

Det sitter i fotsålene

Side 4-5

Hjelp til å mestre hverdagen
side 3

Et svangerskap med komplikasjoner
side 6-7

Røntgen på timen
side 8-9

Retten til å ha et liv
side 20

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 målene 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


Eirik Heggemsnes

Adm. dir.
Helse Nordmøre og Romsdal

Hjelp til å mestre hverdagen

- Jeg har vært nødt til å være sterk, men skulle gjerne hatt lov til å være svak innimellom også, sier Britt Venaas. Gjennom mange tunge år savnet hun et tilbud som hjelper familier med funksjonshemmende barn til å lære hvordan de skal leve med utfordringene



Britt Venaas har selv et sykt barn, og har vært med på å planlegge et nyoppstartet tiltak for familier med svært pleietrengende barn, der de kan prate om hvordan det er å leve med en slik situasjon.

ROLAND MAUSETH

Britt sitter i en sokkelleilighet i Fræna og forteller om hvordan det har vært å være mor. Det er en ganske annerledes historie enn de fleste mødre har å fortelle. Den yngste datteren, som i dag er voksen, ble født med hjerneskade og må ha hjelp og overvåking 24 timer i døgnet. Hun er blind og kan ikke snakke eller bevege kroppen, men kommuniserer i noen grad ved hjelp av ansiktsuttrykk og andre signaler. Hvor mye hun skjønner av det som skjer rundt henne, er usikkert. Det som derimot er sikkert, er at hun har vært lagt inn langt over 100 ganger (Britt mistet tellingen på 1990-tallet) på barneavdelingen ved Kristiansund sykehus i forbindelse med akutt sykdom.

Tok ansvaret selv

- Til å begynne med ringte vi legevakten, som følte seg hjelpeløs. Vi la henne etter hvert inn selv, for legevakten spurte oss hva vi mente man burde gjøre. Vi organiserte derfor dette selv i mange år, for det gikk rett og slett fortere – ringte sykehuset og meldte innleggelsen, skaffet sykebil og skaffet noen som kunne ta seg av min eldste datter, forteller Britt. I dag er hun ikke helt sikker på hvordan hun kom gjennom de verste årene.

- Situasjonen kunne snu fra minutt til minutt. Jeg synes det var et forferdelig ansvar, sier hun. Ansvaret tok hun imidlertid – men det har kostet mye for

familien. Og det hun etterlyser er nettopp hjelp til å takle slike utfordringer som foreldre, søsken og familie.

Hjelp til å bearbeide sorgene

- Når barna blir dårlige, går de jo alltid først. Når det er akutsituasjoner hele tiden, blir alt på etterskudd – søsken, ektefeller. «Du må vente – ikke nå!». Man planlegger noe – og så går alt i vasken. Det blir veldig mye skuffelser i slike familier. Hverdagen blir ikke som du tror, og livet blir ikke som du tror. Du planlegger jo et livsløp, men det blir veldig mange sorger. Man trenger hjelp til å bearbeide alle disse sorgene – for det syke barnet og i livet generelt. Det synes jeg er en utfordring – og at familier må få hjelp til det!

- Har du fått noe tilbud om slik hjelp?

- Jeg har ikke fått noe som helst slikt tilbud i løpet av alle de årene, bortsett fra kanskje litt på barnehabiliteringstjenesten ved Kristiansund sykehus i forkant av at hun flyttet for seg selv, sier Britt. Da hun selv fikk tilbud om å være med å planlegge et nyoppstartet tiltak for andre foreldre, sa hun ja med en eneste gang.

Læring og mestring

- Jeg kom inn i prosjektgruppen på Familieprosjektet ved Barnehabiliteringstjenesten ved Kristiansund sykehus. Der var jeg med på å utarbeide et tiltak for familier med svært pleietrengende barn, der de kan prate om hvordan det er å leve med en slik situasjon, forteller Britt. Familieprosjektet var begynnelsen på det som siden er blitt Lærings- og mestrings-satsningen i Helse Nordmøre og Romsdal, og Britt tror at denne typen

tilbud kan være viktig også for en del familier med funksjonshemmede barn.

- Dette er ting det kan være vanskelig å snakke om. Det er vanskelig å bringe på bane så sterke følelser, tørre å være ærlig, sier Britt, som kanskje er flinkere enn mange til nettopp dette.

Annerledes lykke

- Aldri har jeg følt at jeg har strukket skikkelighet til. Jeg har savnet noen som kunne si at det er helt normalt; at det er normalt at jeg er sliten – sette ting i perspektiv. Fokusere på å klare å leve med seg selv og andre i en vanskelig familiesituasjon, etterlyser Britt.

- Jeg har sett for meg i drømme at hun springer gjennom en blomstereng i lys kjole, akkurat som andre barn, forteller hun – og ansiktet lyser opp mens hun snakker. – Men lykken kan være der likevel, bare at den er litt annerledes. Kanskje trenger man litt hjelp til å se den lykken innimellom, sier en mor som etter hvert har greid å lære seg den kunsten. Blant annet henviste Barnehabiliteringstjenesten henne til Vestlandske Kompetansesenter, som hadde en videoveiledningsgruppe i Nordmøre og Romsdal.

Gyldne øyeblikk

- Der lærte jeg på en ny måte å se på det med livskvalitet i forhold til datteren min; hva som var viktig og godt for henne. Jeg oppdaget at jeg måtte møte henne som likeverdig partner for virkelig å få kontakt med henne. Det gir meg noen gyldne øyeblikk innimellom. Det er slike stunder som du kjenner i hjertet ditt, og som du kan ta frem siden, forteller Britt. I dag

bor datteren i egen leilighet, med oppfølging hele døgnet, og har et forholdsvist godt tilbud, med folk som står på for henne. Men fremdeles er det utfordringer – spesielt hver gang hun må på sykehus.

