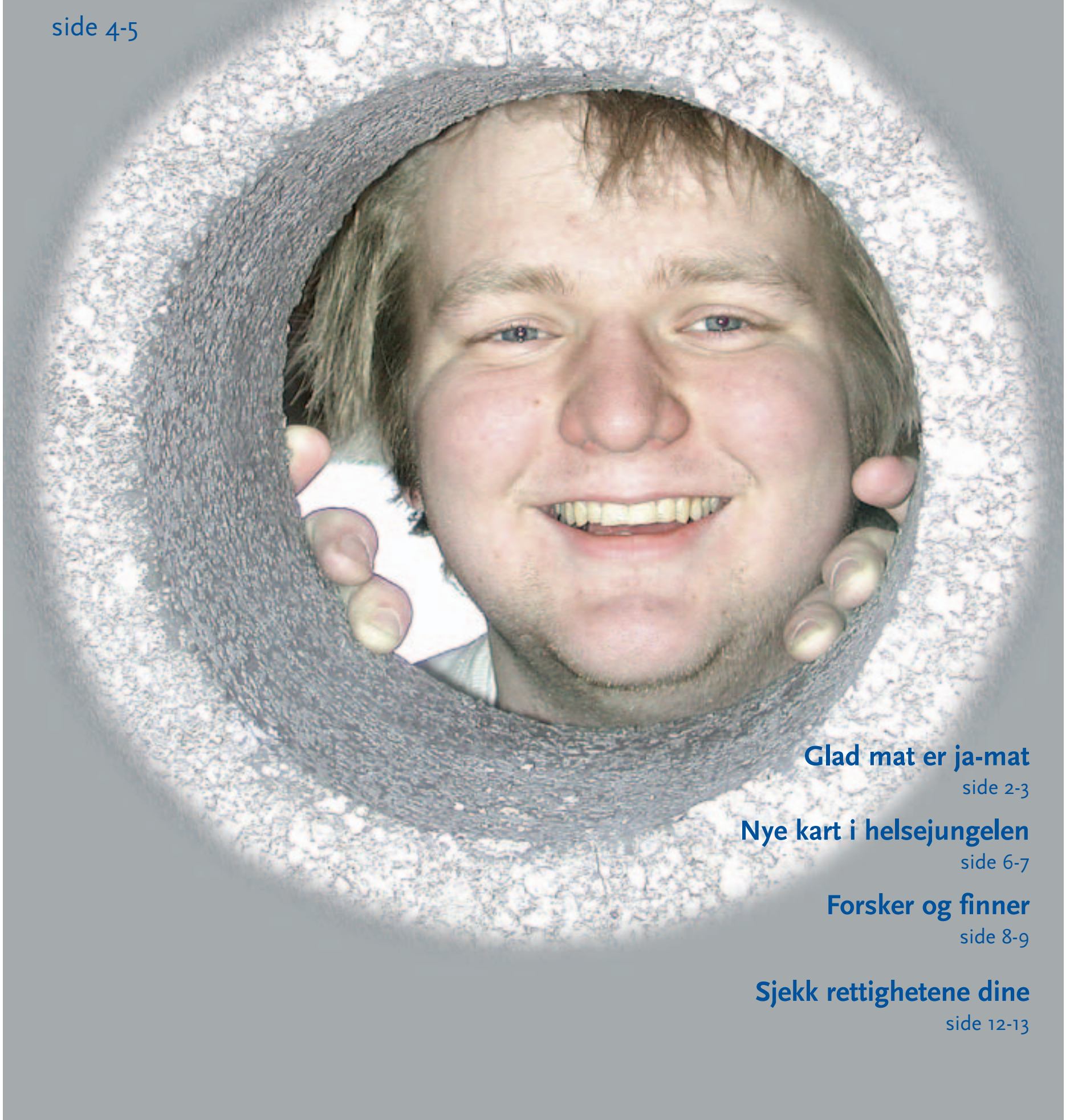


– For å si det sånn:

For fire måneder siden hadde jeg ikke klart å sitte og snakke med deg nå.

Gisle – med framtid i sikte

side 4-5



Glad mat er ja-mat

side 2-3

Nye kart i helsejungelen

side 6-7

Forsker og finner

side 8-9

Sjekk rettighetene dine

side 12-13

Trygghet og kvalitet

Trygghet, respekt og kvalitet. Disse verdiene må oppleves for at du skal kunne mene at vi gir et godt sykehus-tilbud. Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten har det vært mye debatt om sykehusene. Mange endringer er gjennomført i den hensikt å skape enda bedre helsetjenester. Dette vet vi har skapt uro i deler av befolkningen, og det er vårt ansvar å informere om endringene som pågår. I denne avisa får du vite mer om dine rettigheter som pasient, og hva som skal skje, og ikke skje, med sykehusene i Midt-Norge. Pasienter står fram og deler sin historie med deg, slik at du får bedre innblikk i virksomheten. De forteller om hva som fungerer bra og hvor vi må bli bedre.

En av de største utfordringene har vi innen psykisk helsevern. Selv om våre ansatte gjør sitt beste for å gi hjelp til pasienter med psykiske lidelser, må vi bare erkjenne at vi i Midt-Norge ligger etter med opptrappingsplanen. Vi har vedtatt utbygging av distriktpsikiatriske senter flere steder i regionen, og vi behandler stadig flere. Men fortsatt er det store udekkede behov. Derfor skal psykisk helsevern styrkes vesentlig, i tråd med det Stortinget har bedt om. Til tross for dette - etter vel to og et halvt år er vi likevel på god vei mot å oppnå de målne som ble satt da helse-reformen ble gjennomført: Fjerne uverdige venting og bidra til å styrke pasientenes rettigheter. Før reformen ble Midt-Norge framstilt som «versting». Med landets lengste ventelister, der pasientene i gjennomsnitt hadde ventet i rundt 320 dager, var situasjonen uholdbar. Nå er den gjennomsnittlige ventetiden redusert til rundt 90 dager.


Det er totalopplevelsen av sykehus-tilbudet, ikke bare den medisinske behandlingen, som avgjør om kvaliteten er god eller dårlig. Derfor har vi også fokusert på at det er uverdige å være korridorpatient. Selv om det fortsatt er for mange som må ligge i korridorene ved St. Olavs Hospital i Trondheim, er problemet betydelig redusert. Et viktig stikkord er god samhandling internt, men ikke minst mellom kommunehelsetjenesten og oss. I regionen for øvrig er det nå langt færre pasienter som må ligge i korridorrene når de er på sykehus, og vi står ved at vi skal løse problemet.

Noen tolker omstillingene i sykehusene som en nedbygging av lokalsykehusene. Kall det heller ombygging. Styret i Helse Midt-Norge har slått fast at regionen skal ha samme antall sykehus som før. Men som i andre hus er det behov for å bygge om, fysisk og innholdsmessig. Vi må forandre oss når pasientenes behov endrer seg. Ett typisk eksempel er at vi samler kreftkirurgi i færre sykehus fordi vi vet at dette gir bedre resultater for pasientene. Men endring betyr også desentralisering. Omsorg for kronisk syke, rehabilitering og psykiatri er områder som bør styrkes i nærmiljøet ditt.

Helse Midt-Norge har et budsjett på godt over 9 milliarder kroner i året. Vår viktigste oppgave er å sørge for at ressursene samlet sett brukes best mulig, og mer av de samlede ressursene skal gå til direkte pasientbehandling. Kompetansheving, forskning og utvikling er helt nødvendige tiltak for å sikre at vi ikke bare gjør tingene riktig, men at vi også gjør de riktige tingene. Den medisinske kunnskapen er i konstant utvikling. Pasientene er gitt mer makt og mulighet til å velge sykehus fritt. Endringene i pasientrettighetsloven, som du kan lese om på midtsidene i denne avisa, er viktig for å få dette til. Minst like viktig er at pasientene nå kan få oppdatert informasjon både om ventetider og om hvilken kvalitet de kan vente i sykehusene.

En eller flere ganger i livet vil du møte spesialisthelsetjenesten. Vi er stolte over å lede en virksomhet som har så stor betydning for folk, som skaper så stort engasjement og hvor tusenvis av helsearbeidere hver dag står på for å gi god behandling og omsorg. Vi håper avisa gir deg bedre innblikk i hvordan vi jobber og tenker om framtida.

God lesing!


Paul Hellandsvik
Adm. dir.
Helse Midt-Norge


Reidar Tessem
Adm. dir.
Helse Nord-Trøndelag



FAKTA FOR HELSE NORD-TRØNDELAGS KJØKKENAVDELING

(Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger)

Medarbeidere

49 årsverk
65 ansatte
22 kokker
5 lærlinger

Forbruk

850 000 kopper kaffe
55 tonn potet
120 000 pakker flatbrød
20 000 brød
125 000 egg
32 tonn kjøttvarer
20 tonn fiskevarer
90 000 stk frukt

Antall hovedmåltider

(frokost, lunsj, middag)
478 000 – pasientrelatert
358 000 - kantinerelatert
836 000- hovedmåltider totalt

Glad mat er ja-mat

AV TROND G. SKILLINGSTAD

Ingen mat er sunn før den er spist. Maten må se lekker og fristende ut!

Helse Nord-Trøndelags kjøkkensjef, Stig Tangstad, akter ikke å la sykehusmat være kjedelig mat. Kokkene hans drar på norgesmesterskap og rettene som serveres på tallerkene begynner å ligne stadig mer på bildene du finner i kokebøker.

Lange dager

– Mat er viktig. Kanskje spesielt på sykehus. Det handler om hvordan du opplever hele oppholdet på sykehuset. Dagene blir ofte lange, og da er det godt

å ha noe å se fram til. Det er mye trivsel og helse i god mat, slår sjefen fast.

Gode meldinger om matstellet kommer ofte tilbake til kjøkkenet, både fra pasienter og fra andre medarbeidere i Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Lekre retter tror han er en vinner på alle måter.

Bedre for alle

– Folk forutsetter stort sett å bli gjort friske på sykehus. Nettopp derfor kan ekstra god mat gi uventede positive opplevelser i løpet av oppholdet. Alt i alt gir dette bedre trivsel for pasientene, positive energier til helsepersonellet som behandler og pleier pasientene, og for oss på kjøkkenet, sier Tangstad.

Mange kokker, lite søl

Ved sykehusene i Nord-Trøndelag arbeider både institusjonskokker og restaurantkokker. Kombinasjonen er et bevisst valg for å hente ut det beste fra begge spesialitetene. Kokkene har fire års utdanning samt en rekke års erfaring fra arbeidslivet. Satsing på godt utdannede kokker i sykehusene har gitt større bevissthet om at god kvalitet i kostforpleiningen skaper trivsel. Og trivsel er godt for helsa! ●

Kjøkkensjef Stig Tangstad synes det er viktig at måltidene er noe godt pasientene kan se frem til.

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.

HELSEFORETAKENE

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 Behandlingscenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidarosklinikken og Senter for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim (MARIT) samt avtaler med private institusjoner og behandlingstilbud.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger samt distriktpsikiatriske senter.

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 Orkdals Sanitetsforenings Sjukehus innlemmet.

HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF

består av Molde Sjukehus og Kristiansund Sykehus samt distriktpsikiatriske senter.

HELSE SUNNMØRE HF

består av Ålesund Sjukehus og Volda Sjukehus samt distriktpsikiatriske senter.



Hele denne gapahuken er satt opp som en del av kurset, og utgjør i dag et samlingspunkt for både skiturer, isfiske, matlaging og en rekke andre aktiviteter. Gisle Lund synes det gjør godt å samles i friluft.

Gisle – med framtid i sikte

AV TROND G. SKILLINGSTAD

Forvandlingen er enorm. Bare for noen små måneder siden gjaldt dagen i dag, det var vanskelig å ha omgang med folk og framtida fikk komme som den ville.

Gisle Lund har plutselig planer som strekker seg lengre enn til neste dag. Nå satses han på videregående skole til høsten, og vil fortsette med høyskole etter det.

– Jeg har begynt å se framover på hva jeg kan gjøre.

Interesse fra hele Norge

Gisle er en av mange som har tatt del i et unikt psykiatrisk tilbud på Dagbehandlingsenheten ved Sykehuset Namsos. For et par år siden startet prosjektet. I løpet av kort tid ble tilbudet utviklet, og Helse Nord-Trøndelag bestemte seg raskt for å satse på denne

typen psykiatrisk behandling på permanent basis.

– Interessen i fagmiljøet har vært stor. Vi har blant annet presentert opplegget ved flere konferanser, og vi har fått besøk fra både nord og sør i Norge som vil vite mer om det vi gjør, sier leder for Dagbehandlingsenheten, Sigrun Bertnum.

Ugjenkjennelig behandling

Noe av kjernen i opplegget er at en del av behandlingen er trukket ut fra institusjonene. Målet er å gi den enkelte mulighet til å mestre sitt eget liv og dagliglivets utfordringer. Faglige behandlingsprinsipper

er ganske enkelt overført til en annen måte å behandle på.

