

HELSE

**Ledelse i helse-
foretakene**

s4

**Når sekundene
avgjør**

s8

Taushetsplikt

– til hvilken pris?

s20

1. januar 2002 overtok staten ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge omfatter sykehus og andre virksomheter i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, og har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i dette området.

Våre hovedmål er å bli kvitt uverdig venting, løse problemet med korridorpasienter og innføre god økonomistyring. Målet er at vi skal løse disse problemene innen 2004, noe som krever stor innsats og mange tiltak på tvers i regionen. I løpet av 2002 og 2003 er gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Midt-Norge betydelig redusert.

Står du på venteliste?

Selv om ventetiden er blitt vesentlig kortere, får fortsatt mange pasienter lang ventetid til enkelte undersøkelser og behandlinger ved våre sykehus. Det jobbes derfor aktivt ved alle helseforetak for å redusere ventetiden.

I løpet av høsten planlegger Helse Midt-Norge å innføre en ordning som vil gi alle henviste pasienter en individuell behandlingsfrist.

Står du på venteliste for behandling – og synes at ventetida er for lang?

Da kan du kontakte sykehuset du er henvist til, eller legen som har sendt henvisningen og be om at henvisningen sendes til et annet sykehus.

Du kan velge blant alle offentlige sykehus i Norge - og i tillegg har Helse Midt-Norge inngått avtaler med en rekke private sykehus og røntgen institutter om kjøp av helsetjenester.

For informasjon på internet: www.sykehusvalg.net
www.helse-midt.no

For informasjon vedrørende ventetider og behandlingstilbud, ved de offentlige og private sykehusene, kan du også ringe gratis til vår pasientrådgiver på:
Fritt Sykehusvalg - telefon: 800 41 004

HELSE ●●● **MIDT-NORGE**

Besøksadresse: Strandveien 2, Stjørdal
Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no

www.helse-midt.no



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Bare en rusmisbruker

Det er ikke bare Thorvald Stoltenberg som har opplevd det. Det er mange pårørende og rusmisbrukere som har erfart å bli skjøvet bakerst i køen. Og Stoltenberg-familien har med sin vilje til å vise åpenhet om datteren Ninnis narkotikamisbruk gjort det mulig for flere å snakke om sine erfaringer.

I sin bok forteller Stoltenberg om da datteren var syk og måtte ha legehjelp, men ble behandlet overfladisk og useriøs av legene som hadde vakt. For dem var hun "bare en narkoman". Det var lege-søsteren Camilla som fikk henne innlagt på sykehus. Og familien våket over den alvorlig syke Ninni dag og natt. Broren Jens tok nattevaktene – på dagtid var han finansminister.

"Jeg tror stikkordet er menneskeverd, uansett hvilken sykdom folk har," sier Thorvald Stoltenberg.

Rusreformen som nå skal gjennomføres i to trinn, handler ytre sett om å overføre ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene for rusmisbrukere fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene – og i trinn to ta stilling til hvem som skal tilby spesialiserte sosiale tjenester og døgntilbud med omsorg for rusmisbrukere. Men reformen bør handle om mer enn opptrapping av økonomi og kompetansenivå. Ninnis historie er bare toppen av isfjellet. Dessverre.

Stortingets sosialkomite har understreket behovet for kompetanseutvikling for helsepersonell som arbeider med psykiske lidelser. Motivet er å sørge for at mennesker med rusproblemer sikres behandling som er faglig forankret, og som legger vekt på behandling mer enn bare omsorg – slik at målet blir å oppnå helbred også for mennesker med rusproblemer.

Dette er en faglig utfordring, men i bunnen

ligger også en etisk problemstilling. Den er like sentral for våre somatiske sykehus – og vår overordnede prioritering av helseressursene. Kan vi med hånden på hjertet si at vi til enhver tid – og ved enhver anledning – har gitt rusmisbrukere et helsetilbud som har vært likeverdig? Har vi til fulle akseptert at behandlingsløpet er langt og krevende, med mulighet for tilbakefall? Har vi organisert oss slik at vi har vært i stand til å gi helhetlige tilbud – og sørget for god samhandling i behandlings- og tiltakskjeden? Det blir vårt ansvar å gi positive svar på disse utfordringene når reformen iverksettes.

