse pasientane.

Det tredje vi oppdaga var at vi ved bruk av ultralyd like etter infarkt til ein viss grad kan finne ut kva slags pasientar som får voksande hjarte.

- Du har bestått «svenneprøva» - vil du framover skjøtte ditt daglege arbeid som seksjonslege og kvile på lauvbæra? Eller vil du i kraft av doktorgrada di påverke til at det blir utført meir forskingsarbeid i helseføretaket?

- Helse Sunnmøre satsar no på forskning på ein meir aktiv måte enn tidlegare. Eg har registrert at det er monaleg større aktivitet på dette området enn kva det var for nokre få år sidan. Det har mellom anna blitt oppnemnt eit forskingsutval lokalt i føretaket vårt. Ved å tildele 10 forskingsstipend har også styret i Helse

Midt-Norge vist at dei satsar på forskning. I Helse Sunnmøre er det no 4-5 personar som er inne i doktorgradsarbeid.

Ved medisinsk avdeling der eg sjølv er tilsett opplever eg at der både er vilje og positiv interesse for forskning. Vi skal no starte eit prosjekt i samarbeid med psykiatrisk avdeling. I denne undersøkinga vil vi sjå på korleis vi kan betre meistring, og redusere angst og depresjon hos pasientar med akutt hjartesykt. Studiet går ut på om ein til ein samtalehar ein raskare positiv effekt for pasientane, kontra samtalegrupper (kognitiv tilnærming) der fleire pasientar er samla. Deler av denne undersøkinga inngår i hovudoppgåva til Tove Rørvik som tar vidareutdanning i psykiatri. Rørvik er tilsett som sjukepleiar ved hjartesykt poliklinikken.

Vi skal og starte eit prosjekt i samarbeid med lungeseksjonen der vi skal sjå på korleis pasientar med tungpust blir diagnostisert. Prosjekta er godkjent av Etisk komitè og Datatilsynet. Desse to prosjekta har tilknytning til kvarandre.

Vidare har eg stor von om eit regionalt forskingssamarbeid innan kardiologi. Får vi på plass digital lagring av ultralydbilete vil det ligge godt til rette for regionale fellesprosjekt.

Helse Midt-Norge RHF har lagt ei ambisiøs ramme for forskning i Midt-Noreg. Det blir mellom anna jobba med ein strategisk forskingsplan. Planen skal vere ferdig utarbeida i løpet av februar 2004. Frå Helse Sunnmøre deltek Odd Veddeng og eg i dette arbeidet. Med dette verktøyet på plass har vi håp om å få fram konkrete tiltak som kan styrke forskinga lokalt i samarbeid med NTNU i Trondheim. Det blir satsa mykje på forskning med fleire register. Dei første



Fleire oppgaver og nye utfordringer for Helse Sunnmøre

## -Helseføretaka skal ta over kostnadane til sjuketransport

Tekst og foto: Solveig Moe Frøland

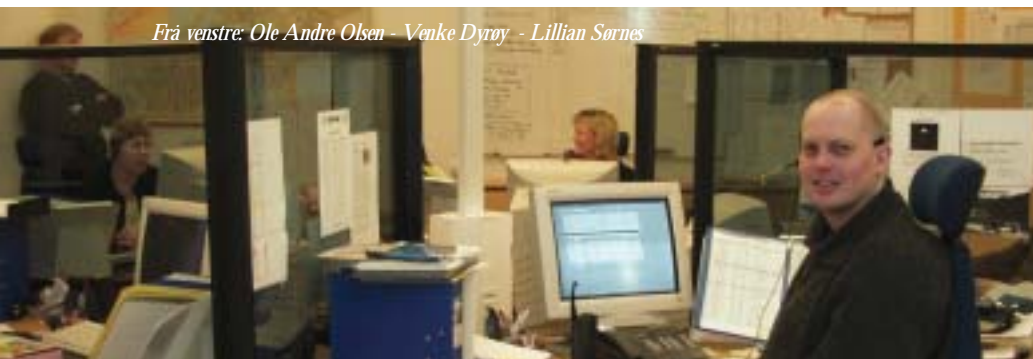
I dag blir sjuketransporten til sjukehusa, opptreningsinstitusjonane og den kommunale helsetenesta betalt av Trygdeetaten. Frå 1. januar 2004, skal helseføretaka ta over desse kostnadane. Dagfinn Tynes har i dag det faglege ansvaret for kjørekontoret ved Ålesund trygdekontor. Frå nyttår skal