Dermed brukes blant annet fiskekultivering, lafting, skiturer og matlaging som teknikker i utredning og behandling. Moderne – og for mange, banebrytende nytt.

Åpent og trygt

– På friluftslivskurs får folk trene på ulike ferdigheter på en arena som er åpen og trygg. Her vil ingen føle seg innstengt i behandlingsrom. Deltakerne kan selv bestemme om de skal være i sentrum eller i utkanten. Terskelen for å være med på

Store utfordringer

Det psykiske helsevernet i Midt-Norge står foran store utfordringer i årene som kommer. Opptrappingsplanen betyr at både spesialisthelsetjenesten og kommunene får tilført mer penger som skal brukes til å bygge opp tilbudet. Helse Midt-Norge ligger etter i forhold til opptrappingsplanen. Det er behov for flere fagfolk og flere behandlingsplasser for at tilbudet skal være tilfredsstillende. Handlingsprogrammet for Helse Midt-Norge forutsetter bl.a. at det skal bygges flere distriktspsykiatriske sentre.

SPESIALISERT TILBUD

- Målet er å gi behandlingstilbud som bidrar til å gi den enkelte en mest mulig selvstendig tilværelse ved å mestre utfordringer i forhold til hjem, skole, arbeid, fritid, egen helse og livsstil
- Målgruppe er polikliniske og inneliggende pasienter med funksjonssvikt på grunn av psykiske lidelser, som kan ha nytte av behandlingskurs i gruppe
- Kursene brukes både til utredning og til behandling
- Hver enkelt kursdeltaker får egen kursperm. Kursene avsluttes med utdeling av kursbevis og en sosial sammenkomst
- Hvert kurs har klart definert start- og sluttdato
- Hver enkelt deltaker lager en individuell målsetting
- Hvert enkelt kurs tilrettelegges både i form og innhold basert på behov hos de enkelte deltakerne på kurset
- All behandling gis i form av gruppetilbud
- Kurstilbudet deler seg i tre ferdighetsområder: Mestring og samhandlingsferdigheter, Dagliglivets utfordringer og Fritid og friluftsliv

slike kurs blir lavere, sier en av kurslederne Petter Flornes.

Og nettopp motivasjonen merkes godt. Mens tradisjonell poliklinisk behandling i psykiatrien sliter med at folk ikke møter til time, er problemet nærmest ikke-eksisterende ved Dagbehandlingsenheten.

Merker effekt

Standardisert kartlegging før og etter kurs viser at behandlingsmetoden har klar effekt. Mest synlig er det for kurslederne som ser at personene forandrer seg.

– En deltaker har for eksempel aldri vært på ferietur før, men har nå planene klar for sommeren. Påmeldingen til julebordet er også skrevet under for første gang. Folk som kjenner personen, tilskriver dette ene og alene kursene, sier Flornes.

Selvilliten siver tilbake

Gisle har gått fra å være politisk aktiv og engasjert i lokalmiljøet, til å få store problemer med å forholde seg til omverdenen. Etter hvert ble det innleggelse på rehabiliteringsenheten ved sykehuset.

– Jeg ble innesluttet, mer i min egen verden og hadde lite sosialt nettverk. For fire måneder siden tenkte jeg ikke lenger enn til neste dag. Nå har jeg igjen begynt å se framover på hva jeg kan gjøre, og tenker å ta videregående skole fra høsten, sier Gisle.

Akkurat hvorfor behandlingskursene gjør så godt, er han ikke sikker på.

Han merker likevel at framtidstroen vinner terreng.

– Når vi er ute i friluft, kobler jeg mer av og får perspektiv på ting, også det jeg sliter med. Nå fyller jeg dagene med noe konstruktivt og holder på med ting jeg liker. Samtidig merker jeg at det blir stadig lettere å samarbeide med andre og selvilliten er på tur tilbake, sier Gisle.

– Gjør en forskjell

– Dette er et faglig godt tilbud som gjør en forskjell i behandlingen av folk med psykiske lidelser, sier avdelingsoverlege Elisabeth Bratland Johansen.

Aktiviteter som isfiske, lafting og matlaging er effektive verktøy i behandlingen.

– I dette integreres relasjoner til andre mennesker, stimulans til læring og faktorer som virkelig motiverer de som er til behandling, sier Johansen.

Opplegget har amerikansk opprinnelse, men er siden sterkt utviklet. Systemet og bredden i tilbudet er sannsynligvis unikt i Norge. ●

Brukermedvirkning nytt satsingsområde:

Vil lære av pasientene

- Ved å la pasientene delta mer aktivt i sin egen behandling, har psykisk helsevern tatt et langt steg i riktig retning.

AV EGIL SMITH-MEYER

Det mener styremedlem i Mental Helse Norge, Torbjørn Garberg. Han har selv vært med på å utarbeide det nye handlingsprogrammet for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, som en av to brukerrepresentanter.

- God brukermedvirkning vil si at man får følelsen av å bli tatt på alvor og blir respektert, mener han.

Foruten sitt mangeårige engasjement for pasienter og pårørende sine rettigheter, har Garberg selv fått oppleve hva det vil si å være pårørende innen norsk psykiatri.

- Helse Midt-Norge bør med dette være en foregangsregion for resten av landet.

Gir bedre motivasjon

Økt brukermedvirkning betyr at pasienten selv er med på å bestemme målene for behandlingen.

- Dette bidrar til å øke den enkelte pasient sin egenmotivasjon. Samtidig tror jeg at de som skal behandle pasientene, har mye å lære av brukernes egne kunnskaper om sine lidelser.

Alt dette samles i en individuell plan som følger pasienten videre gjennom behandlingen og mellom ulike involverte behandlingssteder. Alle pasienter innenfor psykisk helsevern har i dag krav på å få utarbeidet en slik plan.

Vet for lite

Rådgiver ved Helse Midt-Norge, Arild Vassenden, er langt på vei enig i at man har vært for lite flinke til å involvere brukerne.

- Tidligere pasienter og deres pårørende har en viktig rolle i å formidle kunnskap om egen situasjon og sine erfaringer. For fagpersoner er slik kunnskap en viktig ressurs.

Flere får hjelp

I fjor ble det registrert 4 822 innleggelse relatert til psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, ifølge en rapport utarbeidet av Sintef. De samme tallene viser også at antallet planlagte innleggelse ved St. Olavs Hospital økte med 19 prosent sammenlignet med året før, mens antallet akuttinnleggelse holder seg stabilt. St. Olavs Hospital utgjør omtrent halvparten av behandlingstilbudet i Midt-Norge.



Foregangsregion: Styremedlem i Mental Helse, Torbjørn Garberg, utroper Helse Midt-Norge til en foregangsregion innen brukermedvirkning. Foto: ANDERS AAS

Helse Midt-Norge har tatt mål av seg til å ligge under landsgjennomsnittet når det gjelder bruk av tvang – noe de allerede gjør. Det er viktig å spille på lag med pårørende og pasienten slik at bruk av tvang kan unngås i størst mulig grad gjennom tidlige tiltak. Også for pasienter som er underlagt tvang, må vi lytte til pasientens opplevelser og ta disse på alvor.

Normaliserer psykiske lidelser

Både Vassenden og Garberg er enige om at brukermedvirkning også vil være et viktig bidrag til å bryte barrierer og vinne forståelse for psykisk helsevern.

- Vi må bidra til å fjerne fordømmene rundt det å ha en psykisk lidelse. Det rammer helt vanlige mennesker som deg og meg, som har både fast jobb og egen familie, fremholder Vassenden.

Kortere ventetid

Ventetiden inne psykisk helsevern for voksne i Helse Midt-Norge, var ved utgangen av mai i år i gjennomsnitt 69 dager. Selv om antallet barn og unge som trenger hjelp er økende, ble ventetiden for disse redusert fra 105 dager ved inngangen av 2004 til 86 dager ved utgangen av mai. Tallene, som framkommer i en rapport fra Sintef, viser også at antallet oppholdsdøgn på sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern ikke øker.

Nye kart i helsejungelen

RHF, HF, stat, DPS, nye sykehusnavn og nye folk. Forvirret?

AV TROND G. SKILLINGSTAD

I så fall kan du ta det helt med ro. Du er nemlig ikke alene. Her får du et kjapt lite innblikk i nordtrøndersk sykehusvesen

Nye navn

Først litt harde fakta. At staten har overtatt sykehusene er for så vidt riktig, men vi kan begynne på det vi kjenner igjen. Namdal sykehus og Innherred sykehus har fått nye navn, henholdsvis Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. En vesentlig årsak til navneskiftet er å peke på hvor sykehuset ligger, og framheve at begge sykehus gir helsetjenester til alle nordtrøndere.

To andre enheter er viktig å nevne. I Kolvereid er det investert over 30 millioner

i moderne bygg for å gi bedre psykiatriske tjenester i distriktet. Et lignende løft er på trappene for Stjørdal.

Samlet i fylket

Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal er samlet i ett helseforetak som heter Helse Nord-Trøndelag. Administrerende direktør for Helse Nord-Trøndelag er til syvende og sist leder for alle disse enhetene. Over seg igjen har direktøren et eget styre.

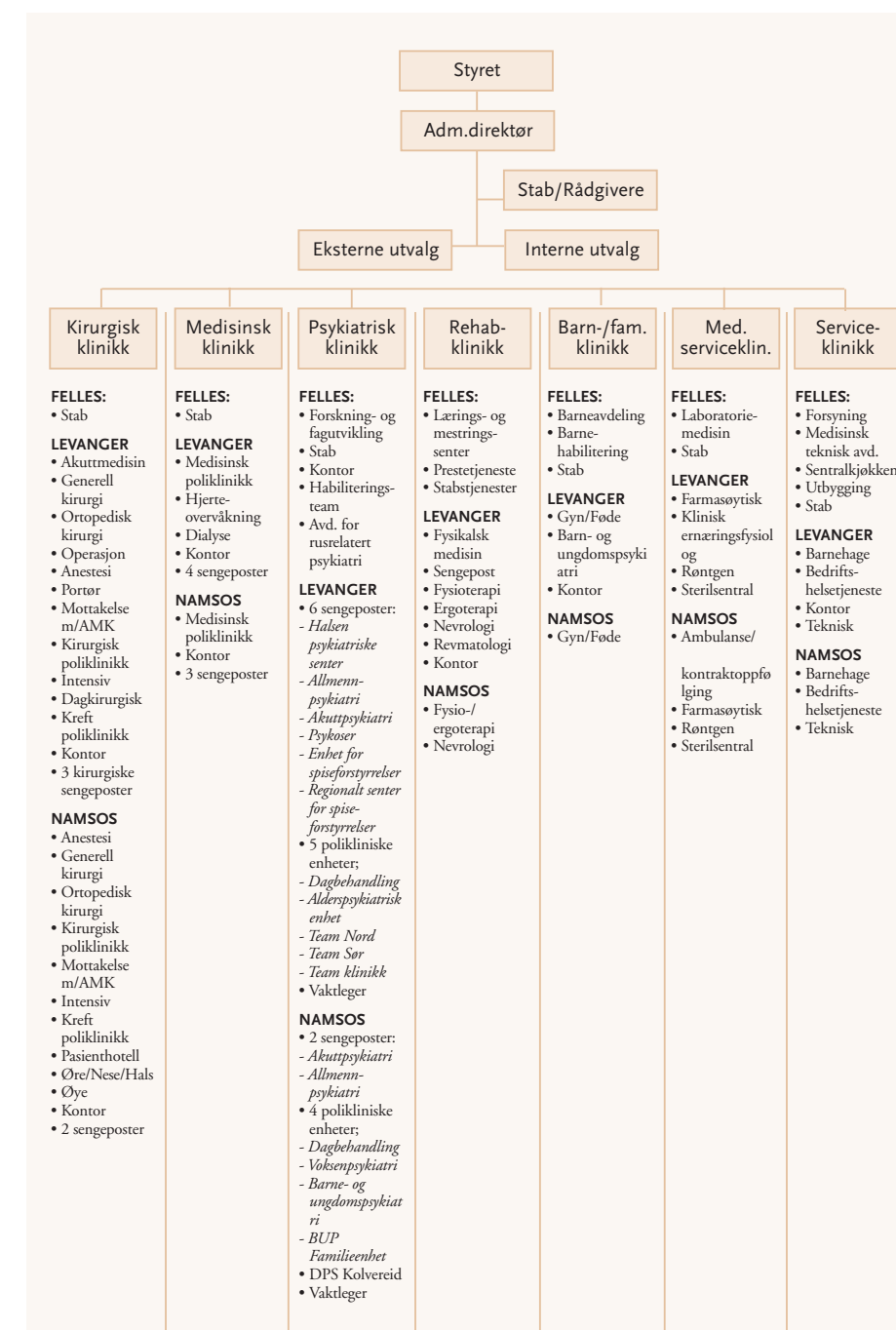
Lag på lag

Går vi ett hakk opp, finner vi Helse Midt-Norge. Det er ett av fem regionale



helseforetak (RHF) og har sitt administrasjonssted på Stjørdal. Nå øker gjerne forvirringsnivået en tanke, men vi forsøker likevel: Helse Midt-Norge RHF eier helseforetaket i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og to i Møre og Romsdal. Helse Midt-Norge er igjen eid av Helsedepartementet ved statsråden, som står ansvarlig overfor Stortinget.