Rusreform I legger opp til at vi som regionalt helseforetak fra 2004 av skal overta ansvaret for avrusing som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, helsefaglig utredning og kartlegging av hva som er egnet behandlingstilbud; spesialisert behandling enten poliklinisk eller i institusjon. Rusreform II trer i kraft fra samme tidsrom og vil plassere ansvaret for de spesialiserte sosiale tjenestene og døgntilbud for rusmisbrukere. At dette også er av stor samfunnsøkonomisk betydning, understrekes av at halvparten av dem som soner dom i norske fengsler, har rusproblemer.

I vår region har det vært ulik tilnærming til hvordan oppgavene skal løses innen rusfeltet. Reformen skal bidra til å gjøre ansvarslinjene tydeligere, og den lovfester retten til individuell plan i sosialtjenesteloven. Dette bør gi et bedre og mer samordnet behandlingstilbud – og vi skal bli i stand til å utnytte våre totale ressurser bedre.

Engasjementet fra private og hos de mange frivillige som er engasjert i rusomsorgen, blir viktig å ivareta i denne omstillingsprosessen. Alt blir ikke som før, men det vil uansett være behov for et forpliktende samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillige og ideelle organisasjoner på dette området. Det er nød nok for alle.

HELSE - Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv. 1, 7500 STJØRDAL - Telefon: (047) 74 83 99 00 - Telefaks: (047) 74 83 99 01 • www.helse-midt.no

• Ansvarlig redaktør: Informasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese • Trykk: Lade Offset • Opplag: 25 000

A close-up photograph of a hand reaching down towards a medical device. The device has two black circular components on silver stands. In the background, there is a white cabinet with a glass of water and some fruit on top. The overall scene is brightly lit and clinical.

Ledelse i helseforetakene:

Pasientene

**Ragnhild Meirik**

"Nå må helseforetakene tilpasse seg en ny hverdag. Det krever en annerledes ledelsesstruktur," sier Ragnhild Meirik, direktør for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge.

bestemmer

Helse Midt-Norge er den første helseregionen i Norge som har gjennomført en "totalrenovering" av ledelsen ved alle helseforetakene, en vridning i retning av mindre administrasjon og mer ledelse. Alle toppledergruppene er nye – og det er operative ledere som utgjør toppledelsen, supplert av administrative støttefunksjoner.

- Den mest synlige endringen er at vi også har fått mange leger tilbake som avdelingssjefer/klinikkssjefer. De har medisinsk ansvar, er store ressursbrukere og bestemmer likevel mye av det som foregår på et sykehus. De er operative av legning og trent på å ta viktige avgjørelser, sier Ragnhild Meirik.

Med sikte på å få en best mulig start for de nye ledergruppene skal lederne gjennom et program for ledelsesutvikling. Ledelseskursene startet i september i fjor,





Ledelse i helseforetakene:

➤ Pasientene bestemmer

og målet er at alle med personal- og budsjettansvar i helseforetakene i Midt-Norge skal ha gjennomført et slikt program. Mange har allerede fullført, og erfaringene er svært gode så langt.

- Helseforetakene har vært "fredet" lenge. Vi har ikke vært kostnads- og ressursstyrt. Det har alltid vært et sted å henvende seg for "pengepåfyll". Det er det slutt på. Nå må vi tenke mer effektivt.

Det setter helt nye krav til lederne, understreker Meirik. Selv er Meirik utdannet fysioterapeut, men det er 25 år siden sist hun jobbet i helsevesenet. I løpet av disse årene har hun vært konsulent og arbeidet med ledelsesutvikling i store endringsprosesser både i NRK og Telenor Mobil.

- Det er jo svært påfallende at det i løpet av de 25 årene jeg har vært borte fra helsevesenet har skjedd enorme endringer når det gjelder teknologi og behandlingsformer, mens lite eller ingenting har skjedd på området ledelse, sier Meirik. Hun mener det er mange likhetstrekk mellom de utfordringene Telenor og NRK har stått overfor, og den forvandlingsprosessen helseforetakene nå skal gjennom.

- Den nye lederrollen er mer operativ og mindre byråkratisk. Endringene skjer raskt, og beslutninger gjøres i høyt tempo. Det er blitt mer risikofyllt å være leder, sier direktøren for ledelsesutvikling. En av de største utfordringene og omveltningene Meirik ser for seg for helseforetakene og lederne, er at de sannsynligvis vil

oppleve drastiske endringer på linje med det som har skjedd i andre store offentlige virksomheter. Første tak er å komme i budsjettbalanse i 2004. Så langt har helselederne bare erfaring med å lede en "bedrift" i kontinuerlig vekst. Pedagogisk er det en stor utfordring å få formidlet dette.

