

HELSE

02/2002 Et magasin fra HELSE  MIDT-NORGE

a

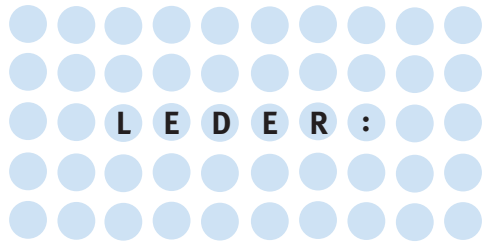
Nye virkemidler gir gode resultater:

Flere behandles og ventetiden blir kortere!

Leder2
Etikk er det vi gjør når ingen ser oss3-5
Ventelister6-7
Spisevegring8-9

Portrettet10-11
Jeg anklager12-13
Debatten14-17
Farlige bobler18-19

Kunst og helse20-21
Kåseri22-23
Sykehusdebatten i Nordmøre og Romsdal24-25
Nytt fra Helse Midt-Norge26-29



Du holder nå den andre utgaven av Helse Midt-Norges nye magasin, HELSE i hånden. Bladet skal være vårt ansikt utad, men vi ønsker også at det skal fungere

som felles lim innad i regionen. Skal vi få det til må HELSE speile aktiviteten i våre virksomheter, og skape debatt. Målet er å røyke ut viktige saker og få fram gode ideer og utradisjonelle løsningsmodeller. Det som engasjerer våre pasienter og ansatte skal også diskuteres i spaltene i HELSE. Bladet skal hjelpe oss å holde fokus på noen få viktige, men også svært ambisiøse mål: bli kvitt uverdigg venting, løse problemet med korridorpasienter og utvikle god økonomistyring. Ikke minst skal det bidra til at vi slipper å bli tatt med buksa nede når vi står overfor neste store utfordring: å dokumentere høy kvalitet i tilbudet til våre pasienter.

Aktiv dialog med våre pasienter

Derfor er det viktig at vi er i aktiv dialog med våre pasienter. I dette nummeret lar vi Stig Brathaug komme til orde. Han retter sterk kritikk mot Helse Midt-Norge. Kritikken svir, men vi vet den er sann. Og den gjelder oss alle, selv om det denne gangen er Helse Sunnmøre som nevnes spesielt. I slike sammenhenger skal vi lytte og

lære. Forklaringer og bortforklaringer fører til både manglende dialog og manglende læring.

Sanne ventelister

"Ikke alt du erkjenner kan endres, men ingenting kan endres før du har erkjent det" skriver forfatteren James Baldwin. I Helse Midt-Norge har vi hentet lærdom fra Baldwin. De første månedene i år ble blant annet brukt til å rydde i venteliste-tallene. Skal vi bli kvitt uverdigg venting må tallene på hvem som venter på hva være sanne. Det rotet som ble avdekket gjennom dette prosjektet må vi umiddelbart rydde opp i. Noe annet vil ikke bli forstått av de som har tillit til at vi holder det vi lover. Det er derfor gledelig å konstatere at vi er rett vei. Ryddeaksjonen er i full gang, og ventelistene gir et mye riktigere bilde. Nå er det opp til fagmiljøene at de blir fullstendige og pålitelige, ved å sørge for nøyaktig og korrekt rapportering. Det er med ventelistene som med mye annet – garbage in, garbage out!

Helse Midt-Norge kutter mest

Selv om definisjonen kan variere etter diagnose, er det ingen tvil om at mange av de som stod, og står på våre ventelister har opplevd det vi må karakterisere som uverdigg venting. Vi i Helse Midt-Norge startet året med å være verst i klassen, med 50 000 pasienter på venteliste og særdeles mange langtidsventende. Tallene fra andre tertial i år viser at

vi er i ferd med å kvitte oss med "verstingestempelet". Vi har kuttet mer enn noen andre regioner i ventelistetallene. Rundt 9 000 færre pasienter venter nå på behandling hos oss. Det gir grunn til å tro at vi skal nå målet om 15 000 færre på venteliste innen året er slutt.

Pasienten først og fremst

Vi snakker mye om å være effektive, og med foretaksorganisering har vi gitt oss selv reell mulighet til å få kontroll over økonomien. Ved å samordne ressursene og effektivisere driften kan pasientene få mest mulig helse ut av hver krone. Når slike spørsmål fokuseres i kunnskapsbe-drifter vil det alltid være noen som roper "blåruss". Men det er klare sammenhenger mellom effektiv drift og høy kvalitet, fordi god økonomi-styring er en forutsetning for å utløse ideer og skape faglig utvikling. Endringstakten innen helsefagene, som i andre bransjer, er stadig ras-kere. Gjennom god økonomistyring skal vi frigjøre midler. Sparte kroner skal brukes til å styrke tilbudet, og til å sette oss i stand til å møte mor-gendagens pasientkrav. Helseministeren har sagt at vi skal synliggjøre kvaliteten ved norske sykehus i løpet av to år. I England har de allerede innført stjerner på sine sykehus. Forskning og gode data blir en dyd av nødvendighet. Vårt mål er å tilby befolkningen i Midt-Norge god kvalitet i våre syke-hus når ministeren skal dele ut stjer-nene om et par år.


Paul Hellandsvik
adm.dir.

Etikk er det vi gjør når ingen ser oss.



Vi tar medmenneskelighet, respekt og verdighet som selvfølgeligheter i helsevesenet. Er dette verdier som de siste årene har veket til fordel for effektivitet og arbeidspress?





Verdier er å ligne med personlighetstrekk – de få, sterke begrepene som skal kjennetegne bedriften, organisasjonen eller foreningen vår i ett og alt, skriver Dinamo-gründeren Ingebrigt Steen Jensen i sin nye bok "Ona fyr". I næringslivet blir flere og flere bedrifter bevisst at økonomiske resultater går hånd i hånd med trivsel, felles verdier og visjoner.

- Når man jobber med verdier er det lurt å se på virksomheten som et menneske, ikke som et organisasjonskart, en teoretisk størrelse eller et sett med vedtekter. Et menneske er morsommere å beskrive og gå i flesket på, mener Steen Jensen, og fortsetter:
- Der kommer Bedriften gående, gitt. Hva er det som kjennetegner ham eller henne? Og enda viktigere; hvilke karaktertrekk vil den preges av i tiden framover? Å definere et verdigrunnlag handler mest om å velge bort. Kraften i å velge kjerneverdier ligger i at de må være få og veid på gullvekt. Utfordringen er ikke å velge verdier vi kan leve med, men verdier vi ikke kan leve uten, mener Jensen.

Stammekulturen bærer

Er verdidebatten og etisk regnskap bare noe man holder på med i helsevesenet, eller er det viktig i andre deler av samfunnslivet?
- Nå om dagen anlegges det regnskap for alt – økonomisk regnskap, human kapital, økonomisk- og etisk regnskap. Det blir mye regnskap, og det i seg selv må ikke være målet. Vitsen er å sette ting i system og bidra til fokus på det vesentlige, på verditenkning og den helhetlige rollen og funksjonen bedriften har i samfunnet, sier Steen Jensen.
Stabæk-fantasten kom i september ut med boka «Ona fyr».

Den handler om Steen Jensens tro på den interne stammekulturen som bærer bedriften, med verdier og holdninger som skaper fellesskap – ikke egoisme, motsetninger og illojalitet. Steen Jensen er overbevist om at verdigrunnlaget i en bedrift, også i helsevesenet, er en forutsetning for suksess. I følge ham er det enheter med klar ideologi og målsetting som lykkes best.

Resultater og trivsel henger sammen

Han forteller at en undersøkelse fra Harvard Universitet, der hundre bedrifter ble analysert for å finne suksessfaktorer, viser at vinnerne har fire fellestrekk. De er tydelige utad, har klare visjoner og verdier og et felles mål for hvor virksomheten vil være i framtiden.
- I Dinamo ser vi at flere og flere bedrifter påideologiseres, ikke avideologiseres. Det er viktig å vite hvorfor vi er her, og å kunne bevise at økonomiske resultat går hånd i hånd med trivsel. Forskning fra England viser at verdisterke virksomheter lykkes langt bedre enn de resultatorienterte.
- Men det forutsetter at alle ledd i en organisasjon vet hvilke menneskelige ressurser de forvalter?
- Det krever at man tar tak i den lidenskap og tæl som hvert enkelt individ besitter, men som man sjelden får brukt nok. Målsettingen er inspirerte medarbeidere, der vi får frigjort den kraften som ligger i oss alle, konkluderer Steen Jensen.



- Det er like viktig å tenke verdier som å tenke økonomi, sier prosjektleder Marie Aakre ved St. Olavs Hospital. Hun er sikker på at pasientene blir fortere friske når de har det godt, opplever medbestemmelse, likeverd og er omgitt av respekt, helhet og god folkeskikk.

Aakre har erfaring fra verdikommisjonen, og er fullt klar over motstanden hun vil møte i forhold til verdiarbeidet.
- Å satse på styrket verdiarbeid er svært betimelig. Vi står foran store omveltninger ved St.Olavs hospital. Jeg mener det er like viktig å se på verdispørsmål som å tenke økonomi. Økonomisk bevissthet og verdibevissthet er ikke hverandres motsetninger, men hverandres forutsetninger. Til tross for mye godt faglig arbeid og verdibaserte medarbeidere, er det for liten oppmerksomhet på de myke verdiers vilkår, mener Aakre.

Pasientfokus

Filosofien til sykehuset på Øya i Trondheim er pasientfokus. Driftsmessige resultater alene kan ikke favne og beskrive brukernes opplevelser.
- Målet er å vise samspillet mellom etikk og økonomi, forklarer Aakre. Hun mener at det ikke er penger, men omsorg for mennesker og helbred som er det sentrale ved sykehusets tjenester.

- Jeg er overbevist om at kvalitet lønner seg. Man blir fortere frisk når man har det godt, er omgitt av respekt, folkeskikk og noen som har tid til å holde deg i hånden eller samtale med deg. Vi må ta brukerne langt mer på alvor. Spørre dem om hvordan de blir møtt og lære oss at vi er avhengige av deres medvirkning.

Gode resultat

Ved Næstvedt sykehus i Danmark mener man at etisk regnskap fører til bedre kvalitet og effektivitet i tjenesten. Brukerne gis reell innflytelse og ansatte styrker sin verdibevissthet og får økt motivasjon i forhold til jobben.
- En bieffekt er at man hele tiden kommer i en læresituasjon i forhold til arbeidet og institusjonen, og får et realistisk forhold til sine tjenester, sier Aakre. Hun har stor tro på at man også på sykehuset skal snakke mer om å tilby service.
- Etikk er det vi gjør når ingen ser oss: Har vi respekt for fru Hansen på rom åtte? Vi er ikke dårlige nå, men vi kan bli mye, mye bedre, sier Aakre.



Etikk - verdier som ikke synes i regnskapet?

Vårt fokus er menneskets iboende verdighet, sier sykehusprest Øyvind Taraldset Sørensen ved PHST, avdeling Østmarka. De siste to årene har han jobbet med etisk regnskap i samarbeid med to avdelinger ved sykehuset.

Kvantitative resultater sier lite om kvalitet

Om tusen eller ti tusen pasienter går gjennom systemet finnes det lite informasjon om hva slags service de mottok i løpet av den tiden de var innom sykehuset, aldershjemmet eller primærhelsetjenesten. Ble de sett som mennesker? Fikk de utbedret skaden, eller skjedde det ting underveis som burde ha vært gjort på en annen måte? Hvordan fungerer arbeidsplassen som arena for de ansatte og har dette innvirkning på pasientservicen?
- Etisk regnskap handler om å bringe etikk og moral inn i hverdagen på en forpliktende måte, forklarer Øyvind Taraldset Sørensen, levende engasjert i etiske dilemma i helsevesenet. En dag var han invitert til miljødager på en av avdelingene ute på Østmarka, under overskriften «Hvordan ivareta hverandres verdighet». Han tenkte «kjedelige greier», men åpnet seansen med en innledning om viktigheten av å ta vare på hverandre som medmennesker - særlig på arbeidsplassen. I løpet av dagen ble vanskelige, sårbare tema brakt på banen og diskutert gjennom dialog.
- Folk fortalte om frustrasjonene sine uten at det ble krangel og personfokus, forteller Sørensen. Han mener at etisk regnskap vil kvalitetssikre relasjoner mellom menneskene i virksomheten.
- I mange år har vi glemt denne dimensjonen.

Trygghet

På Østmarkas Post 4, intermedieær avdeling med korttidsinnleggelser, har de holdt på med etisk regnskap i to år. Avdelingssykepleier Nancy Sørensen mener klimaet på avdelingen har endret seg etter at de satte etikk og moral på dagsordenen.
- Før måtte vi tenke gjennom om det var trygt å si meningen vår på jobben. I dag erfarer jeg at folk er åpenhjertig, noe som gjør at trivselsfaktoren har økt, forteller Sørensen. Hun ønsker å styre sin avdeling ut fra et felles verdigrunnlag der man respekterer og aksepterer hverandre. Folk baksnakker ikke lenger pasienter og kollegaer i korridoren, og pasientene blir sett på med større grad av verdighet. Uansett hvem de har med å gjøre, søker den enkelte å lete etter pasientens personlighet.
- Bidrar etisk regnskap til merarbeid på avdelingen?
- Vi får en egen miljøterapeut som skal ha dette som en del av jobben. Jeg ser nødvendigheten av en etikkdebatt på arbeidsplassen, og bruker også en del av egen tid på å jobbe med etisk regnskap. Jeg har stor tro på dette, det handler om respekt for mennesker – og for hverandre, avslutter Nancy Sørensen.



FAKTA:

Et etisk regnskap er en form for systematisk evaluering som skal kunne gi svar på om organisasjonen lever opp til de felles verdier den baserer sin virksomhet på. Sentralt i utviklingen av begrepet står forskere og filosofer fra Handelsbøjskolen i København og ledelsen ved Spar Nord-banken i Aalborg. De ville vise at det skapes andre verdier i en organisasjon enn det som gjenspeiles i det økonomiske regnskapet. Etisk regnskap innebærer en kontinuerlig verdibasert dialogprosess med partene som er involvert i en virksomhet. Østmarka er det eneste psykiatriske sykehus i Norge der man i utvalgte avdelinger bruker etisk regnskap. Ved St. Olavs hospital er et prøveprosjekt på det samme iverksatt fra nyttår 2002.