Se hele mennesket

- Hun var på barneavdelingen i Kristiansund i mange år, og de kjente henne godt - og oss godt. Så skal vi plutselig over til vokstjenesten. I Avdeling for barn ser de på hele mennesket, og er veldig flinke til å se helheten. De henter inn spesialister når de trenger det – dit barnet er. Men nå blir hun sendt på medisin hvis hun har lungebetennelse, på nevrologi hvis hun har epilepsianfall etc. Skal tilbudet fungere for henne må hun komme til samme avdeling, uten at det blir nye folk hver gang. Det er en utfordring for helseforetaket, konstaterer Britt Venaas med fast stemme og klart blikk. Slik hun sannsynligvis har fremstått alle de årene hun har stått på for barnet sitt – brøytet rydning i nytt terreng, lenge før HVPU-reformen gjorde det vanlig for funksjonshemmede barn å få hjelp i lokalsamfunnet. Det har kostet henne mye, og hun skulle ønske at andre etter henne fikk det litt lettere.

- Den erfaringen jeg har med meg er så forferdelig dyrekjøpt. Kanskje går det an å gjøre den litt mindre dyrekjøpt? Kanskje kan man få hjelp til å bære ryggsekken med alle erfaringene....

OPPLÆRINGSTILBUD

Mange brukere og pårørende trenger mer kunnskap. Ikke nødvendigvis om lidelsen de har, men om hvordan de skal leve med den i hverdagen, mener Kari Strøm, leder for Lærings- og mestringsenteret (LMS) i Helse Nordmøre og Romsdal.

- Tanken bak LMS er å lage et opplærings-tilbud til pasienter med kreft, hjertesvikt, funksjonshemninger, slag og andre langvarige lidelser, og til deres pårørende, forteller Strøm. Mange pasienter får i dag en viss opplæring av den behandleren de går til. Det nye med LMS er at brukerne selv er med å planlegge tiltakene - og her møter de fagfolkene på en ny og likeverdig måte. Fokuset er på hvordan brukeren selv opplever sin situasjon.

- Fagpersonen vet mye om hvordan en sykdom skal behandles. Brukeren føler behovene på kroppen og må stri med dem i hverdagen. Begge slags kunnskap må til for å gi et best mulig opplærings-tilbud, og begge må lære av den andre for at dette skal fungere, mener Strøm. LMS-arbeidet er gruppebasert, og pårørende som har vært med på et kurs deltar i utformingen av det neste.

- Slik kan nye kursdeltagere få et enda bedre tilpasset opplegg, påpeker Kari Strøm. Lærings- og mestringsenteret holder til rett innenfor hovedinngangen på Kristiansund sykehus, og skal betjene hele Helse Nordmøre og Romsdal. Mer informasjon finner du på www.helsenr.no eller ved å ringe senteret på telefon 71120995, eller e-post: lms@helsenr.no.



Kari Strøm, leder for Lærings- og mestringsenteret (LMS) i Helse Nordmøre og Romsdal.

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 sentre.

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

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

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



Elin Nøsen kom til Britt Fadnes ved psykiatrisk poliklinikk i Molde med utbrenthet etter en alt for hektisk jobb som grafisk designer i Oslo

– «Hva kjenner du i fotsålene?», spurte Kirsti. Jeg tenkte i mitt stille sinn at hun måtte være sprø: Det var jo i skuldrene og ryggen jeg hadde vondt. Men det viste seg at hun var ikke sprø....

Det sitter i fotsålene

AV BRITT THORESEN

prosjekt sammen med Britt Fadnes. Gradvis ble Ræstad bedre ved hjelp av øvelsene, men en dag kom en tydeligere aha-opplevelse.

– Før hadde jeg pleid å gå tur rundt et vann i nærheten, men hadde ikke greid den på lenge; den var for lang. Nå prøvde jeg igjen - fremdeles med smerter. Men så greide jeg å fokusere på den indre samtalen med hender og føtter, og oppdaget plutselig at jeg gikk smertefritt! Jeg kan ikke beskrive følelsen det ga meg. Da først forsto jeg at jeg hadde fått et verktøy for å komme ut av smertene og stivheten, sier Ræstad.

Aktiv bruk av ny kunnskap

Nå bruker hun denne indre samtalen dryppvis gjennom dagen, og merker en stadig bedring.

– Når jeg ble stresset knyttet jeg meg sammen, og greide ikke å slippe av igjen etterpå. Jeg gikk stram som en pinne med låste hofter, og pustet kun med øverste del av lungene. Kroppen ble liksom så fjern for meg, kunne ikke styre den slik jeg ville. Jeg merket det spesielt i jobben på grunn av stort ansvar. Men nå føler jeg at jeg takler stress mye bedre. I slike situasjoner bruker jeg ekstra doser av det jeg har lært, og det virker! Og når jeg er ferdig på jobb tar jeg ikke jobben «med hjem», slik jeg gjorde før. Jeg er blitt mye

tryggere på meg selv, slik jeg var for mange år siden, for problemene begynte, sier Marit Ræstad.



Mistet grensene

Mens Marit Ræstad kom til Kirsti Leira med fysiske smerter, kom Elin Nøsen (bilde) til Britt

Fadnes ved psykiatrisk poliklinikk i Molde med utbrenthet etter en alt for hektisk jobb som grafisk designer i Oslo. Grensene ble borte, og nå går hun på rehabilitering.