- Så langt har sykehusene vært vant til vekst. Nå merker vi konkurransesituasjonen allerede. Snart kan det bli slik at det ved enkelte sykehus vil være mangel på enkelte kategorier av pasienter. Da må lederne tenke nytt – bli mer kvalitets-, kompetanse- og ressursorientert – og riktig bemannings-tilpasning vil være en av de mange krevende lederoppgavene, sier Meirik.



Paul Hellandsvik

Når administrerende direktør Paul Hellandsvik er rundt og snakker om ledelse og ledelsesutfordringer i Helse Midt-Norge – og det gjør han ofte og gjerne – så siterer han James Baldwin. "Ikke alt som er erkjent kan endres, men ingenting kan endres før det er erkjent".



Mette Bratt

Bratt er leder for øre - nese - hals, kranie og øye ved St. Olavs Hospital. Bratt er blant dem som har gjennomført lederutviklingsprogrammet, og som har høstet gode erfaringer.



Rune Heggedal

Heggedal er avdelingssjef ved akuttavdelingen, Volda sjukehus. Heggedal har lederansvar for 100 ansatte på akuttavdelingen ved Volda Sjukehus og har vært leder i åtte år.

Helsereformen står og faller med ledelsen og ledelsens evne til å ta utfordringer, derfor er erkjennelse helt sentralt. Alle endringer må skje på grunnlag av analyse og erkjennelse. Og det viktigste med denne reformen er at pasienten er satt i fokus. Det er pasientene som bestemmer, understreker Hellandsvik, som er kompromissløst på pasientens side.

- Nå må helseforetakene og deres ledelse ta inn over seg at de vil få en helt annen og bedre orientert og mer "kravstor" brukergruppe, sier Hellandsvik, som har vært helt klar på kriteriene når han har valgt nye ledere i sin ledergruppe:

De skal alle ha vist håndfaste resultater i sin tidligere jobb. De må kunne omstilling. De må ha udiskutable pedagogiske evner. Og humoristisk sans.

- Helse Midt-Norge er ingen gjeng sutrekopper. Vi skal ikke skyldes på knappe ressurser og dytte bort ansvar. Vi skal ta utfordringene, og humor er et viktig virkemiddel.

Jeg har vært gjennom flere tilsvarende programmer tidligere, men dette er det mest profesjonelle jeg har vært med på. Det viktigste jeg fikk med meg var en bekreftelse på egne ferdigheter. Det gir trygghet når man skal ut og lede. Spesielt gjennom rollespillene fikk vi "kjørt oss", sier legen ved St. Olavs Hospital, som påpeker at programmet for hennes vedkommende bidro til å utvikle ferdigheter som er viktige for den som skal lede og utvikle en resultatorientert organisasjon.

Bratt har vært leder siden 2001 og ser fram til å kunne lede en organisasjon med litt større ro og mindre brannslukking:

- Det har vært mange omorganiseringer og endringer. Det vil det også bli i fortsettelsen, og det er en av de store utfordringene for oss som ledere. Men jeg har likevel tro på at det skal bli noe mer ro enn det har vært. Ved St. Olavs Hospital har alle lederne nå fått en liten stab av administrasjon rundt seg, med både personal- og økonomikunnskaper. Det er viktig for oss som har både budsjett- og personalansvar for avdelingene, sier Bratt.

Den største utfordringen ved å være leder i den nye foretaksstrukturen er etter min mening å balansere mellom å ivareta verdier fra det "gamle", og samtidig være åpen for det nye. Vi i Volda har opplevd å bli slått sammen med et mye større sykehus, Ålesund. Det vi ser, er at det er en hel del fordeler ved å være liten. Det betyr også god og kanskje bedre kvalitet enn det store sykehus kan gi. Det må vi forsøke å ta med oss, sier Heggedal, som synes det er både en fryd og en utfordring å lede fagpersoner med stor integritet og kunnskap.

- Det jeg synes var bra med lederutviklingsprogrammet til Helse Midt-Norge, er nettopp at det var så praktisk rettet. Vi fikk trening i å mestre en hel del situasjoner jeg kjenner meg godt igjen i, sier anestesilegen.