Ventelistene i Midt-Norge kraftig redusert:

Flere behandles og ventetiden går ned

Dette viser tallene fra Norsk Pasientregister for andre tertial 2002. Forbedringen, som er størst i Midt-Norge, skyldes både bruk av utenlandsmilliarden, rydding i ventelistetallene og økt egen-produksjon.

Gjennomsnittlig ventetid i Midt-Norge er redusert med nesten 30 prosent, noe som tilsvarer rundt tre måneder. Antallet som venter har gått ned med nesten 12 prosent. Det betyr at drøye 6000 færre pasienter ventet på behandling ved utgangen av august i år, sammenlignet med samme periode i fjor. Tallet på de som har ventet mer enn 1 år er bortimot halvert, fra 13 000 pasienter til rundt 7000 pasienter i august i år. I Midt-Norge har forbedringen vært størst ved Helse Nord-Trøndelag, OSS og ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

- Vi ser nå effekten av de tiltakene som vi har satt i verk, og det er svært gledelig. Vi hadde 50 000 pasienter på venteliste da staten overtok sykehusene. Nå er det redusert med 9000. Tallene så langt tyder på at vi i år når målet om 15 000 færre på venteliste, sier administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Paul Hellandsvik. Han er fornøyd med utviklingen, men understreker at Helse Midt-Norge står ovenfor store utfordringer.

- Alt for mange av våre pasienter venter fortsatt for lenge på behandling. I Helse Midt-Norge skal vi ikke ha uverdig venting, og på sikt er målet at pasientene ikke skal vente mer enn 1-2 måneder, sier Hellandsvik.

Stor nedgang innen kvinne- og barnesykdommer

Nedgangen i ventelistene omfatter først og fremst poliklinisk behandling ved de somatiske sykehusene. Den gjelder for flere fagområder, og særlig innen kvinne- og barnesykdommer, øye, revmatologi og nevrologi. Utviklingstrekkene for ventelistetallene er beskrevet ved å sammenligne ventelistesituasjonen i samme tidsperiode (samme tertial) som i fjor.

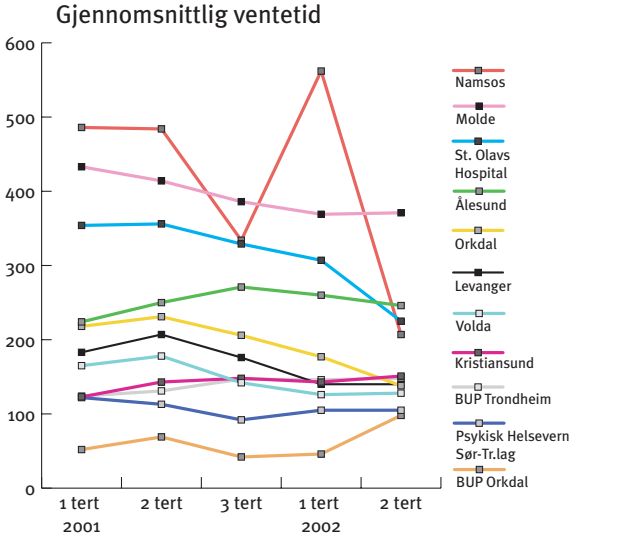
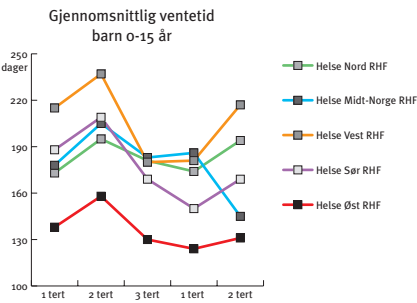
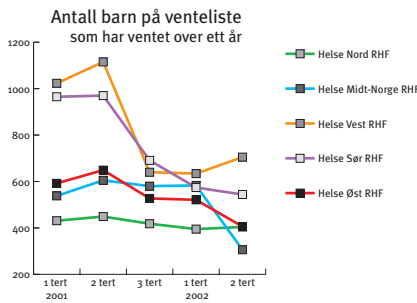
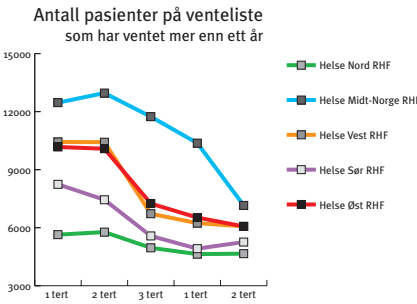
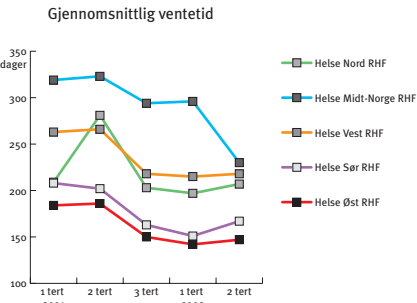
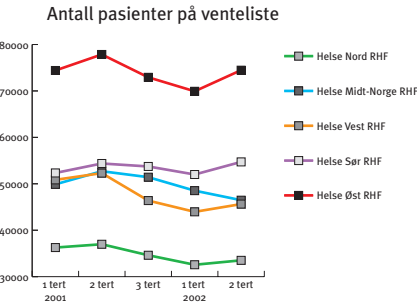
Klare utviklingstrekk

En samlet oversikt over helseforetakene i Midt-Norge pr. august 2002, viser en klar tendens, med kortere ventetid og økt produksjon, selv om tallene varierer. I Helse Sunnmøre, ved Volda sykehus har både ventetiden og antallet som venter gått ned. Tallet på de som venter ved Ålesund Sjukehus har også gått ned, mens tallet på de som venter i Volda har gått opp. Ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus har tallet på de som venter gått betydelig ned, det samme gjelder ventetiden. Gjennomsnittlig ventetid for psykiatriske pasienter i Sør-Trøndelag har gått ned, men antallet som venter har økt. Forbedringen er størst ved St. Olavs Hospital i Trondheim, hvor det er 3000 færre pasienter som står på venteliste og ventetiden er redusert med nesten 40 prosent. I Helse Nord-Trøndelag er ventetiden ved Sykehuset Namsos mer enn halvert og tallet på de som venter er også kraftig redusert. Det samme gjelder ved sykehuset Levanger. I Helse Nordmøre og Romsdal ved Molde sjukehus har ventetiden gått ned, mens tallet på de som venter har gått noe opp. Ved sykehuset i Kristiansund har både ventetiden og antallet som venter gått opp.

Samarbeid med private aktører

I juni i år ble det inngått en avtale mellom Helse Midt-Norge RHF og flere private helseinstitusjoner. Hensikten med samarbeidet er å få behandlet flere pasienter raskere enn det ellers ville vært mulig. Mange pasienter har fått behandling hos private klinikker.

- Aller helst ville vi brukt våre egne ansatte til denne jobben, men det viktigste nå er at vi får bukt med den uverdige ventingen pasienter har vært utsatt for i



mange år. Ved å samarbeide med de private aktørene kan vi få til dette, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge. Han er tilfreds med at sykehusene nå har begynt å bruke det private tilbudet.

- Det gikk litt tregt til å begynne med, men nå utnytter vi avtalen bedre, sier Thoresen. Fortsatt er det ledig kapasitet blant noen av de private helseinstitusjonene, og fagmiljøene oppfordres til aktivt å henvise pasienter dit, dersom de har lange ventelister.

Til hjelp for de som har ventet lengst

Helse Midt-Norge har inngått avtale med til sammen sju private helseinstitusjoner. Alle sju kan tilby tjenester innen de områdene hvor pasienter har ventet lenge på behandling og hvor sykehusenes egen kapasitet er dårlig. Det nye tilbudet gjelder altså ikke alle pasienter, men bestemte pasientgrupper, avhengig av hva slags behandling som trengs. Pasientene må ikke gå via helseforetakene før de kan dra nytte av de private tilbudene og dette er med på å sikre at tilbudet formidles til pasientene. Helse Midt-Norge forbeholder seg retten til å endre praksis dersom det oppstår vridninger i behandlingsmønsteret som ikke er i samsvar med Helse Midt-Norges mål. For alle avtalene gjelder fritt sykehusvalg og vanlig henvisningspraksis. Bortsett fra egenandelen betaler Helse Midt-Norge for behandlingstilbudet, også ved bruk av private. Pasientene må selv dekke egenandel for reisen, som er inntil 200 kroner for en veg.

Disse aktørene er inkludert i det nye tilbudet:

Omnia i Oslo og **Trondheim Medisinske Senter** Ortopedi, plastisk-kirurgi, øre-nese-hals, nevrologi og kjevekirurgi.

Medi 3, Ålesund-Molde. Øre-nese-hals, ortopedi, plastisk-kirurgi, generell kirurgi, urologi, øyesykdommer, MR/røntgen.

Volvat medisinske senter, Oslo. Spesialisthelsetjenester som har rett på refusjon.

Axess sykehus og spesialist klinikk, Oslo. Øre-nese-hals, ortopedi, plastisk-kirurgi, generell kirurgi.

Sunnmøre MR-klinikk, Ålesund. Bildediagnostikk

Capio diagnostikk, Trondheim MR-undersøkelser, CT-undersøkelser, konvensjonell røntgen.

Helse Midt-Norge forhandler også med Kristiansund Røntgeninstitutt om å inngå avtale.

Vil du vite mer om Fritt sykehusvalg kan du ringe grønt nummer: 800 41 004

Hele regionen deltar i den store ventelistedugnaden:

Adm.dir. Olav Illøkken, Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus: Vi bruker alle de verktøyene vi har for å redusere ventetiden. Vi har gjort egne grep ved å sette fokus på dagkirurgi og poliklinisk behandling. Vi har ryddet når det gjelder IT og tekniske forhold og vi henviser pasienter til private, til andre offentlige sykehus og til utlandet. Det har gitt reduserte ventelister og ventetider. Ved utgangen av 2002 skal vi ikke ha mer enn 1000 på venteliste. Som et kostnadseffektivt lokal-sykehus har vi ambisjoner både når det gjelder ventelistetall og kvalitet.

Spesialkonsulent Elin Hosen, Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag: Rydding i datagrunnlaget for ventelister i voksenpsykiatrien har avslørt ulik praksis avdelingene imellom og enkelte feil i rutiner og registreringer. Pasienter som er tatt under behandling og har gått til samtaler, har stått oppført på venteliste. Gamle henvisninger til nedlagte poster er ikke blitt slettet, selv om pasienten har fått behandling av andre enheter. Konsekvensen av ryddingen er at den registrerte gjennomsnittlige ventetiden har gått betydelig ned, men samtidig har antallet personer på veneliste økt. Men det er ikke noe problem å ha mange på liste, når ventetiden ikke er lang. Det viser at vi har en høy produksjon. BUP har hatt sin egen ventelistedugnad og redusert sine ventelister med 30 prosent fra årsskiftet til første september i år.

Adm.dir. Astrid Eidsvik, Helse Sunnmøre:

Vi har utvidet åpningstid for poliklinikk på kveld og lørdager. Vår egen produksjon har økt og vi gir pasientene mulighet til å velge private, andre norske sykehus eller utlandet. Erfaringen er at de fleste foretrekker å få tilbud om behandling i Norge. Antall personer på venteliste har gått ned og vi regner med at vi utover høsten også ser effekt av tiltakene gjennom redusert gjennomsnittlig ventetid – ikke minst fordi vi ønsker å gjøre noe for de som har ventet lengst.

Adm.dir. Eirik Heggemsnes, Helse Nordmøre og Romsdal:

I høst blir flere hundre pasienter tilbudt behandling ved private klinikker. Det gjelder særlig innen plastisk kirurgi, ortopedi og tann-kjeve. Vi konstaterer at vi ikke har gjort en god nok jobb så langt med ventelistene i 2002. Det har vært vanskelig å få et korrekt bilde av situasjonen, men fra 1. september legges det opp til månedlige tilbagemeldinger. Vi forventer at den største nedgangen i ventelistene kommer i oktober da mange pasienter vil bli overført til venteliste ved private institusjoner.

Adm.dir. Reidar Tessem, Helse Nord-Trøndelag:

Vi har brukt midler på å fokusere målene for å sette i gang prosesser og motivere de ansatte. Ryddingen i ventelistene har vært veldig viktig fordi vi trenger et sannferdig bilde av situasjonen. Nå retter vi oppmerksomheten mot det mer spesielle, og identifiserer de områdene hvor utfordringene er størst. Vi skal i større grad ta i bruk utenlandsmilliarden, vi må bruke de private aktørene som det er inngått avtaler med og ikke minst; øke vår egen aktivitet og innsats. Helse Nord-Trøndelag har redusert ventelistene med 2400 pasienter og ligger godt an til å nå målet om 3400 færre pasienter på venteliste ved årets slutt. Jeg oppfordrer alle ansatte til å tenke kreativt og ta i bruk alle virkemidler for at vi skal få slutt på uverdig venting.

Adm.dir. Roar Arntzen, St. Olavs Hospital:

Jeg er glad for den positive utviklingen vi har med ventelistene. Resultatene er en kombinasjon av rydding i lister og behandling, men vi trenger tid til å gå bak tallene for å vurdere situasjonen nærmere. Vi er på ingen måte bra nok ennå og ønsker å ta del i de ressursene vi i dag bruker i utlandet.

Nytt tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser:

Endelig hjelp å få!

Det er tre år siden Helse og Sosialdepartementet ga ut en handlingsplan mot spiseforstyrrelser. Fortsatt er Sykehuset Levanger det eneste i landet som tilbyr spesialisert behandling til de aller sykeste i denne pasientgruppen.

TEKST EVA HOLTE • FOTO ÅGE HOJEM

Alt i 1993 begynte Sykehuset Levanger sin satsing på kompetanseheving innen dette feltet. Behovet for å lære mer om spiseforstyrrelser var stort.

- Vi var frustrert fordi vi ikke syntes vi oppnådde gode behandlingsresultater. Vi visste for lite om denne sykdommens spesielle lidelser og opplevde pasientene som nektet å spise som "vanskelige", medgir overlege ved Sykehuset Levanger og spesialist i psykiatri, Sigrid Bjørnelv.