– Jeg opplevde ikke problemer med den fysiske balansen. Men jeg havnet i tankefloker; gjorde for mye på en gang. Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre først og sist. Nå prøver jeg å sette grenser, gjøre en ting om gangen og sette meg delmål, forteller Elin Nøsen. Hun begynte hos Britt Fadnes for et og et halvt år siden, og syntes med en gang konseptet var spennende.

Individuell tilpasning

I arbeidet til Britt Fadnes og Kirsti Leira er fysisk og tankemessig balanse del av samme sak, og selv om pasientene får individuelt tilpassede øvelser er hovedprinsippene de samme.

– Britt har pasienter med mange ulike problemstillinger, og det er ikke alt som trenger å være riktig for meg. Vi er i en dialog, og mine tilbakemeldinger blir seriøst vektlagt som en rettesnor for videre utvikling. Det har vært nødvendig for å holde ut i en såpass lang utprøvningsperiode, sier Elin Nøsen, som på mange vis måtte starte fra grunnen av.

Godt motivert

– Jeg trenger hjelp til å få selvfølgelighetene på plass igjen. Balanse og konsentrasjon er grunnleggende ting som folk flest har inne. Men når du blir utbrent, forsvinner alt. Man blir helt utladet. Det å tenke og fokusere må du øve på; få det inn igjen, som et lite barn lærer å gå. Det gjelder å finne igjen sin egen rytme – fysisk og psykisk, forklarer Elin Nøsen, som langsomt er i ferd med å gjøre nettopp det med hjelp fra Britt Fadnes.

– Det er veldig stor forskjell nå fra hvordan jeg hadde det for to år siden. Det å samle seg kroppslig oppleves som en nøkkel også til mental balanse. Det høres enklere ut enn det er og jeg trenger fremdeles å bruke mye tid og oppmerksomhet på å få det til. Men jeg er motivert til å øve, for jeg kjenner jeg er på rett vei. Dette skal jeg klare! ●



Billedtekst kommer fra Roland Mauseth



Balanse og angst henger sammen

Fagutviklingsprosjektet til de psykomotoriske fysioterapeutene Britt Fadnes og Kirsti Leira kan være et gjennombrudd innen behandling av pasienter med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Siden 2001 har de samarbeidet tett med den internasjonalt kjente professor i neuroanatomi Per Brodal.

Resultatene er langt bedre enn de noen gang har opplevd i sine vel 30 år i klinisk praksis. Dette gjelder om pasientene presenterer sine hovedplager som muskelsmerter, svimmelhet eller for eksempel angst.

– Dette er gjerne pasienter som føler kaos i hodet og stress i kroppen, og har veldig vanskelig for å få flyt i tankene. Kroppen er anspent; de er svimle og har dårlig balanse. Hvis jeg skulle beskrive det med få ord vil jeg si at de er usynkroniserte for seg selv, forteller Britt Fadnes ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk Molde i Helse Nordmøre og Romsdal. Kollega og samarbeidspartner Kirsti Leira driver privatpraksis på Batnfjordsøra. Gjennom øving av bestemte deler av den kroppslige balansen oppnås bedre mental kontroll.

Kroppslig balanse setter premisene

– Angst er en opplevelse av å tape kontroll, eller å være redd for å miste kontroll. Og det er akkurat det samme som skjer ved tap av kroppslig balanse, for eksempel når man er redd for å skli på glattisen, forklarer Britt Fadnes. Når den kroppslige balansen ikke er på plass, forstyrrer den det kognitive arbeidet – hvordan hjernen tenker. – Det å forstå betydningen av dette hadde vært umulig uten professor Per Brodals

gode veiledning. Vi har alltid tenkt at det må være en sammenheng, men det er først nå vi forstår mer av hvordan hjernen arbeider med dette, sier fysioterapeutene. Ved hjelp av ny kunnskap innen nevrobiologi og tålmodige pasienter som har stilt opp i utprøvningsperioden, får de oppsiktsvekkende gode resultater. Noen av disse ble nylig publisert i fagtidsskriftet Fysioterapeuten.

Enkle øvelser

– Pasientene kommer etter noen timer og forteller hvordan de organiserer hverdagen sin på en annen måte, sorterer bedre, tar lettere valg og føler seg mindre slitne. De begynner å bli mer synkroniserte, forteller Kirsti Leira. Hun og Britt Fadnes gir pasientene enkle og diskrete selvhjelpsovelser som de kan bruke hjemme, på jobb eller til og med mens de venter på bussen. Øvelsene er individuelt tilpassede, og fokuserer på å finne ro gjennom å være aktivt til stede i sine egne bevegelser.

– Jeg må fornemme at det jeg kommanderer mine føtter og hender til å utføre samsvarende med det jeg faktisk gjør. Det å kunne bestemme egne bevegelser, skaper ro, trygghet og tillit til seg selv. Det er enkelt og selvfølgelig for de fleste, men likevel så fremmed for mange og må læres, sier de to.



Britt Fadnes



Kirsti Leira

Må tenke nytt

– Vi forsøker å tenke nytt for å gi våre brukere bedre livskvalitet og utnytte ressursene bedre enn før, sier avdelingsjef Anders Pladsen ved Distriktpsykiatrisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal. Han mener resultatene som Britt Fadnes oppnår, er et eksempel på hva man kan få til når man tør å fokusere på fagutvikling. Da må man våge å prioritere innenfor de ressursene man har.

