

Hjertebarnet Ida

side 6-7

Pasient i psykiatrien
side 4-5

Kutter i ventetidene
side 10-11

Sjekk rettighetene dine
side 12-13

Et topp moderne sykehus
side 14-18

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 distriktspyskiatriske 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 uverdig 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 uverdig 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 kommunehelsetjensten og oss. I regionen for øvrig er det nå langt færre pasienter som må ligge i korridorene 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 samlar 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. Kompetanscheving, 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


Roar Arntzen
Adm. dir.
St. Olavs Hospital

Kjemper mot kreften

Først ble det ene brystet operert vekk. Så forsvant håret under cellegiftkuren. I høst akter Anne Merethe Petersen å starte på ny frisk.

AV STURE LIAN OLSEN

– Da hårdottene begynte å løsne, det skjedde allerede etter den første cellegiftkuren, tok jeg like godt høvelen og barberte av meg alt. Parykk ble bare plagsomt, så jeg gikk mye med hatter og capser i vinter – til siste kuren var over, og håret begynte å vokse ut igjen. Nå er håret like fint. Jeg har faktisk fått krøller! Men brystet får jeg aldri tilbake.

Den 42 år gamle tobarnsmoren Anne Merethe Petersen fra Namdalseid har vært gjennom fire runder med cellegift, hun har fått operert bort det ene brystet, og nå er hun i gang med stråleterapien ved Kreftavdelingen på St. Olavs Hospital. Stråling nr. 17 står for tur, hun er akkurat halvveis.

– Jeg er inne til stråleterapi hver dag. Det er fort gjort, hele prosessen tar bare 10–20 minutter. Mitt "tilfelle" ligger ferdig programmert i maskinen. Selve strålingen kjennes ikke. Du er bare litt slapp etterpå, og etter mange strålinger kan huden bli rød og hoven. Noen får blemmer, men jeg har sluppet lett. Det hjelper å smøre huden og legge saltvannsomslag. Stråleterapien er mest av alt en tålmodighetsprøve.

En liten hybelleilighet

Anne Merete reiser hjem i helgene. Da har hun "fri" fra sykehuset. Men hverdagene tilbringes på St. Olavs Hospital. Hun bor i pasienthotellet like ved

Kreftavdelingen, disponerer en liten hybelleilighet – og har selskap av andre i samme situasjon.

– Fellesskapet er viktig. Det er godt å komme seg bort fra sykehusmiljøet av og til, så vi drar på turer. Kreftavdelingen har en bil vi kan låne. Vi samles til kaffe og vafler i Miljøhuset, av og til er det konserter i Kreftbygget, Arnsteins var her nettopp. Og så har vi fysioterapi hver dag. Man trenger opptrening også etter en brystkreftoperasjon.

Små kuler...

Anne Merete oppdaget brystkreften sjøl. I mai 2003 følte hun antydning til små kuler i det ene brystet. Mammografi- og ultralydundersøkelse ved sykehuset i Namsos avdekket imidlertid ingen ting. Det viste seg i ettertid at kreftforandringene var bitte små og vanskelig å oppdage. Men de utviklet seg raskt og slo seg sammen til en kul.

– En ny undersøkelse utpå høsten levnet ingen tvil; jeg hadde fått en svulst på 7,5 cm, og vevsprøvene viste at det var kreft. Da ba jeg om å bli behandlet ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Her har man et større fagmiljø og spesialkompetanse innen kreftbehandling.

Fire cellegiftkurer

Man startet med fire cellegiftkurer for å krympe svulsten. En time med drypp, én gang i måneden. Det var tøft. Jeg var



Etter at den siste cellegiftkuren var over begynte det å vokse krøller på Anne Merethe Petersens hode. – Men brystet får jeg aldri tilbake, sier 42-åringen. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

kvalm og uvel i fjorten dager etter hver behandling. I februar, da kreftsvulsten var krympet til 5 cm, ble jeg operert ved Kirurgisk avdeling. Man fjernet det ene brystet, og tok i tillegg bort 18 lymfekjertler. Det viste seg at seks av kjertlene hadde kreft. Det er grunnen til at jeg, etter at strålebehandlingen er fullført i midten av juni, skal gjennom nok en runde med cellegift.

Jeg føler meg trygg ved Kreftavdelingen, og følges ekstra tett, ettersom jeg har sagt

meg villig til å være med på et forskningsprosjekt.

Beinmargsprøver

Det tas regelmessige blodprøver, samt beinmargsprøver fra hofta, som fryses ned for sammenliknende analyser over tre til fem år. Provene kan være litt plagsomme, og jeg får noen ekstra dager på sykehus. Men jeg bidrar gjerne: Kanskje kan forskningsresultatene hjelpe andre med kreft?

Her på St. Olavs Hospital har jeg en fast

kontaktsykepleier, og hele familien har god støtte av kreftsykepleieren i Namsos. Det er godt å kunne snakke ut om sykdommen, ikke minst for yngstegutten, som er ti år.

Kampen mot kreften er hard, og den har mange runder. Jeg har felt atskillige tårer underveis.

Nå ser jeg fram til å bli ferdig. Jeg får en sommer med cellegift – men gleder meg veldig til høsten; da starter jeg på ny frisk! ●



– Jeg føler meg trygg ved Kreftavdelingen på St. Olavs Hospital, sier Anne Merethe Petersen. Hun følges tett av overlege Steinar Lundgren og kollegene hans. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

består av Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger samt distriktspyskiatriske 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 distriktspyskiatriske sentre.

HELSE SUNNMØRE HF

består av Ålesund Sjukehus og Volda Sjukehus samt distriktspyskiatriske sentre.



– Haukåsen fikk meg ned på jorda igjen, og brakte meg tilbake til nærmiljøet, sier Gunnar Bjørkhaug. I dag er han i full jobb. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

Nytt psykiatritilbud

Eldre slipper å vente i psykiatrien

Eldre sørtrøndere med psykiske problemer kan få tilbud om hjelp i løpet av ei uke. En ny alderspsykiatrisk poliklinikk på Østmarka har gjort det mulig å kutte kraftig i ventetida.

AV JØRN J. FREMSTAD

Med beina på jorda igjen

Som 18-åring ble han akutt innlagt på Haukåsen.

I dag lever Gunnar Bjørkhaug et godt liv med diagnosen manisk depressiv.

AV STURE LIAN OLSEN

– Jeg ser på Haukåsen som en service-stasjon der jeg har vært inne for å skifte olje. Haukåsen fikk meg ned på jorda igjen, og brakte meg tilbake til nærmiljøet. Men – uten å si noe galt om Haukåsen, oppholdene på lukket avdeling var nok nødvendige – det er det lokale nettverket; familie, venner, distriktslegene og oppfølgingen ved den psykiatriske poliklinikken i Orkanger, som har hjulpet meg mest.

Gunnar Bjørkhaug (37) bor i Meldal. Allerede som 18-åring fikk han diagnosen manisk depressiv og ble akutt innlagt på Haukåsen psykiatriske sykehus for første gang.

– Jeg gikk plutselig inn i en psykose. Det var en selsom opplevelse, et kaos av angst og vrangforestillinger. Jeg ville ikke høre på legen, nektet å ta medisiner, men etter en uke hjemme måtte far bare kjøre meg den tunge veien til Haukåsen.