Helse Sunnmøre overta arbeidsgjevaransvaret for dei tilsette ved kjørekontoret. Tynes vil då gå inn i stillinga som rådgjevar med seksjonsleiaransvar for Eining sjuke-transport i Møre og Romsdal. Tynes som er utdanna jurist skal og vere rådgjevar for administrasjonen i juridiske spørsmål/saker.

*ler kan vi få noko konstruktivt ut av dette sett i eit økonomisk perspektiv?*

- Der pasienten har behov for sjuketransport vil behandlingkostnaden starte allereie når pasienten reiser heimanfrå. Dette kan raskt medføre negative økonomiske konsekvensar for helseføretaka, men gjer helseføretaka jobben sin, vil dei klart kunne sitte igjen med ein økonomisk gevinst. Kjørekontoret hos oss skal ha ansvaret for

Frå venstre: Ole Andre Olsen - Venke Dyrøy - Lillian Sornes



- > registra som blir oppretta er slagregister - samt register for hjarteinfarkt. Ein håper at dette skal bli nasjonale register som skal stimulere til både forskning og kvalitetsutvikling.

I februar 2004 skal Helse Sunnmøre arrangere ein stor forskingskonferanse i regi av Helse Midt-Norge. Fagsjef Per Roland skal vere programansvarleg, og målgruppa for konferansen er tilsette i Helse Midt-Norge, samt samarbeidande instansar som Møreforskning, Høgskulane og Sintef.

Vi må nok erkjenne at sjukehusa på Sunnmøre har vore blant dei mindre aktive innan forskingsfeltet, men det skjer no ein positiv aktivitet. Og eg håper på eit nært samarbeid med NTNU, høgskulane på Sunnmøre og Møreforskning.

- *Kva er bakgrunnen for endringa?*
- Målsettinga med overføringa er å stimulere til behandling nær pasienten sin bustad når dette er til fordel for pasienten, og at vi samstundes kan spare utgifter til sjuketransport. Det forventast at utgiftene til transport blir mindre når vi ser transport og behandling i samheng, samt at transporten skal dekkast av same instans - det vil sei helseføretaket.

*- I Noreg praktiserer vi fritt sjukehusval, vil overføringa av transportkostnadane ha nokon innverknad på dette tilbodet?*

- Reforma skal ikkje ha innverknad på pasienten, og intensjonen med endringa tilsei at dette ikkje skal påverke ordninga med fritt sjukehusval.

*- Kan ordninga medføre negative økonomiske konsekvensar for helseføretaka, el-*

sjuketransporten i heile Møre og Romsdal.

- *Kva inneber ei slik ordning?*
- Kjørekontoret vil samordne alle turane i heile fylket, medan kostnadene til sjølve sjuketransporten blir fordelt mellom Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal. Dette inneber at kjørekontoret ved Helse Sunnmøre må ha eit tett samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdal, og at dei må ha ein felles strategi.

*- Korleis kjem oppgåvene til å bli praktisert hos oss?*

- Kjørekontoret skal først og fremst samordne all sjuketransport som går ut av kommunane. Dette skjer ved at sjuketransportane ut av kommunane blir meldt til kjørekontoret for samordning seinast kl. 13.00 dagen før transporten skal utførest. Det er pasienten sjølv eller

> den aktuelle institusjonen som skal melde turen til kjørekontoret. I tillegg skal kjørekontoret samordne all transport som går ut av kommunen i frå sjukehusa. Totalt for Møre og Romsdal er det snakk om ca. 170.000 pasientreiser i året fordelt på ca. 120.000 drosjeturar. I 2002 gav dette ein kostnad på om lag kr. 65.000.000,00. I tillegg vart det og utbetalt ca 30.000.000,00 til sjuke-transport med fly.

