

Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring for perioden 2004-2007. Det skal nå utarbeides konkrete tiltak for å styrke innsatsen på dette området i helseforetakene i Midt-Norge.

Det er allerede opprettet lærings- og mestringssentre ved alle helseforetakene i regionen (unntatt Rusbehandling Midt-Norge HF). I tillegg har Helse Midt-Norge et eget Kompetansesenter for pasientopplæring og pasientinformasjon i Volda.

Helse Midt-Norge skal ha gode oppæringstilbud innenfor somatikk, psykiatri og rus. Lærings- og mestringssentrene skal bidra med helsepedagogisk kompetanse, være en ressurs og samarbeidspartner for de kliniske avdelingene i helseforetaket og bidra til å heve kvaliteten på pasient- og pårørendeopplæringen.

Helse Midt-Norge legger til grunn følgende prinsipper for pasient- og pårørendeopplæring:

- Opplæring skal styrke pasientens helse.
- Læringsaktiviteten skal ta utgangspunkt i pasientens behov.
- Brukerkunnskap og fagkunnskap sidestilles.
- Opplæringen integreres i behandlingsforløpet.
- Oppæringstilbudene samordnes.
- Tilbudene skal være likeverdige.
- Forskning og evaluering skal være grunnlag for forbedring.

Mer informasjon finner du på <http://www.helse-midt.no/mestring/>

Framtidsrettet laboratoriemedisin

Ny kunnskap og nye metoder gjør at laboratorievirksomheten ved sykehusene er i endring - og pasientene stiller nye krav. Dette er bakteppet for rapporten om laboratoriemedisin som styret for Helse Midt-Norge har lag til grunn for å utvikle virksomheten.

Helse Midt-Norge er i stor grad selvforsynt med laboratorietjenester. Og det er stor grad av tilfredshet med tjenestene hos primærhelsetjenesten, blant avtalespesialister og innad i helseforetakene i Midt-Norge, men det er behov for større grad av samarbeid og samhandling, viser rapporten.

Laboratoriene skal ta større ansvar for pasient- og pårørendeopplæring. De må forberede seg på at pasientene i økende grad vil

kreve direkte tilgang til sine prøvesvar, og pasientene forventer å få bistand til å tolke og vurdere svarene direkte fra laboratoriene.

Rekruttering av legespesialister er en særlig utfordring i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal, men også St. Olavs Hospital i Trondheim har det vært vanskelig å få legespesialister bl.a. innen klinisk farmakologi og medisinsk genetik. Et av tiltakene er å legge til rette for utviklingsarbeid og forskning ved laboratorier innenfor alle helseforetakene i Helse Midt-Norge.



Målet er økonomisk balanse i 2005

- Helseforetakene i Helse Midt-Norge kom samlet i mål bedre enn forutsatt i opprinnelig budsjett fra 2003. Endringer i foretakenes åpningsbalanse og dermed økte avskrivninger, er resultatet likevel 93 millioner kroner dårligere enn budsjett.

Da helsereformen ble innført ble det også besluttet at helseforetakene skulle følge regnskapsloven. Det betyr bl.a. at bygg og utstyr skal avskrives etter fastsatte regler. Etter en kartlegging er det fastsatt en verdi på helseforetakenes eiendeler. Disse verdiene avskrives årlig, og slik får man et uttrykk for hva som må til for å vedlikeholde og fornye anlegg, bygg og utstyr.

- Resultatet fra 2003 viser at



Styreleder Per Sævik og adm.dir. Paul Hellandsvik

foretakene utnytter ressursene bedre, og det er styret svært tilfreds med. Det er gjort en stor innsats i helseforetakene og styret ønsker å berømme innsatsen til de ansatte og uttrykke stor anerkjennelse for den innsatsen

som ligger bak dette, sier styreleder Per Sævik. Han mener foretakene har gjennomført betydelige effektiviseringstiltak i 2003, og at dette viser at Helse Midt-Norge har etablert god økonomisk styring.