Først ute

Sykehuset fikk innvilget en søknad om penger fra Helse- og Sosialdepartementet. Disse gikk blant annet til å leie inn foredragsholdere og sende medarbeidere ved sykehuset på seminarer i både inn- og utland. Med det spesialutdannede fagteamet de etablerte kunne de så, som det første sykehuset i landet, stille med et spesialtilbud innen vanlig psykiatrisk avdeling for pasienter med spiseforstyrrelser. I år har de også fått opprettet en egen sengepost for disse. Det regionale fagteamet ved Sykehuset Levanger har i tillegg til sykehusbehandlingen ansvar for å spre kunnskap om spiseforstyrrelser rundt i regionen og veilede helsepersonell utenfor sykehuset.

Unge kvinner rammes

De to vanligste spiseforstyrrelsene er anoreksi og bulimi. Anoreksi, eller spisevegring, rammer en halv til en prosent av norske kvinner mellom 15 og 40 år. To til tre prosent i den samme aldersgruppen lider av bulimi, det vil si at de overspiser for så å kaste opp igjen.

- Det mest vanlige er å utvikle en spiseforstyrrelse ved inn- eller utgangen av puberteten. Altså enten i 12-13 årsalderen eller ved 18-19 årsalderen. Kroppsfikseringen i dagens samfunn får ta litt av skylden for at jenter får spiseforstyrrelser, men ikke hele, understreker Bjørnelv.

Hun peker på at også en kombinasjon av biologi og genetikk, samt den enkeltes psykologiske utvikling også kan føre til spiseforstyrrelser.

Ingen låste dører

Frivillighet er en hjørnestein i behandlingstilbudet ved Sykehuset Levanger. Pasientene møter ingen låste dører og ingen overvåkes for å bli hindret i å kaste opp. Etter en prøveuke, hvor pasienten gjør seg kjent med opplegg og rutiner må hun skrive under på en kontrakt for å få fortsette behandlingen.

- Struktur rundt mat og måltider står sentralt i den første fasen av behandlingen. For undervektige har vi et vektøkningsskrav på minst en halv kilo i uka. Vi følger opp pasienten under og etter måltidene og gir mye støtte, slik at hun skal mestre den utfordringen vektøkningen er, forklarer overlege Bjørnelv.

I den andre fasen av behandlingen fokuseres det fortsatt mye på mat og måltider, men nå er behandlingsopplegget mer krevende, med fokus på ulike problemstillinger ved det å ha en spiseforstyrrelse. Først i den siste fasen er det tid for bearbeiding av mer underliggende problematikk.

Utfordringer

Sykehuset Levanger har søkt om å få opprette en egen avdeling for pasienter med kroniske spiseforstyrrelser.

- Alvorlige spiseforstyrrelser som anoreksi krever langvarig behandling. Når pasienten kommer inn og veier fattige tretti kilo, ligger det med andre ord mange måneders behandling foran oss før vi ser normalvekten, sier Sigrid Bjørnelv.

Hun håper sykehuset får penger til denne sykehusposten og også at flere av landets sykehus kommer etter med lignende spesialtilbud.

- Vi har ikke så lange ventelister i vår region, men lange nok til at vi ikke kan ta imot pasienter fra andre deler av landet. Det er synd at ikke alle regionene i Norge kan tilby det samme som oss.

På sykehuset i Levanger føler de seg ganske trygge på at de har et godt tilbud i behandlingen av personer med alvorlige spiseforstyrrelser.

- Pasienter og pårørende er fornøyde. Vi har fått et godt rykte, kan Sigrid Bjørnelv slå fast.

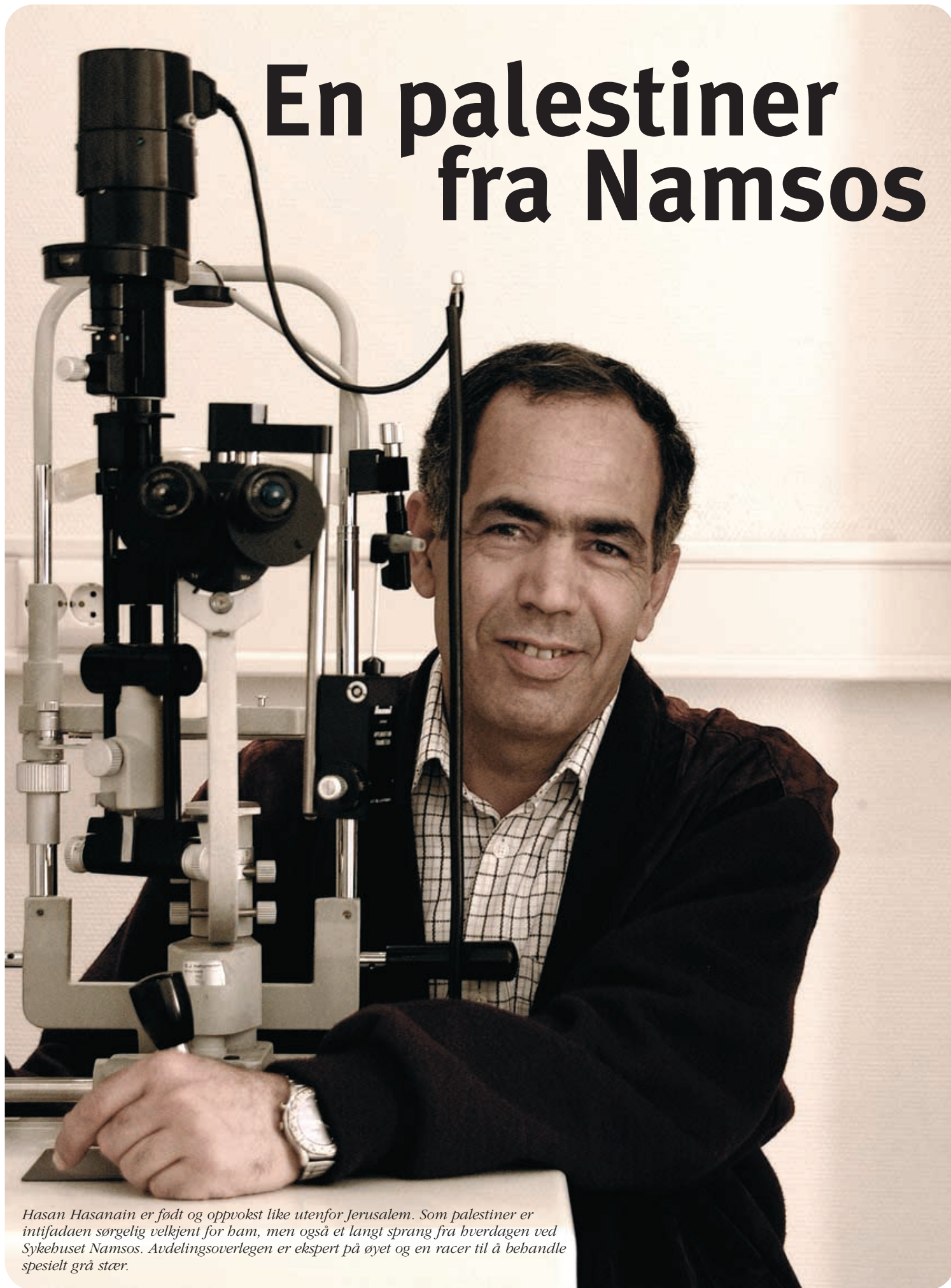


Sykehuset Levanger kan, som det første i landet, stille med et spesialtilbud for pasienter med spiseforstyrrelser. I år har de også fått opprettet en egen sengepost for disse.



- Alvorlige spiseforstyrrelser som anoreksi krever langvarig behandling. Når pasienten kommer inn og veier fattige tretti kilo ligger det mange måneders behandling foran oss før vi ser normalvekten, sier overlege Sigrid Bjørnelv.

En palestiner fra Namsos



Hasan Hasanain er født og oppvokst like utenfor Jerusalem. Som palestiner er intifadaen sørgelig velkjent for ham, men også et langt sprang fra hverdagen ved Sykehuset Namsos. Avdelingsoverlegen er ekspert på øyet og en racer til å behandle spesielt grå stær.

PORTRETTE: HASAN HASANAIN

TEKST BENTE HAARSTAD FOTO ÅGE HOJEM/PRIVAT

Legene ved øyeavdelingen i Namsos har bidratt mye til å gjøre sykehuset i byen kjent. På få år er antall pasienter som årlig behandles for grå stær fem- eller seksdoblet, og ingenting tyder på at det har gått utover kvaliteten. Øyepasienter fra store deler av landet søker seg hit, og nå ønsker også britisk helsevesen å sende øyepasienter til Namsos.

- Hvordan det går med den saken får du spørre sykehusdirektøren om. Men gis det klarsignal, så er det bare å komme - også for britiske pasienter, sier palestineren Hasan Hasanain.

50-åringen Hasanain bruker ikke store ord om egen virksomhet. Tørre fakta sier imidlertid nok. Øyeavdelingen er blant de mest effektive og ventetiden er kanskje den korteste i landet.

- Jeg tror vi opererer flest øyepasienter i forhold til innbyggertallet i vårt område. Det vil si mellom 1400 og 1500 pasienter i året. De fleste for grå stær.

Liten stab, gode resultater

Hasanain har ytterligere to øyenleger, pluss en lege på permisjon i Danmark, i sin stab. De er altså ikke tallrike, men har tatt noen grep som har gjort det mulig å få utrettet stadig mer. De har ryddet avdelingen på sykehuset for pasienter som skal til undersøkelse. Alle henvises derfor til privatpraktiserende leger først. Kun de som trenger kirurgi eller annen medisinsk behandling havner på sykehuset. Det gjelder både poliklinisk behandling eller innleggelse.

Det er Hasanain og hans kolleger som også driver det private Øyelegesenteret i Namsos. - Det er denne strukturen som har gjort det mulig å effektivisere i den grad vi har fått det til. Folk med grå stær er en av de største pasientgruppene, men selve behandlingen tar relativt kort tid. Ni av ti pasienter hos oss får poliklinisk behandling. Ventetiden der er bare to-tre måneder, men dessverre har vi få sengeplasser, så de som må innlegges må vente fem-seks måneder.

Øyelege ved en tilfeldighet

Han var kommunelege i Finnmark og kom tilbake fra utekontoret i Bjørnevatn en dag da han fikk høre om et vikariat han hadde fått ved sykehuset i Tromsø. Vikariatet ved øyeavdelingen varte bare få uker, men for Hasanain hadde interessen våknet for alvor. Fra nå av var det øyet og øyekirurgi som var tingen. Dels fordi alt i øyet er så smått, og at behandlingsresultater likevel kommer veldig fort. Interessen hadde også sammenheng med at behandling av grå stær har særlig stor samfunnsnytte.

- Dette er ikke bare en subjektiv opplevelse. En britisk undersøkelse viser at operasjon av grå stær er den mest effek-

tive innen hele medisinen. Behandlingen koster samfunnet lite, samtidig som den har enorm betydning for pasienter. Mange får synet tilbake, andre oppnår å lese og se normalt. Dette har stor betydning for livskvaliteten, og mange får en mulighet til å klare seg hjemme. Det å miste synet fordi en ikke blir operert kan også føre til depresjon og at pasientene fortære blir senil demente.

Øyesykdommer rammer hovedsakelig eldre. Kanskje en gruppe man tror har fordommer og skepsis mot en lege som er innvandrer?

- Skepsis? Det har ikke vært noe problem for meg. Og det er neppe tvil om at folk skjønner at jeg ikke er norsk i utgangspunktet, men jeg har aldri opplevd noe negativt. Heller ikke hjelpepersonalet har fortalt om pasienter som sier at "nei, jeg vil ikke til den legen Hasanain".

En britisk undersøkelse viser at operasjon av grå stær er den mest effektive innen hele medisinen.

Problemer i Jerusalem

To ganger har han arbeidet ved St. John Ophthalmic Hospital i Jerusalem, det eldste øyesykehuset i den arabiske verden, opprettet av britene i 1880-årene. Han ønsket å kombinere jobben med å bo hos familien bare ti minutter utenfor byen, men en palestiner trenger spesiell tillatelse for å reise dit, og den fikk han ikke.

- Jeg måtte bo på en liten hybel ved sykehuset og ikke med min familie, noe som selvsagt var både trist og rart.

Det er fortsatt stort behov for hjelp ved sykehuset og jeg er spurt om å bidra i to uker igjen. Dessverre blir det umulig å få til akkurat nå. Det er hektiske tider ved Sykehuset Namsos, men omtrent en gang årlig prøver Hasanain å få til en reise hjem. Da han i november i fjor skulle reise tilbake etter å ha besøkt sin gamle mor, ble han nektet utreise av politiet på Ben Gurion-flyplassen i Tel Aviv.

- De sa jeg måtte ha en spesiell tillatelse for å forlate min mors hus på Vestbredden. Selv om jeg brukte mange timer, og selv om folkene ved den norske ambassaden brukte natten og neste dag som var søndag og fridag, på å ordne opp, tok det et døgn ekstra. En skulle tro jeg hadde gjort noe kriminelt.

Ikke pensjonist i Norge

- Er du glad for at du bor i Norge og Namsos når en tenker på hvor urolig det er mange andre steder?

- Jeg har fått tilbud om jobb andre steder i Norge, og takket nei. Både jeg og min kone vil heller bo i en liten by som Namsos enn en storby. Likevel, det er ikke slik at jeg går og tenker, "å hvor lykkelig jeg er som ikke bor der". Jeg ville gjerne bodd i Palestina, men rent tilfeldig havnet jeg her i Norge. Jeg trives veldig godt, men følger meg fortsatt som palestiner.

- Regner du med å bli i Norge?

- Jeg blir i Norge inntil det blir enklere å bo i Jerusalem, men for å være ærlig så har jeg ikke lyst til å bli pensjonist her. Når jeg blir gammel, håper jeg å kunne bo i en liten palestinsk landsby der jeg kan plante appelsintrær, sitrontrær og druer. Jeg savner skikkelig god frukt. Unntaket er norske jordbær!