– Det ligger i navnet spesialisthelsetjeneste: Vår avdeling skal gi brukerne et spesialisert psykiatrisk behandlingstilbud som de ikke ville fått i primærhelsetjenesten, sier Pladsen, som påpeker at det har vært en trend de siste tiårene fra den gamle asyl-

psykiatrien med mangeårige innleggelsestilbud til at flere og flere kan få behandling ved en poliklinikk og bo hjemme eller i regi av kommunen. – Vi må sørge for at det er de riktige pasientene som blir innlagt i psykiatrien, og vurdere om polikliniske tilbud og samarbeid med kommunene kan være godt nok for andre. Dermed kan vi bruke flere ressurser på å heve kvaliteten vår, og på å gi et behandlingstilbud til grupper som tidligere ikke fikk god hjelp, påpeker Pladsen.



Avdelingsjef Anders Pladsen

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 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 distriktpsykiatriske sentre.

Brukarmedvirkning 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 brukarmedvirkning 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 brukarmedvirkning 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.

- Vi 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



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

fagpersoner er slik kunnskap en viktig ressurs.

Helse Midt-Norge har tatt mål av seg å ligge under landsgjennomsnittet når det gjelder bruk av tvang - noe de faktisk 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 brukarmedvirkning også vil være et viktig bidrag til å bryte barrierer og vinne forståelse psykisk helsevern.

– Vi må bidra til å fjerne fordommene 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.

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.

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 oppholds dager på sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern ikke øker.



Viktoria Iren sammen med mamma Runa og pappa Kjetil.

Et svangerskap med komplikasjoner

AV ROLAND MAUSETH

Det høres ut som en solskinnshistorie, og det er det jo også. Men underveis føltes det ikke slik. Kjetil hadde vært syk i lengre tid før diagnosen ble stilt. Han ble svært lett andpusten og hadde store problemer med å gå opp trapper og bakker. Da han fikk vite hva som lå bak, føltes det som et slag i trynet.

– Vi hadde hatt det tøft en lengre periode. Men i og med at jeg hadde begynt på skole og at vi ventet barn følte vi at nå var vi i ferd med å komme ovenpå igjen. Da kom diagnosen, forteller Kjetil.

Diagnosen var lymfekreft, og han ble lagt inn på Kristiansund sykehus med væske i lungene.

– Det var en vanskelig situasjon å takle. Du blir ganske rar i hodet når du får vite at du har en sykdom du kan dø av, sier 22 år gamle Kjetil. Han har en noe vilter og ikke helt rusfri fortid, og da kreftsykdommen kom blusset problemene opp igjen. Han reagerte kraftig, nektet å la seg behandle, stakk av fra sykehuset og dro til Sverige.

Morgenkvam ved sykesengen

– Jeg kom hjem etter tre dager og ble lagt rett inn – lå på intensiven i en uke, mens de tappet totalt 30 liter væske fra lungene mine, forteller han. Da veide den 185 cm høye gutten 55 kilo.

– Jeg tror de rundt meg hadde det verre enn meg, mener Kjetil selv. Runa tilbrakte det mesteparten av sin tid nede på sykehuset i den første perioden – mens hun selv gikk med morgenkvam. Det var en vanskelig tid. Kjetil ble sendt til strålebehandling ved St. Olavs hospital en rekke ganger, og gikk i tillegg til annen kreftbehandling og oppfølging ved kreftpoliklinikken på Kristiansund sykehus, hvor han tilbrakte mye av tiden sin. Og behandlingen ga etter hvert resultater.

Besteforeldre in spe

– Da vi fikk vite at svulsten var på vei ned, kunne vi leve mer normalt, forteller Runa, som etter hvert måtte begynne å fokusere på sine egne utfordringer.

Fødselen varte i over 15 timer, men på slutten skjedde det hele så fort at den vordende barnefar resolutt ble sendt på gangen. Straks etter plumpet 49 cm lange og 2900 gram tunge Viktoria Iren ut.

– Da Viktoria ble født, sa personalet både på kreftpoliklinikken og på medisinsk sengepost at ”vi er nesten blitt besteforeldre” sier Runa og Kjetil, som skal ta en tur innom for å vise frem ”barnebarnet” i nærmeste fremtid.

– Kreftpoliklinikken er det beste stedet vi har vært, og personalet der er skikkelig blide. De har vært kjempegreie, sier begge to, som allerede har fått betydelig erfaring med å skifte bleier.

Det nydeligste fra begge

– Jeg har skiftet syv stykker, forteller Kjetil stolt.

– Jeg skal ikke si hvor mange jeg har skiftet, kommer det tørt fra Runa. Hun legger til:



3 uker etter at Runa og Kjetil fikk vite at de skulle bli foreldre fikk Kjetil beskjed om at han hadde fått kreft. 10 måneder senere ligger lille Viktoria Iren på fanget til pappa, som har overvunnet sykdommen.

Samarbeid gir bedre kvalitet



Et banebrytende samarbeidsprosjekt mellom Lindrende enhet ved Kristiansund sykehus og Aure, Averøy, Frei og Kristiansund kommuner skal gi økt kompetanse i behandling av alvorlig kreftsyke mennesker.

Medisinsk prosjektansvarlig Oluf Herlofsen

– Det er etablert et samarbeidende kompetansenettverk mellom kommunene og sykehuset, forteller seksjonsoverlege Oluf Herlofsen ved medisinsk avdeling på Kristiansund sykehus. Ved hjelp av videokonferanse skal utvalgte medarbeidere i kommunene kurses parallelt på lindrende behandling. Samarbeidet vil gå mellom hver av kommunene, og mellom kommune og sykehus. Målet

er å øke kompetansen hos personell på sykehjem og i hjemmesykepleien. – Dette vil bidra til et kvalitativt bedre tilbud nært pasientens hjemsted. For lindrende enhet på sykehuset vil det gi ytterligere kvalitetsheving, og et bedre samarbeid med primærhelsetjenesten, forklarer Herlofsen, som er medisinsk ansvarlig for prosjektet. Staten har bevilget

15 millioner til slike tiltak i 2004, og Helse Midt-Norge har tildelt dette prosjektet 1,65 millioner av disse pengene. Prosjektet startet opp i august og vil pågå i et års tid fremover.