Kostander må kuttes - pasientene skal skjermes

Helse Midt-Norge får rundt 73 millioner kroner etter at Stortinget har vedtatt å sette av 500 millioner kroner ekstra til spesialisthelsetjenesten i revidert nasjonalbudsjett.

- Vedtaket gjør at vi slipper å gå på nye innsparingstiltak som vi egentlig ikke ønsker. Jeg føler at vi har fått aksept for den vanskelige situasjonen vi er i, samtidig som vi forholder oss lojalt til de

rammene som budsjettet gir oss, sier adm.dir. Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge. Han understreker at helseforetakene i Midt-Norge fortsatt ikke er i mål når det gjelder å gjennomføre de sparetiltakene som er planlagt. I løpet av 2003 og 2004 er det lagt planer for å spare 600 millioner kroner i Helse Midt-Norge. Men for å komme i balanse i

2005 står det igjen en utfordring på over 200 millioner kroner. I 2005 skal Helse Midt-Norge ha et budsjett som går i balanse - og etter at reglene for avskrivning nå er på plass, blir dette også en mer oversiktlig premiss. - Stortinget har lagt til grunn at fordelingsnøkkelene skal endres, og dette vil bety at Midt-Norge får en noe større andel av basisrammen i årene framover, sier Hellandsvik.

Ansvarlig redaktør : Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad

kreftkirurgi

omstilling med fokus på kvalitet

Det er
ammenheng
mellom antall kirur-
giske inngrep og
kvalitet

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i dag å samle kreftkirurgien ved færre sykehus i regionen for å sikre best mulig kvalitet i tilbudet til pasientene. Den nye strukturen skal iverksettes i løpet av en overgangsperiode og i mellomtida må det utvises åpenhet til fleksible ordninger, mener styret.

- Vi tror det er sammenheng mellom antall kirurgiske inngrep og kvalitet. Dessuten må antallet være stort nok til at vi kan dokumentere og synliggjøre kvalitet. Derfor vil en slik samling styrke kvaliteten til pasienter med kreft som trenger kirurgisk behandling, sier styreleder Per Sævik.

Både Helsedepartementet og ulike pasientorganisasjoner har bedt Helse Midt-Norge om å gjennomgå og samle kreftkirurgien i regionen. Det regionale brukerutvalget har gitt sin tilslutning til prinsippene for hvordan kreftkirurgien skal organiseres. Fagfolk og representanter for pasientene har deltatt i utredningsarbeidet og gitt sine innspill.

Den nye strukturen skal ivareta både kvalitet i kreftkirurgien og behovet for samhandling rundt pasienten under hele sykdomsforløpet. Derfor er det viktig at så mye som mulig av den øvrige