På isolat

– Hvordan var møtet med et psykiatrisk sykehus?

– Det føltes forferdelig. Jeg ble lagt inn på Post 1, plassert på isolat og satt på en antipsykotisk medisin, Trilafon, som jeg tror er en saga blott i dag. Medisinen tok fullstendig motet fra meg, jeg ble ”firkantet” i hodet, stiv i kroppen og fikk spasmer. Miljøet på denne posten var også veldig preget av kontroll, det ble

drivet en belønningspsykiatri som føltes nedverdiggende. Dette inntrykket forsterket seg i mine senere møter med Post 1.

– Dette er en lukket akuttavdeling? Må det ikke bli slik?

– Jeg var sikkert ikke enkel å hanske med. Men jeg fikk helt andre opplevelser ved Post 2 på Haukåsen, som er både lukket og åpen: Der rådde det en helt annen filosofi; mykere, mer menneskelig og faglig kvalifisert.

Fram til 1996 tilbrakte jeg til sammen ett år på Haukåsen. Det lengste oppholdet varte tre til fire måneder.

Attføring og uføretrygd

Jeg ble uføretrygdet i 1994, etter å ha gått på attføring i ganske mange år. Jeg hadde gjennomført ett år på skole (helse- og miljøfag på videregående), og startet på et bioingeniørstudium. Men det ble for tøft.

I 1996 sto jeg foran et valg; enten råtne fullstendig bort – eller gjøre noe med det. Den psykiatriske poliklinikken i Orkanger ble et vendepunkt. Ingen ruvende institusjon, bare et lite kontor i en gammel bygning ved sykehuset. Men jeg ble fulgt opp av en dyktig spesialsykepleier i psykiatri. Hun konsentrerte seg om min virkelige verden – hverdagslivet – i stedet for å rote rundt i mine vrangforestillinger, og hun motiverte meg til å ta utdanning.

– Vi er trolig den poliklinikken i fylket med kortest ventetid, sier overlege Karen Marie Muus. Sammen med psykiatrisk sykepleier Heidi Wolden ble hun ansatt på senhøsten i fjor. Før den tid kunne det gå opp til sju uker å vurdere en søknad om behandling. I dag blir de fleste vurdert i løpet av et par dager, og pasienten får ofte et tilbud samme uke.

Slipper innleggelse

Målgruppa for poliklinikken er mennesker som trenger utredning/behandling etter å ha pådratt seg psykiske lidelser etter fylte 65 år. Undersøkelser viser at dette gjelder 20-25 prosent i denne gruppa. Tidligere var døgnavdelingen med 16 sengeplasser eneste tilbud, også for pasienter som egentlig ikke trengte å legges inn.

– Prognosen er god for de fleste som kommer tidlig under behandling. Jo

tidligere, jo bedre. Mange av de vi behandler poliklinisk blir også innlagt, men vi får iverksatt tiltak før symptomene blir alvorlige, opplyser Muus.

– Noen blir så friske av den polikliniske behandlingen at de slipper innleggelse. Å bli lagt inn kan i seg selv være en belastning, supplerer Wolden.

Teamet rykker også ut når behovet er der, enten det dreier seg om besøk hos pasienter eller veiledning og undervisning av personale ved sykehjem. De utreder, gir samtaletterapi og eventuell behandling med medikamenter.

Besøk i hjemmet

– Vi tilbyr hjemmebesøk i stor grad, fordi dette gir oss et bedre bilde av pasientens situasjon enn en konsultasjon på Østmarka, sier overlegen.

Aetat og trygdekontoret gikk, etter litt om og men, med på et støtteopplegg der uføretrygden lå i bunnen: I 1997 tok Gunnar to forkurs til ingeniørstudiet, og deretter gjennomførte han et treårig elektroingeniørstudium ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST).

Kjempeseier

Det var knallhardt, men Gunnar var sta – og eksamen ble en kjempeseier.

Tross gode karakterer på vitnemålet; arbeidsmarkedet høsten 2001 var labert, og det tok tid å finne en jobb. Men med litt bistand fra Aetat åpnet det seg en mulighet i Rindal:

– Våren 2002 begynte jeg ved bedriften ”Drengen”, som produserer brannvarslingsystemer for landbruket. Dette er en ønskejobb for meg, der jeg kan kombinere elektrotroutdannelsen med praktisk snekkererfaring.

Mindre medisin

– Du er endelig frisk og i full jobb? – Jeg besøker distriktpsykiatrien (DPS) i Orkanger annenhver måned. Jeg bruker medisin, men har kuttet ned i vinter, og håper å være medisinfri om noen år. Jeg har ymse erfaringer med medisiner, men en del av den nye medisinen er veldig ok, den fungerer for meg. Det mentale



Gunnar Bjørkhaug besøker Orkdal DPS annenhver måned. Her i samtale med enhetsleder Marit Drugli Sund. Foto: TORSTEIN DALEMARK

systemet er stabilisert, jeg sliter ikke lenger med de voldsomme svingningene.

– Til høsten åpnes et nytt, stort DPS i Orkanger, et psykiatrisk lokalsykehus. Skulle du ha ønsket deg noe sânt, den gangen det røynt på som verst?

– Det er fint med den lokale tilhørigheten. Men jeg ville nok vært i tøffeste laget for et DPS. Jeg hadde nok havnet på Haukåsen, likevel. Nå tror jeg imidlertid at sjansen er liten for nye innleggelsler. Sânt bekymrer meg lite. Jeg er en frimodig mann som lever i nuet. Og nå har jeg det bra. ●

Økt kapasitet

Stadig flere barn og ungdommer får hjelp ved BUP-klinikk. 1800 fikk et tilbud i 2003, mot 1443 året før. Tallet på henvisninger steg med hele 42 prosent. Dette har – tross økt bemanning og effektiviserings tiltak – ført til den lengste ventelisten i BUP-klinikkens historie. Ved utgangen av 2003 sto ca. 200 på venteliste. En ny poliklinikk på Tiller (åpner rundt årsskiftet 2004/2005) vil bedre situasjonen.

Mange rammes

25-30 prosent av alle kvinner, 15-20 prosent av mennene, vil i løpet av livet utsettes for en depresjon som krever behandling. 10-15 prosent rammes av rusavhengighet, 10 prosent av angstlidelser. Schizofreni rammer bare 1 prosent, men behandlingen er krevende, og legger beslag på 50 prosent av ressursene i voksenalder psykiatrien. Av 100 pasienter henvises bare fem til psykiatrien, og de fleste av disse igjen behandles ved poliklinikk.

Siden poliklinikken ble opprettet har antall henvendelser til alderspsykiatrien økt med 30 prosent, men det er ønskelig med flere – og raskere – henvisninger fra hele fylket. Behovet er utvilsomt til stede. Særlig er distriktene underrepresentert i forhold til folketallet. Muus mener det kan virke som om eldre mennesker er underprioriterte i helsevesenet.

– Samfunnet går ut fra at det er normalt at eldre mennesker blir deprimerede og får angst, men det er ikke tilfelle. Vi har inntrykk av at over tre firedeler av pasientene som legges inn ved den alderspsykiatriske sengeposten er mye bedre når de skrives ut.

Opptreppingsmidler

– Hva er hovedårsaken til at så mange eldre rammes av psykiske lidelser?