– Vi ønsker også å være med å legge til rette for at de kommuner som ønsker det, kan opprette lindrende senger på sykehjem, opplyser Herlofsen.

Lokalsykehusene skal skape trygghet

Pasientenes behov endrer seg. Sykehusreformen endret ansvarsforholdene. Den medisinske utvikling gir nye muligheter og spesialiseringer. Dette bidrar til en stadig utvikling av våre sykehus. Hvor vil denne utviklingen ta oss?



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.

AV OLE KNUT ALNÆS

– 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.

Våre lokalsykehus er langt fra det samme som de var for 10-20 år siden. – Det har vært en dramatisk utvikling, både innen hva sykehusene gjør og hvordan de gjør det, også hvordan pasientene bruker sykehusene. En målbar effekt er den store økningen i antall pasienttransporter. Vi flytter de oftere med fly og helikopter, og slik blir avstanden mellom sykehusene mindre og mindre, sier Thoresen.

I tillegg er økningen i spesialister tydelig, og dette er en medisinsk trend som fortsetter.

Mer behov for omsorg

Ingen kan spå om fremtiden, men vi drister oss til å be fagdirektøren (som også er mage og tarmspesialist) om å bruke magefølelsen og fortelle hvordan

han tror at regionens lokalsykehus vil se ut om fem år? – Jeg ser konturene av et sted hvor man kan gi akutt hjelp hele døgnet, og raskt flytte videre de pasienter som trenger det, sier Thoresen. Han legger vekt på at det er pasientenes behov som er avgjørende. – Jeg er tror at lokalsykehusene fortsatt skal ha spissfunksjoner, men ikke nødvendigvis innenfor kirurgi, slik de har i dag. Det bør bli mer mot omsorg, rehabilitering, opptrening eller for eksempel et best totaltilbud for eldre, eller spesialisering innen funksjonsforbedring for en gitt pasientgruppe.

Vi blir stadig flere eldre. Dette er en pasientgruppe med sammensatte behov. – Bildet jeg ser for meg er en eldre pasient som har funksjonsproblemer, hun trenger litt behandling på sykehus, litt institusjon og vil være mest mulig hjemme. Disse pasientene ønsker i minst mulig grad å reise, men selvsagt trenger også eldre avansert hjelp, og må da fraktes til spesialister. Det samme gjelder

flertallet av de fødende som trenger trygghet for at de blir mottatt og får den omsorg og behandling de trenger uten å måtte reise langt. De som trenger spesialister må selvsagt flyttes.

Flere behandlere på lokalsykehusene

Et tema som har vært mye oppe i debatten om lokalsykehusene er frykten for at de skal nedbemannes. Hva tror Jan Eirik Thoresen om det? – Hvis vi får til en riktig balanse mellom omsorg og spesialisering forventer jeg at vi får flere behandlere desentralisert. Vi får nok en annen sammensetning av de ansatte, men det blir ikke noe nedbygging. En slik omstrukturering handler mye mer om økt kvalitet for pasientene enn om å spare penger.

– Mitt hovedbudskap er at sykehusene helt sikkert kommer til å utvikle seg. Derfor må vi alle bidra til å styre denne utviklingen til det beste for pasientene, avslutter Thoresen.

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.

AV JOHN HOLLEN

Det er et faktum – selv om det ikke er spesielt hyggelig å innromme – at samhandlingen mellom ulike sektorer innenfor helsevesenet ikke er som den burde være. Det mener rådgiver 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.

Kampen mot ventelistene har fått mange sykehusavdelinger til å tenke kreativt. Radiografene på Kristiansund sykehus har latt seg inspirere av frisøren på hjørnet, og tar i mot pasienter på drop-in.

Røntgen på timen

Av JULIE HELVIC



Harald Ulimoen trengte ikke vente mer enn ti minutter på venteværelset på røntgenavdelingen. På vel en time hadde han både vært hos legen og tatt røntgen på sykehuset.

Harald Ulimoen (55) er blant dem som kommer til røntgenundersøkelse på Kristiansund sykehus, uten avtale.

- For meg er det helt fantastisk. 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. Det er fint å slippe å avbryte jobben mer enn én dag, forteller Ulimoen like etter at han har tatt røntgenbilder av en vond hånd.

Ulimoen trengte ikke å tilbringe mer enn ti minutter på venteværelset før alle håndens bein er gjennomført av røntgenstrålene.

Timefoto

Radiologisk avdeling ved Kristiansund sykehus har arbeidet svært målbevisst for å kutte ventetidene. Det var som et ledd i dette arbeidet at avdelingen åpnet for drop-in-røntgen i november i fjor. Pasientene kan møte opp til røntgenundersøkelse når det passer dem best, alle virkedager mellom åtte og tre. I mars kom 250 pasienter inn til drop-in, noe som kan gi 3000 slike undersøkelser i løpet av ett år.

- Pågangen varierer fra dag til dag. Enkelte dager kan det være litt ventetid, men det normale er at pasientene får undersøkelsen unnagjort på under en time, forteller avdelingsleder Odd E. Hanneseth.

