



Pasienter i Midt-Norge skal slippe å vente i uvisshet på behandling. Fra september innføres en ordning med individuelle behandlingsfrister. Pasienten vil få en konkret dato å forholde seg til enten når det gjelder undersøkelse eller behandling. Fristen som settes skal være medisinsk forsvarlig - og ingen skal måtte vente mer enn maksimalt ett år.



Jan Eirik Thoresen

● Individuell frist

Helse Midt-Norge er den første regionen i landet som innfører individuelle behandlingsfrister. Dette er en ordning som trolig blir en lovfestet rettighet for alle pasienter i løpet av 2004.

Hvis sykehuset ikke kan gi et tilbud i tråd med de nye retningslinjene, skal sykehuset være behjelpelig med å gi pasienten tilbud om behandling ved andre sykehus i Norge. Dersom det er snakk om en pasient som ikke sogner til sykehusets opptaksområde, er sykehusets plikt til å yte helsetjenester begrenset av

kapasiteten ved sykehuset. Kan man ikke gi et tilbud som er medisinsk forsvarlig - og senest i løpet av ett år - skal henvisningen returneres med dette som begrunnelse.

På lag med pasienten

- Innføringen av individuelle behandlingsfrister er med på å gi pasienten nye rettigheter. Ordningen skal bidra til større forutsigbarhet og gi trygghet for behandling. Greier ikke sykehuset å gi et tilbud innenfor en frist som er medisinsk forsvarlig, skal pasienten få hjelp til å finne fram til sykehus som kan gi et slikt tilbud. Vi skal være på lag med våre pasienter, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Etter at helsereformen trådte i kraft, er gjennomsnittlig ventetid ved sykehus i Midt-Norge redusert med over 60 prosent. Antallet pasienter som har ventet mer enn ett år er redusert med 10.000. Sommeren 2003 var det fortsatt 1888 midtnorske pasienter som hadde ventet i over ett år. Thoresen sier at innføring av individuelle behandlingsfrister blir et nytt virkemiddel for å fjerne uverdig venting.

Med unntak av noen få avdelinger, innføres nå ordningen med individuelle behandlingsfrister ved alle sykehus i Midt-Norge.

8. september lanserte

Helsedepartementet indikatorer som skal fortelle om kvaliteten på tilbudet i norske sykehus.

● Kvalitet måles

- Lanseringen av kvalitetsmål for sykehusene er et viktig bidrag for å utvikle og forbedre kvaliteten ved sykehusene i Helse Midt-Norge. Åpenhet om dette styrker retten til fritt sykehusvalg, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen. Publikum har hatt mulighet til å finne ventetidene på nettstedet for Fritt Sykehusvalg. Nå får publikum også

et bilde av kvalitet en på tilbudet som gis. I utgangspunktet er det noen få utvalgte kvalitetsmål (indikatorer) som presenteres, men dette vil bli utvidet etter hvert.

Lære av hverandre

- Måling av kvalitet og publisering av resultatene er ikke bare nyttig for pasientene, men av interesse for oss alle. Vi må se på dette som en spore til et kontinuerlig arbeid for å sikre kvalitet på tjenestene, og at sykehus kan lære av hverandre, sier Thoresen. Kvalitetsmålene viser at pasientene i Midt-Norge jevnt over er fornøyde

med det somatiske tilbudet, men det er forskjeller mellom avdelinger og mellom sykehus.

- Det er blant annet forskjeller på hvor mange som får infeksjoner ved sykehusopphold, og det er også forskjell på hvor raskt sykehusene får sendt informasjon til pasientenes primærlege (utsendelse av epikrise). Det knytter seg usikkerhet til noe av tallmaterialet og en ukritisk sammenligning mellom sykehus kan gi et mangelfullt bilde. Når det er sagt, synes vi dette er et viktig skritt på veien til å synliggjøre kvalitet, sier Thoresen.

Helse Midt-Norge RHF har inngått en langsiktig avtale med Trondheim Energiverk Kraftsalg AS om levering av elektrisk kraft til sykehusene i Midt-Norge. Avtalen skal sikre rimelig strøm gjennom en aktiv porteføljeadministrasjon.

● Kraft-avtale

TEV Kraftsalg blir med dette rådgiver for Helse Midt-Norge på kraftbørsen Nord Pool. Helse Midt-Norge tildelte kontrakten til TEV Kraftsalg etter en anbudsrunde med sterk konkurranse fra energiselskaper over hele landet. Økonomidirektør Jan Morten Søraker i Helse Midt-Norge sier at modellen med porteføljeadministrasjon ble valgt fordi tradisjonelle fastprisavtaler er dyre i dagens marked.