– Kroppslig sykdom, som for eksempel demens og slag. Mennesker i denne aldersgruppa opplever mange tap. De mister førighet, slutter å jobbe og blir ensomme etter dødsfall i den nærmeste familie og vennekrets, sier Karen Marie Muus.

Ledelsen ved Post 5 på Østmarka har lagt ned mye arbeid for å dokumentere behovet for en slik poliklinikk, og gjennom opptreppingsplanen for psykisk helse ble det bevilget midler til totalt fire årsverk. Det betyr at staben blir utvidet med en spesialist i psykologi på full tid, og 50 prosents stillinger for en psykiatrisk sykepleier og en spesialutdannet ergoterapeut. Det er også meningen at de ansatte ved psykiatrisk poliklinikk skal kunne drive forskning innen feltet.

Store utfordringer

Det psykiske helsevernet i Midt-Norge står foran store utfordringer i årene som kommer. Opptreppingsplanen 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 opptreppingsplanen. 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.

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.



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

om egen situasjon og sine erfaringer. For 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 brukermedvirkning 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 familie, fremholder Vassenden.

Flere får hjelp

I fjor ble det registrert 4.822 innleggelsler relatert til psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, ifølge en rapport utarbeidet av Sintef. De samme tallene viser også at antallet planlagte innleggelsler ved St. Olavs Hospital økte med 19 prosent sammenlignet med året før, mens antallet akuttinnleggelsler 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 oppholdsdøgn på sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern ikke øker.

En liten kjempe

Hun kom til verden med en alvorlig hjertefeil. I løpet av sitt niårige liv har Ida Tervåg vært gjennom åtte store operasjoner og tilbrakt 21 måneder på sykehus.

AV STURE LIAN OLSEN

Ida er noe for seg selv, liker seg faktisk på sykehuset. Hun stiller gjerne først i køen når det skal tas blodprøve. Et lite stikk i armen er bare blåbær for Ida som har vært igjennom åtte store operasjoner; fire i hjertet, én i magen og tre i hjernen – pluss en rekke hjertekatetriseringer.

– Ida ble født med en alvorlig hjertefeil, forteller mamma Kristin Tervåg: Diagnosen, ”Truncus”, er sjelden, og Ida hadde dessuten en komplisert variant. Hovedpulsåren og lungepulsåren, som normalt skal gå til hvert sitt hjertekammer, hadde vokst sammen utenfor hjertet. De gikk inn som én blodåre, noe som har alvorlige følger, blant annet for oksygenmetningen ut i kroppen.

Tvillingsøstre

Ida ble født som tvilling, 6 uker før termin. Det kom som et sjokk da kardiologen, én uke etter fødselen, oppdaget at Ida hadde en meget alvorlig hjertefeil. Så bar det i ambulansefly til Haukeland i Bergen. 18 dager gammel gjennomgikk hun sin første hjerteroperasjon.

– Vi skjønte vel ikke alvoret før en sykepleier, like før operasjonen, tok oss til side i korridoren: ”Jeg anbefaler at dere doper barnet ...”.

Den replikken sitter i meg ennå. Men noen dåp var slett ikke aktuelt; det ville være å gi opp håpet. Ida skulle døpes sammen med søsteren sin.

For øvrig gjorde staben på Haukeland en kjempejobb, ikke bare med Ida; de var også veldig flinke til å støtte opp om resten av familien.

Tilbake til RiT

22. desember 1994, etter ca tre uker på Haukeland, var vi tilbake på Barneklinikken ved RiT (St. Olavs Hospital). Det ble en nedtur.

– På hvilken måte?

– Nytt miljø. Nytt personale.

Tor måtte tilbake på jobb. Jeg var nedslitt og ble sittende ”alene” på sykehuset med Ida som var veldig svak, og som måtte ha konstant surstoff og sondemating (som hun stadig spydde opp) døgnet rundt – og med søsteren Eirin, som også krevde sitt stell. Det ble for mye for meg, jeg brøt sammen. Pleierne burde nok gitt meg mer avlastning, men det skal også sies at sykehuset tok signalene på alvor: Vi fikk en fast, dyktig kontaktsykepleier (for hjertesyke barn) på Barneklinikken. Via henne fikk vi bistand av sosionom og psykolog, og vi ble fulgt opp av en fantastisk kardiolog – også etter at vi dro hjem til Buvika i februar 1995, med surstoffkolber, medisiner og sondematingsutstyr i bagasjen. Men det var tøft; hele livet kom til å dreie seg om Ida. Og tøffere skulle det bli. I mai var vi tilbake til kontroll på Haukeland. Alarmklokkene gikk, det ble to nye hjerteroperasjoner den sommeren, og vi ble boende på Haukeland til



Ett stikk i armen er ingen ting for Ida. Niårigen bare smiler når bioingeniør Gerd Skjemstad (t.h.) og assistent Trine Wangberg ved Avdeling for barn og ungdom tar blodprøve. Foto: TORSTEIN DALEMARK

slutten av september. Deretter ble det overflytting til Trondheim igjen. Men Ida ble ikke med oss hjem til Buvika før i slutten av februar 1996.

Tålte ikke lys ...

Vinteren 1997 ble Ida kjempedårlig. Hun fikk kramper, og tålte ikke lys. CT-undersøkelser avdekte bakteriefylte byller i hodet – trolig en bivirkning av hjertefeilen, skapt av urent, oksygenfattig blod. I løpet av noen uker gjennomgikk hun tre hjerneoperasjoner ved Nevrokirurgisk avdeling på RiT. Det gikk bra, nå gjenstår bare litt arrdannelse.

– Høsten 1997 satt vi hjemme i stua med en underlig følelse: ”Oj, dette begynner å likne på et normalt familieliv”. 1998 gikk

også fint (bortsett fra lungebetennelse, RS-virus og andre mindre komplikasjoner), dessuten fikk Ida og Eirin ei lita søster – Kaja.

Tidlig i april 1999 var tiden inne for den store hovedoperasjonen; inn-transplantasjon av en ”bit” lungepulsåre. Da var Ida blitt 4 1/2 år. Hele familien dro til Haukeland. Ida skjønte ikke vitsen, hun hadde det greit nok, hun visste jo ikke om noe annet liv...

11 døgn i respirator

Operasjonen var svært komplisert, men vellykket. Etterbehandlingen ble imidlertid forferdelig vanskelig; 11 dramatiske døgn i respirator, fulgt av en traumatisk opptreningsfase. Ida måtte lære å puste på en ny måte. Hun fikk en kraftig psykisk

reaksjon, lukket seg totalt, foreldrene ble møtt med hatefulle og anklagende blikk.

– Det tok lang tid før smilet kom tilbake. Men leketerapien på sykehuset var til stor hjelp, både for Ida og Eirin. Og det var stort da Ida skulle være med på 17. mai-feiringen det året. Hun satt i ei vogn, mens pappa gikk med surstoffkolben i en sekk på ryggen. Den dagen møtte vi mange sambygdinger med ekstra blanke øyne.