Kortversjonen: Sykehusene er en del av Helse Nord-Trøndelag som er en del av Helse Midt-Norge som igjen er underlagt helseministeren.



Helse Nord-Trøndelags ledelse

STYRET I HELSE NORD-TRØNDELAGE BESTÅR AV

Lars Peder Brekk (leder)

Ole Meier Kjerkhof (nesleder)

Sidsel Klingenberg Stokke

Arne Flaot

Mari Bakken Paulsen

Peter Himø (ansattrepresentant)

Kristian Hveem (ansattrepresentant)

Inger Anne Holm (ansattrepresentant)

Asbjørn Hofslie (eierrepresentant, Helse Midt-Norge)

FORETAKSLEDELSEN (ADMINISTRATIV LEDELSE) BESTÅR AV

Reidar Tessem (administrerende direktør)

Tormod Gilberg (økonomidirektør)

Hege Sørli (leder Medisinsk klinikk)

Ivar Haarstad (leder Kirurgisk klinikk)

Hilde Ranheim (leder Psykiatrisk klinikk)

Kari Bratland Totsås (leder Rehabiliteringsklinikk)

Bjørn Arnesen (leder Serviceklinikk)

Anne Midtbust (leder Medisinsk serviceklinikk)

Knut Sørgerd (leder Barne- og familieklinnk)

Hva har skjedd?

Når noe reformeres, er det gjerne fordi det er behov for endringer. Helse reformen har skapt høylydt debatt i Nord-Trøndelag med fakkeltog, frykt for sykehusnedleggelse og tap av akuttfunksjoner og arbeidsplasser.

Mye på kartet

Organisatorisk har det skjedd mye. Foretaksledelsen består av direktør og sju klinnkledere. Alle har ansvar for virksomhet på tvers av geografi. For eksempel har lederen for medisinsk klinnk ansvar for virksomhet både i Namsos og i Levanger. Administrasjonen for øvrig er også omorganisert, og det samme gjelder i ulik grad nedover i klinnkene.

Engasjement

Flytting av organisasjonsgrensene vekker sjeldent samfunnsmessig interesse. Andre typer endringer har imidlertid skapt stor debatt. Først ble Mikrobiologisk laborato-

rium fysisk samlet ved Sykehuset Levanger. Senere ble AMK-sentralen fysisk samlet ved Sykehuset Namsos. I tillegg er akutt mottak innen ortopedi på natta samlet til Sykehuset Levanger.

Ut over dette er endringer stort sett på tankestadiet.

Videre endringer

Tankene om endring er mange, og er nedfelt i strategier for årene framover. Spesialiseringen innen medisin gjør det nødvendig å se sykehusvirksomheten i sammenheng i Nord-Trøndelag for å holde tritt med utviklingen og pasientenes krav til behandling.

Helse Nord-Trøndelag skal i perioden 2004-2007 jobbe for å gi sin behandling nærmere pasientenes eget bosted. Noen andre strategier lyder omtrent slik:

- Høyere aktivitet innen helsefremmende og forebyggende arbeid
- Mer arbeidsdeling mellom sykehusene, spesielt for å gi flere den planlagte behandlingen de venter på
- Fortsette å være i forskningstoppen

Dette skal skje

- Det skapes et utviklingsmiljø for kikk-hullskirurgi i Namsos
- Ortopedisk kirurgi vris slik at Sykehuset Levanger tar mer av det akutte mens Sykehuset Namsos tar mer av de planlagte inngrepene
- Det opprettes desentraliserte polikliniske tilbud – det betyr utenfor sykehusene og nærmere pasientene
- Begge sykehus skal ha spesielle nisjefunksjoner
- St. Olavs Hospital blir en del av nordtrøndernes tilbud når det er snakk om sjeldne tilstander, spesielt med tanke på kveld, natt og ferier
- Intensivheten i Levanger bygges opp til å nå en høyere standard enn i dag

Dette skal ikke skje

- **Nedleggelse?** Begge sykehus skal utvikles for å gi stadig bedre pasientbehandling. Altså skal ingen nedlegges
- **Fødetilbud?** Helse Nord-Trøndelag skal ha fødeavdeling både i Namsos og i Levanger
- **Beredskap?** Full vaktordning innen generell kirurgi ved begge sykehus. Det samme gjelder for indremedisin
- **Svekke fagmiljø?** Helse Nord-Trøndelag skal overføre kompetanse til 1.linjetjenesten uten at dette svekker kompetansemiljøet i foretaket

Lokalsykehusene skal gi trygghet

Pasientenes behov endrer seg. Sykehusreformen endrer ansvarsforholdene. Den medisinske utvikling gir nye muligheter og spesialiseringer. Dette krever at sykehusene omstiller seg i takt med nye behov. — De viktigste stikkordene er fortsatt trygghet for akutt hjelp, økt trygghet for omsorg og best mulig kvalitet på spesialisttjenester, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

AV OLE KNUT ALNÆS

Sykehusene har gått gjennom store forandringer de siste 10-20 årene, både når det gjelder hva sykehusene gjør og hvordan de gjør det. Ikke minst er det stor forskjell på pasientene og hvordan de bruker sykehusene, sier Thoresen. — Dette kommer tydelig til uttrykk i den store økningen i antall transportert. Pasientene flyttes mye oftere med fly og helikopter, og slik blir avstanden mellom sykehusene mindre og mindre, sier Thoresen. Samtidig skjer det en stadig spesialisering, noe som er en medisinsk utvikling som vil fortsette.

Mer behov for omsorg

Spesialiseringen innebærer i sterkere grad at enkelte sykehusfunksjoner samles til færre steder, tror Thoresen. — Kreftkirurgi er et eksempel på sentralisering – alvorlige trafikkskader er annet. Men endring betyr også desentralisering. Omsorg for kronisk syke, eldre, rehabilitering og psykiatri er

områder som bør styrkes i nærmiljøet. — Jeg mener lokalsykehusene også i framtida skal gi akutt hjelp hele døgnet. De som trenger mer spesialisert hjelp vil i større grad enn i dag flyttes videre for rask behandling, sier Thoresen. Han legger vekt på at det er pasientenes behov som er avgjørende. — Vi må alltid kreve mer av oss selv enn det pasientene gjør. Lokalsykehusene skal fortsatt ha spissfunksjoner, men ikke nødvendigvis innenfor kirurgi, slik de har i dag. Jeg tror omstillingen går i mer i retning mot rehabilitering, oppretning, kreftbehandling, geriatri, omsorg og psykiatri enn spesialisering innen spisse funksjoner for en liten pasientgruppe. Lokalsykehusene må kunne ta seg av de mange vanlige sykdommene, mener fagdirektøren.

Flere eldre

Det blir stadig flere eldre. Dette er en pasientgruppe med sammensatte behov.

— I framtida ser jeg for meg en eldre pasient som har funksjonsproblemer, hun trenger litt behandling på sykehus, litt institusjonshjelp og vil være mest mulig hjemme. Disse pasientene ønsker i minst mulig grad å reise. Men de vil trenge avansert hjelp av spesialister. Det samme gjelder flertallet av de fødende som trenger trygghet for at de blir motatt og får den omsorg og behandling de skal ha uten å måtte reise langt. Noen få må ha mer spesialisert hjelp og bør reise for å få det.

Ombygging – ikke nedbygging

Et tema som har vært mye oppe i debatten om lokalsykehusene er frykten for at de skal nedbemannes og nedbygges. Thoresen tror det blir tvert i mot. — Hvis vi får til en riktig balanse mellom omsorg og spesialisering forventer jeg at vi får flere behandlere desentralt. Vi må regne med en annen sammensetning av ansatte i takt med at



Fagdirektør Jan Eirik Thoresen er sikker på at sykehusene fortsatt vil utvikle seg, og vil at alle skal bidra til at de utvikler seg til det beste for pasientene.

behovene endrer seg. Dette kaller jeg ombygging for å utvikle sykehusene til det beste for pasientene, avslutter Thoresen.

Forsker og finner

Visste du at dine sykehus i Nord-Trøndelag ligger helt i forskningstoppen? Alt sammen har egentlig ett enkelt siktemål: Sykehusene skal gi deg best mulig behandling. Her får du noen glimt innenfra som du kanskje ikke visste foregikk innenfor sykehusveggene.

AV TROND G. SKILLINGSTAD

Fra ungdomsfull til barnefull



De drikker oftere, mer og blir stadig yngre. Hva er det egentlig som driver stadig yngre ungdom til å ruse seg?

Fire av ti danske og britiske ungdommer har vært fulle, og ungdommen her i landet er på full fart etter. De drikker tidligere, oftere og mer.

Debutalderen for å drikke alkohol har det siste tiåret sunket med to år. Derfor mener Arve Strandheim ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling det er viktig å undersøke tingenes tilstand med nord-trøndersk ungdom.

– Dette har følger som skader, selvmord, overdosedødsfall, kriminalitet og senere avhengighet av rusmidler, sier Strandheim.

Målet for undersøkelsen er å finne ut hva som ligger bak. Strandheim mener utvik-

lingen med ungdom og rus er i ferd med å ta av. Stadig flere vil trenge behandling for rusmisbruk, gjerne koblet sammen med andre lidelser som angst og depresjoner.

Merkes i Nord-Trøndelag

Også Nord-Trøndelag begynner å merke trenden fra andre vestlige land.

– Hele prosjektet mitt begynte med noe vi merket i den kliniske virksomheten. Stadig flere barn og unge kom inn med akutt rusforgiftning. Stadig flere og stadig yngre. Samtidig drikkes det oftere og mer, forteller Strandheim og legger til:

– Undersøkelser i USA viser at sjansen for senere avhengighet av rusmidler avtar med 14 prosent for hvert år debuten utsettes.

Store gevinster

Gjennom dybdeintervju av ungdommer og statistikk fra UNG-HUNT forsøker han å finne ut mer om hvorfor debutalderen synker.

– Skal vi drive effektiv forebygging, må vi vite hva som driver ungdommen. Dette er et av få områder innen psykiatrien hvor vi både kan avdekke faktorer som er viktige, og vi kan ha mulighet til å påvirke dem. Hvis vi lykkes, er det mye å hente i det å skape et bedre liv for veldig mange mennesker, sier Strandheim.

Hoftedoktor'n

Hver eneste småtass som ser verdens lys ved Sykehuset Namsos får sjekket hoften sine med ultralyd. Det kan føre til at alle småtasser ved norske sykehus får den samme sjekken.

Hensikten er at barn med medfødt hofteleddsdysplasi, en type hofteledd, ikke forlater sykehuset uten at det er oppdaget. Konsekvensene er nemlig store.

– Oppdages det sent, fører det gjerne til langvarig behandling, redusert livskvalitet, smerter og eventuelt behov for hofteprotese, sier ortoped Berndt Salkowitsch.

Ikke effektivt nok

Ifølge Salkowitsch er hofteundersøkelse av småbarn obligatorisk i Tyskland, Sveits og Østerrike. Norske sykehus har imidlertid ment at slik screening av spedbarnshofter (at alle undersøkes) er for lite effektiv bruk av ressurser. Sannsynligvis er sykehuset i Namsos landets eneste som har denne kontrollen av alle som en. Nå gjør han også undersøkelser av tvilstilfeller ved Sykehuset Levanger.

Frejkas pute

Med ultralyd kan han se utvikling i bein og brus i området rundt hoften. Risikofaktorer, blant annet om andre i familien har hatt dysplasi, registreres og hoftenes granskes for stabilitet og symmetri.

– Til sammen gir dette et godt grunnlag å vurdere ut i fra. Rundt fire prosent får Frejkas pute som behandlingsform, sier Salkowitsch.

Smerter og funksjonshemming

Og der utkrystalliseres forskjellen. Frejkas pute legges mellom beina på ungen, og gir en beinstilling som fremmer normal utvikling av hoften. Puta kan tas av ved bleieskift og vask, kun ved å åpne borelåsene. Metoden er ekstremt billig, lite plagsom for pasienten og meget effektiv når den anvendes tidlig.

– Alternativet kan være varig funksjonshemming, smerter og svært langvarig, komplisert og belastende behandling. Bekkenet og beina legges i gips, noen ganger må barnet legges i strekk i månedsvis og være i lang tid på sykehuset. Du kan tenke hvilken påkjønning dette er for små barn. Det kan også bli snakk om operative inngrep for å rette opp stillinga av leddflatene i hoften, sier Salkowitsch.