Alle konvensjonelle røntgenundersøkelser, slik som bilder av rygg, nakke, hender, føtter og hofter, kan gjøres på drop-in. Kvaliteten på undersøkelsen er den samme som før, den eneste forskjellen er at nå kan du

komme når du selv vil. Pasienter som trenger CT, ultralyd, eller mage/tarm- og nyreundersøkelser må fortsatt bestille time via sin fastlege. Dette er fordi slike undersøkelser krever at en radiolog vurderer henvisningen og er til stede, mens konvensjonelle røntgenundersøkelser kan utføres av en radiograf.

I fjor foretok Radiologisk avdeling ved Kristiansund sykehus 28 000 undersøkelser. I år har avdelingen klart å øke driften ytterligere.

- Januar og februar var svært aktive måneder. Holder vi effektiviteten like høyt resten av året, vil vi øke antall undersøkelser med 8000 i forhold til i fjor, sier Hanneseth.

Ingen "offh-ere"

Kristiansund sykehus har fire undersøkelsesrom for konvensjonell røntgen, ett for ultralyd og ett for CT. Et av undersøkelsesrommene brukes til drop-in, mens de øvrige er for timebestillende eller innlagte pasienter. På under et år er ventetiden på timebestilte undersøkelser kortet ned fra to måneder til to uker.

- Vi utnytter kapasiteten maksimalt nå. Skal vi øke volumet må vi ha flere radiologer.

Jeg følger opp timeboka og fyller opp med tidlige timer der det er hull, bemerker Hanneseth.

Avdelingslederen setter opp programmer for hvert undersøkelsesrom. Slik oppdager han hvor det finnes ledig kapasitet og kan utnytte smutthullene til det fulle.



Avdelingsleder Odd E. Hanneseth tror de kan øke antall undersøkelser med 8000 i forhold til i fjor.



- Etter mange år med mangel på radiografer, er vi nå fullt bemannet. Det gir mindre vaktbelastning som igjen gir liten fraværspersent. Vi er faktisk nede i 1,9%.

- Etter at vi fjernet hjemmekvartalsystemet og gikk over til døgnvakter, er vaktbelastningen blitt mindre. Småsykemeldingene er helt forsvunnet. Vi er en liten og sammensveiset familie. Alle har fått uttale seg om prosessene, personalet har vært med hele tiden. Det gjør at vi ikke har noen "offh-ere", forteller Hanneseth.

Tomt for filmrull

I perioder har radiografene ved Kristiansund sykehus drevet avdelingen uten å ha radiologer å støtte seg til. Radiologene holder til på Molde sjukehus og kommer reisende over fjellet. Alle røntgenbilder må tolkes av radiolog, men radiografene i Kristiansund vet å få unna annen type arbeid på egen hånd.

- Vi har større frihet og flere fullmakter enn radiografene ved mange andre sykehus. Vi jobber selvstendig, og det er både effektivitet og kvalitet over det arbeidet vi gjør. Vi har dessuten et svært godt samarbeid med radiologene i Molde, understreker avdelingslederen.

I to år har radiografene ved Kristiansund sykehus hatt et heldigitalt røntgenapparat på avdelingen. Alle sykehusene i Helse Midt-Norge har nå et felles røntgen-informasjons-system. Like etter at en undersøkelse er utført i Kristiansund, kan radiologene i Molde få opp bildene på sin skjerm og tolke dem derfra. Røntgenbildene legges inn i en felles database og kan hentes fram når som helst.

- Digitalisering gjør at arbeidet med kjemikalier og filmer er helt borte, arbeidsrutinene er blitt mer effektive.

Vi leter aldri etter bilder mer, og det sparer vi mye tid på, påpeker Odd E. Hanneseth. ●

FAKTA:

Ventelister

- Gjennomsnittlig ventetid i HMN er nå 96 dager (pr 31.07.04). Før helse-reformen startet i 2002 var gjennomsnittet 320 dager. Ventetiden er altså redusert med over 70%.

- HMN har et uttalt mål om at den gjennomsnittlig ventetiden skal være 85 dager i løpet av 2004.

- Antall pasienter som har ventet i over et år på behandling i HMN, er redusert med 94% de siste to årene, men det er fortsatt 713 pasienter i denne gruppen.

- Gjennomsnittlig ventetid i de ulike helseforetakene: Helse Sunnmøre 75 dager Helse Nordmøre og Romsdal 90 dager Helse Nord-Trøndelag 78 dager St. Olavs Hospital 110 dager

(Kilde: Helse Midt-Norge)

Angriper ventelistene

Flere av sykehusavdelingene i Helse Midt-Norge har satt døgnnet på hodet, tatt i bruk ny teknikk og kappet ventelistene av ved roten.



Avdelingsjef Kjell-Morten Møen forteller at de har gjort prosessene mer effektive og de har bedret rutinene slik at de har kuttet ventelistene og behandler flere pasienter.

sjonen en kveldspoliklinikk, og sykehuset gikk til innkjøp av en ny MR-maskin. Fire måneder senere var ventetiden på MR-undersøkelser nede i null.

- Nå er ventetiden på tre til fire uker. Det er uansett veldig lite i forhold til hva vi hadde før, understreker Inge Lode.

Trass i korte ventelister har ikke seksjonen merket et spesielt påtrykk fra pasienter fra andre deler av landet.

- Enkelte pasienter kommer langveisfra fordi de har hørt at vi har korte ventelister. Men det er ikke så mange, sier Lode.

Førstemann ut

Som de første i landet begynte kirurgene Karsten Vada og Jan G. Mjones ved Sykehuset Levanger å operere for størret prostata med laser i desember i fjor. Kirurgene har gjennomført rundt 60 laseroperasjoner så langt.