Trening og terapi

Ida har ikke hatt flere operasjoner etter at hun begynte på skolen. Kanskje blir det nødvendig med én hjerteroperasjon til før hun er voksen, sannsynligheten er nok stor for det. Ida kan ikke drive vanlig idrett, men hun har et fint treningstilbud

tilrettelagt av fysioterapeut, blant annet i bassenget ved Orkdal Sjukehus hver tirsdag. Hun er til jevnlig kontroll på Barneklinikken, hun følges opp av kardiolog og et tverrfaglig team – med barnelege, nevrologiske spesialister og psykolog. I tillegg går hele familien til terapi ved BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). Ida er sta og viljestærk, men det kan skorte på konsentrasjonen, og hun har problemer med kortidsminnet. Sondemating i nesten fem år har også satt sine spor, men spiseproblematikken bedres stadig.

Pusterom

– Idas sykdom har i hvert fall lært oss én viktig ting: Søk hjelp der hjelpen er å finne. Vi har god og trygg støtte i teamet

ved St. Olavs Hospital, vi har fast kontaktsykepleier (en dyd av nødvendighet) og ”direktelinje” både til kardiologen og vår psykolog ved BUP. Vi har fått god oppfølging fra sosial- og helseetaten i Skaun kommune, en enestående kommunikasjon med Trygdeetaten – og vi har lært mye gjennom Foreningen for hjertesyke barn, blant annet at barnas foreldre også trenger pusterom: En spaseretur utenfor sykehuset, et kinobesøk, kanskje til og med ei helg helt for seg selv.

Hjertebarnet selv, Ida, vil helst leke med søstrene. Hun er ikke særlig opptatt av sin egen, meget spesielle sykdomshistorie. Men hun vet godt hva hun skal bli: – Hjertekirurg, så klart. Eller hjernekirurg. Eller forresten; kanskje politi? ●



Hjemmekos med Shika er trivelig. Ida kan ikke drive vanlig idrett, men har et tilrettelagt treningstilbud. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

Kirurgi på barn

St. Olavs Hospital utfører de fleste typer operasjoner på barn – unntaket er barn med hjertefeil: go prosent av disse opereres i dag ved Rikshospitalet i Oslo. Barnekirurger står for utredning og oppfølging. I dag foregår operasjoner på barn ved den sentrale operasjonsavdelingen, men i det nye Kvinne-barnsenteret, som står ferdig våren 2006, blir det egne operasjonsstuer.

Trangt om plassen

Selv om Avdeling for barn og ungdom forsøker å legge forholdene til rette for barnas foreldre, med gjesterom, felleskjøkken og overnattingsmuligheter, blir det ofte trangt om plassen når firesengsrom fylles med foreldremadrasser på golvet. I Kvinne-barnsenteret blir det, når man ser bort fra intensivavdelingene, bare enkeltrom med plass til besøksseng.

Kontaktsykepleiere

er et tilbud til flere grupper av pasienter ved Avdeling for barn og ungdom, ikke bare hjertebarn, men også tidlig fødte, barn med sukkersyke og barn med revmatiske lidelser. Kontaktsykepleieren er en kontakt for barnas foreldre, et bindeledd ikke bare til sykehuset, men også mot primærhelsetjeneste, skole og sosialhjelp. Erfaringene er svært gode, og ordningen skal utvikles videre.



Tripp-trapp-tresko. Søstrene Kaja (foran), Ida og Eirin trives i hverandres selskap. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

Fingerspissfølelse

For snart ti år siden fikk han de første symptomene.
Terje Dahl trodde det var noe langt verre enn diabetes.

AV STURE LIAN OLSEN

– Jeg følte meg trett, særlig etter måltidene, var stadig tørst og plaget med tåkesyn. Dessuten hadde jeg smerter i brystet. En gang kjørte jeg hjem fra hytta på Frosta i panikk, trodde jeg hadde fått hjerteinfarkt. Etterpå kjøpte jeg et blodtrykkapparat, satte i gang å måle da neste anfall meldte seg – og registrerte et blodtrykk på 230. Så ble jeg enda mer skremt.

Diabetesskolen

ved St. Olavs Hospital har vært drevet i mange år – som et oppfølgingstilbud til diabetikere. Kursene, som går over et par dager, tar ca. ti timer, og deltagerne får råd om medisinbruk, kosthold, livsstil etc. av lege, sykepleier, dieteriker, fysioterapeut, fotterapeut med flere. Kunnskap og utveksling av erfaringer er viktig, da diabetikere flest står for den daglige behandlingen "på egen hånd".

80 prosent har type 2

Det er rundt 90 000 – 120 000 registrerte diabetikere, altså mennesker med såkalt sukkersyke, i Norge. Av disse har ca. 80 prosent diabetes type 2. Men det antas også at nesten like mange, kanskje nærmere 100 000, har diabetes uten å vite det.

De fleste av disse har en relativt beskjeden forhøyelse av blodsukkeret, uten typiske symptomer som sterk tørste, hyppig vannlating, slapphet etc.

Stadig flere

får diabetes; mellom 6 000 og 7 000 nordmenn årlig. 600 får diagnosen type 1-diabetes, deriblant 200 barn under 14 år. Diabetes 2 rammer for det meste personer over 40 år, og særlig de eldste. Antallet nordmenn med type 2-diabetes er firedoblet de siste femti årene, og diabetes har blitt en av våre alvorligste folkesykdommer. Diabetes øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, nyresvikt, hjerneslag m.m.

Jeg ler av det i dag, det jeg drev med var jo bare tull; legen sjekket hjertet, som fungerte helt fint, og ba meg hive hele apparatet. Men det ble aldri tatt noen blodsukkerprøve. Bjella ringte ikke. Det tok to år før man oppdaget hva som plaget meg. Jeg hadde utviklet diabetes 2, altså sukkersyke.

Terje Dahl (63) bor i Skjetnemarka. Han er blitt AFP-pensjonist, men var i mange år avdelingsleder (økonomi) ved seksjon for legetjenester ved Helsekontoret i Trondheim kommune, der han blant annet jobbet med etableringen av lege-sentre rundt om i byen. Det var en kollega på kontoret, kommuneoverlegen, som tilslutt reagerte på symptomene – og fikk tatt en blodsukkertest.

Trim og tabletter

– Jeg lå på 16,5, som var alt for høyt. Normalen er mellom 5 og 6. Fastlegen fulgte opp med en grundig undersøkelse; jeg fikk en kvart liter druesukkeropplosning å drikke, ventet i to timer, og så ble det tatt blodprøve. Blodsukkeret gikk ikke ned, diagnosen var klar.

Jeg visste lite om diabetes 2. Kjente ingen som hadde sykdommen. Men behandlingen var grei nok. Jeg måtte legge om kostholdet, mosjonere mer, gå ned i vekt og ta tabletter, *Metformin*, for å regulere blodsukkeret. Tablettene ga imidlertid bivirkninger, vekten raste fra 86 til 62 kilo, jeg spiste mye mindre og plagdes med magen. Etter hvert viste det seg også at sykdommen ble verre; i dag har jeg nesten mistet insulinproduksjonen i bukspyttkjertelen.

Over på insulin

Nå har jeg droppet tablettene og gått over på insulin, en kombinasjon av hurtigvirkende insulin og langtidsinsulin, som jeg "setter" på formiddagen og utpå kvelden.