Kjørekontoret har og ein kontroll-funksjon og skal sjå til at transporten blir utført i følge regelverket og transport-avtalen. Vidare er kjørekontoret ein informasjonsgjevar til rekvirentane både innan spesialisthelsetenesta og den kommunale helsetenesta. I tillegg informerer vi brukarane. Dei tilsette ved kjørekontoret informerer om regelverket rundt sjuke-transporten - kostnadane knytt til regelverket, samt informasjon om rutinar som kan medverke til meir rasjonell utnytting av transportane. Vi ynskjer bevisstgjerung ved bruk av rekvisisjonar, og vi har eit ynskje om å kunne styre pasientstraumen til at vi kan få til betre utnytting av transportmidlane.

- *Eg går ut i frå at pasientane ikkje vil merke noko av dette. Har du von om at dette gir ei betre løysing både for samfunnet generelt og helseføretaka spesielt?*

- Pasienten skal ikkje merke endringar då pasientane sine rettar er uforandra. Intensjonen bak reforma er å få til kortare pasientreiser for dermed å redusere utgiftene til sjuke-transporten. Lange og dyre reiser er ikkje bra korskje for pasienten eller for den som skal betale reisa, og utifrå dette synspunktet synest det å vere ei god løysning. Men det er opp til helseføretaket sjølv om reforma skal sjåast på som god eller dårleg. Potensialet er likevel til stades for at både brukarane, helseføretaka og samfunnet skal kunne «tene» på reforma, og det oppfordrast derfor til at alle gjer sin del for at dette skal lykkast.

Frå 01.01.2004 overtar Helse Sunnmøre arbeidsgjevaransvaret for følgjande personell:

Ole Andre Fet, konsulent, Ålesund trygdekontor (fast tilsett 100%).

Ole Andre Olsen, konsulent, Ålesund tk. (fast tilsett 100 %).

Ole Marius Heggstad, konsulent, Ålesund tk. (fast tilsett 100%).

Venke Dyrøy, 1. sekretær, Ålesund tk. (mellombels tilsett 100%).

Arne Mathis Lystad, transport-konsulent, (Fylkestyrgdekontoret med kontorplass i Kristiansund, 50%).

Dagfinn Tynes, fagansvarleg, Ålesund tk. (fast tilsett 100%).

Lillian Sørnes, utplassert frå Aetat, arbeidstrening i 50% stilling.

Dagfinn Tynes får stilling som rådgjevar med seksjonsleiaransvar for Eining sjuke-transport i Møre og Romsdal. Tynes skal og vere rådgjevar for administrasjonen i juridiske spørsmål/saker. Han har tidlegare arbeida som advokat-fullmektig og førelesar ved BI. Kjørekontoret i Ålesund vil leie mellombelse lokale hos Ålesund trygdekontor fram til vi får eigna lokale ved Ålesund sjukehus. Dei nye kollegaene våre ser fram til å bli ein del av Helse Sunnmøre.



## Informasjon om

# Ventetider

Av Geir Vikestrand

Gjennom ekstra innsats frå avdelingane ved «rydding» av lister, og ikkje minst auka aktivitet, har ventelistene dette året blitt kortare.

For enkelte avdelingar har ventelistene blitt så korte at det til tider kan vere vanskar med å fylle opp operasjons-programmet når pasientar melder avbod.

Trass nedgangen, er det likevel lange ventetider for å kome til behandling/undersøking for nokre lidingar. Her kan nemnast lungeundersøkingar og coloscopi ved medisinsk avdeling i Ålesund.

Fleire avdelingar har no sær kort ventetid. Eksempel på det er revmatologisk avdeling, hudavdelinga og ved rehabiliteringsavdelingane.

Nemnast må også at det er korte ventetider ved røntgenavdelingane både i Volda og Ålesund. For CT, MR, røntgen (lunge/hjarte, småskjelett) er ventetida no om lag 2 veker.



## Auka fokus på HMS-arbeid

Av Knut Nautvik

Vi nærmar oss slutten på året, og det er naturleg å sjå seg attende for å oppsummere kva som har skjedd i 2003 på HMS-fronten.