Helse Midt-Norge har store forventninger til profesjonell rådgivning fra TEV Kraftsalg og løpende kjøp av elektrisk kraft på den nordiske kraftbørsen Nord Pool. Over tid vil det gi et bedre resultat enn å inngå en mangeårig fastprisavtale på et gitt tidspunkt. De økonomiske besparelsene er vanskelig å anslå på kort sikt, men vil bli målt etter hvert.

Avtalen omfatter 70 GWh av totalt 115 GWh normalt strømforbruk i sykehusene. Fra før har St. Olavs Hospital HF en avtale med Trondheim Energiverk som går ut 31.12.2005. En gruppe bestående av de tekniske sjefene i Helse Midt-Norge har deltatt aktivt og i et godt samarbeid med konsultantselskapet Entro i forbindelse med kontrakten.

Porteføljeadministrasjon innebærer stor fleksibilitet i forhold til prissikring og levering av strøm til sykehusene. De andre regionale helseforetakene har også valgt liknende modeller som Helse Midt-Norge.

28. januar i år vedtok Stortinget Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) om statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, også kalt Rusreform I. Vedtaket innebærer at staten ved de regionale helseforetakene overtar fylkeskommunens ansvar for den spesialiserte rusomsorgen fra om med 1. januar 2004.

● Rusreformen

Det regionale helseforetaket får ansvar for å sørge for nødvendige spesialiserte helsetjenester for behandling av rusmiddelmissbruk. Dette omfatter blant annet

- avrusning (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging
- helsefaglig utredning og kartlegging av pasientens behandlingsbehov
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon

Ot.prp. nr. 54 (2203-2003), som omhandler Rusreform II og rett til individuell plan, gjelder de behandlingstiltak som etter departementets kartleggingsrunde ikke vil omfattes av Rusreform I. Disse er omtalt som institusjoner som yter "spesialiserte sosiale tjenester". Regjeringen har lagt opp til at kommunene skal overta institusjoner som omfattes av Rusreform II. Ot.prp. nr 54 forventes behandlet i Stortinget i begynnelsen av november d.å.

Et flertall i Stortingets sosialkomité gikk inn for at staten skal overta alle rustiltak som er inne på fylkeskommunens planer, noe som dermed var i strid med regjeringens forslag.



Einar Vandvik

I brev av 30.06.2003 ba Helsedepartementet om at de regionale helseforetakene planlegger slik at også Rusreform II-oppgavene med tilhørende ansvar for institusjoner og avtaler med private kan overføres til staten ved de regionale helseforetakene.

Det er lagt opp til at både Rusreform I og II skal iverksettes med virkning f.o.m. 01.01.2004. Dette gjelder følgende tiltak i vår helseregion:

- Vestmo Behandlingscenter, Ålesund
- Veksthuset i Møre og Romsdal, Molde
- NKS Kvamsgrindkollektivet, Trondheim
- Nidarosklinikken, Trondheim
- Lade Behandlingscenter, Trondheim
- MARiT, Trondheim



Terje Haaland

Status i Helse Midt-Norge

I forbindelse med rusreformene er det etablert et eget prosjekt knyttet til fagavdelingen. Einar Vandvik er prosjektleder, og Terje Haaland har ansvaret for koordinering. En intern arbeidsgruppe i Helse Midt-Norge skal ivareta forhold som berører selve overtakelsen. Dette omfatter bl.a. overtakelse av personell, avtaler og bygningsmessige forhold samt etablering av støttefunksjoner. I tillegg vil det bli etablert arbeidsgrupper som skal arbeide med innleggelsesfunksjoner, utvikling av samarbeid og kvalitet. Et regionalt program for rusfeltet kommer i løpet av 1. halvår 2004.

Når Helse Midt-Norge fra nyttår overtar ansvaret for hele eller deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere som er inntatt i fylkeskommunale rusmiddelplaner i regionen, skal dette skje i h.h.t. gjeldende lover og regelverk, og slik at brukere og ansatte blir ivaretatt på en god måte.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere i Midt-Norge skal styrkes og forbedres, og alle brukerne skal få tilgang på spesialisthelsetjenester på lik linje med befolkningen for øvrig.

Prosjektet skal bidra til å oppgradere rusfeltets anseelse og øke interessen for tverrfaglig samarbeid.

Organisering

Den framtidige organisatoriske tilknytningen av rustiltakene kan ha stor betydning for den videre utviklingen av rusfeltet. Foreløpig er det skissert flere alternative modeller. En tenkelig løsning er at rusfeltet organiseres i et eget foretak, en annen løsning kan bli at de ulike rustiltakene knyttes til det foretak der de geografisk befinner seg. Organiseringen vil avhenge av hvor omfattende reformen blir. Endelig beslutning om fremtidig organisering skal derfor vedtas av styret for Helse Midt-Norge når Stortingets vedtak er kjent.