Det gjelder å finne balansegangen og sørge for at blodsukkeret ligger på et jevnt nivå. Jeg var nylig et par dager på St. Olavs Hospital (Medisinsk avdeling/ Endokrinologisk poliklinikk) for undersøkelser og opplæring – og jeg skal tilbake for ytterligere oppfølging, blant annet for testing av langtidsblodsukkeret. Jeg er godt fornøyd med behandlingen, sykepleieren var flink til å forklare, og jeg kan bare ringe avdelingen om jeg har problemer.

Ellers går jeg til årskontroller hos fastlege og øyespesialist. Det er viktig. Sukkersyke øker risikoen for blant annet betennelser i øynene, hjerteinfarkt, nyreskader og ned-satt blodsirkulasjon i beina. Men diabetes 2 er ingen entydig sykdom, det er store forskjeller fra person til person.

Femti stikk – i uka

I det daglige står jeg for medisineringen selv. Det blir rutine. Jeg bruker blodsuktermåleren minst femti ganger i uka. Det er enkelt, et stikk i fingerspissen, en liten bloddåpe – og direkte avlesing på måleren. Insulinsprøytene er heller ikke noe som plager meg.

Blodsukkeret bør ligge rundt 5. Oppstår det avvik, kjennes det på kroppen. For høyt blodsukker gir lett hodepine. Faller blodsukkeret blir du irritabel, du får hjertebank og begynner å svette. Kona vet hva det dreier seg om, hun har diabetes 3.

– Diabetes 3?

– Det er sånne som bor *sammen* med en diabetiker. De merker også svingningene, og det kan nok, av og til, være litt

strevsomt. Det er enklere for meg, jeg har jo sykdommen å skylde på.

– Setter sukkersyken begrensninger på livet du lever?

– Nei. Jeg tar skiturer, drar på hytta og reiser til Syden. Jeg kunne for så vidt fortsatt vært i full jobb. Vi har et vanlig, sunt kosthold. Men vi unngår feit mat, og begrenser inntaket av poteter; det er fy-mat for en diabetiker.

Livet går stort sett som før. Men du skal ikke slurve: Blodsukkeret må passes og sprøytene settes til rett tid. Og så har jeg alltid litt "nødproviant" med meg; en boks Kjeft, noen sukkerbiter og litt kjeks, i fall det skulle oppstå en føling. •

Terje Dahl fryktet hjerteinfarkt, diagnosen var diabetes 2. Sykdommen setter ingen begrensninger for ham. Plenklippen går som en lek. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN



Diabetiker Terje Dahl er nøye med å måle blodsukkeret. – Livet går stort sett som før, men du skal ikke slurve, sier han. FOTO: GEIR OTTO JOHANSEN

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 innrømme – 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 å 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, ja – hvor dette skjer allerede i dag: 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 spesialistjenestene, sammen har et opplegg som på en riktig måte utfyller hverandre når det gjelder å ta vare på pasienten.

Sissel ser klart igjen

Grå stær gjorde at bokstavene fløt sammen i tåke for Sissel Kristiansen. To øyeoperasjoner seinere har hun fått et klart syn på livet igjen.

Av JØRN J. FREMSTAD

– Nå er jeg nullstilt. Jeg kjenner igjen folk på avstand og får øye på ting!

Sissel Kristiansen (58) smiler. Operasjonene fjernet grå stær – og nærsynthet tilsvarende like mye minus som en kald trøndersk vinterdag. Heretter trenger hun bare lesebriller.

– Ikke noe problem. Jeg har til og med begynt å strikke igjen. Før var det vanskelig å se mønsteret, så alt måtte være ensfarget.

Briller og kontaktlinser har Sissel brukt siden hun var 10-12 år, men på ferie hos

datteren i fjor sommer merket hun at noe var galt med synet. Bokstavene på store skilt fløt sammen i tåke, og endringene var så merkbare at optikeren ikke ville gi henne nye linser før hun hadde vært hos øyelege.

Fryktet svulst

– Legen sa at det var antydning til grå stær, men at det neppe var årsaken til plagene. Så ble jeg overført til St. Olavs Hospital, hvor jeg ble undersøkt av tre forskjellige leger. Den tredje fant ut at jeg var full av grå stær.

Operasjon

av grå stær foregår ved at øyets naturlige linse byttes med en kunstig linse. Kirurgen gjør et snitt på 2,75 millimeter i ytterkanten av hornhinna og åpner forveggene på linseposen. Så løsnes linsen fra posen, før den knuses ved hjelp av ultralyd og suges ut. Den nye linsen, med en diameter på 6 millimeter, brettes sammen og føres inn i linseposen, hvor den folder seg ut og blir liggende.

Grå stær

er en sykdom i øyet der linsen mister sin klarhet. Synet blir nedsatt, både på avstand og nært hold. Symptomene kan komme gradvis og nesten umerkelig, eller forverres raskt og gi merkbare forandringer på få uker. Som oftest vil begge øynene rammes over tid. Grå stær er svært vanlig blant eldre, og halvparten av 75-åringene har slike linseforandringer. Grå stær kan også oppstå på grunn av annen sykdom eller skade i øyet.

22. mars ble diagnosen stilt. 6. mai ble det første øyet operert, mens det andre ble ordnet 1. juli. Verst var ventetida fram til legene fant ut hva som feilte henne.

– Når de først fant problemet synes jeg ikke det tok lang tid, før det var det slitsomt. Jeg var bekymret. Fordi jeg var mye plaget av hodepine, var jeg nesten sikker på at det var en svulst som trykket på synsnerven. Redd for å bli blind var jeg også.

Lydbøker

Å ha grå stær kan sammenlignes med å se gjennom et vindu som ikke er vasket. Jobben som sekretær ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) ble vanskelig å utføre, fordi bokstavene på skjermen fløt sammen. Hjemme måtte den leseglade kvinnen bytte ut papir og trykksverte med lydbøker.

– Problemfritt var det heller ikke i de to månedene fra første til andre øye ble operert, fordi jeg fortsatt var kraftig nærsynt på det ene øyet. Selvfølgelig kunne jeg tenkt meg litt kortere tid



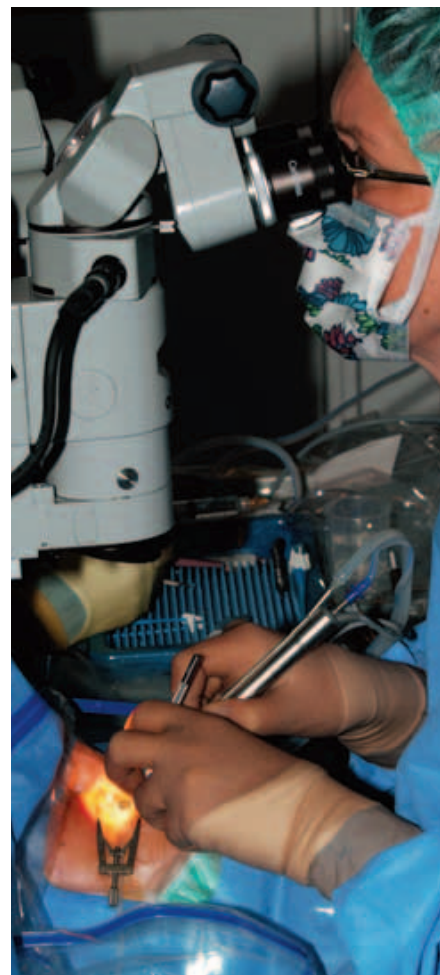
Grå stær flyr ut av ventelistene ved St. Olavs Hospitals øyeavdeling. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

mellem operasjonene, men det var vel fullt på sykehuset.