Dykk i arkivet

Av det store datamaterialet han har fra 1990, trekker ortoped ut 4000 undersøkelser for nærmere gjennomgang. Han skal beskrive behandlinga varighet, diagnose og behandlingsresultatet.



Spedbarn med hofteleddsdysplasi, trenger tidlig, rask og enkel behandling. Ortoped Berndt Salkowitsch håper å utvikle en metode som gjør at alle barn som fødes i Norge får en rask og enkel sjekk.



Jentene har langt oftere spiseproblem enn guttene, og de øker spesielt i alderen 14-17 år.

Spiseproblemene øker blant ungdommen

Ungdommen er misfornøyd med kroppen og overvekten øker. Spiseproblemene vokser bare på seg.

Vekt, høyde, selvbilde, fysisk aktivitet, slanking, spisevaner og en rekke andre faktorer er satt i system. Overlegen i psykiatri ved regionalt fagteam for spiseforstyrrelser i Helse Nord-Trøndelag, Sigrid Bjørnelv, har undersøkt 8 000 nordtrønderske ungdommer.

Mest jenter

Forekomsten av spiseproblemer hos ungdommene varierte sterkt, alt avhengig av hva man mener spiseproblem er. Avhengig av definisjon varierte forekomsten av spiseproblemer mellom 0,3 til 47%!

– Det vi kan se er at langt færre gutter har spiseproblemer enn jenter. Og hos jentene øker problemene med alderen i en periode (14-17 år), mens det samme ikke skjer hos gutter, sier Bjørnelv.

Vanlig blant ungdommen

Årsakene tror hun kan være sammensatte, men vet at fokuset på slank kropp er annerledes hos jenter enn hos gutter. Vi ser også at spiseproblemer øker når velferden øker.

– Samtidig er overvekt og uregelmessige måltider ganske vanlig blant ungdommen, og ikke nødvendigvis et tegn på et spiseproblem, beroliger Bjørnelv.

Problemet vil øke

Spiseproblem har i noen grad sammenheng med psykiske lidelser som angst og

depresjon. Spiseproblem kan også være innfallsporten til å ende med den kliniske diagnosen spiseforstyrrelse.

– Jeg tror spiseproblemene vil øke framover, fordi ungdommen blir stadig mer misfornøyd med kroppen sin. Samtidig øker overvekten, og det vet vi kan ha sammenheng med spiseproblem, sier Bjørnelv.

Utdanning eller uføretrygd

Med lite utdanning øker risikoen betydelig for at du ender på uføretrygd, viser doktorgradsarbeidet til Steinar Krokstad.

Resultatene er basert på tall fra de store helseundersøkelsene av nordtrøndere, HUNT-undersøkelsene.

Seks ganger større risiko

Krokstad startet med å dokumentere hvor mange framtrøt ved HUNT I (1984-86) som ikke hadde uførepensjon. Det var 62.000 personer. Ved å følge disse personene i ti år fram til HUNT II (1995-97) fant han at antall uføretrygdde i Nord-Trøndelag hadde økt med hele 7.322 personer.

– Risikoen for å bli uføretrygd er veldig avhengig av utdanningsnivå. Det mest dramatiske funn er påvist i aldersgruppen 20-50 år. Der fant jeg at risikoen for å bli uføretrygd er seks ganger større for personer med lav utdanning sammenlignet med de som har høy utdanning. De som har muligheter og evner til å ta lang utdanning, har mye større sjanser for å

klare seg i arbeidslivet. Disse forskjellene er dels både urettferdige og unødvendige, mener Krokstad.

Bosted og helse

Men utdanning er slett ikke alt. Det spiller også en rolle hvor du bor.

– Det er kanskje innlysende at det påvirker folks helse å bo i en utkantkommune med dårlig infrastruktur hvor fraflytting og nedleggelse av arbeidsplasser er dagligdags. Jeg tror likevel ikke man er klar over i hvor stor grad dette kan gi helsemessige problemer, sier Krokstad.

Resultatene viser 40-50 prosent større risiko for å bli uføretrygd dersom man bor i en såkalt "utfordringskommune". Omkring 20 prosent av den økte risikoen kan skyldes samfunnsforhold, og ikke forhold til individer som bor der.

–Nord-Trøndelag har vært oppfattet som et fylke med små helseforskjeller i befolkningen. Gjennom arbeidet med doktorgraden har jeg funnet at det er like store utfordringer i sosial ulikhet i Nord-Trøndelag som i andre deler av landet og i Europa for øvrig, fastslår Krokstad.

Våte bleier og antibiotika

Norsk helsevesen lar eldre mennesker tisse i våte bleier. Bakteriene blomstrer og gir skyhøye infeksjonstall. Resultatet er massiv bruk av antibiotika.



En undersøkelse i sykehjem beskriver med enkle tall om en situasjon ingen vil ha.

har imidlertid en alvorlig sideeffekt. – Så sjeldne bleieskift kan absolutt være årsaken til at så mange får urinveisinfeksjoner, forteller Omli.

Mye antibiotika

Urinveisinfeksjoner betyr antibiotika. Mye antibiotika. I løpet av ett år hadde nesten halvparten av beboerne en eller flere infeksjoner i de nedre urinveger.

– Det er veldig høye tall. Du kan tenke deg hvor mye antibiotika som går med for å drive behandling mot infeksjonene, sier Skotnes.

Sjeldne bleieskift

Av beboerne i undersøkelsen er det bare et fåtall som har kontroll på egen vannlating. Når det gjelder de andre, ordnes problemet stort sett med bleier. Mange av de som tisser på seg, får ikke ny bleie i løpet av hele døgnet. En annen stor gruppe må klare seg med ett eller to bleieskift.

Får infeksjoner

Våte bleier løser kanskje problemet med for liten tid til å få sykehjembeboerne på toalettet. Denne praksisen

Settes i klemma

De ansatte på sykehjemmene settes raskt i klemma. Det tar nemlig mye tid å være med beboerne på do. Og selv rett etter en dotur, kan beboerne føle behov for å tisse igjen.

– Behovet for å tisse igjen er i høyeste grad reelt. Fordi mange har dårlige muskler i blæra, blir det igjen mye urin. De som ønsket seg oftere på do, hadde mye urin igjen i blæra etter at de hadde tisset. På det meste var det over en halv liter igjen, sier Skotnes og Omli.

TIKK TAKK TIKK TAKK...

Eva Ystgård (79) skvetter til når telefonen hylr ut sin alarm i stua, og får med seg hvert lille tikk i kjøkkenuret. Plutselig er livet hennes helt forandret.

AV TROND G. SKILLINGSTAD

Egentlig skulle det ikke mer til enn et øyeblikks frustrasjon. Eva satt på venterommet hos fastlegen sin. Dørene som gled opp og igjen suste øredøvende gjennom høreapparatet og inn i øregangene. Det var bare å gi opp å prate med kjente. Hun oppfattet ikke et eneste ord i bråket.

– Til slutt bare slo jeg av apparatet, og fikk det helt stille. Da jeg kom inn til legene min datt det ut av meg hvor sliten og lei jeg ble av bråket. Det skal vi få gjort noe med, svarte legen enkelt.

Trafikkbrøl

Mer skulle heller ikke til. Historien før legebesøket har derimot vart i fjorten år.

Allerede i 1990 hadde hørselen blitt så dårlig at Eva måtte ha høreapparat for å fortsette å jobbe. Med årene ble høreapparatet stadig eldre og hørselen hennes stadig dårligere – en usedvanlig dårlig kombinasjon. Det dårlige apparatet må skrus enda høyere, og allverdens lyder brøler dermed inn samtidig.

– Jeg ble styggsliten i hodet av høreapparatet. Alle lydene kom innpå så høyt. Det var som å være i bråk og leven hele tida. Da jeg var på verandaen, for

eksempel, hørtes sommertrafikken 200 meter unna ut som et brøl i ørene mine, forteller Eva.

Fort gjort

Selv er hun nok ikke den som braker mest for å kreve sine rettigheter. Å bli kalt inn til Hørselssentralen ved Sykehuset Namsos så hun likevel veldig fram til. Og tempoet det hele skjedde i, kunne hun knapt tro på. En drøy måned etter besøket hos fastlegen, fikk hun hørselstest og tok avstøpning av øret på sykehuset.

– Det gikk veldig fort, og det er kjempebra. Det kan være forferdelig for de som venter lenge, og kanskje ikke engang

gidder å bruke sine gamle høreapparat, sier Eva.

Et nytt liv

– Med det nye høreapparatet, er det som en ny verden for meg. Ja, et nytt liv – og det mener jeg, sier Eva bestemt og forteller at lyder som har vært borte i årevis, nå er kommet tilbake. Før greide bare kråka å skjære gjennom, men nå merker hun kvitteret fra småfuglene også. Og tikkinga fra kjøkkenklokka. Og regnet på taket... Nå skjønner hun også hva det betyr å klikke seg fram på internet. ●



Eva Ystgård hadde dårlig hørsel i 14 år, men ventet kun en drøy måned etter besøket hos fastlegen før hun fikk møte på Hørselssentralen ved Sykehuset Namsos.

Fakta Hørselssentralen Sykehuset Namsos

UTREDNING

Lege ved ØNH-avdeling vurderer henvisninger. Relevante sendes over til Hørselssentralen ved Sykehuset Namsos. Ved pasientens første besøk sjekker legen ørets tilstand (om alt er OK). Deretter vurderer Hørselssentralen om det er aktuelt med høreapparat, type apparat mv. Dersom pasienten skal ha høreapparat, tas en avstøpning av øret for å gi en best mulig tilpasning av apparatet. Etter noen uker kommer det ferdige apparatet fra Oslo og programmeres i tråd med pasientens hørselstap. Deretter gjøres en kort test mens pasienten er på sykehus, for å gjøre de aller første justeringene. En måned senere er det en ny kontroll og eventuelle justeringer.

Prisen på høreapparat varierer sterkt, men pasientene betaler kun en egenandel av kostnaden.

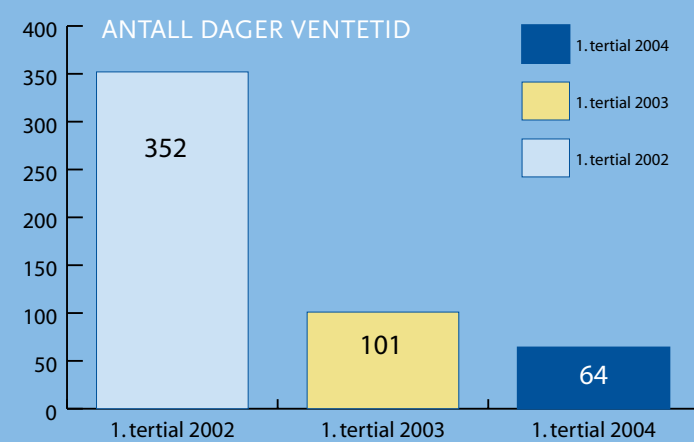
AKTIVITETSTALL

Høreprøver – ca 5 500
Høreapparat – ca 600

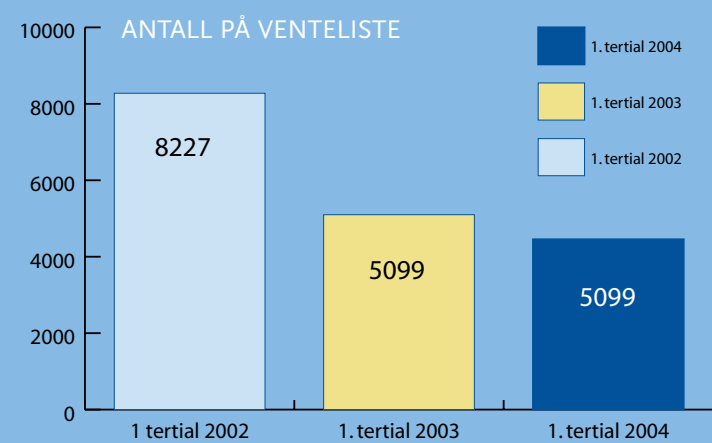
VENTETID

Variere sterkt nasjonalt fra halvannet år og ned til en måned. Hørselssentralen ved Sykehuset Namsos har ca en måneds ventetid i likhet med et fåtall andre sentraler i Norge.

Utvikling av ventelister og ventetid i Helse Nord-Trøndelag:



Reduksjon av antall ventende i Helse Nord-Trøndelag:



Færre venter og de venter kortere

Tiden du må vente på behandling ved nordtrønderske sykehus varierer sterkt. På en del fagområder venter du bare noen få uker. I andre tilfeller kan du måtte vente mye lenger.

Gjennomsnittstallet på ventetid angir bare gjennomsnittet. For å vurdere ulike sykehus, kan du gå inn på www.sykehusvalg.net eller ringe grønt nummer 800 41 004.