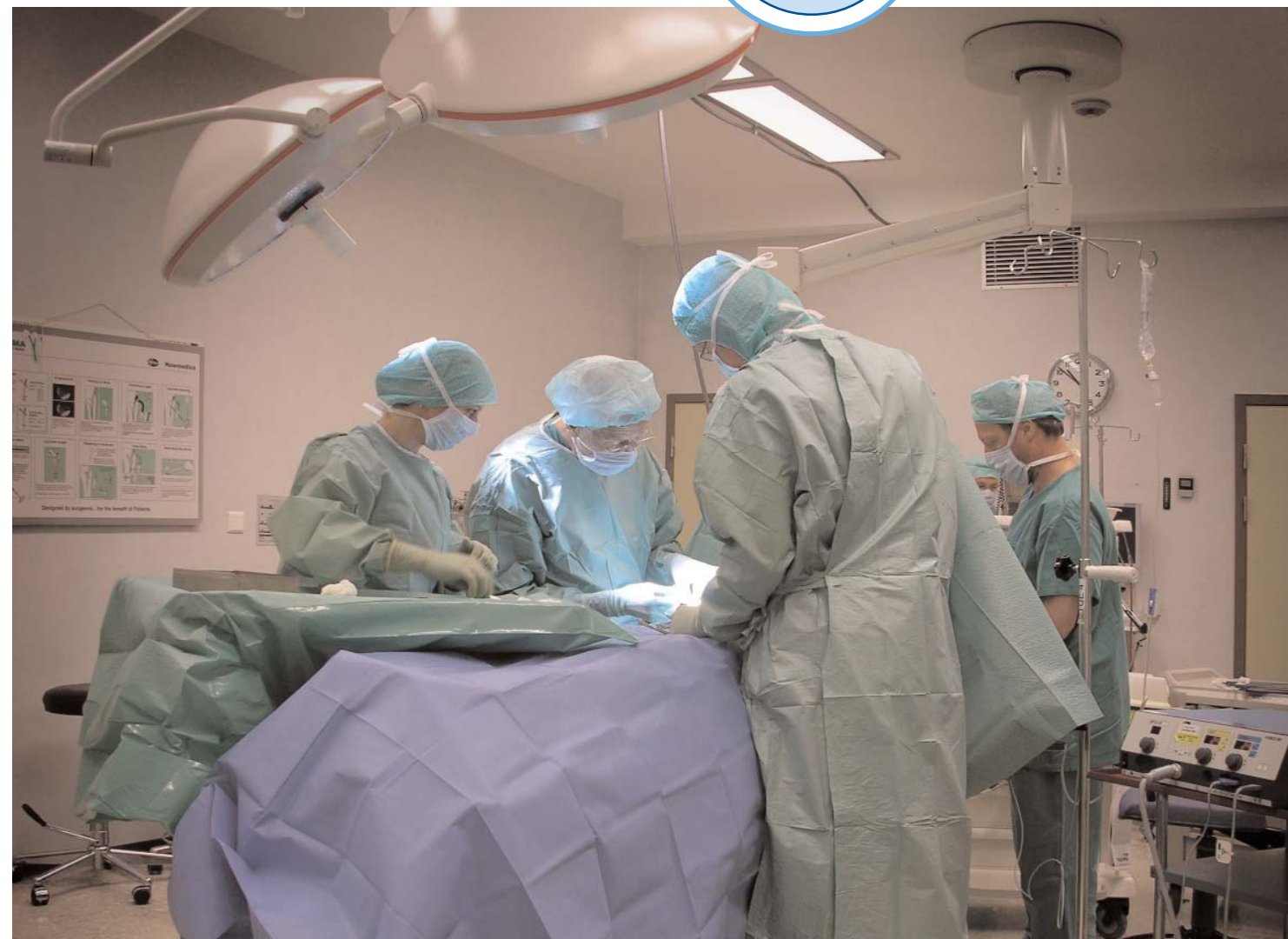
delen av kreftbehandlingen foregår nærmest mulig der pasientene bor. Utredningen har ikke noe å gjøre med den enkelte kirurgs kompetanse, men omleggingen skal bidra til at Helse Midt-Norge kan satse videre på mer robuste fagmiljøer.

I fjor ble 23 personer i Midt-Norge operert for kreft i skjoldbruskkjertelen. Halvparten av dem ble operert ved St. Olavs Hospital i Trondheim, sju ble operert ved Ålesund sjukehus, to i Molde og to i Levanger. Alle disse pasientene trenger helt spesiell kompetanse.

Derfor vil vi heretter tilby de som rammes av slik kreftkirurgisk behandling ved St. Olavs Hospital, hvor det faglige miljøet er tyngst, og hvor omfanget er størst. Ti andre former for kreftkirurgi blir i også sentralisert. De mest sjeldne skal kun utføres ved St. Olavs Hospital, mens noen, som for eksempel brystkreftkirurgi, skal gjøres ved flere.

Dette er konsekvensene for kreftkirurgien i Midt-Norge:

● Kreft i testikkel
De kirurgiske prosedyrene kan utføres i alle sykehus i Helse Midt-Norge med spesialist i urologi. Oppfølging med stråle- og/eller cellegiftbehandling skal skje i kreftavdeling.