Kvitrende doktor

Å få noe på øyet forbinder de fleste av oss med ubehag, men Sissel så ikke ut til å ha noe i mot en halv time i kirurg Anne Lise Vies selskap. Noen dråper med bedøvelse – og vips kunne en kvitrende Vie bytte øyets naturlige linse med en kunstig en. Så var alt bokstavelig talt klart.

– Spent var jeg, men gruet meg ikke fordi jeg var glad noe skulle gjøres. Doktor Vie



Kirurg Anne Lise Vie opererer Sissel Kristiansens øye med millimeterpresisjon når den naturlige linsen skal erstattes med en kunstig linse. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

og sykesøstere på Øyeavdelingen ga meg en kjempemottakelse, og når doktoren prater hele tida går alt så fort.

– Jo, men var det ikke vondt?

– Vondt var det ikke. Lyset var skarpt med det samme, men så kjente jeg bare vannet som rant fra øyet. Etter den første operasjonen hadde jeg ingen betenkeligheter før inngrep nummer to, sier Sissel Kristiansen.

Heretter skal øynene få jobbe og ørene hvile når litteratur skal fordøyes. ●



Sissel Kristiansen har alt klart etter at kirurg Anne Lise Vie har fjernet grå stær fra det venstre øyet hennes. Foto: GEIR OTTO JOHANSEN

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. 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 behandlingsenhetene 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 helsefor-men 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.

Får øye på pasienten

Øyeavdelingen ved St. Olavs Hospital ser den enkelte pasient i ventelista. De siste tre årene er ventetida kraftig redusert.

For de fleste operasjoner må pasientene vente mellom én og tre måneder. Med det er Øyeavdelingen blant de med kortest ventetid ved sykehuset. Flere grep er gjort for å komme dit avdelingen er i dag.

– Medarbeiderne våre er flinke til å tette hull i timeplanen. Hvis en pasient melder avbud følger de opp og ringer andre pasienter som står i kø. Mer spesialiserte fagfolk, for eksempel leger som kun opererer grå stær, gjør også virksomheten mer effektiv. I tillegg har vi sendt pasienter med overflødig øyelokkshud og syns-

feltinnskrenking til privatpraktiserende øyelege eller selv satt i gang prosjekter på kveldstid, sier avdelingsleder og overlege Kjell-Morten Møen.

Pasienttilfredshet

Opprydning i ventelistene har gjort ventetidene mer reelle. For tre år siden kontaktet avdelingen 160 personer som hadde ventet i to år eller mer.

– 130 av dem hadde ikke lenger bruk for tjenestene våre, forteller fagansvarlig oversykepleier Guri Broum Olsen. Ifølge Broum Olsen er avdelingen opptatt av at

pasientene skal bli sett og hørt. Derfor gjennomføres det jevnlig undersøkelser på pasienttilfredshet.

– Det er viktig å få tilbakemeldinger som vi kan styre etter, mener hun.

Grensen nådd

I fjor gjennomførte Øyeavdelingen 19 000 konsultasjoner og 2 500 operasjoner. For ti år siden var tallene 15 700 og 1 600. Bemanningen har på langt nær økt i samme takt. Avdelingsleder Møen tror grensen for hva som er mulig å hente ut i effektivitet er nådd.

– Husk at vi er et universitetssykehus med mange funksjoner. Vi skal ta hånd om både enkle ting, og de mest kompliserte og ressurskrevende tilfellene som det blir flere og flere av. Som universitetssykehus må vi også prioritere forskning og utdanning, og da er jeg redd det vil gå ut over ventelistene, sier Kjell-Morten Møen.

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), 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. Blir 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.

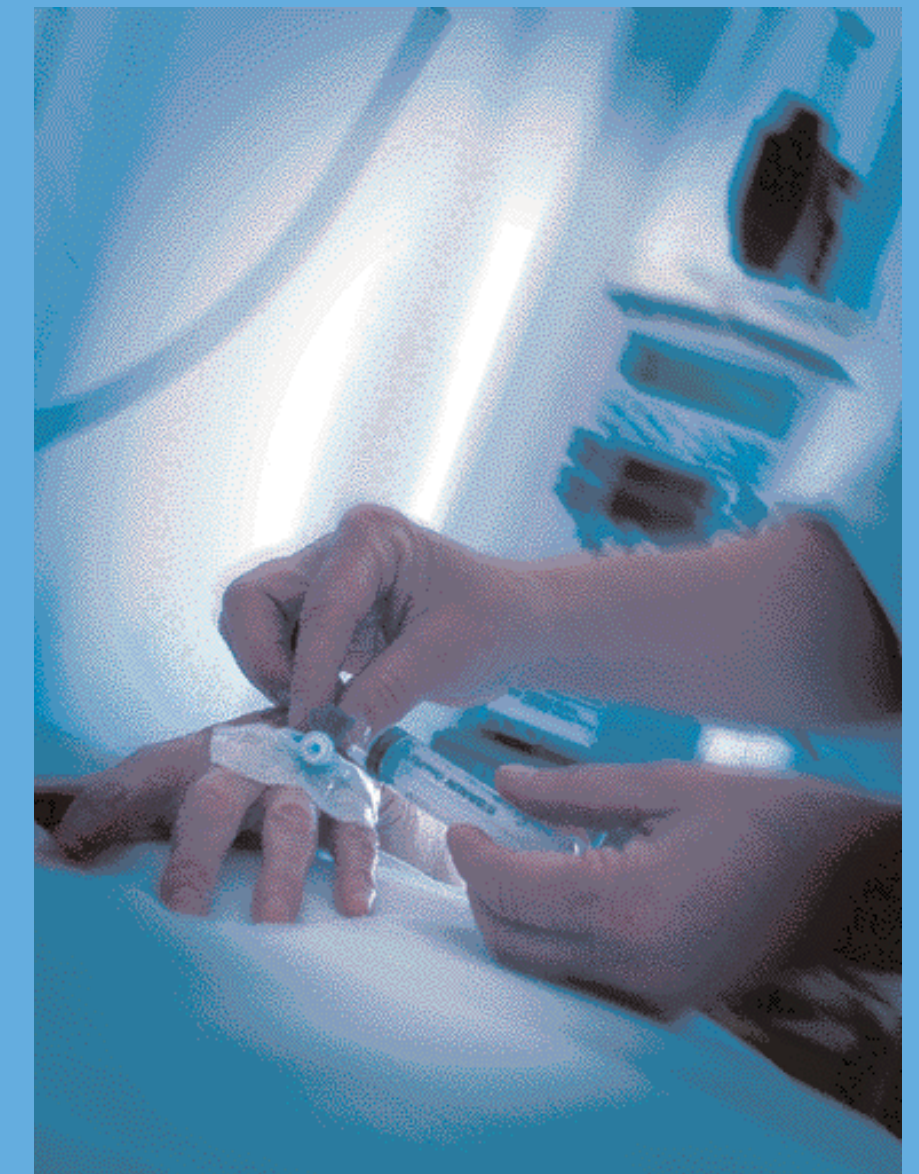
Gi tilbakemelding om noe ikke fungerer slik det skal. Når Helsetilsynet eller Pasientombudet får høre om forhold som ikke er bra, kan de ta opp saken med den rette instansen på egen hånd.