På besøk i Amman hos storebror, søstre og deres barn og barnebarn

Jeg anklager

- Manglende empati og forståelse for den enkelte pasient • Dårlig kommunikasjon internt i og mellom sykehusene • Lange ventelister • Manglende styring av ventelisteordningen

Dette er noen av anklagene Stig Brathaug kommer med i et brev rettet til Helse-Midt Norge der han blant annet kritiserer forhold ved Ålesund Sjukehus.

- Er det akseptabelt å måtte vente i ett år på en ryggoperasjon i Norge? spør Brathaug og sår samtidig tvil ved effekten av den omorganiseringen Helse Midt-Norge er inne i. Stig Brathaug sier at han aldri har hatt behov for helsetjenester før det siste året. Hans møte med helsevesenet sjokkerte 44-åringen som i mange år har arbeidet som organisasjonsutvikler for blant annet firmaer som Eriksson og Volvo.

Prinsippet om fritt sykehusvalg fungerer ikke dersom pasientene ikke får informasjon om hvor det er ledig plass!

- Jeg har hele tiden vært overbevist om at vi hadde et godt helse-system i Norge. Imidlertid fikk jeg en helt annen erfaring da jeg fikk ryggproblemer for en tid siden. Min primærlege ba om CT-undersøkelse for å undersøke om det var skiveutglidning. Men Ålesund Sjukehus hadde ventetid på 6 måneder. Ved egen undersøkelse fant jeg ut at i Volda kunne jeg komme inn etter 1-3 uker. Siden ble det ryggoperasjon i Kristiansund.

Dermed var jeg ferdig utredet og operert for Ålesund Sjukehus var i stand til å påbegynne en utredning. Det er ikke akseptabelt at sykehuset ikke er i stand til å betjene sitt nærmiljø, mener Brathaug, og spør videre om sykehusene holder på ventelistene for å dokumentere behovet for mer penger. - Prinsippet om fritt sykehusvalg fungerer ikke dersom pasientene ikke får informasjon om hvor det er ledig plass! Hvert sykehus burde hatt et system der alle pasienter til enhver tid kunne få oppdaterte opplysninger om eventuelle ledige plasser. I mitt møte med sykehuset i Ålesund opplevde jeg både mangelfull og motstridende informasjon om ventetid.

Brathaug understreker at hans brev først og fremst er en kritikk av systemet.

- Omorganisering skjer ofte når nye sjef-er skal vise at de duger. De har kanskje et personlig behov for å prøve ut nye ideer og vise hva de

kan. Brathaug kaller omorganisering for en slags "stollek", der de som utfører konkret, produktivt arbeid til slutt bare bøyer nakken, lukker ørene og arbeider videre. En viktig oppgave for Helse Midt-Norge bør derfor være å gjennomføre en organisasjonsanalyse av hele foretaket.

Brathaug advarer mot en kultur der den "som roper høyest" og bruker media blir hørt.

- Selv er jeg ikke livstruende syk, og har derfor krefter og anledning til å rope ut min harme og frustrasjon. Jeg vil at mitt varsku skal være på vegne av alle de som er så syke at de selv ikke orker å rope, sier Stig Brathaug.

Dårlig organisering og koordinering

Kommunelegen i Sula, like utenfor Ålesund, Reiner Hansen, trekker oppsiktsvekkende paralleller for å beskrive situasjonen i helsesektoren.

- Helsevesenet i Norge minner mye om systemet i det tidligere Øst-Tyskland, der jeg kommer fra. Vi hadde også mye byråkrati og lange ventelister. Hos oss skyldtes imidlertid ventelistene pengemangel, mens det i Norge trolig skyldes dårlig organisering og koordinering.

Reiner Hansen sier for sin egen del at det er godt å være lege i Norge.

- I dagens Tyskland har legene generelt en svært stresset arbeidssituasjon, blant annet har de over 500 ulike trygdekasser å forholde seg til. Konkurransen mellom legene er også hard, og det er kamp om jobbene.

Jobber for bedre kommunikasjon

Sykehusdirektør Astrid Eidsvik ved Helse Sunnmøre vedgår at kommunikasjonen mellom de ulike avdelingene kunne ha vært bedre.

- Vi er opptatt av at vår kommunikasjon med pasientene skal være god, både i selve behandlingen, men også når det gjelder generell informasjon om ventetider og andre sider ved vårt tilbud. Kritikken fra Brathaug viser at vi ikke er flinke nok på dette området, og det tar vi på alvor, sier Eidsvik.

Hun understreker at dette er et område som er i ferd med å forbedres.

- Vi setter nå inn et krafttak for å redusere ventetidene, og både i de enkelte foretakene og på nasjonalt nivå pågår det et stort arbeid med å

synliggjøre på en bedre måte ventetidene og fritt sykehusvalg. Den nasjonale databasen om ventetider er dessverre ikke fullt ut oppdatert, men i løpet av de neste månedene skal det bli enklere for pasientene å orientere seg, sier Eidsvik.

“Det er ikke hyggelig å ha lange ventelister, og det er hele tiden en kamp om ressurser.”

På spørsmål om sykehusene holder på ventelistene for å dokumentere behovet for mer penger, svarer Eidsvik at det er en helt uaktuell problemstilling.

- Det er ikke hyggelig å ha lange ventelister, og det er hele tiden en kamp om ressurser, sier Eidsvik.

“Vi er alle potensielle pasienter”

- Brevet til Brathaug gir en god beskrivelse av situasjonen i Helse-Norge sett fra pasientens ståsted, sier adm. direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.

Han legger samtidig til at Helse Sunnmøre ikke er enestående når det gjelder ventelister og manglende koordinering. Brathaugs opplevelse kunne ha vært tatt fra hvilket som helst annet sykehus i Norge.

Men Hellandsvik vedgår at Helse Midt-Norge er verstingen når det gjelder ventelister, selv om de er redusert siden staten overtok sykehusene i januar i år.

- Derfor arbeider vi nå med å opprette et slags bookingssystem, der pasienten nokså snart kan få vite hvor det er ledig kapasitet, og vi håper at systemet skal være virksomt fra neste år.

I tillegg har vi gjort andre tiltak for å redusere ventelistene, blant annet har vi inngått avtaler med private aktører. Men, spør vi Hellandsvik. Er det pasientens oppgave å rope om manglene i helsetjenestene? - Nei, men samtidig er det viktig at de som ser og opplever svakhetene også formidler dem videre, slik som Brathaug har gjort. Debatten om hvordan vi organiserer helsevesenet bør ikke forbeholdes sjefene, sier Paul Hellandsvik, som er enig i påminnelsen om at vi alle er potensielle pasienter.

Markedsstyring eller ikke? Mer statlig ansvar eller mindre statlig ansvar? Ja eller nei til konkurranseutsetting og privatisering?

Hva er potensialet - og hva er risikoen ved å konkurranseutsette offentlige helsetjenester?



VENNERØD: Potensialet er et bredere og mer variert helsevesen. Dagens offentlige byråkrati blir for omstendelig og for ensrettet. Med flere eiere som ansvarlig for driften, vil tilbudene bli litt forskjellige. Satt på spissen er det faktisk som med pizza, selv om få i helsevesenet vil godta sammenligningen. Noen kunder vil ha Peppes pizza, andre Pizza-ekspresen osv. Alle kundene får pizza, men servert på den måten de foretrekker. Hvorfor i all verden skal hele Norge spise samme offentlige "helse-pizza"? Den langsiktige virkningen av konkurranseutsetting vil bli mer oppmerksomhet rundt kundens behov, høyere lønninger til de ansatte pga konkurranse mellom firmaene, og bedre tilpassede helseprodukter. Til syvende og sist vil samfunnet få mer helse både i kvalitet og kvantitet. Risikoen er klart til stede for at man vil gjøre feil, og at media får vite om dem. Nye aktører vil prøve seg på nye løsninger, og noen av dem vil være mindre vellykket. Dette er en risiko man må ta, for all nyskaping innebærer fare. Risikoen er større ved å ha et stivbent og monolitisk system av Stalin-typen, selv om kritikk og opplysning om feil da kan undertrykkes.



DAVIDSEN: Konkurranseutsetting av offentlig tjenester brukes som virkemiddel for å få ned prisen på tjenesten. Erfaringen viser at konkurranse på pris får betydning for tjenestens kvalitet, som igjen får konsekvenser for innbyggerne og de som skal utføre tjenesten. Om det er potensial eller risiko knyttet til konkurranseutsetting av offentlige helsetjenester avhenger av hva som er målet for de offentlige tjenestene. Det blir derfor nødvendig å si noe om hva som er hensikten med det velferdssystemet vi har utviklet i Norge. Spørsmålet om å privatisere og konkurranseutsette offentlige tjenester handler først og fremst om hva slags samfunn og arbeidsliv vi ønsker for befolkningen. Den norske helsepolitikken skal bidra til å fordele helse-tjenester rettferdig og fornuftig. Helsetjenester er rettigheter som skal ivareta både nødvendig kapasitet og kvalitet. Skal vi videreføre disse prinsippene mener vi at de offentlige tjenestene fortsatt må være under offentlig eie og kontroll. Prinsippene for markedskreftenes utfoldelse er ikke forenlig med velferdmodellens verdigrunnlag. Helse og omsorg

kan aldri bli både lønnsomme næringer og gode tjenester for befolkningen innenfor rammen av et rettferdig og fullgodt offentlig helsevesen. Norsk Kommuneforbund sier derfor nei til konkurranseutsetting og privatisering av offentlige helsetjenester. Vårt alternativ er omstilling, å utnytte de ansattes kreativitet og ressurser til å forbedre tjenestene og gjøre offentlig sektor til et godt sted å arbeide.



TØNNE: Jeg syns "konkurranseutsetting" er et snevert begrep, særlig når det også beskrives som "privatisering". I helsesektoren vil det nok i en del tilfeller være snakk om at utføring av visse tjenester blir gjenstand for konkurranse mellom alternative leverandører. I svært mange tilfeller vil det imidlertid være snakk om et utvidet samarbeid og en arbeidsdeling mellom offentlige helseforetak, og mellom slike foretak og private aktører. Det gjelder ikke minst samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de privatpraktiserende allmennleger. Jeg kan ikke se at dette vil innebære noen stor risiko for noen, bortsett fra dem som måtte ønske et mindre effektivt helsevesen. Potensialet ligger nemlig først og fremst i mulighetene til bedre utnyttelse av kapasitet og andre ressurser i sektoren, og dermed mer helse for pengene. Jeg syns ikke det er så interessant å forsøke å kvantifisere slike gevinster. Erfaring fra andre områder viser at de uansett er såvidt store at det vil være galt ikke å utnytte dem.

Er det moralsk akseptabelt å drive helsevirksomhet for å tjene penger?



VENNERØD: Er det moralsk akseptabelt å ha privatpraktiserende leger som tjener på pasienter i Fastlegeordningen UTEN EN GANG Å GJØRE NOE FOR DEM? Er det moralsk akseptabelt å tjene på syke folk ved å selge dem medisiner på apotek? Kan vi godta moralsk at tannleger tjener mer enn barnehageassistenter? Er det moralsk akseptabelt at noen tjener penger på å selge brød som folk trenger for å leve? Jeg kan fortsette med retoriske spørsmål tilbake. Men mer seriøst: Poenget er for det første at helse ikke er noe mer høyverdig enn å selge brød eller fortelle vitser eller klippe håret på folk - hvis ikke folk etterspør helse mer. For det annet er det bra at noen tjener penger på helse. Det vil trek-

P A N E L E T :



CHRISTIAN VENNERØD arbeidsfri, tidligere redaktør av Dine Penger, forfatter tre bøker, første formann i Norsk Faglitterær Forfatterforenings Datautvalg, tidligere redaktør i Gateavisa, konsulent i organisasjon, økonomi og ledelse i 11 år, frilanser og spaltist og debattant.



JAN DAVIDSEN Forbundsleder i Norsk Kommuneforbund.



TØRE TØNNE Siviløkonom og jurist. Tidligere helseminister. Tidligere konsernsjef i Norway Seafoods.

ke flere mennesker og ressurser til bransjen. For det tredje er det forkastelig å basere viktig samfunnmessig virksomhet på at den ikke skal dekke gode lønninger, avskrivninger på utstyret og avkastning på kapitalen som satses; kort sagt: på å tjene penger.



DAVIDSEN: Nei. Det er ikke forenlig med vår demokratiske tradisjon at helsetjenestene skal drives med profitt som mål. Dette er et fullstendig fremmedelement i vårt samfunn. Nå er det sånn i Norge at det alltid har vært en liten andel av private helsetjenester. Som har fungert som et supplement til det offentlige. Men det som står på dagsorden i diskusjonen om konkurranseutsetting og privatisering handler ikke om dette. Det som har kommet på overflaten som en følge av sykehusreformen dreier seg om en uthuling og pulverisering av det offentlige helsevesenet. Store multinasjonale selskaper sikter seg nå inn på det norske helsemarkedet. De har én målsetting for øye – fortjeneste. Vårt svar på spørsmålet om det er moralsk akseptabelt å drive helsevirksomhet for å tjene penger i en slik sammenheng er et kategorisk nei!



TØNNE: For enkelte er vel hovedspørsmålet om det er moralsk akseptabelt å tjene penger overhodet, evt. å tjene mye penger. Det er dessuten alltid et spørsmål om man driver virksomhet for å tjene penger eller om man tjener penger fordi man driver virksomhet. Det er kanskje en kombinasjon? I en slik sammenheng syns jeg ikke det er moralsk uakseptabelt at virksomheter innen helsesektoren tjener penger, f.eks. på å gjøre folk friske eller på å hjelpe folk til å få den behandling de trenger.

Er det mulig å ivareta prinsipper om likeverd og likebehandling i et markedsorientert helsevesen?



VENNERØD: I et offentlig system er det en illusjon å tro at vi har likebehandling og likeverd. Det offentlige har ved flere anledninger klargjort at man skal prioritere dem som er produktive i samfunnet. Det er også lett å se på behandlingen av de eldre, kronikerne og psykiatriske pasienter at det offentlige i praksis nedprioriterer svake grupper. Videre er det en kjent sak at leger prioriterer faglig interessante tilfeller og pasienter som de har "forbindelser" til. Det siste vil gjerne si folk på solsiden i samfunnet. De ressurssvakes eneste mulighet til å balansere dette til en viss grad, er ved å betale for seg. Det blir i prinsippet som på Rimi. Skipsrederen får ikke noe bedre behandling der enn hva rengjøringsassistenten får. "Mine penger er like gode som dine penger" er det uttrykket som gjelder i markedet. Hvis bevilgningene i en konkurranseutsatt helsesektor følger pasienten som en rettighet, vil alle ha samme betalingsmuligheter.