Alt i alt har ventetidene ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos blitt sterkt redusert, og er nå nede på omlag 60-70 dager i gjennomsnitt. Årsakene er blant annet at våre medarbeidere behandler flere pasienter, men vi har også ryddet i ventelistene og utnyttet kapasiteten hos private. Dermed har Helse Nord-Trøndelag nå i snitt den korteste ventetiden i hele Midt-Norge.

Raskere hjelp

Midt-Norge hadde landets lengste ventetider da helsereformen ble iverksatt i 2002. I løpet av de årene som er gått, er gjennomsnittlig ventetid redusert fra nærmere ett år til under tre måneder. Både økt egenproduksjon, rydding i ventelistene, bruk av private aktører og kjøp av helsetjenester gjennom rikstrygdeverket har bidratt til reduksjonen.

AV TOR HARALD HAUKAAS

Fortsatt er noen pasienter som har ventet lenge på behandling, men sykehusene og behandlingshetene i Helse Midt-Norge arbeider målbevisst for å gi disse et tilbud. Innføring av individuell behandlingsfrist vil også sikre at ingen skal måtte vente ut over det som er medisinsk forsvarlig.

– 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.

Reduserte ventelister innvarsler en 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.

Helse Midt-Norge har hatt særlig fokus på uverdig venting. Antallet pasienter som hadde ventet over ett år på behandling var nærmere 12.000 da helsereformen trådte i kraft. Målet for 2004 er at ingen skal måtte vente i over ett år. Utfordringen er størst innen ortopedisk kirurgi.

Som pasient eller pårørende kan du selv finne ut av ventetiden for behandling av

ulike lidelser ved sykehus i hele landet på internett. Denne informasjonen finner du hos Fritt Sykehusvalg på <http://www.sykehusvalg.net>.

Eller du kan ringe gratis på grønt tlf.nr. 800 41 004.

Det vil som regel være fastlegen din som sender henvisning hvis du trenger behandling på sykehus. Det er derfor fornuftig å snakke med legen om hvilket sykehus du ønsker å benytte. Retten til fritt valg gjelder også for psykisk helsevern og rusbehandling.

Dine pasientrettigheter

Hvem har rett til å velge sykehus?

Alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Dette gjelder også barn og unge i psykisk helsevern.

Hvor kan du få behandling?

Retten gjelder alle offentlige sykehus i Norge, samt privateide sykehus som har inngått avtaler med et regionalt helseforetak. Du betaler akkurat det samme om du velger et sykehus et annet sted enn der du bor, men må selv betale egenandel for ekstra reisekostnader.

I sjeldne tilfeller finnes ikke tilstrekkelig medisinsk kompetanse i Norge, og du kan ha rett til å motta hjelpen i utlandet. Det regionale helseforetaket dekker utgiftene.

Hva har du rett til?

Retten til fritt sykehusvalg gjelder ved undersøkelse og/eller behandling, men ikke ved øyeblikkelig hjelp. Pasienten kan ikke velge mer spesialisert behandlingssted enn det pasienten er henvist til.

Rett til vurdering

Alle henvisninger til sykehus skal vurderes innen 30 virkedager. Sykehuset skal avgjøre om det er nødvendig med helsehjelp, og gi informasjon innen 30 virkedager om når behandlingen forventes å bli gitt.

Rett til nødvendig behandling

For å sikre at de pasienter som trenger det mest skal få behandling først, vil noen pasienter få en rett til å motta nødvendig behandling. Vurderingen av hvem som er en slik «rettighetspasient» foretas bl.a. ut i fra tilstandens alvorlighetsgrad og muligheter til å forbedre tilstanden. Pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke anses som rettighetspasienter, skal også tilbys behandling. Denne gruppen må vente noe lenger på behandling.

Klage på vurderingen og vedtak om rett til behandling rettes til Helsetilsynet i fylket. www.helsetilsynet.no
Pasientombudet kan også hjelpe: www.pasientombudet.no

Rett til individuell frist

Du har normalt krav på å få fastsatt en individuell frist fra sykehusene for når du skal få behandling. Fristen fastsettes på bakgrunn av pasientens tilstand og i forhold til hva som anses å være medisinsk forsvarlig. Hvis sykehuset ikke kan gi deg behandling innen fristens utløp, skal du få tilbud om behandling før fristen ved et annet sykehus.

Opgaven med å skaffe nytt/alternativt behandlingstilbud når fristen ikke overholdes, er lagt til Rikstrygdeverket, telefon **815 335 33**. Rikstrygdeverket kan benytte offentlige og private sykehus i Norge, så vel som tjenesteytere i utlandet.

Rett til informasjon

Pasientene skal underrettes om resultatet av vurderingen, om de har rett til å få behandling, og om tidsfristen som er fastsatt. Pasientene skal også få vite om klageadgang, klagefrist og fremgangsmåten ved en eventuell klage. Det skal ikke være nødvendig å være god i latin for at du skal forstå helsepersonellens råd om undersøkelser eller behandlinger som er aktuelle for deg. Du skal også bli orientert om mulig risiko og eventuelle bivirkninger ved de forskjellige alternativene.

- Ingen kan ta fra deg retten til å bestemme over din egen situasjon, så lenge du er i stand til å ivareta dine egne interesser.
- Dersom du selv ikke er i stand til å gjøre slike valg, skal dine nærmeste pårørende få den innsikt og kunnskap som er nødvendig for å gjøre det for deg. Du har rett til å medvirke i valg av undersøkelse og behandlingsmetode.
- Du har rett til å få se din egen journal (med noen svært få unntak), og du skal ha en pasientansvarlig lege som du kan henvende deg til.
- Du har rett til Individuell plan - noe som er av stor betydning for pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Rett til å klage

Mener du det er gjort feil i forbindelse med undersøkelser eller behandling, har du selvsagt rett til å klage. Rett klagen til de som har hatt ansvar for å behandle deg eller vurdere din helsetilstand. Bli klagen avvist, kan du gå videre med den til Helsetilsynet i ditt fylke. Trenger du hjelp for å nå frem med klagen din, kan du ta kontakt med Pasientombudet, eller gi en annen person fullmakt til å klage på dine vegne.

Gi tilbakemelding om noe ikke fungerer slik det skal. Når Helsetilsynet eller Pasientombudet får høre om forhold som ikke er bra, kan de ta opp saken med den rette instansen på egen hånd.

Dersom du mener at du er blitt påført fysisk eller psykisk skade ved et offentlig sykehus eller poliklinikk, kan du søke erstatning gjennom Norsk Pasientskadeerstatning. Dette gjelder også ved behandling eller undersøkelser hos private sykehus og leger med driftsavtaler med det offentlige, samt kommunal legevakt, offentlig tannlege-tjeneste, fysioterapi osv.

Klage over avgjørelser om nødvendig helsehjelp i utlandet behandles av en særskilt klagenemnd.

Rett til transport

Du har rett til dekning av utgifter ved reise til undersøkelser på sykehus eller hos spesialist med avtale med det offentlige. I 2004 er egenandelen 110 kroner per enkeltreise, det vil si 220 kroner tur-retur. Stortinget har bestemt at det skal betales høyere egenandel ved bruk av retten til fritt sykehusvalg. I 2004 er egenandelen 220 kroner per enkeltreise, det vil si 440 kroner tur-retur.



Ordningen med utgiftstak for betaling av egenandeler gjelder ikke egenandelen for fritt sykehusvalg. Den må alltid betales, og kan ikke føres på kvitteringskortet for betaling av egenandeler.

Hovedregel er at reisen skal skje med rimeligste rutegående alternativ. Er helsetilstanden din slik at dette er uforvarlig, skal du få drosje, turvogn eller det kan avtales privat skyss. Det samme gjelder dersom det ikke er rutegående transportmiddel i nærheten.

Bruk kjørekontoret: Skal du til behandling og har rekvisisjon på drosje eller annen «dør-til-dør» transport, skal du bestille transporten på kjørekontoret. Ringer du telefon **810 33 710** kommer du til ditt lokale kjørekontor. De kan også svare på hvilken transport du bør velge. Gjelder det flybestilling ringer du telefon **810 33 610**. Mer informasjon på internet: www.helse-midt.no/syketransport/

Trenger du ledsager skal vedkommende også få dekket sine reiseutgifter på samme måte som deg. Det er også regler for hvordan man får dekket oppholdsutgifter som ledsager, noe som er særlig aktuelt når det er barn som er pasienten.

Vil du vite mer?

Sosial- og helsedirektoratet har etablert en informasjonstjeneste kalt Fritt sykehusvalg Norge, hvor du kan få mer informasjon om retten til fritt sykehusvalg, og annen informasjon som er relevant for valget. Adresse på internet: www.sykehusvalg.net
Telefontjenesten betjenes av pasientrådgivere knyttet til de regionale helseforetakene. Telefon **800 41 004**

Telefontjenesten er gratis og åpen alle hverdager fra kl. 08.00 til 15.00.

Byggefase 1

Sykehusutbyggingen har pågått for fullt siden i fjor vår. Dette er byggefase 1 med over 90 000 kvm nybygg, det vil si at nær halvparten av sykehusanlegget er på Øya.

Byggefase 1 avsluttes i 2006 og omfatter:

- 1 Labororiesenteret**
Forskning, undervisning og laboratorietjenester for St. Olavs Hospital, andre sykehus og primærhelsetjenesten.
I bruk: januar 2006
- 2 Kvinne-barnsenteret**
Fødsler, kvinnesykdommer, fostermedisin og hjelp til barnløse. Barnesykdommer, barnekirurgi og barnesykiatri.
I bruk: mai 2006
- 3 Neurosenteret**
Øre-nese-hals, øye, nevrologi, nevrokirurgi, klinisk nevrofysiologi, kjevekirurgi, fysikalsk medisin, slag, rygg og geriatri.
I bruk: august 2006
- 4 Pasienthotellet**
Alternativ til sykehusinnleggelse. Særlig egnet for pasienter med behov for overnatting ved kortvarig behandling. Egen barselenhet gir nytt og bedre tilbud til for mor og barn.
I bruk: 10. september 2004



Hamskiftet på Øya

AV KNUT HELLERUD

St. Olavs Hospital skifter ham. Midt-Norges solide, men nedslitte hovedsykehus i Trondheim vil om få år framstå som et topp moderne universitetssykehus, fra grunnen av tilpasset pasientens behov. **Hva skjer på Øya?**

Riving

Øya-utbyggingen skjer i etapper etter metoden: rive – bygge – flytte. Byggefase 2 krever omfattende riving, men bare i sykehusområdet. Over åtti prosent av dagens bygninger forsvinner i to hovedetapper. Fra våren 2005 og ut 2006, og fra sommeren 2009 til 2011. I juli 2010 begynner arbeidet med å fjerne høyblokkene. Rivemetode er ennå ikke bestemt.

Rehabilitering

Fire sykehusbygg bevares og rehabiliteres i byggefase 2: Foreløpige planer går ut på å pusse opp Kreftbygget i 2009 og den gamle Administrasjonsbygningen i 2010. Teknisk sentral og Parkbygget inngår i det nye Forsyningscenteret. Stråleterapien benyttes videre uten mer rehabilitering. Jugendhusene i Eirik Jarls gate bevares og innlemmes i Psykiatrisenteret, hvis dette senteret vedtas som del av fase 2.

Byggefase 2

I fase 2 gjøres sykehuset ferdig. Forprosjektet for fase 2 skal foreligge 1. februar neste år. I mai eller juni ventes endelig beslutning i Stortinget. Byggestart er planlagt ved juletid 2005, og hele sykehusanlegget kan stå klart i 2013. Psykiatriutbyggingen kommer i tillegg hvis den blir vedtatt.

Byggefase 2 omfatter:

- 5 Abdominalsenteret* og Miljøsentret**
**Abdomen = bukhulen*
Mage-tarm, nyrelidelser, hormon- og urinveissykdommer, kreft- og blodlidelser. Hud- og kjønnsykdommer, infeksjonsmedisin, sammensatte lidelser og samfunnsmedisin.
Byggestart abdominal: desember 2005
I bruk: juli 2009
Byggestart miljø: september 2013
I bruk miljø: september 2013
- 6 Akuttsenteret og Hjerte-lunge-senteret**
Akuttmedisin med akuttmottak og helikopterplass, AMK-sentral, legevakt og skadepoliklinikk. Hjertermedisin, lungemedisin, hjerte-, lunge- og karkirurgi, samt thoraxkirurgi (brystkasskirurgi). Akutt og Hjerte-lunge oppføres i ett bygg.
Byggestart: januar 2007
I bruk: juli 2010
- 7 Bevegelsesenteret**
Ortopedi, revmatologi og plastisk kirurgi. Fysio- og ergoterapi. Basseng.
Byggestart: juli 2006
I bruk: januar 2010
- 8 Administrasjonssenteret**
Administrativ ledelse, klinisk service, helseundersøkkelse, prestetjeneste, tillitsvalgte, treningsareal, arbeidsmedisin, arbeidsmiljø, ortopediske implantater. Merk: Dett er en foreløpig plan.
Rehabiliteres: fra august 2010
- 9 Forsyningscenteret**
Forsyner det nye universitetssykehuset med varer og teknikk. Første del er ferdigbygd og sørger for teknisk forsyning til fase 1-byggene. I fase 2 bygges blant annet avfalls-sentral, varemottak, forsyningskjøkken og sterilforsyning.
Bygges i etapper til desember 2008
- 10 Psykiatrisenteret***
** Ikke vedtatt som del av byggefase 2*
Akuttpsykiatri, alderspsykiatri og intermedisær psykiatri (behandling etter akutt fase)
Byggestart: april 2009
I bruk: april 2009

Mer om sykehusutbyggingen →

Det nye universitets-sykehuset...