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 er nær halvparten av sykehusanlegget på Øya. Byggefase 1 avsluttes i 2006 og omfatter:

1

Laboratoriesenteret

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 barnepsykiatri.

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

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.

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:

Abdominalsenteret* og Miljøsenteret

*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

Akutt-senteret og Hjerter-lunge-senteret

Akuttmedisin med akuttmottak og helikopterplass, AMK-sentral, legevakst og skadepoliklinikk. Hjertermedisin, lungemedisin, hjerter-, lunge- og kar-kirurgi, samt thoraxkirurgi (brystkasekirurgi). Akutt og Hjerter-lunge oppføres i ett bygg.

Byggestart: januar 2007

I bruk: juli 2010

Bevegelsessenteret

Ortopedi, revmatologi og plastisk kirurgi. Fysio- og ergoterapi. Basseng.

Byggestart: juli 2006

I bruk: januar 2010

Administrasjonssenteret

Administrativ ledelse, klinisk service, helseressurssenter, prestetjeneste, tillitsvalgte, treningsareal, arbeidsmedisin, arbeidsmiljø, ortopediske implantater. Merk: Dett er en foreløpig plan.

Rehabiliteres: fra august 2010

Forsyningssenteret

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

Psykiatrisenteret*

* Ikke vedtatt som del av byggefase 2

Akuttpsykiatri, alderspsykiatri og intermedier psykiatri (behandling etter akutt fase)

Byggestart: april 2009

I bruk: april 2009



Hamskiftet på Øya

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 Forsyningssenteret. 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 kvartalsvise 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 gjennomsnittelig 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 driftsgevinster 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 rørpост, 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 grunnmønstrer 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 poliklinikker 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 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 gatemønster. 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. Kvinnebarnsenteret til venstre, Nevrosenteret tvers over gata. Den gamle høyblokka rives om seks år. Da er det meste av universitetssykehuset ferdigbygd. Foto: STEINAR BENDIKSVOLD



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. Kvinnebarnsenteret 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 Kvinnebarnsenteret. 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 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 midtnorsk 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 bevares.
- 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

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.



– Jeg ser på Øya-utbyggingen som en svært positiv snuoperasjon. Den kvartalsvise byggemåten letter pasienttilværelsen og forkorter avstander. Det er også fornuftig å organisere sentrene etter diagnoser framfor medisinske profesjoner. Og inndelingen i sengetun vil gi vesentlig bedre nærkontakt mellom

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 foreldet og uverdigg i forhold til kravene vi må sette til

moderne sykehus, sier Snekvik. Han ser samtidig fram til å bli kvitt de tradisjonelle korridorene, 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 at undersøkelser 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 fortære på beina og unngår mange og dyre langtidsopphold, poengterer Snekvik.

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 barsletasjen. 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 barselpioner 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 fordel at sykehussenger blir frigjort. Dermed bidrar hotelldriften til mer effektivitet i sykehuset.

Sykepleiere i resepsjonen

Pasienthotellets gjester skal fortrinnsvis kunne stille 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, husekonom, 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

● Barsletasje 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 behandlings-tilbudet 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 før 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 behandlings-tilbudet 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 dobbeltdiagnoser.

– 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 Annlaug Stavik, leder i det regionale brukerutvalget i Midt-Norge og i Multipple 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.



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: 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 Bøckersgt. 15, 6508 KRISTIANSUND

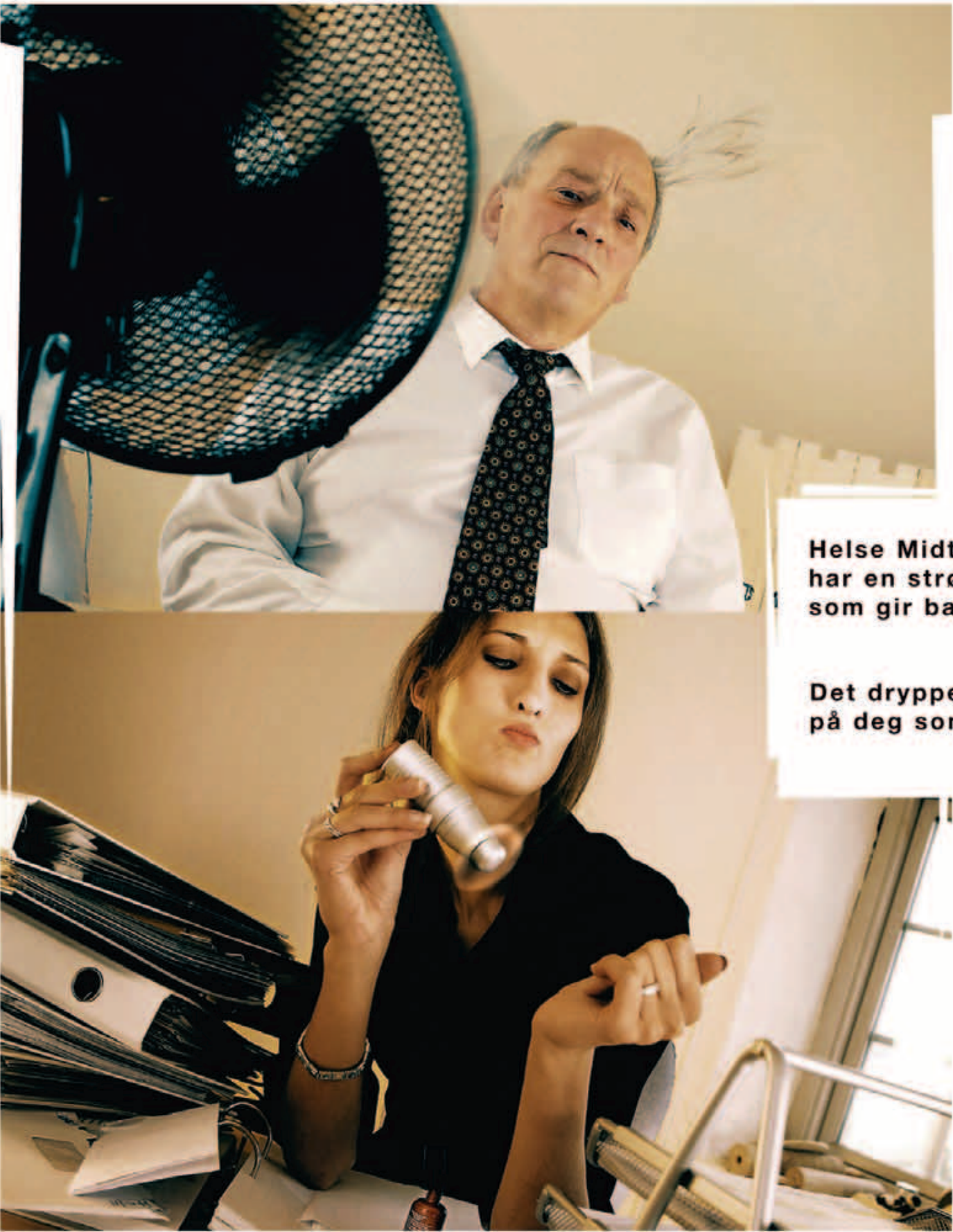
Helse Sunnmøre
Leder: Astrid Aarø Engen
6146 ÅHEIM