113

– når sekundene avgjør

Hver eneste time, 365 dager i året kimer det inn nødmeldinger til AMK-sentralen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Sykepleierne ved telefonen veileder. Beroliger. Koordinerer. Formidler ambulanser og leger. Forslaget er at det er AMK-sentralen ved St. Olavs Hospital som skal danne mal for AMK-sentralene i Midt-Norge når de nå skal legges om.

På knappe 30 kvadratmeter sitter tre personer med tre dataskjermer, et utall telefonliner – og et radiobord. Hver. En sykepleier som betjener telefonen, en medhører og en ambulanseskoordinator. På pulten to halvtomme kaffekrus. Kalde. Det er sjelden de rekker å drikke kaffen mens den er varm. Trioen utgjør hjertet i akuttmedisinen – i alle fall den prehospitale delen. Deres avgjørelser får store konsekvenser. De er topp konsentrert. Men atmosfæren er rolig. Gemyttlig. Nesten som et ordinært sentralbord i en hvilken som helst bedrift. Hadde det ikke vært for innholdet i samtalen ...

- Vi har alltid en medhører. Er vi i tvil, diskuterer vi oss imellom eller med legene på akuttmottaket. Jeg er glad for at vi er en såpass stor sentral. Vi trenger ikke ta avgjørelsene alene, forteller AMK-leder Kirsten Mo Wiseth. Wiseth har sittet i utvalget som har utredet framtidens prehospitale tjenester i Midt-Norge. Hun er ikke i tvil om at færre og større enheter er veien å gå.

I tillegg til å betjene 113 og koordinere ambulansetjenesten i sykehusområdet, er AMK-sentralen også legevaktkoordinator for Trondheim. Så en helt vanlig dag kan inneholde henvendelser om alt fra snørrete unger med lett feber og utmattede foreldre. Eller en fotball-

brukket arm og et tolleknivkutt etter fisketuren med farfar. Til alvorlige ulykker der det handler om sekunder. Eller hjertestans.

- Utfordringen er på kortest mulig tid både å få profesjonell hjelp ut til hendelsesstedet, berolige innringeren og instruere vedkommende i livreddende førstehjelp. Vi sorterer alle henvendelser i tre hastegrader: akutt, haster og vanlig. Er vi i tvil, høyner vi nivået. Det er viktig ikke å ta sjanser. Publikums trygghet teller mest, sier AMK-leder Wiseth.

35 sykepleiere og ti ambulanseskoordinatorer er tilknyttet AMK-sentralen. Sykepleierne er ansatt i akuttmottaket – og roterer mellom AMK-sentralen og akuttmottaket.

Ambulanseskoordinatorene er tilknyttet ambulansetjenesten i Trondheim og roterer mellom ambulansetjeneste og AMK.

- Det er viktig at våre AMK-operatører også er i aktiv klinisk tjeneste i akuttmottaket og ambulansetjenesten. Da vil de hele tiden være oppdatert i akuttmedisin og "ha det i fingrene" når de skal vurdere situasjoner over telefon, påpeker AMK-lederen. Alle er spesialopplært. Nye kurs arrangeres hvert år.

AMK Trondheim i tall (2002)

- 35 sykepleiere
- 10 ambulanseskoordinatorer
- betjener 113 for 235 000 mennesker i Trondheimsområdet (inkl. studentene)
- 12 054 nødhenveler
- 38 381 legevakthenvendelser
- 18 146 ambulansoppdrag
- disponerer 18 ambulanser og to legevaktbiler
- administrerte 1 428 luftambulansoppdrag for Seaking og NLA



Høy konsentrasjon og rolig atmosfære ved AMK – sentralen ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Fra venstre: Ambulansekoordinator Sigbjørn Næss, Eva Stene Snerting og sykepleier Gunn Hoff Hansen.





AMK Midt-Norge i framtiden

I dag er det åtte AMK-sentraler i Midt-Norge. I framtiden er det anbefalt fire. Antall ambulanser blir som nå, 96, men de vil bli organisert annerledes. Det er forslaget til et utvalg satt ned av Helse Midt-Norge. En rapport fra Sintef-forskerne Frode Rømo og Inger-Anne Sætermo er en del av analysen.

Utrekningen om de prehospitaltjenestene har vært ute på høring, og godt over 50 instanser har kommet med kommentarer. Disse blir nå vurdert, og i løpet av høsten 2003 blir det lagt fram sak for behandling i styret for Helse Midt-Norge RHF.