- tilbyr tjenester så nært pasientene som mulig i oversiktlig kvartalsvis sentra.
- er både sykehus og universitet. Behandling og pleie i nær kontakt med forskning og undervisning.
- innpasser psykiatrien som en del av det helhetlige helsetilbudet.
- ønsker å gi bedre helsetjenester og redusere gjennomsnittlig liggetid.
- satser på endrede driftsformer og nye behandlingsmåter. Eksempler: økt dagbehandling, observasjonssenger, pasienthotell, bedre laboratorietjenester og "framtidens operasjonsstuer".
- legger opp til nye IKT-systemer med store driftsvinster og mulighet for å sende og motta informasjon på rett sted til rett tid.
- innfører fleksible driftsløsninger, som lengre åpningstid (fra 8 til 12 timer) og samling av operasjoner på ubequem tid.
- kjøper inn nytt utstyr for mer enn 2 milliarder kroner. Dette er vesentlig for kvalitetsheving og driftsøkonomi.
- får nye og effektive metoder for transport og forsyning. Eksempler: Modernisert røpøst, robot-traller og automatisk avfallsanlegg i rør.
- gir gunstigere arbeidsforhold, redusert smittefare og mindre sykefravær.
- kan drives mer kostnadseffektivt enn tidligere. Forsiktede beregninger viser at dagens sykehusaktivitet årlig vil koste 180 millioner kroner mindre i nybyggene.

Tilbyr positive inntrykk

Universitetssykehuset uformes positivt. Det normale skal være normalt. Det kritiske kritisk.

– Sykehus koster mye penger uansett utforming. Derfor må vi tilby god arkitektur og positive inntrykk, slik det snart ti år gamle vinnerutkastet la opp til, sier Helsebyggs sjefarkitekt Ragnhild Aslaksen (bildet).

– Utkastet har overlevd mange endringer uten å miste egenart og kvalitet, sier Aslaksen. Den viktigste forskjellen fra 1995 til i dag er at sykehusarealet nå er dobbelt så stort. Gjeldende utbyggingsplan justerer og fortetter, og fjerner hele dagens høyblokk. Men grunnmønnet er som før: kvartalsvis utbygging langs en gjennomgående, grønn gate.

Kvaliteten må heves

Fleksibilitet og funksjonalitet er nøkkelbegreper. Arkitektene må ta hensyn til at det skal oppføres ett sykehus, ikke en serie lokalsykehus. Det betyr blant annet at nybyggene har en "mal" der bestemte aktiviteter legges til samme etasje, som poliklinikk i første etasje, operasjonsstuer og røntgen i andre og sengeområder i de øverste etasjene. Slik skal det nye sykehuset fungere på tvers av kvartalene. Sykehuset må dessuten bygges for både utvidet og redusert aktivitet i framtida. Det gjelder ikke å låse for utvikling, presiserer Aslaksen som mener sykehusarkitektur har vært et forsømt felt her i landet.

– Offentlige bygg har de siste tjue åra fått en kraftig kvalitetsheving, men med unntak av Rikshospitalet gjelder ikke dette de store sykehusene. Selv om de fleste rommene i sykehusene er ganske vanlige, ser de ut som kriseområder. Teknisk drift og krisetenkning har vært styrende. På Øya bryter vi med vanetenkningen i dette og innarbeider positive elementer, som oversiktlige rom, godt dagslys, ordentlige møbler og skikkelig materialbruk.



I utformingen av sykehuset er det i følge Aslaksen også svært viktig å sørge for nødvendig beskyttelse av pasientens privatliv. Dette påvirker de arkitektoniske løsningene i alle pasient- og behandlingsområdene. Men viktigst er prinsippet om enerom. I tillegg kommer et omfattende utsmykkingsprogram der kunsten integreres i bygningsmiljøet for å virke som det Aslaksen kaller "visuelle vitaminer".

Bygget skal forklare seg

For pasienter i en sårbar livsfase er det ekstra viktig å kunne orientere seg og begripe omgivelsene. Derfor må sykehuset bygges så selvforklarende som mulig. Noe skilting er naturligvis nødvendig, men for Ragnhild Aslaksen er det et arkitektonisk nederlag å benytte metoder som fargekoding og ledestriper i gulvet. Når alle går feil, er bygget feil! slår hun fast.

– På Øya har vi unike muligheter fordi vi bygger nytt fra grunnen av. Vi kan umulig lykkes overalt, men mye skal vi få til. Det viktigste er at det normale får være normalt, og det kritiske kritisk. Og sengeområdene våre kan bli virkelig gode. Her har vi funnet en ny form, sengetun med enerom, som har vakt oppsikt langt ut over Trondheim, forteller Aslaksen. Hun legger også stor vekt på hovedgata gjennom sykehusområdet som vesentlig for gjenkjennelse og sammenheng. Det kommende sykehuset er satt sammen av store bygg, organisert i byens vante gate-mønster. Når hele høyblokka rives, oppstår dessuten en ny sykehusplass, et stort byrom, med lyst og grønt preg. Nesten alle pasientbygg vil grense til denne plassen. Da får både sykehus og universitet rikelig anledning til å vises i det offentlige rommet.



– Vi ønsker å bygge mer for mennesker enn for funksjoner. En funksjon er en stivnet prosess, et øyeblikksbilde fra fortida. Men det er ingen motsetning mellom det effektive, praktiske og det menneskelige. Det tyngste er å leve i omgivelser fattige på nærvær og inntrykk, mener Ragnhild Aslaksen.

NY GATE, NYE BYGG: Det nye sykehuset reiser seg på begge sider av Olav Kyrres gate. Kvinnebarsenteret til venstre, Nevrosenteret tvers over gata. Den gamle høyblokka rives om seks år. Da er det meste av universitetssykehuset ferdigbygd. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD

Etter pasientens behov

Det nye sykehuset skal fra grunnen av tilpasses pasientens behov. Derfor har pasientenes organisasjoner deltatt aktivt i planarbeidet.

– Vi er blitt hørt og respektert og har gjort vårt syn gjeldende, sier Øystein Snekvik (bildet) i Landsforeningen for slagrammede Sør-Trøndelag. Under planleggingen av Nevrosenteret var Snekvik en markant pasientrepresentant.



pasientene og personalet, mener Snekvik.

Urokkelig for enerom

I likhet med alle andre som representerer pasientene i planleggingen, er Snekvik også urokkelig tilhenger av enerommet. Først og fremst av hensyn til privatlivet, men også fordi det letter den viktige kommunikasjonen mellom pasient/pårørende og personalet. Dessuten vil enerommet heve den hygieniske standarden betraktelig, særlig med tanke på sykehusinfeksjoner.

– Flersengsrom er både foreldret og uverdige i forhold til kravene vi må sette til

moderne sykehus, sier Snekvik. Han ser samtidig fram til å bli kvitt de tradisjonelle korridorparene, og følgelig korridorpasienter.

Farvel til langtransport

De lange og stadige pasienttransportene, blant annet til bildediagnostikk, vil også tilhøre fortida. Det samme gjelder trange toaletter og undersøkelsesrom, nesten uframkommelige for rullestolbrukere. I nybyggene legges det for øvrig opp til undersøkelse i stor grad skal foregå på enerommene.

– Alt dette er tiltak til beste for pasientene, men jeg er sikker på at også personalet vil ha nytte de nye sykehusløsningene, påpeker Snekvik. På vegne av egen

pasientgruppe er han særlig spent på den endelige utformingen av slagenheten i Nevrosenteret. I dagens sykehus har enheten 14 senger, men i følge Snekvik må sengetallet fordobles i nytt hus. Slik det ser ut nå, opprettes det imidlertid ikke mer enn 23 senger.

– Dette vil i så fall være en stor svakhet og i utakt med våre anbefalinger. 28 senger er nødvendig for å gi riktig og øyeblikkelig behandling av hjerneslag. Da reduserer vi ikke bare dødeligheten og faren for store funksjonsskader. Vi får også pasientene fortere på beina og unngår mange og dyre langtidsopphold, poengterer Snekvik.

Må lykkes for barnas skyld

Det kreves ikke bare nye sykehusbygg på Øya. Ny drift og organisering er også nødvendig. Ikke minst for barnas skyld.

– Nå har vi en gylden anledning til omstilling for å bedre tilbudet til våre mindreårige pasienter, sier Gudmund Marhaug (bildet). Han leder Avdeling for barn og unge, som sammen med dagens kvinneklinikk blir flyttepionerer. Kvinnebarsenteret skal være innflyttingsklart senest på nyåret 2006.



Flyttingen går bra
Selve flyttingen bekymrer Marhaug lite. Med god planlegging går den bra og vil

være unnagjort på en ukes tid, sier han.

– Det er langt mer krevende å tilpasse avdelingen til beslutningen om at alle inneliggende sykehusbarn (fra 0 til 18 år) skal ha tilhold i Kvinnebarsenteret. Dette innebærer en helt annen avdelingsinndeling enn i dag, og nesten alle ansatte må regne med å arbeide på nye måter, påpeker Marhaug.

For å gi barna mest mulig trygghet, og sørge for sammenhengende pasientforløp, opprettes en rekke behandlingsprogram med hver sin leder: Barneortopedi/revmatologi, kreft, infeksjon,

Til fastsatt tid og pris

Første byggefase av det nye universitetssykehuset skal leveres til fastsatt tid og pris. Det lover utbyggeren på Øya, Helsebygg Midt-Norge.

– Vi har god kontroll på framdrift og kostnader. Så langt er jeg ikke bekymret for overskridelser, sier Helsebyggs administrerende direktor Johan Arnt Vatnan (bildet).



Når byggefase 1 står klar til bruk i 2006, vil prisen trolig være 5,8 milliarder kroner justert for kroneverdien. I Norge koster det i gjennomsnitt 40 000 kroner å bygge én kvadratmeter moderne sykehus. I tillegg kommer utstyr til rundt 10 000 kvadratmeteren. For neste byggefase er kostnadene foreløpig anslått til drøyt 5 milliarder kroner med dagens kroneverdi. Etter pålegg fra Helsedepartementet, er utgiftene redusert med ti prosent.

– Så lenge planene fortsatt er på tegnebrettet lover jeg ingenting for byggefase 2. Ambisjonen er likevel å få ned byggekostnadene. Selv promiller spart, blir store beløp hos oss. Kostnadsbevissthet må derfor gjennomsyre sykehusutbyggingen. Men vi må ikke skamme oss for å bruke penger på det som skal bli et av Europas beste universitetssykehus. Vi driver et livsviktig prosjekt, bokstavelig talt, understreker Vatnan. Han minner også om Øya-utbyggingens betydning for lokal vekst og sysselsetting i en presset byggebransje. Svært mange av de store kontraktene er gått til midnorsk næringsliv, og sykehusprosjektet gir arbeid til mange hundre personer.

Det nye universitets-sykehuset...

- skal være en del av bomiljøet på Øya og framstå som en åpen medisinsk bydel.
- får et parkmessig preg med gårdshager i hvert kvartal. Pasientrommene har utsikt til grøntområder. Den gamle sykehusparken og naturen mot Nidelva bevarer.
- har et omfattende program for utsmykking som for det meste innpasses i byggene. Form og farge er helsebringende.
- skal ha gode møbler, skikkelig materialbruk, oversikt, ryddighet og dagslys.
- må tilby godt innneklima og velge byggematerialer nøye. Kravene er strenge til luftkvalitet, oppvarming, lyd, lys og estetikk.
- gir svært mye riveavfall som kildesorteres, ombrukes eller gjenvinnes. Målet er å gjenvinne nitti prosent av riveavfallet.
- bygges så skånsomt som mulig. Mye blir gjort for å redusere støv, støy, vibrasjoner og trafikkbelastninger. Men ulemper følger med alle store utbygginger.



NYTT MØTER GAMMELT: Nevrosenteret er største bygg i fase 1. Det oppføres rett ved den gamle høyblokka. Hoveddelen er i bruk om knappe to år, én av fløyene allerede neste høst. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD

Godt stell på nytt hotell

Termin er 10. oktober. Samme dag tar mor og barn inn på Hotell St. Olav, hvis alt går etter planen.