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

Sykehusapotekene i Midt-Norge
Leder: Paula Iren Bø Syrtstad
Strandveien 46, 7224 MELHUS

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

 Infrastruktur for IKT		 Vi har vært Hovedentreprenør Bygg Vi gratulerer St. Olavs Hospital med et nytt og funksjonelt hotell www.reinertsen.no
 Pasientsignal		 Vi har utført maler- og pussarbeider
 Audiovisuell løsning		 Aud. Denorma Krone AS er totalleverandør av solskjerming til pasienthotellet
Elektrotekniske installasjoner er utført av arbeidsfellesskapet:  VINTERVOLL		 Vi har utført flisarbeider
 Søbstad as. Autorisert entreprenør Utomhusarbeider		 Vi har utført takteking
 Teknisk Integrator	 Vi har utført bygggrenholdet	
 Innredningsarbeider	 Vi har levert stillaser og lifter	
 Andersen & Eftedal Storkjøkkenutstyr	 Vi har utført murarbeider	
 Leverandør av Florence sykeromskanaler	 Vi har utført natursteinarbeider/solavskjerming	
 Leverandør av adgangs-kontroll og ITV	 Vi har levert stillaser og lifter	
	 Vi har utført blikkenslagerarbeider med fasader i aluminium	
		



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!



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

Å se muligheter



skaper resultater

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 Bredalsv. 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



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 to millioner. Effektiv rente er beregnet for et lån på to millioner over 15 år inkludert etablerings- og terminomkostninger 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 etablerings- og terminomkostninger kr 1 600,- og terminomkostninger kr 30,-.

Fokus Bank

www.fokus.no

FOR DAGENE SOM KOMMER

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

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

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

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 kreftkirurgien 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.

Et lite feiltrinn...

Ankelen brakk da Kristin Rødde trakket forkjært. Operasjon var eneste utvei.

AV STURE LIAN OLSEN

– Jeg er sint på meg selv. Skulle bare bære ned noen varer i kjelleren, trakket forkjært på det nederste trinnet – og så lå jeg der. Først trodde jeg at ankelen var vrikket og forsøkte å ise den ned, men smertene ga seg ikke. Så bar det til Skaden på St. Olavs Hospital. Det var ankelbrudd.

Nå ligger jeg i ei seng på hospitalet, med beinet i gips, og venter på operasjon. De skal visst sette inn ei metallplate. Legen sier at jeg ligger an til seks uker med gips, og krykker utover sommeren.

Kirsten Rødde (59) har hatt uflaks. Enda en gang. I fjor sommer brakk hun hånda:

En smertefull affære

– Vi pakket bilen for å dra på hytta. Mannen min var endelig bra igjen, etter fem måneder med gipset fot (operert på Røros). Telefonen ringte, jeg skulle skynde meg å ta den, og så snublet jeg i tilhengerstaket. Armbruddet ble en lang og smertefull affære. Da de skulle skifte gips etter ti dager, viste det seg at bruddet hadde glidd ut av stilling. Dermed ble det to operasjoner, fulgt av seks til syv uker med skruer i beinet og en "ytre fiksator", et slags stativ som holdt det hele på plass. Så fulgte en langvarig opptrening av den skadde venstrehånda. Treningen driver jeg med ennå, nærmere ti måneder etterpå.

Lang opptrening

Sykehuset ga meg en god oppfølging. Det gjaldt både etterkontrollene ved Ortopedisk poliklinikk – og treningen hos Håndteamet: Vi var en liten gruppe pasienter som, veiledet av fysioterapeuter, møttes to ganger i uken. Øvelsene ble gjennomført både i svømmebasseng og gymsal. Vi brukte manualer for å trene opp styrken, og vi lærte teknikker til å motvirke smerte.

Et flott tilbud. Treningen ble effektiv, og det sosiale samværet ga ekstra pågangsmot. Jeg savner faktisk håndterapien. Men ikke så mye at jeg går bort og brekker hånda igjen – med vilje!

Kirsten gruer seg til smertene etter ankeloperasjonen. Men ellers tar hun situasjonen med ro:

På korridor – og kontor

– Det er bare å gi seg over, sykehuset får kjøre løpet! Jeg kan nok bli utålmodig, men regner med å være hjemme igjen om ei lita uke. Operasjonen er ikke berammet ennå. Et ankelbrudd har neppe topp prioritet. Jeg kunne ønsket mer informasjon. Legene snakker litt over hodet ditt, du må holde deg frampå og spørre selv. Men jeg skjønner jo at personalet har det travelt, sier Kirsten, som selv har jobbet i mange år som hjelpepleier ved sykehjemmet i Hommelvik. Dessuten hadde hun en praksisperiode ved RiT. Så hun



I en seng på hospitalet... Kristin Rødde ble liggende med foten rett ut da ankelen brakk..
Foto: TORSTEIN DALEMARK

kjenner helsevesenet fra flere sider.

Akkurat nå er hun pasient – på et firesengsrom:

– Første natta lå jeg på gangen. Det gikk egentlig greit, jeg hadde fått smertestillende og sov bra. Neste natta havnet jeg på et kontor. Det var stusselig. Så ble jeg overført til dette firesengs-rommet. Fint å ha noen å prate med. Her er det rom for både medfølelse og galgenhumor.

Enkeltrum er sikkert bra for pasienter som trenger mye ro. Men jeg foretrekker selskap.

Sier Kirsten, idet det – enda en gang – piper i mobiltelefonen på nattbordet. Slekt og venner vil høre hva som har skjedd, og hvordan det står til.

Tigergrep ...

Så kommer Turid på besøk, fysioterapeuten fra Håndteamet:

– Uffda, Kirsten, har du vært uheldig igjen? Godt at du har kommet så langt med opptreningen av hånda. Vi ordner en krykke med "tigergrep".

– Tigergrep?

– Håndtaket er gult og svartstripet og spesialutformet. Det letter grepet når du snart skal på hyttetur med krykker. ●

Operasjonsteamet

ved et arm- eller beinbrudd består vanligvis av én til to leger/kirurger, to operasjonssykepleiere og én anestesisykepleier (som styrer narkose/bedøvelse), samt en anestesilege som bistår ved to-tre operasjoner samtidig. I tillegg kommer røntgenundersøkelser og undersøkelser/overvåking før og etter operasjonen – samt fysioterapeutbistand under opptreningen, som kan bli langvarig. Ofte går det et år før man er tilbake i vanlig gjenge.

Håndteamet

bistår med opptrening etter bruddskader og operasjoner, og er en del av virksomheten ved sykehusets Klinik for kliniske servicefunksjoner. Klinikken har til sammen 103 stillinger –fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, ernæringsfysiologer og logoped – som tilrettelegger trening og bruk av hjelpemidler, gir råd om kosthold, informerer om sosiale rettigheter og følger opp på poliklinikker og ulike "pasientskoler".

KONTAKTINFORMASJON:

St. Olavs Hospital, sentralbord 73 86 80 00
Olav Kyrres gate 17, N-7006 Trondheim
e-post: postmottak.dir@stolav.no nettsted: www.stolav.no