### Avtalen om Inkluderande arbeidsliv

Avtalen tok til å gjelde for oss 1 januar i år. Konklusjonen så langt er at vi har makta å informere om dette slik at «alle» er kjent med avtalen. Vi har revidert prosedyrane og retningslinene våre med omsyn til sjukefråvær og oppfølging av sjukmelde, og gjort desse tilgjengeleg i EQS. Vi hadde som mål å redusere sjukefråværet med 20 %, og kan slå fast at vi langt på veg har lukkast. Ei utfordring har vore å finne «rett» måte å berekne sjukefråværet på, men vi kan med sikkerheit sei at vi har ein nedgang. I næringslivet elles ser vi ein oppgang. IA-avtalen gir høve til eigenmelding på inntil 8 dagar, men vi ser at berre i underkant av 5% av eigenmeldingstilfella er over 3 dagar. Det er vidare lagt ned ein betydeleg innsats for å leggje til rette arbeidsplassar for tilsette som er langtidssjukmelde.

Ved å opprette felles BIA-utval (bedriftsintern attføring) for begge sjukehusa er vi sikra at alle får lik handsaming. Siste hovudmål i avtalen er å auke den reelle pensjonsalder. Dette arbeidet vil få hovudfokus i 2004.

### Bedriftshelseteneste

BHT er tilført ei stilling, og alle tilsette i Helse Sunnmøre har no likt tilbod om intern bedriftshelseteneste. Ein arbeider med kontortilhøve ved sjukehuset i Volda, og BHT vil vere fast på plass i Volda ein dag eller to i veka frå tidleg 2004.

### AKAN –utval

Det er også etablert felles AKAN-utval for dei to sjukehusa. Det undrar oss at vi har så få saker som vedkjem bruk av rusmidlar, og vi håper sjølvstगत at det speglar realiteten. Vi fryktar likevel at det er tilsette blant oss som ville kunne fått hjelp, men som i dag ikkje har eit tilbod.

På bakgrunn av tilbakemelding i HMS-korta og initiativ frå vernetenesta har AMU sett ekstra fokus på innklimaproblema ved Ålesund sjukehus. Direktøren har som resultat av dette utarbeida ein handlingsplan som vert innarbeidd i driftsplanen for 2004. Enkelte avdelingar har allereie fått utført nødvendige tiltak som følgje av dette.

HMS arbeidet er i år prega av eit nært samarbeid mellom vernetenesta, BHT og HMS-koordinator (HMS-gruppa). Gjennom felles møter med dei fleste avdelingane i haust har vi fått drøfta korleis HMS-arbeidet betre kan kome «på skinner». Vi opplever at det er større medvit rundt dette i avdelingane, noko som vart stadfesta i tilsynsrapporten frå DSB (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap). Det er grunn til å rette honnør til avdelingane for deltaking og engasjement. Vi håper dette kan vidareførast i tida som kjem.

### Arbeid framover

Alle avdelingar skal innan 31.12. levere HMS-kort. Dette er ein statusrapport på korleis arbeidsmiljøet er i avdelinga pr. dato.

Vidare skal årsrapporten vere ferdig og innlevert innan utgangen av januar. Denne skal kort oppsummere kva som er gjort i 2003, og kva som gjenstår av HMS-arbeid i forhold til eksisterande handlingsplan for avdelinga.

Sjukefråværet vil få spesiell merksemd komande år, og tiltak må setjast i verk t i avdelingar som ligg over gjennomsnittet for Helse Sunnmøre.

Vidare vil eg leggje vekt på å få system på avviksmeldingar innan HMS. Alle slike meldingar skal etter handsaming i avdelingsråd sendast til HMS-koordinator.

HMS-gruppa opplever det som svært positivt å kome ut og møte avdelingsleiing og tillitsvalde, eit arbeid som vi vil halde fram med i 2004. På vegne av gruppa vil eg takke for samarbeidet i året som gjekk, og ynskje dykk alle ei GOD JUL.

## «Eigen-rehabilitering» - eit helsefremjande prosjekt

Bedriftshelsetenesta (BHT) arbeider for tida med eit helsefremjande tilbod for tilsette som er sjukmeldt, i aktiv sjukmelding, eller som er i fare for å bli sjukmeldt.

BHT ønskjer med dette prosjektet å gje den tilsette ein «helsegevinst», og håper dermed at den tilsette kjem tidlegare attende til arbeid.