- Den tradisjonelle metoden fører til flere komplikasjoner og gjør at pasientene må bli på sykehuset noen dager etter operasjonen. Lasermetoden gjør at pasientene kan reise hjem samme dag, eller dagen etter. Dette frigjør sykehusressurser, forklarer Karsten Vada.

Den nye metoden gjør at kirurgene kan utføre flere operasjoner enn før. Ventetiden på laseroperasjon er på ca. tre måneder, og sykehuset får henvendelser fra pasienter øst og sør i landet.

- Hvis dette viser seg å være metoden for framtiden, vil vi ikke være alene om å utføre denne operasjonen lenge, spår Vada.

Øyeavdelingen ved St. Olavs Hospital har kuttet ventelistene på polikliniske undersøkelser og dagkirurgisk behandling, trass i at avdelingen mottar flere pasienter enn tidligere. Ventetiden for de fleste operasjonene er nå på én til tre måneder.

- Vi har forbedret rutinene. Spesialutdannede sykepleiere tar mye av forundersøkelsen før pasienten kommer inn til lege, noe som gjør prosessen mer effektiv. Dessuten ringer vi til pasientene for å fylle opp ledige timer, forklarer avdelingsjef Kjell-Morten Møen.

Avdelingsjefen tror ikke ventetiden på øyeavdelingen kan reduseres ytterligere.

- Vi har vært den flinkeste gutten i klassen, og de lave ventelistene har nok gått på bekostning av forskning. Framover bør vi nok prioritere dette og opplæring av pasienter og pårørende, vel så mye som ventelistene, mener Møen.

Nede i null

Inge Lode er seksjonsoverlege ved MR-seksjonen ved Røntgenavdelingen ved Ålesund Sjukehus. I august 2002 hadde seksjonen en ventetid på nesten et år på uprioriterte undersøkelser. Da åpnet sek-

Kortere ventetid – 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 tre måneder.

Av TOR HARALD HAUKAAS

Fortsatt er det 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.

Oppgaven 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), 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 uforsvarlig, 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**

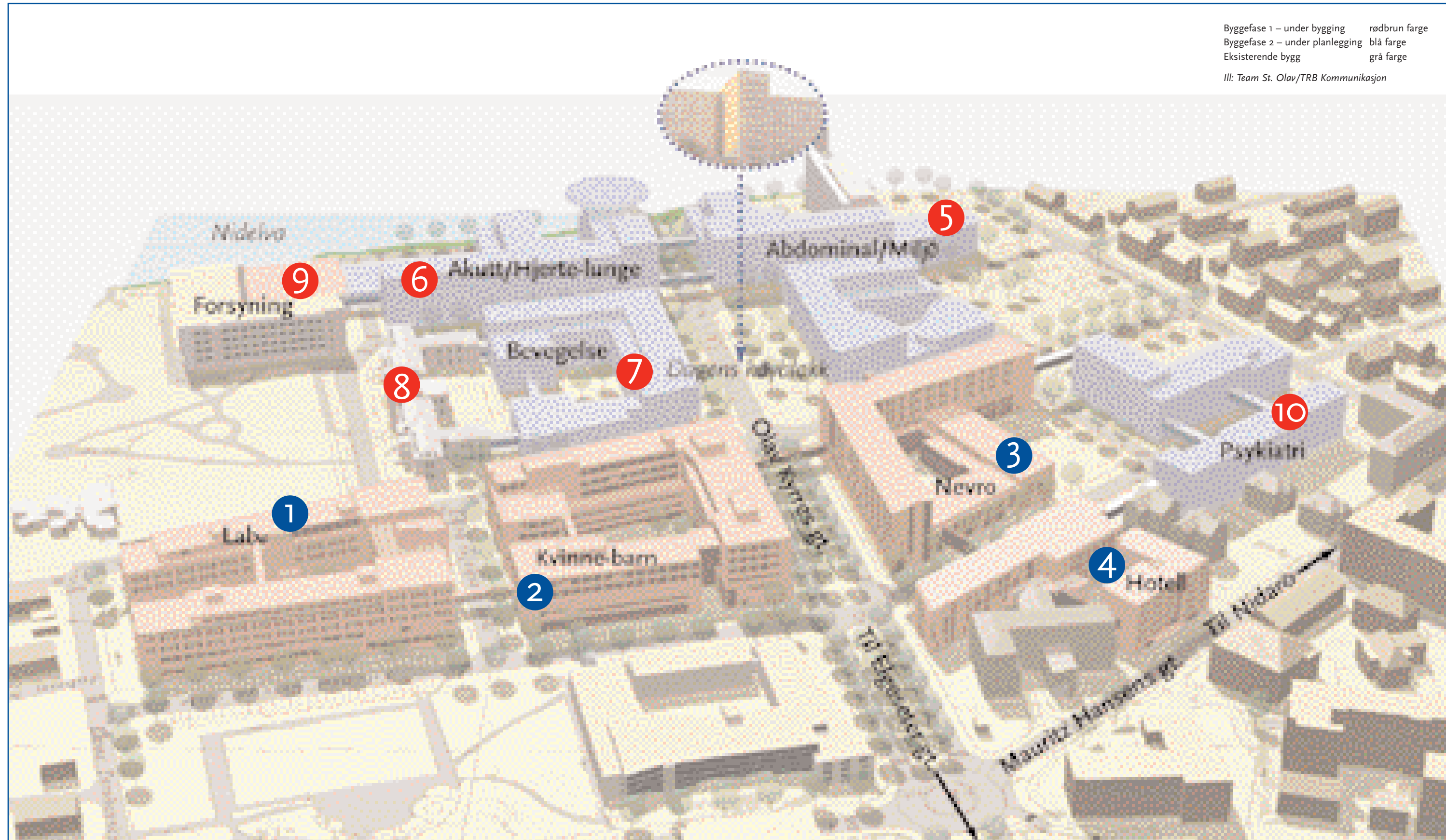
Telefontjenesten er gratis og åpen alle hverdager fra kl. 08.00 til 15.00.