DAVIDSEN: Nei. Dilemmaet i en markedsstyrt modell blir nettopp motsetningen mellom å tenke bedriftsøkonomisk - fordi modellen forutsetter akkurat det, og ivareta og tilrettelegge for et fullgodt og rettferdig helsevesen. All erfaring forteller oss at et markedsorientert helsevesen ikke vil gi bedre helse-tjenester. Helsetjenester er ikke som andre varer. Helsebehovene er vanskelige å definere, ulike tjenester er vanskelige å sammenlikne, og det er få gode mål på resultatoppnåelse. Områdene som kvalitet av diagnostisering og behandling, omsorg, opplæring og forskning faller utenfor regnskapet, og kan derfor raskt komme ut av fokus. Sentrale begreper for å forstå helsetjenester, som tillit og interesse for pasientens beste, passer ikke inn i et markedsøkonomisk system. Å omsette helsetjenester i et marked vil bety et enormt administrativt merarbeid, både for helsearbeiderne som må dokumentere hva som gjøres, og for administratorene som skal vurdere tilbudet og betale for det. I andre land har tilsvarende reformer i helsesektoren vært prøvet ut, og erfaringene er at dette er både en dyr og dårlig løsning. Vår påstand er at et markedsorientert helsevesen skaper tapere. Se på USAs private helse-system, dobbelt så dyrt som det norske helsevesen (i andel av brutto nasjonalprodukt) og allikevel faller en femtedel av befolkningen utenfor fordi de ikke har råd til dyre helseforsikringer. Utviklingen i Storbritannia er et annet eksempel. Etter 10 års erfaring oppsummerer britene med å si at resultatene av et markedsorientert helsevesen gav motsatt effekt enn forventet. Eller vi kan se på hva som skjedde i New Zealand. For noen år tilbake var forholdene der sammenlignbare med Norge. På få år med omfattende privatisering har de fått en situasjon hvor forskjellene i befolkningen øker raskere enn noensinne.



TØNNE: Det kommer helt an på hva man legger i begrepet "markedsorientering". Hvis man med det mener at markedene og markedskreftene, bl.a. betalingsevnen, skal være bestemmende for hvem som får tilgang til hvilke helse-tjenester, er det ikke mulig. Hvis man derimot mener at også helsevesenet må orientere seg mot, og ta hensyn til, brukernes behov, så er det avgjort mulig.

Er det slik at kollektive løsninger må vike for individuelle løsninger i framtidens velferdssamfunn?



VENNERØD: Kollektive løsninger innebærer i seg selv en forakt for individets rettigheter. Kollektive løsninger er herretenkning der man i prinsippet skjærer alle over en kam og sier at dette får være godt nok. Ingen skal få lov til å prioritere sin helse mer enn det herretenkerne synes er riktig. Kollektive løsninger bestemmes fra toppen, og det er helt umulig for dem på toppen av pyramiden å fastlegge rigide strukturer som man skal være i stand til å leve etter i et rettssamfunn, samtidig som disse reglene skal være tilpasset individets behov. Hvis et slikt system skal ha den nødvendige fleksibilitet, må de utøvende ledd ha anledning til å utøve stort skjønn. Men dermed vet pasienten likevel ikke hvilke rettigheter han har. Det blir et Kafka-mareritt, slik som det norske helsevesen til en viss grad fortøner seg for kundene. I et mer markedsliknende system med ulike eiere står tilbyderne friere til å tilby varierte produkter. De som ikke tilpasser produktene til kundenes behov, kan ikke overleve. Dette er et system som i en helt annen grad er tilpasset individets behov og rettigheter. I dagens Norge der den individuelle rikdom er høyere enn nesten noe annet sted i verden, og med en utdannelse som historisk er fenomenal, er det en selvmotsigelse at individet skal fratas retten til å velge på ett av de viktigste områdene i livet: helse. Norge er, som den svenske minister treffende sa, en av de siste Sovjet-stater, for dette har dessverre ikke gått opp for mange ennå.



DAVIDSEN: Individuell likebehandling kan kun ivaretas gjennom kollektive avtaler. Sterke krefter i samfunnet hevder at tiden har løpt fra kollektive løsninger, og at det er individet og ikke fellesskapet som er det viktigste. Det er ingen motsetning mellom gode fellesskapsløsninger – kollektive ordninger og individets behov for frihet. Dette er og blir en myte. Norge har med sin økonomiske situasjon mulighet til å yte gode offentlige tjenester til alle. Det norske samfunnet er rikere enn noen gang, og mulighetene til å løse alle samfunnets fellesoppgaver er store. Selv om velferden har økt for store grupper, dokumenterte utjamningsmeldingen at forskjellene i det norske samfunnet har økt markant de siste årene. Skal denne utviklingen snus blir det helt avgjørende å videreføre de universelle og kollektive ordningene som ivaretar hele befolkningen. For oss i Norsk Kommuneforbund er det helt uakseptabelt å la kollektive løsninger vike. Det er kun fellesskapsløsninger som kan sikre alle gode tjenester.



TØNNE: Nei, jeg tror ikke det. Det er i hvert fall ikke noen naturbestemt utvikling. Det er fullt mulig å sikre gode kollektive løsninger også i fremtiden. Noe helt annet er at det i tillegg til disse vil være en rekke tilbud om helsetjenester som ikke

vil inngå i "kollektive løsninger" og som vil utgjøre et marked for individuelle løsninger. Slik er det også i dag.

Drift av sykehus skaper behov for en rekke servicefunksjoner. Er det en fordel at disse ivaretas av det offentlige?



VENNERØD: Jeg forstår spørsmålet slik at det dreier seg om hvem som skal lage maten, vaske laknene osv. Dette er et rent spørsmål om kvalitet pr krone. Det er selvsagt mulig at det er mest effektivt for sykehuset at servicen utføres i nærheten av pasientene. Dersom offentlig sykehusdrift var en god idé, burde det selvsagt være billigere å gjøre jobben der når man i tillegg slipper lang transport. Men det er tydeligvis ofte billigere eller bedre kvalitet i det frie markedet, siden dette overhodet kan være et problem. Sykehuset er til for pasientene, ikke for de ansatte. Hvis sykehuset kan spare penger på servicen til pasientene (eller få bedre service) ved å kjøpe tjenestene utenfor sykehuset, ville det være et slag i ansiktet på pasienter og skattebetalere å la være å hente tjenestene i markedet. Dette burde si seg selv.



DAVIDSEN: Ja. Stadig flere lar seg besnære av tanken om konkurranseutsetting og privatisering av offentlige oppgaver, og tror dette skal føre til billigere og bedre tjenester. I flere av helseregionene foregår det akkurat nå utskilling av de ikke-medisinske støttefunksjonene – for å spare penger. De ansatte er helsevesenets største og viktigste ressurs. I utviklingen av gode og effektive tjenester vil de ansattes tilhørighet ha avgjørende betydning. En fragmentering av sykehusene vil virke uheldig for pasientene og for de ansatte. Flere arbeidsgivere vil skape et uoversiktlig bilde. For å forvalte de ansatte på best mulig måte må de føle at de er del av et helhetlig, stabilt og utviklende miljø. Hvordan vi løser utfordringer vi står overfor i helsevesenet er uløselig knyttet til hvordan arbeidslivet utvikler seg. Et mer inkluderende arbeidsliv er en forutsetning for at alle som kan og vil skal kunne delta i arbeidslivet, og gjøre en god jobb der det virkelig trengs. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv har som en av sine målsettinger å redusere sykefraværet. Skal vi utvikle gode sykehus for befolkningen bør alle sykehusets funksjoner ses på som en nødvendig enhet. Servicetjenester som renhold, teknisk drift og kjøkkentjenesten er nært knyttet opp til pasientenes ve og vel, og utgjør viktige støttefunksjoner i sykehussystemet. Vi mener at offentlige sykehus må være effektive og ha god økonomistyring, slik at mulig effektivisering blir utnyttet til beste for pasienten. Dette tilsier at private selskaper med overskudd som mål, slik den nye sykehusorganiseringen åpner for, ikke er en egnet modell for samfunnets organisering av sykehustjenester. Befolkningen er best tjent med at helsetjenestene fortsetter under sterk offentlig styring.



TØNNE: Det viktigste er at disse funksjonene blir dekket på en god og effektiv måte. Jeg tror det blir feil å hevde at absolutt alle servicefunksjoner blir best ivaretatt av det offentlige.



Sprekker de farlige boblene?

TEKST KNUT HELLERUD • FOTO KNUT HELLERUD/STONE

Fysisk trening motvirker dykkersyke. Men kan det også utvikles medisiner mot de livsfarlige gassboblene i blodet? Vitenskapelige dypdykk i Trondheim bringer ny lærdom til overflaten.

Åtte hvite rotter strever for livet i forskningens tjeneste. Seks av dem har snart løpt 90 minutter i motbakke på tredemølle. To rotter skal ut av trykkammeret etter tre kvarters simulert dykk på 60 meters dyp. Så venter narkose og registrering av bobler med ultralyd. Dermed er oppgaven og livet slutt...

Med sine forsøksdyr og fysiologiske data kaster forskere ved Det medisinske fakultet nytt lys over den lumske trykkfallsyken, kjent og fryktet verden over. Sykdommen oppstår ved oppstigning når dykkerne må bli kvitt den "overflødige" nitrogen-gassen som dannes fra høyere til lavere trykk. Gassen presses ut som bobler i blodårene og kan forårsake død, lammelse og alvorlige skader i vitale organer.



Ulike treningsdoser på bratt tredemølle gir ny viten om hvordan dykkersyke kan motvirkes.



Dykker-rotta har vært tre kvarter på 60 meters dyp. Legestudent Christian Medby gjør klart for anestesi og ultralyd.



Professor Alf Brubakk undersøker rotter etter simulerte dykk. Christian Medby assisterer med ultralyd på forsøksdyret

Trening best dagen før

I dykkermiljøer har det lenge vært antatt at de som er i god form har mindre problemer med trykkfall enn utrente kolleger. Men til nå har dette vært sett på som en udokumentert effekt. Når et forskerteam fra Trondheim grundig påviser at systematisk trening av forsøksdyr motvirker dykkersyke, blir det derfor lagt merke til. Undersøkelsen er da også solid slått opp av anerkjente naturvitenskapelige tidskrifter som Journal of Physiology og Nature. De færreste tviler på at funn på rotter kan ha klar overføringsverdi til mennesker.

Men som så ofte ellers i vitenskapen, "snublet" fysiologiprofessor Alf Brubakk og idrettsfysiologen Ulrik Wisløff over et annet interessant funn. De oppdaget at farlige bobler bekjempes like effektivt med kortvarige som langvarige treningsdoser. – Vi så at rotter som trente fredag og skulle dykke mandag, ikke tålte belastningen i trykkammeret. De døde, i motsetning til rotter som trente 24 timer før neddykking. Siden undersøkte vi dette systematisk, og fikk bekreftet at trening dagen før dykket gir best effekt mot bobledannelse, sier Brubakk.

Dette er også slutninger som har vakt oppsikt i dykkerkretser. Ryktene vil ha det til at selveste Navy Seals – amerikanernes militære elitedykkere – skal ha innført fast trening 24 timer før krevende dykk.

Piller mot dødsbobler?

Men trondheimsforskerne nøyer seg ikke med å fastslå at fysisk fostring kan avverge bobler i dykkerblodet. Det avgjørende er å finne årsaken til bobledannelsen. Her er det ennå lang vei til målet, men hypotesen er at de farlige boblene dannes med utgangspunkt i den såkalte boblekjernen i blodet. Denne kjernen består i hovedsak av nitrogen, og det er nettopp disse kjernene som "vaskes ut" med trening, tror forskerne.

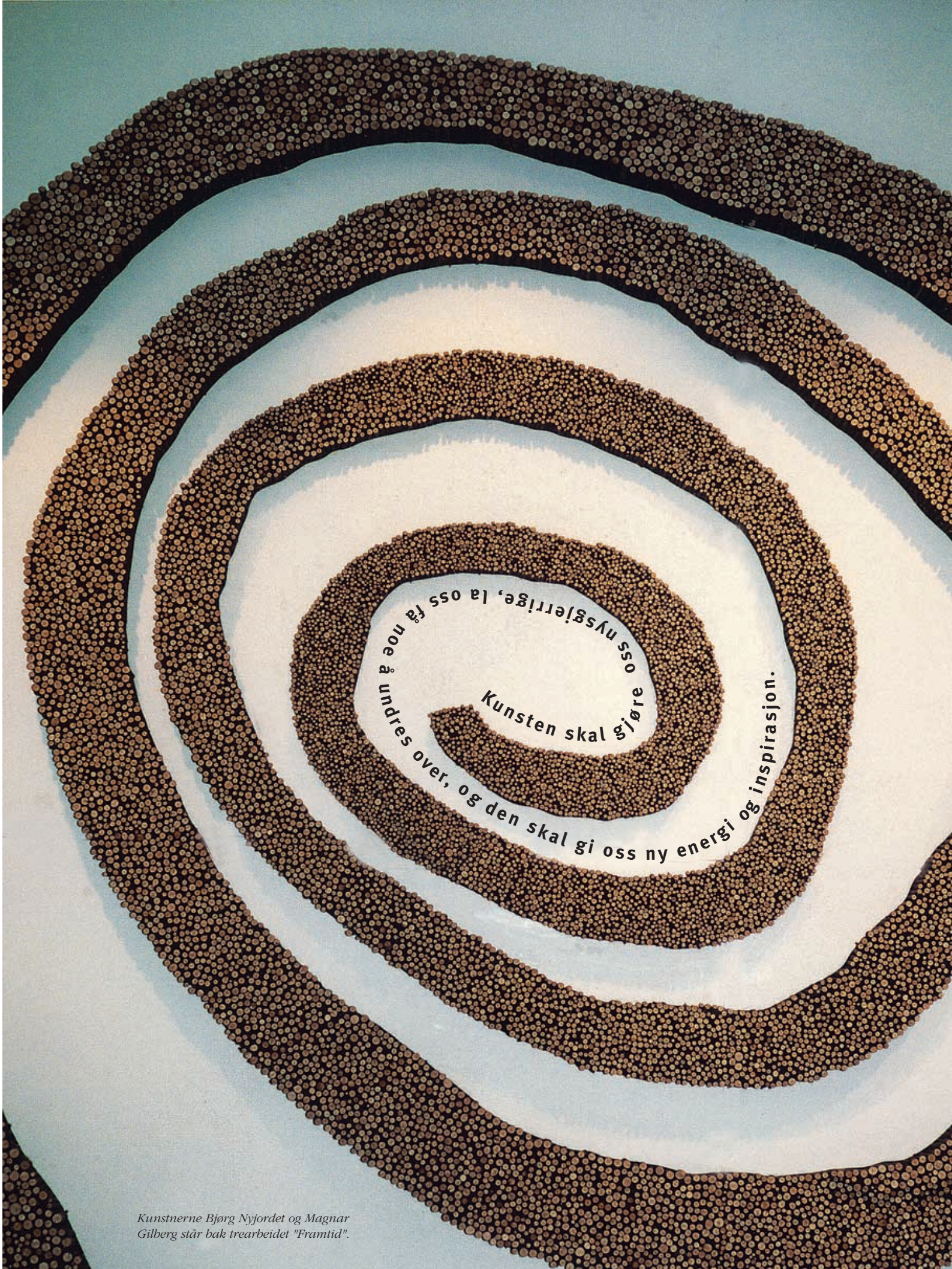
Hvis antakelsen viser seg å stemme, vil det få store konsekvenser. Da kan nemlig bobledannelsen være et resultat av biokjemiske prosesser – ikke av biofysiske, slik gjengs lærdom har gått ut på. Når vi så vet at biokjemiske prosesser kan påvirkes og forandres med nettopp kjemiske midler, betyr det at også dykkersyke vil kunne bekjempes med medikamenter. Med andre ord: piller eller sprøyter mot livstruende gassbobler!