Om lag 15 tilsette i desse kategoriane får vere med i prøveprosjektet som skal vare i 10 veker med to samlingar pr. veka. Kvar samling varer i 1 time. Ein time med teori og ein time med aktivitet.

Vi kjem til å ta opp ulike tema, mellom anna:

- Verdien av fysisk aktivitet
- Ergonomi og arbeidsteknikk
- Meistring
- «LØFT» i eige liv.

Aktivitetdelen vil vere øvingar som er tilpassa den einskilde for å bevisstgjere muskelbruk, enkle styrkeøvingar og tøying/avspenning. Aktivitetdelen vil vere både i gymnastikksal, i varmebasseng og ved stavgong. I tillegg vert det individuell oppfølging av den tilsette på arbeidsplassen.

Bedriftshelsetenesta vil sende ut informasjon til avdelingsleiinga i januar og vi reknar med å starte opp i mars 2004.

Helsing oss i bedriftshelsetenesta.

Frå venstre: Birgitte Kirkegaard, Jorunn Aandal, Tone Kipperberg Tollås. Foto: Solveig Moe Frøland.



# AKTUELLE SPØRSMÅL

Paul Hellandsvik, adm. direktør i Helse Midt-Norge og hovudtillitsvalt for Norsk Sykepleierforbund Charles Austnes er medlemmar i styret til Helse Sunnmøre. Hellandsvik representerer arbeidsgivarsida og Austnes sit som representant for dei tilsette.

Tekst og foto: Solveig Moe Frøland

**1** - Styret til Helse Sunnmøre har i tillegg til eksterne styremedlemmar representantar frå både arbeidsgivar og arbeidstakarsida. De to har vore med i styret sidan starten tidleg i år 2002. Korleis definerer de dykkar eiga rolle i eit samla styre?

**2** - De sit på kvar si side og representerer arbeidsgivar og arbeidstakarsida. Opplever de at det er store motsetnader mellom rollene dykkar?

**3** - Har de eit godt råd å gi den andre part?

**4** - Styra i norske helseføretak er ikkje politiske, men det er oppnemnd profesjonelle styres. I tillegg til arbeidstakar og arbeidsgivarsida har vi eksterne styremedlemmar. Arbeidsgivar- og arbeidstakarsida har som oftast djupare kjennskap til interne forhold enn kva tilfelle er hos eksterne medlemmar. Korleis opplever de samarbeidet i dette «trekløveret»? Har de fått erfaringar som de eventuelt vil ta med vidare?

**5** - Vi praktiserer opne styremøte og pressa er ofte tilstades under møta. Har ei slik ordning både positive og negative sider? Kan praktisering av opne styremøte til dømes hemme styremedlemmane i saker som er mindre populære både hos tilsette og hos innbyggjarane?

**6** - Kan de nemne 3 saker de brenn for og som de som styremedlemmar vil arbeide for?



## Paul Hellandsvik svarar:

**1** - Som styremedlem i Helse Sunnmøre ser eg på meg sjølv som eit vanleg styremedlem på lik line med dei andre medlemmane. På den andre side er det jo klart at eg er oppteken av å få fram det regionale perspektivet. Det er viktig for meg å setje Helse Sunnmøre inn i ein regional samanheng. Det er og viktig for meg å formidle kunnskap om forholdet til eigaren vår.

**2** - Eg synest ikkje at dette er problematisk. Tvert i mot opplever eg at dei som møter frå arbeidstakarsida har sett seg grundig inn i sakene. Arbeidstakarrepresentantane kan til tider ha ei vanskeleg rolle. I enkelte saker opplever eg at det kan vere vanskeleg for dei å skilje rolla som styremedlem frå rolla som tillitsvalt.

**3** - Eg kunne ønskje at dei i større grad ser helsepolitikk som ein del av den totale samfunnspolitikken. Når Stortinget har gjort sine avvegingar og gitt oss økonomiske rammevilkår må både arbeidsgivarsida og arbeidstakarsida tilpasse seg denne røyndomen.

**4** - Eg synest styret har ein god miks mellom dei tilsette som er nær pasienten - arbeidsgivarrepresentantar som sit med det totale ansvaret, samt dei eksterne styremedlemmane som har erfaring frå andre samfunnsområde.