Styret i Helse Midt-Norge RHF går inn for at KLP omdannes til et aksjeselskap, og understreker i sitt vedtak betydningen av at alle de regionale helseforetakene opptrer samlet i spørsmålet om KLP.

● KLP kan bli AS

Etter styrets mening vil et KLP omgjort til et aksjeselskap totalt sett gi en bedre forvaltning av Helse Midt-Norges samlede pensjonsrettigheter og pensjonsforpliktelser.

I dag henger kunderollen og eierrollen sammen og dette mener styret er prinsipielt uheldig. For det første låser det valget av pensjonsleverandør, uavhengig av kvaliteten på tjenestene. Dessuten mener styret at Helse Midt-Norge må ha mest mulig oppmerksomhet rettet mot kjernevirksomheten, og minst mulig mot aktiviteter på siden av dette.

De ansattes representanter i styret gikk ikke inn for at KLP blir gjort om til et aksjeselskap.



Det er inngått en intensjonsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF, Den Norske Kreftforening og Rissa Utvikling KF om etablering av et landsdekkende rehabiliteringssenter for kreftpasienter på Hysnes i Hasselvika i Rissa kommune med mulig oppstart høsten 2004.

● Hysnes HelseFort

Avtalen er et resultat av det kommunale næringselskapet Rissa Utvikling KF sitt omstillingsarbeid "Nye Hysnes – fra forsvar til næring".

Målgruppe er kreftpasienter og deres familier, og det planlegges et tilbud til 60 pasienter. En egen enhet med et tilbud til barn og unge med kreftdiagnose planlegges som en del av senteret. Formålet er at pasientene skal få bedre mestringsevne og bedre livskvalitet, og bli bedre rustet til å møte hverdagen på en god måte på tross av sykdom.

Driften av institusjonen får et vitenskapelig og faglig fundament; med forskning som viktig del. I tillegg til medisinsk behandling, legges det opp til en helhetlig tilnærming og atferdstrening når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet, psykososial mestring,

kultur og forebyggende aktivitet. Dette utvikles i samarbeid med universitetene UiO og NTNU.

Drift og finansiering

Hysnes HelseFort vil bli organisert og drevet som en stiftelse. Driften baseres på statlige tilskudd og refusjoner.

Den Norske Kreftforening tar sikte på å bidra økonomisk slik at blant annet bygningsmassen ved Hysnes kan settes i stand til formålet. Foreningen vil ikke kjøpe ut staten ved Forsvarsbygg. Det overlates til Rissa kommune og Rissa Utvikling KF å forhandle om overtakelse av eiendommer, bygg og anlegg.

Plan med faglig innhold, behovsdokumentasjon, økonomi og organisering vil bli lagt fram for Helse Midt-Norge RHF og Den Norske Kreftforening senere i høst, med påfølgende styrebehandling.

Styret i Helse Midt-Norge RHF går inn for å bygge nytt distriktpsikiatrisk senter på Stjørdal.

● DPS i Stjørdal

Et slikt senter vil styrke det psykiske helsevernet i denne delen av regionen vesentlig. Tilbudet er beregnet på pasienter fra søndre del av Nord-Trøndelag (Frosta, Stjørdal, Levanger og Meråker) og kommunene Tydal, Selbu og deler av Malvik – totalt en befolkning på rundt 50 000.

Et nytt distriktpsikiatrisk senter på Stjørdal har vært planlagt i lang tid, og det er allerede gitt opptrappingsmidler til senteret av Helsedepartementet. Total kostnadsramme for prosjektet er satt til 72,9 millioner kroner.

- Etter en total vurdering av kvalitet, tilgjengelighet for brukerne, mulighetene for samordning mot primærhelsetjenesten og økonomi mener styret dette vil være den beste løsningen for pasienter med psykiske lidelser, sier styreleder Per Sævik.

Det nye distriktpsikiatriske senteret på Stjørdal planlegges med 31 senger. I tillegg opprettes en egen enhet med 8 senger som skal behandle pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Dette tilbudet skal drives i tett samhandling med kompetansesenteret for spiseforstyrrelser ved Sykehuset Levanger.

Når det gjelder Betania Bo- og behandlingssenter i Malvik har Helse Midt-Norge inngått en ny avtale på 6 år om å bruke senteret som en del av totaltilbudet til pasientene.

DPS Stjørdal inngår i en samlet plan for opptrapping av det psykiske helsevernet i Helse Midt-Norge. Den regionale psykiatriplanen vil bli lagt fram for styret senere i høst.