– Kanskje er vi til og med på sporet av et generelt beskyttelsesstoff? I så fall åpner det seg virkelig store muligheter også for andre lidelser i blodsirkulasjonen, sier Brubakk som stadig poengterer at "dette er basalfysiologi." Vi snakker altså om grunnforskning som ikke vil ha praktisk betydning på en god stund ennå.

Løfterikt for u-land

Men det må være lov å håpe på rask framdrift. Dykking i dag er nærmest en folkesport med utøvere i alle aldre og all slags fysisk utrustning. Det er lenge siden opplevelser på havets bunn bare var forbeholdt de unge, spreke menn. Likevel er ikke dykkersyken noe dramatisk helseproblem i Norge, selv om det årlig registreres 50 – 70 tilfeller av trykkfallsyke, mange med alvorlige skader i sentralnervesystemet. Men ser vi ut over egen kystlinje, mot farvann i den fattige verden, møter vi en helt annen virkelighet. Her dykkes det stadig dypere og lengre. Utstyret er ofte elendig, og behandling mot trykkfallsyke uoppnåelig for dykkere flest.

– Derfor er det i u-land den nye dykkerforskningen virkelig kan bety noe for sikkerheten, mener Brubakk. Men da må han og forskerteamet vise til mer enn gode funn på løpende og dykkende rotter. Nå står riktignok griser for tur på tredemølle og trykkammer. Men det viktigste blir å tilpasse modellen til mennesker for å undersøke om resultatene er gyldige på vår egen art. Arbeidet med å teste dette er allerede startet. Så vil det vise seg om dykkerforskningen i Trondheim kan omsettes i effektiv kamp mot de farlige boblene.



Kunstnerne Bjørge Nyjordet og Magnar Gilberg står bak trearbeidet "Framtid".

Helt siden antikken har man i vår kultur sett sammenhenger mellom helse og kunst. Eksempelvis var guden Apollon i gresk mytologi knyttet til både helse og musikk. Til legesenteret Epidauros kom mennesker i hopetall for å la seg helbrede, og behandlingen var nært knyttet til utøvelse av ulike kunstarter. Sentralt i denne metoden sto de forebyggende sider ved medisinen, som det å styrke sinnet som beste motstand overfor sykdom. Det finnes ingen enkle løsninger på kulturens rolle i utviklingen av helsepolitikk. Problemene må møtes med virkemidler utviklet i samspill med vår viten om helsefremmende tiltak og kulturell praksis.

(Kilde: Ruud og Stige)

Kunst og helse

-revitalisering av en gammel allianse

TEKST OG FOTO SOLBJØRG EMILIE V.G. ESPESTØYL

I dagens helseinstitusjoner kan man ofte se at arkitektur og utsmykning er to separate sider. Mange av oss har nok hatt følelsen av vilkårlighet når vi under opphold på venterom har hengt øynene på " ...et bilde her og et annet bilde der...". Vi skal se litt nærmere på hva som vektlegges under oppføring av nye sykehusanlegg.

Arkitektur har til alle tider avslørt menneskesyn, og når vi nå står overfor en omfattende sykehusutbygging her i landet, settes fokus igjen på det estetiske. Vi nærmer oss altså igjen antikkens idealer når det kommer til alliansen helse og kunst. Helt fra arkitektens tegnebord legges det i stadig større grad vekt på løsninger som er gode rent visuelt såvel som teknisk og funksjonelt. Man ser også at det legges prioriteringer i retning av integrert kunst; d.v.s. at utsmykningene tegnes inn i arkitekturen, og er unike for akkurat de steder de er laget for. Samarbeid mellom arkitektur og utsmykning lager med dette en helhet som gir mennesket følelsen av å være prioritert, og viser også en heving av synet på menneskeverdet. Dette lå også til grunn da sivilarkitekt Kjell Erik Arstad planla byggetrinn to og tre ved Sykehuset Levanger.

- Vår målsetting har vært å skape et godt bygningsmiljø med en menneskelig målestokk, samtidig som vi ivaretar de strenge funksjonskrav som stilles til et avansert sykehus. Det er lagt vekt på tilhørighet og tilpasning til det eksisterende sykehus. Men vi har også sett det som viktig å gi det nye byggetrinn sin egen identitet; gjøre det til et positivt og spennende tilskudd til den eksisterende bygningsmassen gjennom nye arkitektoniske virkemidler, sier Arstad. Han forteller videre at et av målene

har vært å få til et estetisk miljø som skal gi positive impulser gjennom stimulerende romopplevelser, variasjoner mellom åpne og lukkede soner, lys og luft. Innfall av dagslys og bevisst integrering av kunstnerisk utsmykning skal bidra til følelsen av å være verdsatt.

“Helt fra arkitektens tegnebord legges det i stadig større grad vekt på løsninger som er gode rent visuelt såvel som teknisk og funksjonelt.”

Kristin Juul har fungert som byggherrens representant i utsmykningskomiteen. Hun viser til viktigheten av et nært samarbeid mellom byggherre, arkitekt og kunstnere. - Vi har etterstrebet mangfold, men samtidig helhet. Kunsten skal gjøre oss nysgjerrige, la oss få noe å undres over, og den skal gi oss ny energi og inspirasjon. Målet er at omgivelsene, som jo i stor grad påvirker følelsen våre, skal ligge som en toneangivende faktor til raskere helbred, utdyper Juul. - Kunsten skal tilføre mangfold, variasjon og opplevelserikdom, være identitetsskapende for de ulike stedene og derigjennom være orienterende for brukerne av sykehuset.

Kunstnerne Bjørge Nyjordet og Magnar Gilberg har hatt utsmykningsoppdrag ved flere sykehus. Under idéutvikling legger de fokus på tre faktorer; brukergruppen (pasienter og ansatte), det "romlige" (arkitekturen), samt det å utvikle seg som fagfolk uten å repetere seg selv. - Budskapet skal ikke være påtrengende eller provoserende, og det skal inngi flere muligheter til fortolkning. Mange som besøker et sykehus, står overfor ekstreme livssituasjoner, og det er derfor utrolig viktig å vekke trygg-

het så ingen skal få negative følelser på grunn av omgivelsene, sier Gilberg. Bjørge Nyjordet forteller at de gjerne bruker tre i denne type utsmykningsarbeid. Tre er et organisk materiale som alle har et positivt forhold til, det oppfattes som mykt, og det representerer liv. - Når vi er ferdig med et oppdrag av denne art kan vi egentlig se på helheten som en slags dramaturgi. Mye av den visuelle støyen, da i form av tekniske installasjoner som selvfølgelig må være der, kommer på en måte i bakgrunnen hvis utsmykningen gjør jobben sin. Samarbeidet mellom arkitekturen og utsmykningen har mye å si, også når det gjelder å lede trafikken inne på et stort sykehus, hvor det ellers kan være en smal sak å gå seg vill. Kunsten skal ha både en bruksfunksjon og en estetisk funksjon. Den skal være et hjelpemiddel, forklarer kunstnerne. - Vi må hele tiden arbeide med det i tankene at vi skal nærme oss målgruppen. Da vi skulle lage en installasjon ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Sykehuset Namsos, valgte vi søyler med en struktur som appellerte til fysisk berøring, samt skall som det gikk an å sitte inni, som et slags vern. Uansett hvilken avdeling som skal utsmykkes; dette er oppgaver som må løses i dyp respekt for mennesket, avslutter Nyjordet og Gilberg.



Kunstnerne Bjørge Nyjordet og Magnar Gilberg har etter hvert bred erfaring med integrert kunst i sykehusmiljø.

den gode hjelper

Helser reformen har mange fine målsettinger. Men forandring må også komme innenfra. Holdninger vedtas ikke av politikere. Det krever en annen form for indremedisin. Vi har oppfordret tekstforfatter og journalist Stein Roll til å gjøre noen observasjoner "fra utsiden". Det ble en anekdote om en merkelig gammel lege som virket i San Francisco og som tok seg bemerkelsesverdige honorarer...

STEIN ROLL

Vi leser om pasienter som blir nektet akutthjelp; ei gravid kvinne ble avvist og barnet hennes døde. En ung mann er så syk at han ikke kan stå på beina, men legene tok ikke imot ham fordi han er narkoman. En gammel enke sitter på et venteværelse angende av aseptisk angst og venter og venter. Når det endelig ble hennes tur, fikk hun en brysk beskjed om at innleggelse skulle skje om tre dager. Faren min overhører en leges uttalelser i sykehuskorridoren mens kroppen min kjempet med å finne veien ut av dødsskyggenes dal, på St. Olavs Hospital: - Er ikke Roll død ennå? Smatt på den setningen en gang til. Du får trekke dine egne konklusjoner. Jeg spør bare, hvor er det blitt av den gode hjelper? Legen med ekte medfølelse?

Jeg fant ham i Kristiansand i sommer. Jeg ruslet inn på Sørlandet Kunstmuseum en vakker dag og opplevde sensasjonelle bilder. Beat Art het utstillingen og presenterte malere fra 50 og 60-årene i San Francisco.

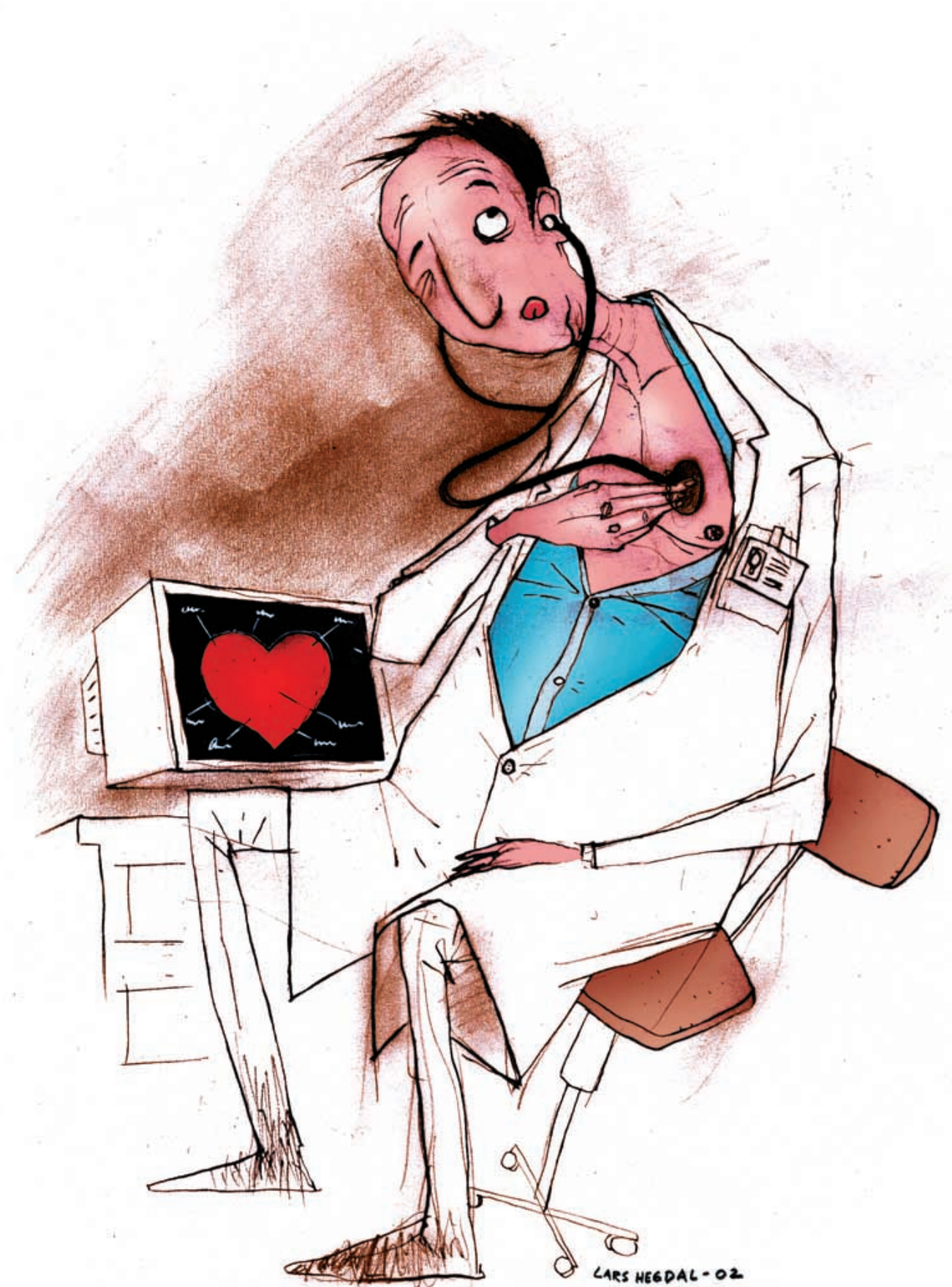
Beatgenerasjonen var den tids opprørere, et undergrunnsmiljø som fostret kjente navn på forfatter-siden som Jack Kerouac og Allen Ginsberg. Fattige og rotløse kunstnere som Kristiansandslegen Reidar Wennesland (1908-1985) møtte og som forandret hans liv. Han fortsatte arbeidet som oppofrende sjømannslege i San Francisco, men ble samtidig kunstnerens velgjører og medmenneskelige støtte-

apparat da det oppstod et rykte i miljøet at det fantes en lege som aksepterte kunst som betaling. Han lot kunstnerne bo hos seg, han eide tre hus på en diger eiendom der også mange forskjellige dyr levde. Den lekne legen holdt apekatter på venteværelset sitt, for å myke opp kontrasten og høytideligheten i hvit legefrakk, hengt kunst på veggene for å skape et alternativ til sterile interiører.