**5** - Dette er tosidig. På den eine sida er det ingen tvil om at det vi held på med har stor offentleg interesse, og det er rimeleg at folk bør få kjennskap til det som føregår på styremøta til offentlege helseføretak.

Med tanke på kva som kan kome i media neste dag kan styremedlemmane på den andre side leggje band på seg i enkelte saker, noko den uformelle tonen rundt styrebordet kan lide under. I andre meir positive saker er det enklare å vere frittalande.

**6** - Framleis brenn eg for at vi skal oppnå stadig kortare ventetider.

Det er og viktig for meg at vi har leiing på alle nivå som både kan vise omsorg og setje krav.

Sist men ikkje minst vil eg arbeide for at vi har høg kvalitet på alle tenestene vi tilbyr pasientane våre.



### Charles Austnes svarar:

**1** - Å vere arbeidstakarrepresentant med ansvar for å fremje og ivareta dei tilsette sine interesser inneret i styret, og samtidig vere ansvarleg styremedlem, kan til tider vere ein vanskeleg balansegang. Etter 23 år som arbeidstakar ved Ålesund sjukehus kan eg tilføre styret litt av mi erfaring frå kvardagen i sjukehusa. Eg har ansvar for å vidareformidle både min eigen og dei tilsette sine synspunkt. På denne måten vil styret få eit meir nyantert avgjerdsgrunnlag.

**2** - Nei, begge partar skal som førsteprioritet ha pasienten i fokus. Ståstaden kan vere forskjellig, men målet om ei spesialisthelseteneste med optimal kvalitet til kundane, det vil seie pasientane – må vere det same.

**3** - Det kan vere vanskeleg å gi råd utan at det blir oppfatta som strategi for arbeidstakarorganisasjonane.

Det bekymrar meg at når det snakkast om innsparingar og effektivisering, så er det alltid dei som står pasienten nærast som må ta dei største byrdene. Eg trur ikkje at reduksjon i bemanninga som fører til at sjukepleiarar og anna helsepersonell får mindre tid til den enkelte pasient, fører til effektivisering og betre kvalitet på tenestene våre. Er ivaretaking av økonomien viktigare enn pasienten sitt helsetilbod? Er vi villige til å redusere kvaliteten på tenestene vi tilbyr for å kome i møte kravet til økonomi? Svarar vi ja på desse spørsmåla meiner eg at helsereforma har tapt. Arbeidsgivar drøymmer og for tida gode draumar om årsturnus, fleksiturnus og så vidare. Til og med styret har fått informasjon om dette produktet som skal vere med å redde sjukehusøkonomien – samt gi dei tilsette betre arbeidsforhold.

La det vere sagt; det kan vere stor forskjell på draum og røyndom.

**4** - Eg opplever samarbeidet som godt. Styret til Helse Sunnmøre HF har ein god dialog med stor takhøgde der alle får fremje sine synspunkt. At styremedlemmane har ulik ståstad og kompetanse er positivt – og dette kan gi grunnlag for ein breiare horisont.

**5** - Tenestene som sjukehusa tilbyr er viktige i folks kvardag. Å verne styremedlemmane mot innsyn frå pressa gir feil signal. Opne styremøte gjer styremedlemmane i større grad ansvarlege i forhold til dei vedtak som blir gjort. Det er heller ikkje til forkleining for nokon å seie at diskusjonen mellom medlemmane er meir open og direkte når pressa har gått frå styremøtet.

**6** - Når det gjeld hjertesaker er det både vanskeleg og farleg å prioritere. Det vil alltid vere tilsette og interessegrupper som føler seg tilsidesett.

Eg vil likevel seie at psykiatrien er ei hjertesak for meg. Livet dreiar seg om kvalitet og harmoni i kvardagen. Sjølv om psykiatrien har vore eit såkalla satsingsområde - har likevel tilstrekkelege ressursar uteblitt. Eg er difor glad for den prioriteringa styret har valt ved å leggje til rette for nybygg. Det er og positivt at psykiatrien blir skjerma for dei krava til innsparing som somatikken no er utsett for.