- Oppdraget fra Helse Midt-Norge var at de tre fylkene slås sammen til ett planområde. Ambulansene bør lokaliseres der folk bor. Som en forutsetning la vi inn Sosial- og helsedirektoratets forslag om at 90 prosent av alle pasienter skal nås innen 25 minutter dersom de bor på landet og innen 12 minutter dersom de bor i byene. Skal dette målet nås, er vi avhengig av døgnbemannede, aktive tjenester. Slik det er nå, er det noen som har hvilende vakt. Det vil si at vedkommende nødvendigvis bruker tid på å kle seg, kjøre til sentralen og dessuten plukke opp en kollega på veien, forteller forsker Frode Rømo ved Sintef.

Derfor har Rømo og kollega Sætermo foreslått å omdisponere kjøretøyene noe. I dag er det 80 biler med døgnvakt, åtte på dag/kveld og ytterligere åtte som utelukkende kjører dag. Forslaget til Sintef-forskerne er 85 med døgnvakt, fire på dag/kveld og sju bare på dagkjøring. Totalt vil det bli 96 biler,

som før, men det vil være mer kostnadskrevenne å ha flere døgnbiler.

- Den største forandringen er nok at vi foreslår tre lokaliteter i Trondheim, mot én i dag. På landsbygda er det ikke lokalisering av ambulansene som er problemet, men bemanning og vaktordning, sier Rømo.

- Målet er bedre service og økt trygghet for publikum. I tillegg vil det øke effektiviteten at alle AMK-sentralene har samme oppbygning som i Trondheim, med døgnkontinuerlig vakt og medhør, påpeker Rømo.

Ved etablering av færre AMK-sentraler vil hver enhet bli større, og flere av sentralene vil ha behov for utbygging, eventuelt nye lokaler. Legger en tallene for den nye AMK-sentralen ved St. Olavs Hospital til grunn, vil dette bety totalt 13 500 000 kroner i utbygningskostnader. I tillegg kommer utstyr.

Utvalget anbefaler ikke konkurranseutsetting av ambulansetjenestene; "Ved konkurranseutsetting blir ambulansetjenesten et marked som tiltrekker seg mindre seriøse aktører. Erfaringer har vist at ambulansedministrasjonen har måttet bruke mye ressurser på å kvalitetssikre den "varen" som kjøpes," skriver utvalget i sin rapport.



Ny luftambulanse

Type: EuroCopter 135. Topphastighet: 240 km/h. Pris: 35 millioner kroner.

Forvirret? Vi snakker om det nye ambulanshelikopteret i Trondheim. Det absolutt ypperste på markedet – og ett av to i Norge.

I akuttmedisin er det "load and go" som teller. Denne maskinen har større kapasitet på alle måter. Den har plass til mer medisinsk spesialutstyr, og mer albuerom gjør det lettere å drive behandling om bord. Tidligere var det slik at vi brukte mye tid på å stabilisere pasienten på skadestedet. Nå kan vi gjøre dette i helikopteret mens vi er på vei til sykehuset. Det vil gi pasientene mange ekstra leveår, og leveårene vil bli bedre når de kommer tidlig under behandling, forteller medisinsk leder ved Norsk Luftambulanse i Trondheim, Ulf Mostad.

I fjor fikk de mer enn 750 henvendelser om oppdrag fra basen i Trondheim. I år blir det flere – og med det nye avanserte helikopteret vil de enda sjeldnere bli stoppet av dårlig vær.

En av de store fordelene med det nye helikopteret er at det har plass til medfølger. Barn kan ha en av foreldrene med seg på vei til sykehuset. Det hadde vi ikke plass til før, og det er klart det innebærer en betydelig gevinst når mor eller far kan berolige barnet, sier Mostad.

Rusomsorg:

Like rettigheter for

Ansvar for rusbehandling blir trolig i framtiden lagt til helseregionene. Det vil bidra til et mer likeverdig, enhetlig og oversiktlig tilbud til pasientene.

Foreløpig er det omorganiseringen som til nå har vært omtalt som "Rusreform 1", som er besluttet lagt inn under Helse Midt-Norge-paraplyen. Hva som skal skje med "Rusreform 2," vil først avklares i løpet av høsten, men slik stemningen har vært i sosialkomiteen på Stortinget, kan det se ut til at dette blir en oppgave for helseregionene, forteller rådgiver i helsefagavdelingen i Helse Midt-Norge, Einar Vandvik.