● Kreft i prostata

Fjerning av prostata krever at avanserte kirurgiske prosedyrer sentraliseres. Metodene er fortsatt under utvikling, og skal fortsatt være sentralisert til St. Olavs Hospital. Enklere (transurethrale) prosedyrer kan utføres ved alle sykehus med fast ansatt urolog.

● Kreft i urinblære

Kreftkirurgi til pasientgruppen som krever fjerning av urinblæren og avansert urinavledning sentraliseres pga av behovet for avanserte prosedyrer. Enklere (transurethrale) prosedyrer kan utføres ved alle sykehus med fast ansatte urologer.

● Kreft i nyre

Planlagt kirurgisk behandling utføres av Ålesund sjukehus, universitetsklinikken ved St. Olavs Hospital og Sykehuset Levanger. Planlagt kirurgisk behandling av kompliserte tilstander skal utføres av St. Olavs Hospital.

● Kreft i skoldbruskkjertel

All planlagt kreftkirurgi i skjoldbruskkjertelen skal utføres ved St. Olavs Hospital.

● Kreft i bukspyttkjertel

Antall tilfeller per år er få. Krefttilstandene krever særdeles avansert kirurgi. Kirurgisk primærbehandling av kreft i bukspyttkjertelen

skal utføres av St. Olavs Hospital.

● Kreft i lever og gallevei

Tilbudet er allerede sentralisert til St. Olavs Hospital, og det er ikke grunnlag for endringer av denne praksisen.

● Kreft i spiserør

Kirurgisk behandling av kreft i spiserør og i overgangen spiserør/magesekk utføres av St. Olavs Hospital.

Ikke-kirurgisk lindrende behandling utføres ved alle sykehus med spesialist i medisinsk eller kirurgisk gastroenterologi.

● Kreft i magesekk

Kirurgien er avansert og statistikk fra kreftregisteret viser en reduksjon i antall pasienter med kreft i magesekk. Antallet er relativt lavt og tilbudet bør sentraliseres til St. Olavs Hospital.

● Kreft i brystkjertel

Antall pasienter med brystkreft er høyt, og det forventes å stige. Diagnostikk er viktig del av tilbudet til kvinner i Helse Midt-Norge. Volumet tilsier at tilbudet ikke skal ligge ett sted i regionen, men behovet for tilgang til støttejenester tilsier sentralisering i hvert helseforetak: Ålesund sjukehus, Molde sjukehus, St. Olavs Hospital i og Sykehuset Levanger.

● Kreft i endetarm

Et nylig avlagt doktorgradsarbeid om kirurgisk behandling

av kreft i endetarm viser sammenheng mellom kvalitet (overlevelse), systemer for opplæring og bruk av standarder. Behandling kan skje også utenfor St. Olavs Hospital i Trondheim: Ålesund sjukehus, Molde sjukehus, og Sykehuset Levanger. Oppfølging med stråle- og/eller cellegiftbehandling skal følges opp i kreftavdeling.

● Kreft i tykktarm

Pasienter med kreft i tykktarm utgjør et stort og økende antall. Det er stor sammenheng mellom kirurgiske prosedyrer for godartede og ondartede tilstander, og dette må vurderes sammen. Planlagte kirurgi til pasienter med kreft skal skje i avdelinger med minst 2 spesialister i gastrokirurgi. Kirurgisk behandling av pasienter med kjente kompliserende tilstander skal henvises til St. Olavs Hospital.

Metodene for kirurgiske inngrep på tykktarm er under utvikling (laparoskopiske teknikker).

Mest mulig av den øvrige delen av kreftbehandlingen skal foregå nærmest mulig der pasientene bor. Dersom det framskaffes sikker dokumentasjon på at kvaliteten av laparoskopiske teknikker er bedre enn tradisjonell åpen kirurgi vil grunnlaget for beslutning endres. De nye teknikkene vil sannsynligvis kreve sentralisering.