Sjølv har eg valt å arbeide innanfor prehospitale tenester. Dette er eit val eg har gjort på bakgrunn av interessa mi for faget. Dei prehospitale tenestene er sjukehuset si forlenga arm ut til befolkninga - der krav til uttrykkingstid og kompetanse blir rekna som svært viktig. Det var derfor trist å måtte innsjå at planen for dei prehospitale tenestene i Helse Midt-Norge delvis er utsett.

Personalpolitikk og arbeidsmiljø er to sider av same sak. Personalet er sjukehusa sin viktigaste resurs. Å setje fokus på personalutvikling, samt leggje til rette for gode arbeidsforhold vil auke kvaliteten på helsetenestene. Målet er eit godt arbeidsmiljø med god arbeidshelse og høg arbeidsglede.

«SunnMøring» er ei internavis for Helse Sunnmøre HF sine tilsette.

Ansvarleg redaktør: Solveig Moe Frøland

Layout/produksjon: Tegneren Reklamestudio AS

Trykk: Birkeland Trykkeri AS

Nr. 5 2003

## Lønsam enøk-resept

Har du tenkt på at småting som du gjer i kvardagen kan gi utslag på energirekninga? Helse Sunnmøre brukar om lag 25 millionar kroner i året på energi. Rekninga kan faktisk reduserast med heile 10 %, mellom anna ved hjelp av små endringar i kvardagslege rutinar.

Av Gaute Øvereng

Den siste tida har det dukka opp små skilt og klistremerkar på institusjonane i Helse Sunnmøre med budskapet «Tenk Enøk - Slå av lyset». Den daglege påminninga er eit av tiltaka i eit enøkprosjekt som Helse Sunnmøre er med på, og som skal føre til at ein sparer 2,5 millionar energikroner kvart år. Prosjektet er eit samarbeid mellom Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre, og ein har fått 1,6 millionar kroner i stønad frå Enova SF til å gjennomføre dette. Leiar for prosjektet, Morten Haukenes ved Enøk-senteret Møre og Romsdal er ein ivrig talsmann for dei små kvardagslege innsparingane. Prosjektleiaren meiner desse kan vere like viktige som investeringar i energisparande utstyr.

– Vi har erfaringsmessig gode tal på liknande prosjekt, og er trygge på at vi skal nå målet for energireduksjon i løpet av 2004, seier Haukenes. Enøkprosjektet blei starta opp hausten 2002. Hittil er det mest dei tekniske avdelingane som har vore involvert, og dei er godt motiverte til å påverke energibruken i positiv retning.

### Positive biverknader

Det viktigaste tiltaket ein skal gjennomføre i prosjektperioden, er av administrativ art og kallast energileiing. – Dette er eit system for god energiforvaltning, som mellom anna gir organisasjonen betre dagleg kontroll over energibruken. Eit av tiltaka er at ein fører jamleg statistikk over all energibruk. Dette gjer det mellom anna lettare å oppdage tekniske feil på eit tidleg stadium. I tillegg får ein dokumentert meirkostnader ved feil, og det blir lettare å sjå kor mykje ein sparer på å gjennomføre enøk-tiltak, seier Morten Haukenes.

– Det er viktig å påpeike at vi heile tida legg vekt på å oppretthalde eller betre komforten for både pasientane og personalet. I fleire tilfeller vil ein sjå at reduksjon av energibruk også slår positivt ut på innemiljøet, til dømes i rom der ein har problem med at temperaturen kan bli for høg, seier teknisk sjef ved Helse Sunnmøre, Audun Krøvel. Krøvel legg til at dette ikkje er noko som teknisk avdeling kan gjennomføre aleine - ein er i tillegg avhengige av tips om eventuell energisløsing frå brukarane av bygga.



Teknisk sjef Audun Krøvel.



Prosjektleder Morten Haukenes



### Nyttige tips

– Vi treng hjelp av alle i organisasjonen i ei kollektiv bevisstgjeringsprosess på at vi ikkje skal bruke meir energi enn vi treng. Det betyr mellom anna at vi slår av lys i rom som ikkje er i bruk, og at vi slår av PC-er som ikkje skal brukast på ei tid, seier Krøvel.

Enøk-senteret har saman med styringsgruppa for prosjektet samla fleire tips om energibruk i ei brosjyre som vil bli delt ut på sjukehusa i løpet av kort tid.