– Jeg ser fram til hotellbarsel med eget bad, og føler meg helt trygg på det nye systemet, sier Mari Braathen (30), Trondheim. Hun kan bli en av de aller første fødende som gjør bruk av det nye pasienthotellet på Øya. I øverste etasje er 18 rom avsatt til barsel, fullt utstyrt og bemannet med jordmødre og barnepleiere døgnet rundt. Få timer etter normalfødsler overføres mor og barn til hotellet, der de får være sammen på rommet.

Far kan ta inn

Som på sykehuset bor mor naturligvis gratis med den nyfødte, og reiser hjem tre-fire dager etter fødselen. Far kan også ta inn på samme rom. Da betaler han en gunstig pris for pårørende: godt under 200 kroner natta.

– Jeg tviler på at mannen min overnatter hele perioden, men barsel på hotell gjør det mye enklere å ta i mot besøk, ikke minst fra storebror på to og et halvt år. Likevel er standarden det viktigste for meg. Den blir så mye bedre på et nytt flott hotell. Sykehusets gamle barselavdeling har et enestående personale, men omgivelsene er virkelig deprimerende, med nedslitte fellesbad og toaletter, forteller Mari Braathen.

– Noen frykter at det sosiale fellesskapet forsvinner når mor lukker døra til hotellrommet?

– Det er det eneste argumentet jeg kan se mot hotellbarsel. På den annen side er fellesskap avhengig av at du trives sammen med de andre på rommet. Det er ikke sikkert. Dessuten blir det jo felles oppholdsrom i barseletasjen. Da kan vi oppsøke fellesskapet når vi ønsker det, sier Braathen.

Hud flytter på hotell

Sykehusets hudavdeling får plass i pasienthotellet som en midlertidig, men langvarig ordning. Avdelingen må flytte fra dagens lokaler fordi de skal rives neste år for å gi plass til den videre sykehusutbyggingen. Allerede i høst tar "hud" i bruk hele fjerde hotelletasje med tolv senge- og behandlingsrom. Lysbehandling for hudpasienter vil foregå i første etasje. Hudavdelingen får tilhold i pasienthotellet i minst fem år.



BARSEL MED UTSIKT: Mari Braathen blir trolig barselepioner på Hotell St. Olav, med ypperlig utsikt fra femte etasje. Nidarosdomen i bakgrunnen. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD

Pasienter blir gjester

Utenom barsel er Hotell St. Olav beregnet på pasienter som er for syke til å være hjemme, men for friske til å ligge på sykehuset. Det kan for eksempel være kreftsyke som får strålebehandling, eller pasienter som trenger dagkirurgi og annen dagbehandling. I en landsdel der mange har lang reiseavstand til hovedsykehuset i Trondheim, vil et skikkelig hotell på Øya ha stor betydning. Hotellet er også nyttig for pårørende av sykehuspasienter.

– Hos oss blir pasientene både benevnt og behandlet som gjester. Vi har blant annet som mål å heve deres livskvalitet ved å skape en god atmosfære og satse på mer privatliv enn sykehuset har mulighet for, sier Berit Alstad. Hun er daglige leder for nyhotellet, som drives av Norlandia Omsorg, men eies av sykehuset. For St. Olavs Hospital har hotellet den klare fordelten at sykehussenger blir frigjort. Dermed bidrar hotelldriften til mer effektivitet i sykehuset.

Sykepleiere i resepsjonen

Pasienthotellets gjester skal fortrinnsvis kunne stelle seg selv, men som "sykehusets forlengede arm" tilbyr hotellet hjelp fra helsepersonell. Resepsjonen vil være bemannet med sykepleiere døgnet rundt. – Vi venter gjester i alle livssituasjoner, fra nybakte mødre til personer med alvorlige diagnoser. Da må vi være tilgjengelige og forberedt på ulike reaksjoner, forteller Alstad.

Hotell St. Olav har 110 rom, alle med eget bad. Flere rom er også særlig tilpasset bevegelseshemmede. Ellers blir det høy standard med restaurant for opptil 150 gjester, eget kjøkken og alle rettigheter. Det blir utserving i bakgården, fire daglige måltider og å la carte-meny. Kulturtiltak og aktiviserende tilbud blir også en del av hotelldriften. Samtidig kan gjestene trekke seg tilbake i egne velutstyrte rom med bad.

Hotell St. Olav prioriterer naturligvis pasienter og pårørende. Men når det er ledig kapasitet, skal hotellet være åpent for vanlige gjester til konkurransedyktige priser, i følge Alstad.

Hotellet blir røykfritt som sykehuset ellers. ●



HOTELLKVARTETTEN: Disse fire leder det nye pasienthotellet i Trondheim: F.v. Anna Tiller, husøkonom, Joakim Rosenlund, restaurant- og kjøkkensjef, Berit Alstad, daglig leder og Jens Petter Bakjord, hotellsjef. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD

Fakta om Hotell St. Olav

- Åpnet 10. september
- Adresse: Mauritz Hansens gate 3, 7030 Trondheim
- 110 rom i fem etasjer
- 9 rom ekstra utstyrt for bevegelseshemmede
- Barseletasje med 18 rom (fra 4. okt.)
- Hudavdeling med 12 rom (fra 4. okt.)
- Egen restaurant, møte- og konferanserom
- Utserving i bakgården
- Rundt 30 ansatte
- Driver: Norlandia Omsorg
- Eier: St. Olavs Hospital

Rusbehandling

Retten til å ha et liv

Nettverket hjalp ham ut av rushelvetet. Nå skal Terje Ingebrigtsen (44) bruke erfaringene sine til å hjelpe andre rusmisbrukere.

AV EGIL SMITH-MEYER

– Jeg var en kombinasjonsmisbruker, det vil si at jeg brukte alt som det gikk an å putte i munnen og som man fikk en rusfølelse av.

Til neste år har han vært rusfri i ti år. Som representant i brukerutvalget til Rusbehandling Midt-Norge, skal han bruke sin erfaring til å bedre behandlingstilbudet i regionen.

– Kunnskapene mine er veldig forskjellig fra de fleste andre i brukerutvalget. Håpet er at denne kan nyttiggjøres andre mennesker som kommer i den situasjonen jeg har vært i, forteller han.

Bry seg om, ikke med

Han vokste opp i det han selv betegner som vold og helvete, med en far som banket «livskiten» ut av ham bare han viste seg hjemme. Tankene om at det kanskje hadde vært like greit om han aldri hadde blitt født, har levd med ham siden.

– Men jeg hadde i hvert fall et nettverk av folk som brydde seg. For det handler om å bry seg om og ikke med.

Samtidig er han klar på at det må være en vilje til stede hos rusmisbrukeren selv, for at hjelpen skal ha noen effekt.

– Hvis ikke faller man fort igjennom. Folk er veldig forskjellige og krever dermed ulike typer hjelp.



Rusreformen: - Rusmisbrukere har krav på et like verdig liv som andre mennesker. Selv har jeg ikke hatt noe liv for nå de siste ti årene, hevder Terje Ingebrigtsen.

– Dette er bare fortroppen

Nettopp derfor ser han poenget med å ha et eget brukerutvalg innen rusforetaket, som kan gi slike signaler videre. Det som i utgangspunktet lyder fint på papiret, er ikke nødvendigvis det som fungerer i praksis.

Terje forteller bekymret om et rusmiljø i eksplosiv utvikling, med en rekruttering som overgår alt det han har sett og erfart tidligere.

– Til forskjell fra den lille harde kjernen vi en gang utgjorde, snakker vi nå om store mengder ungdommer som knasker

ecstasy som drops. Det vi har sett så langt, er bare fortroppen advarer han.

Nye pasientrettigheter

Fra og med september i år har rusmisbrukere de samme rettighetene til nødvendig helsehjelp som andre pasientgrupper. Foruten å gi rusmisbrukerne verdighet og respekt innenfor helsevesenet, betyr dette på lengre sikt et større fokus på utviklingen av behandlingstilbudet for rusmisbrukere.

– Det skal ikke være noen forskjell på å bli nedkjørt i et forgyngerefelt eller å sette ei sprøyte med heroin. I begge tilfellene trengs det hjelp.

Terje vet hva han snakker om. Få har blitt behandlet så mye som han, og han har også selv jobbet aktivt med rusbehandling.

– En rusmisbruker trenger hjelp 24 timer i døgnet. Da trenger du et nettverk når du er ferdig med selve behandlingen, folk du kan ty til når suget øker og de dårlige vanene begynner å gjøre seg gjeldende igjen.

Nå har Terje selv blitt en del av nettverket. ●

Helse Midt-Norge med eget rusforetak:

Vil avhengigheten til livs

Skal vi få bukt med rusproblematikken i Midt-Norge, må vi øke fokuset tilsvarende.

AV EGIL SMITH-MEYER

Administrerende direktør i Rusbehandling Midt-Norge, Dag Hårstad, har fått ansvaret med å lede satsingen på det første og så langt eneste rusforetaket her til lands. Etableringen er et viktig signal om rusproblematikkens posisjon i Helse Midt-Norge, og følges med stor interesse fra resten av landet.

– Det at vi har en plan for hvordan vi skal bedre behandlingstilbudet, vil på sikt

være uvurderlig for de som trenger hjelpen, mener han.

Rusbehandling Midt-Norge vil i første omgang måtte jobbe med å forbedre samarbeidet og samhandlingen mellom de ulike behandlingstilbudene. Foruten bedre behandling, vil dette på sikt redusere ventelistene.

– Behovet er per i dag større enn tilbudet, men både politikere og Helse Midt-Norge

har gitt klare føringer for at dette feltet skal prioriteres i årene som kommer.

Det betyr igjen at rusmisbrukere kan få mer og bedre hjelp. Den kanskje mest opplagte koblingen finner vi innenfor rus og psykiatri, også kalt dobbelt-diagnoser.

– Vår oppgave er å gi behandling som hjelper den enkelte til å mestre sitt eget liv uten avhengighet av rusmidler.

Fra og med september i år har rusmisbrukerne de samme pasientrettighetene som andre pasientgrupper her til lands, når det gjelder krav om hjelp. Det er et vesentlig steg i riktig retning. ●

Brukerne blir hørt

– Jeg tror ikke pasientenes behov ble hørt på samme måte før vi fikk opprettet brukerutvalg. Nå er pasientenes representanter mye nærmere beslutningsprosessen, og de blir hørt.

AV OLE KNUT ALNÆS

Det sier Annelag Stavik, leder i det regionale brukerutvalget i Midt-Norge og i Multipel Sklerose Forbundet, FFO Møre og Romsdal, Helse Midt-Norge har opprettet brukerutvalg for det regionale foretaket og ved alle helseforetakene. Utvalgene er bredt sammensatt og er et forum for samarbeid mellom representanter for pasienter, pårørende og foretakene. Slik kan brukerne påvirke utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

– Det er lite innspill vi i det regionale brukerutvalget får direkte fra brukerne, men det er det mer av i brukerutvalgene i hvert helseforetak. Vi får mer spørsmål om å stille med brukerrepresentanter i



ulike utvalg og planarbeid. Det viktigste er at vi blir hørt i disse prosessene. Uten oss hadde ikke brukerperspektivet blitt med i alt plan- og utviklingsarbeidet som foregår i Helse Midt-Norge. Men det er også en utfordring til oss brukere å ta denne muligheten på alvor, sier Stavik. Blant annet i prosessen med den nye pasientrettighetsloven, spesielt med tanke på individuell

behandlingsfrist, har det vært med flere brukerrepresentanter som har bidratt til de nye rettighetene og garantiene. Det siste er at de har fått med en brukerrepresentant i ei nasjonal gruppe som skal arbeide med prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Dette er viktige fora for brukerne å være med i og kunne påvirke.

Brukerutvalgene består av representanter fra brukerorganisasjoner i Midt-Norge og skal medvirke i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av virksomheten i sykehusene i regionen.

– Etter to års virke i utvalget ser jeg at det er viktig at vi lærer opp de nye i utvalget med de erfaringer som vi har fått til nå. Blant annet at de ikke skal representere bare sin egen pasientorganisasjon, men skal ivareta alle pasientgrupper i diskusjonene om utvikling av tjenestene. De som blir valgt inn i brukerutvalgene bør ha lagt sin egen diagnose bak seg, slik at de kan ha interesse og fokus også for andre typer sykdom, sier Stavik.

Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge:

Helse Midt-Norge
Leder: Annelag Stavik
Eidem, 6230 SYKKYLVEN

St. Olavs Hospital
Leder: Sverre Solstrand
7177 REVSNES

Helse Nord-Trøndelag
Leder: Øystein Bjørnes
Nærøy fysikalske, 7970 KOLVEREID

Helse Nordmøre og Romsdal
Leder: Marit Pettersen
Kaptein Bødgersgt. 15, 6508 KRISTIANSUND

Helse Sunnmøre
Leder: Astrid Aarø Engen
6146 ÅHEIM

Rusbehandling Midt-Norge
Leder: Karl John Amdahl
Rinnan, 7600 LEVANGER

Sykehusapotekene i Midt-Norge
Leder: Paula Iren Be Sørstad
Strandveien 46, 7224 MELHUS

Mer informasjon om brukerutvalgene i Helse Midt-Norge finner du på:
<http://www.helse-midt.no/bruker/>

	Vi gratulerer St. Olavs Hospital med nytt, flott pasienthotell	
	Byggherre: Helsebygg Midt-Norge	



Helse Midt-Norge har en strømavtale som gir bakoversveis.



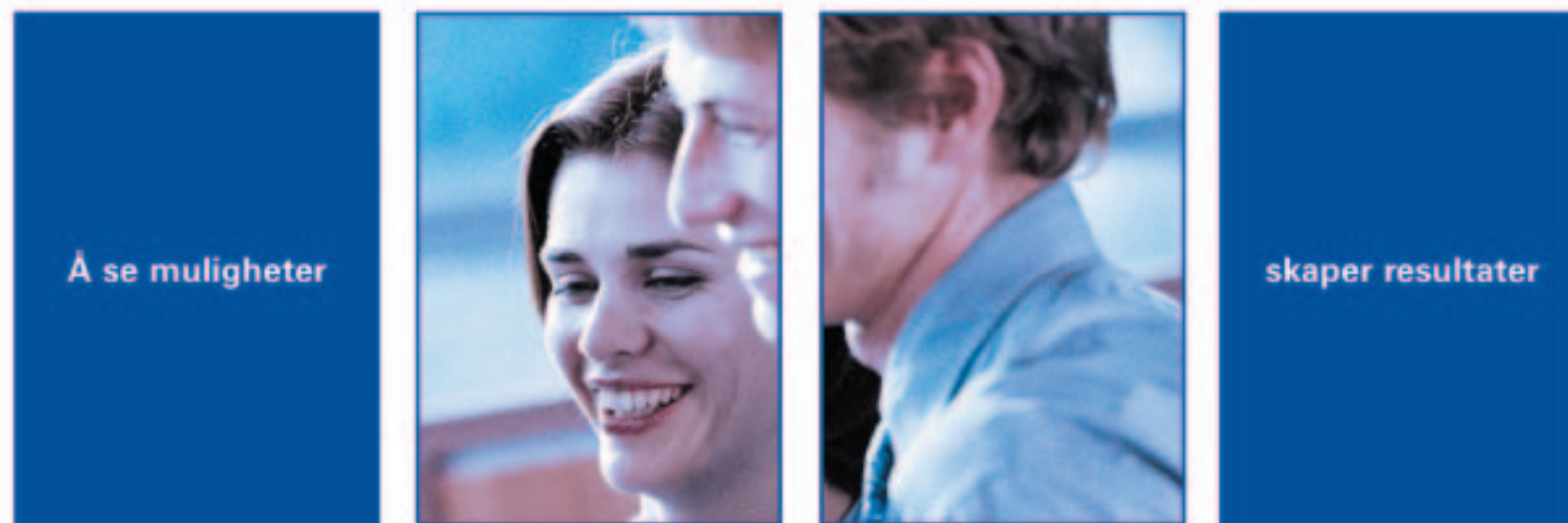
Det drypper også litt på deg som ansatt.

Tidligere i år inngikk Helse Midt-Norge en svært gunstig strømavtale. Den inneholder også et spesialtilbud til ansatte, med tilsvarende gunstig strømavtale for privatbolig. Enkelt sagt innebærer tilbudet at vi fortløpende følger prisutviklingen i kraftmarkedet, og vurderer når du er tjent med å starte en avtale. Du får da levert strøm til innkjøpspris for en gitt periode, og betaler bare et fast månedsbeløp i tillegg.

Mange av dine kolleger har forlenget tatt imot dette tilbudet. For deg som ennå ikke har gjort det, er det bare å smøre seg med tålmodighet. Vi kommer tilbake med tilbud når prisutviklingen er på sitt gunstigste!

Aldri en dag uten

© 2004 KPMG AS, the Norwegian member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.



KPMG er et av verdens ledende revisjons- og rådgivningsselskaper. I Norge har vi mer enn 5000 bedrifter som kunder. Våre medarbeidere arbeider i tverrfaglige team som kombinerer kunnskap om din bransjes utfordringer med spisskompetanse innen revisjon, skatt og avgift samt rådgivning. Vi kjenner de fleste utfordringer din bedrift og din bransje står overfor. Som en av Norges ledende kunnskapsbedrifter vil vi vise deg hvordan vi kan benytte vår kompetanse til å videreutvikle din bedrift.

I Midt-Norge har vi kontorer både i Trondheim, Røros, Molde og Ålesund.

Trondheim: Fjordgt. 68, N-7010, tlf 73 80 21 00 **Røros:** Tollef Brødalsv. 13, N-7374, tlf: 72 40 92 20

Molde: Julsundvn. 47, N-6412, tlf 71 20 27 00 **Ålesund:** Klaus Nilsensgt. 4, N-6003, tlf: 70 10 31 00

www.kpmg.no

REVISJON • SKATT • RÅDGIVNING



www.fokus.no

Norges laveste?

Med et historisk lavt rentenivå, kan det være fornuftig å binde renten på boliglånet nå. Fastrentelån gir forutsigbarhet i privatøkonomien din. Du kan binde renten på hele eller deler av lånet – for kortere eller lengre tid. Mulighetene er mange. Vi hjelper deg å finne løsningen som passer best for deg og din situasjon. Ta kontakt med en rådgiver i dag på telefon 810 03 487 eller på www.fokus.no

Effektiv flytende rente

2,83 %*

* Pris per 2/9-04. Nominell rente 2,75 % for lån innenfor 60 % over 10 millioner. Effektiv rente er beregnet for et lån på 10 millioner over 15 år inkludert etableringsomkostninger kr 1 600,- og terminomkostninger kr 30,-.

Effektiv fast rente

4,15 %*

* Pris per 2/9-04. Nominell rente 4,00 % for 3 års fastrentelån innenfor 60 %. Effektiv rente er beregnet for et lån på en million over 15 år inkludert etableringsomkostninger kr 1 600,- og terminomkostninger kr 30,-.

- På lag med deg for helsa di -

Sykehusapoteket, litt **mer** enn et vanlig apotek

Vet du at sykehusapoteket er åpent for alle?

Vi har leveranse av legemidler til sykehusene og har derfor et stort vareutvalg. I tillegg produserer vi livsviktige legemidler som vanskelig kan skaffes på annen måte.

Vi gir informasjon om riktig bruk av legemidler og har spesialkompetanse innen astma, diabetes, ernæring, inkontinens og stomi.

Informasjon og opplæring av sykehuspasienter, helsepersonell og andre kunder er også en viktig oppgave for oss.

SYKEHUSAPOTEKET ER FOR ALLE!

Sykehusapotekene i Midt-Norge er lokalisert i Ålesund, Molde, Kristiansund og Trondheim



FOR DAGENE SOM KOMMER

KLP premierer arbeidsgivere som fremmer inkluderende og godt arbeidsmiljø. Vi tror aktiv holdning gir motiverte medarbeidere og færre uføre- og tidligpensjonerings.

Gjennom 54 år har vi forvaltet de kollektive pensjonsmidlene for ansatte i kommuner, helseforetak og bedrifter i offentlig sektor. Vi gir alle lik behandling uavhengig av alder og kjønn, både i forsikrings-, pensjons- og låneordninger. Vi har hele tiden ligget i forkant når det gjelder utvikling av pensjonsprodukter. Dette innebærer sikkerhet for kundene våre gjennom alle livets faser. Slik gir vi økonomisk trygghet for dagene som kommer.

www.klp.no



SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE

Spørsmål og svar



Paul Hellandsvik,
Adm.dir. Helse Midt-Norge

Har sykehusreformen skapt mer byråkrati og mindre penger til helse?

Ventetiden for behandling ved sykehus i Midt-Norge er redusert med 70% i gjennomsnitt og køen av pasienter er redusert betydelig. Aldri noen gang har så mange pasienter fått behandling som de siste to årene. Vi arbeider for å få mer helse ut av hver krone på våre budsjetter. Ressursene er bedre samordnet i regionen når det f.eks. gjelder støttefunksjoner som IT, lønn og regnskap. I det regionale helseforetaket arbeider rundt 30 personer. Det er langt færre enn de tre fylkeskommunene i Midt-Norge måtte bruke på administrasjon av sykehusene i regionen.

Hvorfor er det så vanskelig å lede norske sykehus?

Norske sykehus har vært overadministrert, men har samtidig manglet ledelse. Derfor har Helse Midt-Norge lagt vekt på å utvikle lederskap på alle nivåer i sykehusene. Over 700 medarbeidere med ledelsesansvar har deltatt i vårt eget program for dette. Slik har vi sammen fått en ny felles plattform for å styre vår virksomhet og utvikle kvaliteten på behandlingstilbudet.

Har "blårussen" overtatt styringen av sykehusene?

Kanskje har økonomiske spørsmål fått for mye oppmerksomhet slik at noen kan ha fått et slikt inntrykk. Kontroll med økonomien er viktig for at vi løse vårt oppdrag for samfunnet og sørge for gode og likeverdige behandlingstilbud for befolkningen i Midt-Norge.

Når helsereformen stiller krav om høy effektivitet, hvordan går det da med kvaliteten på behandlingen?

Sykehusene skal kunne dokumentere og synliggjøre kvalitet på sine behandlingstilbud. Vi har strenge kvalitetskrav til alt vi gjør. Jeg er trygg på at våre ansatte er opptatt av pasientens beste og vi ønsker åpenhet og innsyn i dette. Vårt ansvar handler imidlertid ikke bare om de som er under behandling. Vi har også et ansvar for pasienter som venter på behandling. Derfor må vi både være effektive og kvalitetsbevisste. På noen sjeldne sykdommer kan vi sikre kvalitet ved å satse på tilbud få steder, slik at legene får god trening. Omlegginger innen krefkirurgien er et eksempel på dette. På andre områder vil det være økt kvalitet for pasienten å få tilbudet nært hjemstedet. Utbyggingen av distriktsmedisinske psykiatriske sentre er eksempel på dette.

Har reformen ført til at ansatte ved sykehusene har fått munnkurv?

Nei, absolutt ikke. Vi trenger offentlig debatt om noe så sentralt som utviklingen av våre sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Leger og helsepersonell har plikt på seg til å ivareta pasientens interesser. Samtidig må vi bli mer bevisst hvordan vi framstår i offentligheten. Det er vårt ansvar som ledere å legge til rette for reell medvirkning og da er det også naturlig å forvente lojalitet til beslutninger som er tatt.

Samhandling

– helsevesenets nye utfordring!



Den forrige utfordringen for helsevesenet, var de lange ventelistene – sykehuskøene. Nå er det samarbeid mellom de ulike nivåene som står for tur.

Rådgiver Daniel Haga

Av JOHN HOLLEN

Det er et faktum – selv om det ikke er spesielt hyggelig å innrømme – at samhandlingen mellom ulike sektorer innenfor helsevesenet ikke er som den burde være. Det mener rådgiver og lege Daniel Haga ved Helse Midt-Norge, som selv har dette som sitt arbeidsfelt. Samtidig understreker han at dette nå vil bli den neste, nasjonale utfordringen helseforetakene kommer til å ta tak i.

– Den største utfordringen fremover, er å få de ulike nivåene i helsevesenet til å samhandle på en mye mer effektiv måte. Dette skyldes at vi vil oppleve at langt flere pasienter vil kreve større ressurser til oppfølging etter behandling på sykehusene. Først og fremst fordi en og samme pasient vil ha flere plager – samtidig. Pasientene vil på sin side være bevisste sine rettigheter og vite og stille krav, sier han.

Spesielt to sektorer

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er de to nivåene hvor

utfordringen først og fremst vil komme til syne. Men også innenfor hvert av disse nivåene vil det være viktig å utvikle effektive systemer for samhandling.

Utfordringen gjelder alle sektorer, men Haga trekker frem to sektorer hvor kravene vil bli ekstra skjerpet i fremtiden: psykiatrien og rusomsorgen.

– Nå er dette kommet så langt at kommunehelsetjenesten kan risikere å ikke få sendt en pasient til psykiatrisk behandling, dersom man ikke har et forsvarlig opplegg for oppfølging av pasienten når vedkommende kommer tilbake!

Samhandling dreier seg altså om at de ulike nivåene, primær- og spesialisttjenestene, sammen har et opplegg som på en riktig måte utfyller hverandre når det gjelder å ta vare på pasienten. ●



KONTAKTINFORMASJON: Helse Nord-Trøndelag

Kirkegt. 2, N-7600 Levanger, tlf 71 12 09 50.

e-post: postmottak@hnt.no nettsted: www.helsehnt.no