Kommunene har hovedansvar for tiltak for personer med rusproblemer, mens fylkeskommunene har sørget for institusjonsdelen av behandlingen. Med Rusreform 1 flyttes fylkeskommunenes ansvar for en del av institusjonene til de regionale helseforetakene og blir en del av spesialisthelsetjenesten. Dette er institusjoner som foretar avrusning, gjennomfører diagnostikk og utfører medisinsk behandling. Rusreform 2 omfatter resten av de rusinstitusjoner som fylkeskommunen har ansvaret for.

- Det kan kanskje være noe vanskelig å skille, men grovt sagt kan man si at Rusreform 2 omfatter institusjoner som har personell med sosialfaglig bakgrunn, og som arbeider med miljøterapeutiske og arbeidsrettede tiltak, forklarer Vandvik.

Nyordningen medfører betydelige fordeler for rusmisbrukerne. De vil få samme rettigheter og krav på behandling som alle andre pasienter når de "overflyttes" fra sosiallovgivningen til helselovgivningen. Blant annet vil dette medføre rett til behandlingsfrist og individuell oppfølging.

- I Norge er helsetjenester gratis, og det blir ikke lenger enkeltkommunenes økonomi som avgjør om rusmisbrukeren får et tilbud. Han eller hun vil ha krav på et tilbud. Når kommuneøkonomien gir føringer, blir det et dilemma der politiker-

ne må prioritere. Og blir det ikke innvilget behandling, så er det opp til den enkelte familie å kjøpe tjenester på private institusjoner, dermed får vi ulikheter jeg mener er uverdige, sier Vandvik.

- Rusmisbruk blir ofte sett på som om det er selvforskyldt. Det er foreldet. Rusmisbruk kan skyldes mange ting. Det kan være sosiale, psykiske og også biologiske årsaker. Det er på tide at vi løfter rusbehandlingen opp i den medisinske hverdagen og lager et tjenesteapparat som er skreddersydd brukerne, sier Vandvik, som også understreker samordningsfordelene som følger av at ruspasientene kommer under samme paraply som andre pasienter:

- En rusmisbruker har ofte plager og sykdommer av psykisk og somatisk natur. Derfor vil det være hensiktsmessig at de kommer inn under spesialisthelsetjenesten og får en helhetlig behandling.

- Hva blir de største utfordringene for helseforetakene når de får ansvar for rusomsorgen?