Det trengtes, for pasientene som knyttet seg til Wennesland var mennesker som slet med psykiske problemer, elendig økonomi og narkomani. Flere døde for egen hånd, men mange overlevde takket være den medisinske, økonomiske og medmenneskelige støtten fra Wennesland, og de er i dag kjente kunstnere og professorer.

Disse fantastiske bildene, voldsomme og vitale, men også dampende dystre, donerte filantropen Wennesland til hjembyens katedralskole for at ikke bildene skulle støve bort på et museum. I dag er samlingen verdt over 300 millioner kroner.

Den gode hjelper fantes altså. Men er han død? Jeg tror ikke hoiende honningbjørner og artige apekatter lar seg plassere på midtnorske sykehus, men en omfattende reform må også strekke seg litt lenger enn bare den legemlige helse. Og det blir i første rekke legenes oppgave. Fordi det å være lege alltid vil være den sterkeste av to.



Sykehusdebatten i Nordmøre og Romsdal:

Vi må tenke regionalt og handle lokalt

Hvordan bygger vi framtidens sykehus for Nordmøre og Romsdal? Hvordan skal utbyggingen sees i sammenheng med resten av regionen? Er det mulig å innfri krav om kvalitet og spisskompetanse – og samtidig beholde dagens sykehus i Molde og Kristiansund? Nytt sykehus er selvsagt et spørsmål om geografi, men det er like mye spørsmål om kvalitet og økonomi. Valget angår alle, og engasjerer mange.

Debatten om framtidens sykehusstilbud er noe mer enn en lokaliseringsstrid. Det gjelder også for Nordmøre og Romsdal. Det avgjørende blir hvilke funksjoner som skal ivaretas lokalt og hvilke sykehustjenester befolkningen må henvende seg til Ålesund eller Trondheim for å få. Med sykehusene organisert i statlige helseforetak, er det pasientens behov som skal stå i sentrum. Og til nå er det ikke bevilget et rødt øre til investeringer - og det er heller ikke gitt noen lovnader.

- Skal det investeres milliardbeløp, må det gjøres på en framtidsrettet måte. Og sykehustilbudet for Nordmøre og Romsdal må passe inn i vår regionale struktur. Skal vi skape kvalitet for pasienten, må vi også drive kostnadseffektivt, sier adm.dir. Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge.

Styreleder Ragnhild Berge i Helse Midt-Norge lar seg ikke friste til å gå inn i den lokale debatten. Skal det bygges ett sykehus, eller skal det fortsatt være to. Ett i Molde og ett i Kristiansund:

- Jeg kan ikke og vil ikke si noe nå. Det absolutt eneste jeg vil si er at vi skal komme fram til en løsning som er best mulig for flest mulig, sier hun.

Bred debatt

Nyvalgt styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal, Tore Skåltveit er fra Averøy på Nordmøre og praktiserer som advokat i Kristiansund. Han legger vekt på at det viktigste for styret er samarbeid:

- Samarbeid er alfa og omega hvis vi skal få til noe, sier Skåltveit. Han hilser derfor en bred og konstruktiv debatt velkommen.

Direktør Erik Heggemsnes håper inderlig at folk i framtida vil se tilbake på avgjørelsen og konkludere med at det som ble gjort var det eneste riktige.

Fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge mener engasjementet rundt spørsmålet om sykehuset er positivt.

- Det viser at folk bryr seg, og det er bra i slike prosesser. Men det er viktig at folk engasjerer seg i alle sider ved sykehusutbyggingen, ikke bare lokaliseringsspørsmålet, sier Thoresen. Etter hans mening bør dette først og fremst være en diskusjon om kvalitet og økonomi.

- Debatten kan tyde på at det skal bygges nytt sykehus til vinteren, men prosessen fram til byggestart er lang. Framtidens pasienter vil i stadig større grad kreve høy kvalitet på sykehustjenester. Det avgjørende er derfor hvordan vi kan skape et godt tilbud til befolkningen som også kan forsvares økonomisk, sier Thoresen.

Til nå har debatten handlet mest om geografisk lokalisering. Ordførerne i Kristiansund og Molde synes å være enige om én ting, nemlig at ett felles sykehus ikke er veien å gå:

"Fair enough"

Kristiansunds-ordfører Dagfinn Ripnes (Høyre) er livredd for at ett sykehus vil bety at byen hans sitter tilbake med "bare en legevakt". Men Ripnes er redd det også kan skje dersom Molde får et nytt, moderne og stort sykehus.

- Da er det bedre med ett, stort felles sykehus, sier han.

Men Ripnes ønsker primært at oppgavene skal fordeles mellom de to sykehusene i byene i dag:

- Vi vil at sykehuset i Kristiansund skal fylles opp med meningsfylte oppgaver. Og vi hilser velkommen et nytt sykehus i Molde. Det er vi så absolutt tilhengere av – Molde trenger et nytt sykehus. Hvis vi da får beholde en barne-, føde- og gynekologisk avdeling, en avdeling for ortopedi med

akuttberedskap og en urologisk avdeling er det hele "fair enough", sier Kristiansund-ordføreren. Men legger til:

- Det blir en vanvittig krig hvis vi ikke får en oppgavefordeling. Molde blir uansett større enn Kristiansund – og de må gjerne beholde sine avdelinger innen for eksempel øre/nese/hals. Men vi har noen spesialiteter vi også – og får vi beholde dem så er det greit. Da klarer vi oss. Men med et gigantsykehus der vi ikke får beholde spesialitetene blir Kristiansund utarmet. Jeg tror og håper man ser det rasjonelle i dette standpunktet, sier Ripnes.

Et byfenomen

Ordfører Rolf Myhre (KrF) betror oss at han hadde et møte med Ripnes samme dag det nye styret for Helse Nordmøre og Romsdal holdt sitt første møte i Kristiansund:

- Jeg snakket med Ripnes og vi har ingen særlig stor konflikt mellom byene. Hva situasjonen er på sykehusene er noe annet – jeg tenker på kampen mellom spesialitetene. Ripnes og jeg er enige om at det fortsatt skal være sykehus begge steder. Jeg tror ærlig talt ikke det er noen fare for at Kristiansund-sykehuset skal bli redusert til en legevakt dersom Molde får et nytt, moderne sykehus, sier Myhre.

Han mener den opplagte løsningen er nettopp det; et nytt, stort sykehus i Molde:

- Det ville være en helt forfeilet løsning å bygge ett, nytt felles sykehus. Det blir dyrt. Og et sykehus er et byfenomen med masse logistikk. Det er sted der pasienter, ansatte og besøkende møtes. Konklusjonen min er krystallklar: Et nytt sykehus i Molde - rimeleg sentralt plassert i byen. Så kan vi etterpå ta diskusjonen om fagfordeling med utgangspunkt i dagens mønster. Det som er helt klart er imidlertid at det må være en fødeavdeling begge steder, mener Rolf Myhre.

TO SYKEHUS: Ordfører Rolf Myhre i Molde er overbevist om at hele prosessen ender med to sykehus – og dermed et helt nytt i hans by. Det kommer ikke i konflikt med Kristiansunds interesser, mener han.

TO SYKEHUS: Ordfører Dagfinn Ripnes i Kristiansund vil gå på barrikadene dersom sykehuset i byen hans skulle bli redusert til en legevakt, som han sier det. Han medgir at Molde bør få nytt sykehus og er enig med kollega Myhre i Molde at det beste er at begge sykehusene består.

Nytt fra HELSE MIDT-NORGE

Program for lederutvikling

I september startet første pulje, og i løpet av våren 2004 er det målet at alle med personal- og budsjettansvar i helseforetakene i Midt-Norge, skal ha fulgt etter. Også potensielle nye ledere kan delta i Helse Midt-Norges program for lederutvikling.

- Programmet skal tilføre kunnskaper og bidra til utvikling av ferdigheter og holdninger som er viktige for å utvikle en resultatfokusert organisasjon, sier utviklingssjef Ragnhild Meirik i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge vil ha ledere som bidrar til å sette normer for virksomheten. De skal være resultatorienterte og sørge for at medarbeidere får både retning og energi i arbeidet. I spesialiserte kunnskapsbedrifter er det særlig nødvendig å bidra til medarbeiderutvikling i takt med satte mål og definert strategi. Med regional organisering av sykehusene, er det også viktig å ha ledere som har hele regionens tarv for øyet. De skal bidra til å skape tillit i forhold til pasienter, pårørende, medarbeidere og samarbeidspartnere.

Lederne er ambassadørene for Helse Midt-Norge og må bidra til å utvikle organisasjonen gjennom kontinuerlig tilbakemelding oppover og nedover i systemet. - Vi ønsker ledere som utøver autoritet gjennom vennlighet og humor, som behersker dialogen, som tar ressurser og rammebetingelser på alvor, som ikke utsetter konflikter og som viser mot til å skjære gjennom når det er divergens mellom den enkelte og organisasjonens mål, sier Meirik. Ledere må selsagt ha kunnskap om formelle fakta rundt arbeidsgiveransvaret. I hverdagen er det også behov for å gi raske og konkrete tilbakemeldinger, sjekke ut felles virkelighetsforståelse, peke på svakheter samtidig som positive resultater og egenskaper berømmes. Det er snakk om å være leder både i medgang og motgang – og ha selv-



Utviklingssjef
Ragnhild Meirik

innsikt nok til å omgi seg med medarbeidere som kompenserer for egne svakheter.

Fusjon i Sør-Trøndelag

De tre helseforetakene i Sør-Trøndelag skal fusjoneres. Fra 2003 vil Psykisk Helsevern Sør-Trøndelag HF være en del av St. Olavs Hospital HF, og året etter vil også Orkdal Sanitetsforenings Sjukhus HF være innlemmet i det nye St. Olavs Hospital.

Nytillsatt adm.dir. Roar Arntzen er leder av styringsgruppa for fusjonsprosessen der to prosjektgrupper er i arbeid. De to gruppene har ansvar for henholdsvis samordning av støtte- og servicetjenester – og samordning av somatikk og psykiatri.

Samordningen av støtte- og servicetjenestene gjelder for alle de tre foretakene, og tempoplanen tilsier at omorganiseringen skal settes ut i livet fra nyttår 2003. Det overordnede målet er å gi økt kvalitet for pasienten. Gjennom optimal bruk av tilgjengelig kompetanse, kapasitet og ressurser skal det bli mer helse ut av hver krone – til pasientens beste.

Støtte- og servicetjenestene skal levere varer og tjenester på et forretningsmessig grunnlag til kjernevirksomheten ved St. Olavs Hospital HF og andre aktuelle kunder. De skal være konkurransedyktige i et eksternt marked og styres på netto resultater, og for øvrig som om de var egne selskaper.

Virksomhetene får ikke tildelt økonomiske midler, men må skape sin inntekt gjennom salg av etterspurte varer.

For å klarlegge hvordan dette skal organiseres er sju arbeidsgrupper i gang med et arbeid som skal være avsluttet innen utgangen av november. Gruppene omfatter eiendom, IKT, medisin-teknisk, økonomi, logistikk, kjøkken/renhold og personal/plan og utvikling. Det er ikke tatt stilling til hvor mange økonomiske resultatenheter som blir sluttproduktet.

En premiss for arbeidet er at man også tar høyde for at det kan bli aktuelt å etablere regionale enheter for de forskjellige virksomhetene. Arbeidet som skjer i Sør-Trøndelag, kan derfor få betydning også for

andre deler av sykehusdriften i Midt-Norge. Fusjonen i Sør-Trøndelag er ventet å gi betydelige innsparinger – i likhet med det man har sett ved tilsvarende omstilling ved andre kompetansebaserte virksomheter og sykehus. Fusjonen i Sør-Trøndelag berører 7500 ansatte og de tre helseforetakene har et samlet driftsbudsjett på over 3,6 milliarder kroner.



Prosjektgruppa for samordning av støtte- og servicetjenester er utvidet med representanter for de ansatte. På bildet fra v. Normann Sandvik (ansattes repr., PHST), Åge Lien (PHST), Tove Vikan (ansattes repr., OSS), Helge Meyer (sekretær, PHST), Gunnar Bækken (St. Olavs), Sigmund Eidem (ansattes repr., St. Olavs), Trond Håvard Eidet (Helse Midt-Norge), Liv Sjøvold (St. Olavs), leder Eivind Tronvoll (PHST) og Einar Bergdal (OSS).

Mer effektive apotek

Sykehusapotekene i Midt-Norge gjennomfører nå et prosjekt som skal gi bedre vareflyt og logistikk. Tidligere i år ble det gjennomført en analyse av det nye apotekforetaket for å kartlegge logistikkutfordringene og beskrive nåsituasjonen for sykehusapotekene i Trondheim, Kristiansund, Molde og Ålesund.