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 Nevrosenteret**
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



Byggefase 1 – under bygging rødbrun farge
Byggefase 2 – under planlegging blå farge
Eksisterende bygg grå farge
Ill: Team St. Olav/TRB Kommunikasjon

Byggefase 2

I fase 2 gjøres sykehuset ferdig. Etter styrevedtak i Helse Midt-Norge skal det til sammen bygges 194 000 kvm på Øya. Psykiatriutbyggingen kommer i tillegg hvis den blir vedtatt. 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.

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 akuttmodtak og helikopterplass, AMK-sentral, legevakt og skadepoliklinikk. Hjertermedisin, lungemedisin, hjerte-, lunge- og karkirurgi, samt thoraxkirurgi (brystkasekirurgi). Akutt og Hjerte-lunge oppføres i ett bygg.
*Byggestart: januar 2007
I bruk: juli 2010*
- 7 Bevegelsessenteret**
Ortopedi, revmatologi og plastisk kirurgi. Fysio- og ergoterapi. Basseng.
*Byggestart: juli 2006
I bruk: januar 2010*
- 8 Administrasjonssenteret**
Administrativ ledelse, klinisk service, helseressurssenter, 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*

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 høyblokka. 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.

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 ubekvem 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).



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 fargekodning 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-mønstre. 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.

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 kriserområder. 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.

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 uverdigg 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



– 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

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 direktør 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.



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,

barnekirurgi, generelle barnesykdommer, nyfødt intensiv og tung overvåking for større barn. I tillegg kommer mottak med observasjonssenger, samt en enhet for barne- og ungdomspsykiatri uten egne senger.

Etter omorganiseringen forsvinner skillet mellom inneliggende pasienter, daggpasienter og poliklinikk. Det betyr at barna får et samlet tilbud i kjente lokaler, og møter det samme personalet ved hvert besøk.

Omstilling krever planer

– Jeg har ingen tro på at nødvendig omstilling "går seg til" hvis man nøyer seg med å flytte gammel organisasjon inn

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 flytene allerede neste høst. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD

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 Annlaug 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 Helse Midt-Norge. Slik kan brukerne påvirke utviklingen av spesialisthelsetjenesten.



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

– 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

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: Annlaug 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 Bødkersgt. 15, 6508 KRISTIANSUND

Helse Sunnmøre
Leder: Astrid Aarø Engen
6146 HEIM

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

Sykehusapotekene i Midt-Norge
Leder: Paula Iren Bø Syrstad
Strandveien 46, 7224 Melhus

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

ANNONSE
gratulasjonsannonse helsebygg

halvside

- 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 lesund, 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

KLP
FORSIKRING
For dagene som kommer

SYKEHUSAPOTEKENE I 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 proutviklingen 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 månedebeleg i tillegg.

Mange av dine kolleger har forenget tatt imot dette tilbudet. For deg som ennå ikke har gjort det, er det bare å omære deg med tålmodighet. Vi kommer tilbake med tilbud når proutviklingen er på ett gunstige!



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

Å se muligheter



skaper resultater

KPMG er et 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 Bredalev. 13, N-7374, tlf 72 40 82 20

Molde: Jubelundvn. 47, N-6412, tlf 71 20 27 00 Ålesund: Klaus Nilensgt. 4, N-6003, tlf 70 90 31 00

www.kpmg.no

REVISJON • SKATT • RÅDGIVNING



Norges laveste?

Med et historisk lavt rentenivå, kan det være fornuftig å binde renten på boliglånet nå. Fastrentelån gir forutsigbarhet i privatekonomien 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. Nominal rente 2,75% for lån inntil kr 500 000 over 10 millioner. Effektiv rente er beregnet for et lån på 10 millioner over 15 år inkludert etableringsomkostninger kr 1 000, og terminomkostninger kr 30.

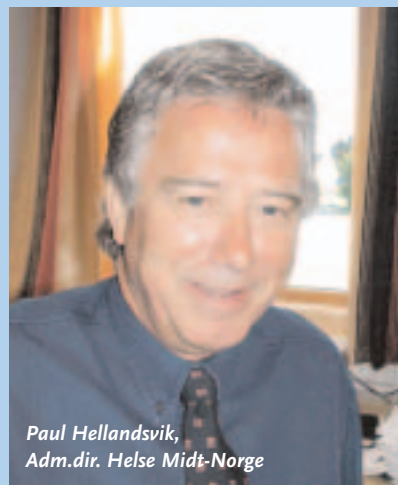
Effektiv fast rente

4,15%*

* Pris per 2/9-04. Nominal rente 4,00% for 2 års fastrentelån inntil kr 500 000 over 10 millioner. Effektiv rente er beregnet for et lån på 10 millioner over 15 år inkludert etableringsomkostninger kr 1 000, og terminomkostninger kr 30.

Fokus Bank

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 prosent i gjennomsnitt og koen av pasienter er redusert betydelig. Aldri noen gang har så mange pasienter fått behandling som de siste to årene. Vi arbeider for at å få mer helse ut av hver krone på våre budsjetter. 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 ønsket 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 krefitkirurgien 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 et eksempel på dette.

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

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.

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.

– Dette er bare fortroppen

Nettopp derfor ser han poenget med å ha et eget brukerutvalg innen rusforetaket,



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

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 fotgjengerfelt 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 på 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. ●