Kartleggingen har skjedd gjennom intervju av utvalgte leger og sykepleiere på forskjellige avdelinger på sykehusene. Dessuten er det gjennomført en analyse av interne prosesser i apotekene for å avdekke om det jobbes kostnadseffektivt for å tilfredsstille kundene. Hovedkonklusjonen var at kundene stort sett er fornøyde, men at det finnes rom for forbedringer. Dessuten leverer apotekene tjenester som kundene i dag ikke betaler for, men som skaper merverdi for kunden.

Og man har avdekket et forbedringspotensial både innen kompetanse, prosesser, mål- og styringssystemer. Dette er forhold det nå gripes fatt i.

-Er de fulle?

Eller bakfulle, stein, gal, deprimert eller rett og slett bare trøndere? Det er psykiater og avdelingsoverlege ved PUT, Psykiatrisk Ungdomsteam, Odd Storsæter, som stiller det humoristiske og for noen lett provokative spørsmålet. Avisdebatten i avisene utgir seg for å være en narkotikadebatt, men som stort sett er en heroindebatt, mener han. Avisene blåser opp dødshall selv om de i våre tre største byer er meget redusert i forhold til i fjor. Fakta er at i Trondheim var det seks dødsfall i fjor av unge rusmisbrukere under årets sju første måneder, mot i år tre. Oslo og Bergen har hatt tilsvarende nedgang. Årsaken til dette er ikke helt klar, men jeg vil anta at krigen i Afghanistan betyr mye. God, gammeldags grensekontroll virker, mener Storsæter. Et poeng Storsæter vil ha fram er at narkotika ikke bare er heroin. - Vi kjenner oss rett og slett ikke igjen i avisenes heroinverden, sier han.



Avdelingsoverlege ved PUT Odd Storsæter

Det er bruk av ecstasy, cannabis og amfetamin som er gjengangere. Et tydelig trekk i bruksmønsteret er også at det ikke kun er sosiale drop-outs som bruker narkotika. Hjelpeapparatet møter stadig flere barn av velstående foreldre med høystatusyrker. - For PUT er det dog flere gladnyheter som er verdt å nevne. Vi har fått ned ventelistene fra tre måneder i fjor til bare en måned i år. Og vi har 10 personer i kø. Dette er vi

meget godt fornøyd med. Dette skyldes at vi har blitt strengere med øvre aldersgrense (15 - 30 år). Dessverre får vi gjort for lite forebyggende når det er mange nye ungdommer med store angst-problemer og psykoser etter f.eks. ecstasy-bruk. Ecstasy ble i fjor brukt av 79 personer - altså 29 % av våre klienter. Våre terapeuter har klart å omstille seg til ungdom med ecstasy-plager fra tidligere amfetaminmisbrukere over 25 år og heroinister på 30 år, sier Storsæter.

Kjøper Revmatismehuset

Styret for Helse Midt-Norge har gitt grønt lys for kjøp av Revmatismehuset i Trondheim. Leieavtalen med Trondhjem Sanitetsforening vil opphøre i løpet av 2002 og Helse Midt-Norge utøver dermed avtalens opsjon om kjøp. Kjøpet av bygningsmassen skal skje innenfor en kostnadsramme på ca. 21 millioner kroner. Bygget vil bl.a. gi plass for en tverrfaglig ryggpoliklinikk og landsfunksjon for kompliserte rygglidelser, og fungere som avlastningsenhet for St. Olavs Hospital - slik at man unngår korridorpasienter. Det er ikke tatt stilling til endelig bruk av bygningssmassen, men Helse Midt-Norge mener at det umiddelbart er behov for bygget til helserelaterte formål. Den langsiktige bruken av eiendommen må ses i sammenheng med byggefase 2 for den nye universitetsklinikken i Trondheim. Selve ervervet av Revmatismesykehuset vil bli effektivert i 2003.

Nettverksenhet for diabetesforskning

I august ble etableringen av Nettverksenhet for diabetesforskning ved Det medisinske fakultet, NTNU markert med en egen temadag der resultater og prognoser for denne forskningen ble presentert. Rundt 150 millioner mennesker verden over har diabetes. I følge prognoser fra Verdens helseorganisasjon (WHO) fordobles tallet de neste 25 årene. Veksten blir spesielt stor i utviklingsland. I Norge har ca. 130.000 personer diabetes – inkludert 30.000 som ikke er klar over at de har diabetes. Også i Norge forventes en formidabel økning av diabetes framover. For bedre å stimulere til og samordne forskning på diabetes på tvers av fagområder og institusjoner blir det nå etablert en nettverksenhet for diabetesforskere i Midt-Norge. For fakultetet er det viktig at storparten av diabetesforskningen er relatert enten til spissområdet Medisinsk bioteknologi ved NTNU, eller Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Av de forskningsprosjektene som nettverksenheten står bak, kan nevnes:

- Utvikling av ny mikro glucosesensor
- Betydningen av risikofaktorene røyking og

snus for utvikling av type 2 diabetes

- Dokumentasjon av diabetesepidemien gjennom befolkningsundersøkelser
- Mulige nye behandlingsmetoder ved type 2 diabetes
- Transplantasjonsbehandling av diabetes



En historisk arm

Denne armen er det første bildet i Midt-Norges nye digitale helsedatasystem - PACS. Dette er landsskolens største IT-prosjekt til 150 mill.

Det "historiske" bildet ble sendt fra Sykehuset Levanger til vurdering ved St. Olavs Hospital - og innleder en ny æra i billediagnostikken. PACS er forkortelse for Picture Archiving Communication System og vil etter hvert dekke alle sykehus i regionen. Årlig regnes det med 450 000 undersøkelser med St. Olavs som felles-sentral for samtlige bilder. Systemet delfinansieres av Helsebygg Midt-Norge. PACS er svært sentralt i sykehusenes datautvikling. Digital røntgen gjør bildene alltid lett tilgjengelige. De kan sendes til og fra sykehus til sykehus i og utenfor Norge i løpet av sekunder. Systemet gir bedre kvalitet. Det sparer plass, og de elektroniske bildene kan leses og bearbeides langt mer avansert og presist enn bilder på film. Datasystemet har vært i prøvedrift i Levanger. I desember installeres det for fullt og rett etter begynner utprøvingen ved St. Olavs Hospital.

Elektronisk sykehusmat

Kristiansundsfirmaet Embla har utviklet elektronisk bestillingssystem for storkjøkkenet. St. Olavs Hospital tester det. - Det som i dag er tidkrevende manuelle rutiner skal erstattes med automatiserte rutiner, sier daglig leder Randi Lied Gikling i Embla. Det såkalte Nutshell-systemet koples mot pasientlistene slik at avdelingene automatisk får mat til det antall pasienter de til en hver tid har innlagt. En slik kopling skal også gjøre at pasienten får mat tilpasset sin lidelse, og slipper spesialbestillinger. Det vil likevel være mulig for en avdelingsansatte å bestille ekstra mat, men da ligger kostnaden på den avdelinga og ikke på kjøkkenet. På samme måte må noen gjøre noe aktivt for at pasienten ikke skal få mat.

- I dag er det ingen kontroll mot pasientlistene, sier kjøkkensjef Gunnar Kvamme. Alle bestiller så de er sikre på at de har nok og vel så det. Systemet er forventet å gi besparelser ved å minke

mengden overskuddsmat, og dermed senke råvarekostnadene. I tillegg vil matbestilling gjennom Nutshell være med å frigjøre personale som i dag håndterer bestillingslister.

HeimdalGruppen ble valgt

HeimdalGruppen fikk storkontrakten på Laboratoriesenteret som har byggestart 9. desember og er først ut blant de tre store sentrene som skal oppføres i universitetssykehusets byggefase1. Kontrakten har en verdi på 240 millioner kroner og HeimdalGruppen regner med at arbeid for 100 millioner kroner blir satt bort til underleverandører. Tre av fire kontrakter vil gå til trønderske bedrifter. Kontraktsarbeidet pågår fram til august 2005. Laboratoriesenteret tas etter planen i bruk i januar 2006. Laboratoriesenter-kontrakten er den første av flere store entrepriser for det nye sykehuset. Neste kontrakt gjelder Kvinne-barnsenteret, med anbudsfrist 18. september. Også denne kontrakten har en verdi på rundt en kvart milliard. Ifølge Helsebyggs utbyggingsdirektør Eilif Due konkurrerer 3-4 entreprenørselskaper om å bygge Kvinne-barnsenteret.

Finn ventetiden i Midt-Norge på nett

Nå kan pasienter og andre bruke internett for lett å få oversikt over ventetider for en rekke undersøkelser og operasjoner som utføres av sykehusene i Helse Midt-

Norge. 5. oktober ble disse opplysningene lagt ut på www.helse-midt.no.

- Vi ønsker å gi våre pasienter en reell valgfrihet i forhold til hvor de kan søke hjelp. Oversikten over ventetider gir bedre grunnlag for å kunne treffe egne valg og få raskere behandling. Fortsatt er det fastlegen som skal henvise pasienten til sykehusbehandling, men pasienten skal selv kunne bestemme hvilket sykehus han eller hun ønsker å bruke. For å få vite mer kan man ringe gratis til Fritt sykehusvalg, sier informasjonsdirektør i Helse Midt-Norge, Synnøve Farstad.

Alle henvisninger til sykehusene vurderes individuelt. Pasienter med samme diagnose kan få ulike ventetider avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og andre faktorer som er spesielle for den enkelte pasient. Helse Midt-Norge har også inngått avtale med private helseinstitusjoner. Nærmere informasjon om ventetider hos disse vil man få ved å henvende seg til Fritt sykehusvalg. Det nye tilbudet på nettet er ment å gjøre valget lettere for pasienter og leger i Midt-Norge. Fritt sykehusvalg gjelder hele landet, og oppdaterte opplysninger om ventetider er en forutsetning for at dette skal fungere. Tjenesten fra Helse Midt-Norge er et bidrag for å realisere dette. Våren 2003 lanseres et nasjonalt nettsted som skal gi samlet oversikt over alle ventetidene i Norge.

Fritt sykehusvalg har grønt telefonnr.: 800 41 004

Som pasienter stiller vi krav til sykehusene Sykehusene stiller krav til oss

Vi skal innfri kravene som fortrukket bankforbindelse – for helseforetaket og de ansatte

I tillegg til å være en profesjonell aktør for sykehusene er vi også en bank for alle ansatte med de behov og ønsker de har for sin daglige økonomi. Vår rådgivning er basert på dine ønsker!

Hva har pengene dine gjort for deg i det siste?

**Besøk oss på www.fokus.no
eller ring 81 00 09 00 for nærmere avtale**

www.fokus.no

Fokus Bank

Manpower søker:

- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Radiografer
- Jordmødre

Vi trenger din kompetanse i korte eller lengre perioder.

Vi tilbyr:

- Konkurransedyktig lønn
- Ny og spennende arbeidserfaring
- Medarbeideroppfølging
- Godt arbeidsmiljø

Er dette interessant?

Kontakt kundekonsulent Gunn Marie Husby på tlf. 73 88 44 38/ 99 15 86 99 eller e-mail: gunn.marie.husby@manpower.no

www.manpower.no

MANPOWER

Inspirerende miljøer
til kontor, skole og institusjoner



– en bedre hverdag

Kinnarps AS avd. Trondheim
Travbanevn. 6, 7044 Trondheim
Pb 1425, 7444 Trondheim
telefon 73 90 15 55
faks 73 90 15 80
www.kinnarps.no

Kinnarps

Totaløkonomikonseptet

De fleste bruker disse produktene i sin virksomhet:

- Kontorrekvisita
- Datarekvisita
- Kontorpaper
- Finpapir
- Tørk- og hygieneprodukter
- Renholdsprodukter
- Emballasje
- Avfallsprodukter
- Lyspærer/lysrør
- Kantineprodukter
- Profileringsprodukter
- Helse-, pleie- og laboratorieprodukter
- Spesialproduserte emballaseløsninger

Vi tilbyr hele dette produktspekteret
overfor bl.a. sykehus, sykehjem,
legekontor og hjemmebasert omsorg.



Vi er en leverandør som dekker de fleste behov, og har sikre leveranser fra ett stort lager!

Julius Maske AS:

- Foretar behovsanalyse
- Utarbeider forslag til leveringsfrekvens
- Leverer større antall artikler pr. levering
- Leverer til avtalte tider
- Leverer til avtalt sted
- Utarbeider prisavtale
- Gjør besøk og oppfølging etter avtale
- Opplæring fra fagspesialister ved behov

Kort sagt: Etablerer et samarbeid som vil
fungere for begge parter



= God
totaløkonomi

MASKE
JULIUS MASKE AS

Lade Allé 61, 7005 Trondheim. Tlf. 73 89 29 00



B

Returadresse: Helse Midt-Norge RHF,
Postboks 464, 7501 STJØRDAL

ISSN 1503-1780

Helse Midt-Norge har satt seg tre hovedmål:

1 BLI KVITT UVERDIG VENTING

Antallet pasienter som står på venteliste for behandling ved sykehusene i Midt-Norge er på vei ned. Ved inngangen til 2002 ventet 50 000 pasienter på behandling, og mange hadde ventet alt for lenge. I løpet av året skal ventelistene være redusert med minst 15 000 pasienter og gjennomsnittlig ventetid skal være kraftig redusert. For å få dette til er det satt i verk en rekke tiltak. På sikt er målet at ingen skal måtte vente i mer enn 1-2 måneder på behandling.

2 LØSE PROBLEMET MED KORRIDORPASIENTER

Det at korridorene fylles opp med pasienter har vært et stort problem i norske sykehus. I Midt-Norge er det først og fremst ved de store avdelingene ved St. Olavs Hospital i Trondheim og Ålesund Sjukehus at korridorene har blitt brukt på denne måten. Helse Midt-Norge vil i større grad benytte ledig kapasitet ved de andre sykehusene i regionen også for å løse dette problemet. I tillegg har det regionale foretaket inngått avtaler med private helseinstitusjoner der det er hensiktsmessig og riktig.

3 INNFØRE GOD ØKONOMISTYRING

Foretaksorganisering gir sykehusene økt ansvar og større handlefrihet. Med helsereformen og den nye organiseringen som er innført har sykehusene fått økonomiske og regnskapsmessige virkemidler til å drive virksomheten effektivt. God økonomistyring er derfor en forutsetning for at helsetilbudet skal bli best mulig for pasientene.

HELSE - Et magasin fra Helse Midt-Norge