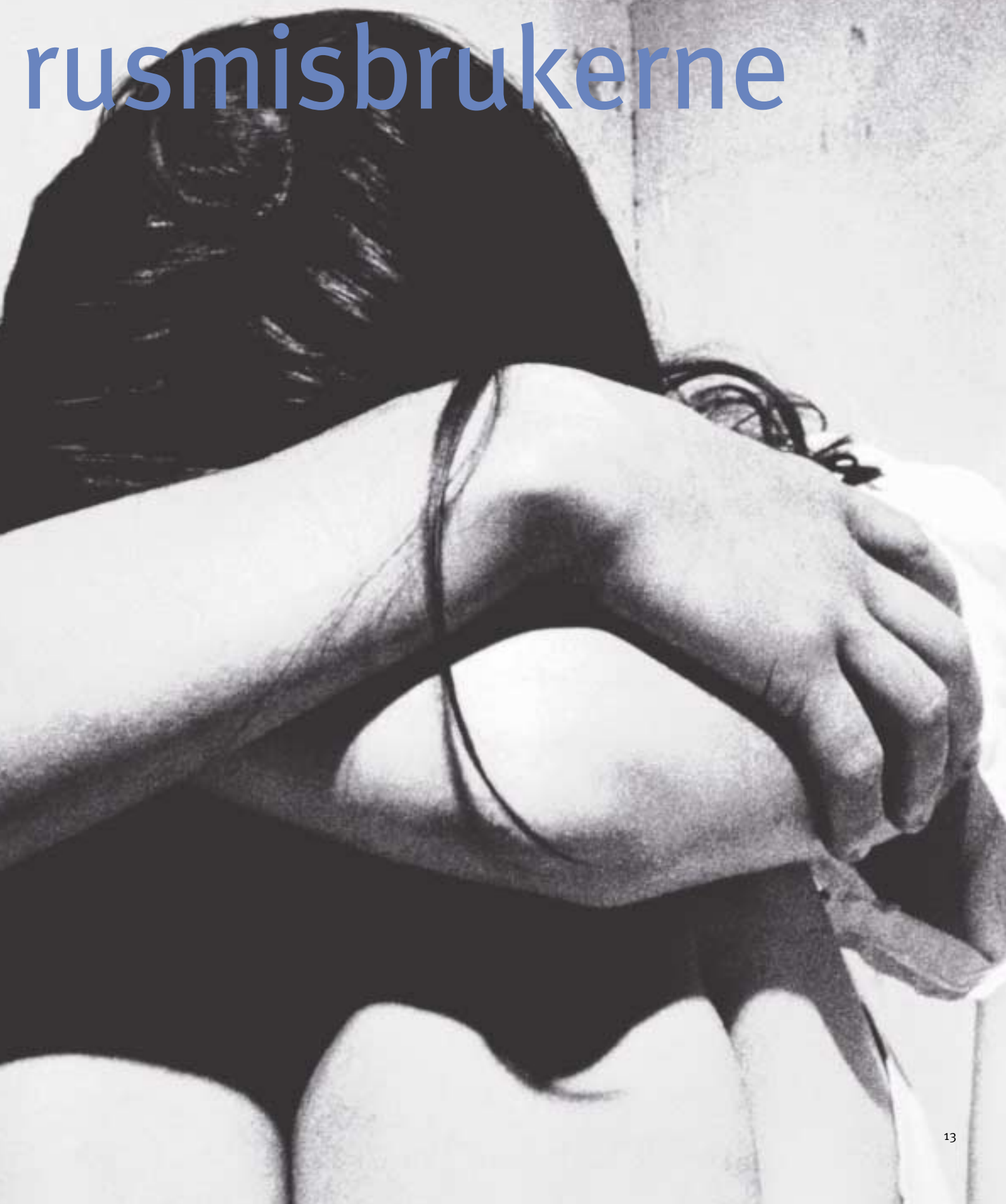
- I første omgang blir det å overta ansvaret for institusjonene som kommer inn under RHF's ansvarsområde, på en forsvarelig måte og legge forholdene til rette for at det skjer en størst og raskest mulig kunnskapsoverføring. Vi må dessuten kartlegge omfanget av problemet og lage en helhetlig plan for behandling, sier Einar Vandvik.

- Hva vil skje med de private institusjonene – vil de forsvinne?

- Private institusjoner som har avtale med fylkeskommunene og tilhører Rusreform 1, slik som for eksempel Lade Behandlingssenter, vil vi fortsatt inngå avtaler med slik at de også i fortsettelsen vil være en del av behandlingsapparatet, forsikrer Vandvik.



rusmisbrukerne



Elektronisk talegjenkjenning

Skrivefunksjonen i røntgenavdelinger skal effektiviseres ved bruk av elektronisk talegjenkjenning. I Midt-Norge er det anslått et brutto potensial for innsparing på i overkant av 10 millioner kroner. I tillegg vil det gå betydelig kortere tid fra tolkning til utsendelse av svar.

Helseforetakene skal tilbys systemer for dette i 2004.

Elektronisk samhandling i bred skala

Utbyggingen av helsenettene åpner for elektronisk samhandling mellom alle aktører i helsevesenet. Utveksling av elektroniske meldinger i standardisert format via helsenettet er kommet godt i gang, men begrenser seg i hovedsak til e-melding for epikriser og lab-svar. Det ligger stort gevinstpotensiale i bruk av e-meldinger.

I forbindelse med etablering av e-melding for epikrise ble infrastrukturen i Midt-Norsk Helsenett i 2002 bygd ut til å håndtere generisk meldingsutveksling mellom aktørene som er tilknyttet nettet. Dette åpner for at man i 2003 raskt kan implementere og teste ut nye meldinger etter hvert som disse blir definert.

Prosjektet skal bidra til at oppkoblede primærhelsetjenester får etablert tilgang til å utføre samhandling elektronisk i bred skala med aktører tilknyttet helsenettet. Pilotforsøk vil kunne omfatte sykehjem, hjemmebasert omsorg, helsestasjoner, psykiatrisk omsorg, hjelpetjeneste for barn og unge, sosialtjeneste, fysio- og ergoterapi og legekontorer.

Etablering av e-meldingstjenestene skal gi primærhelsetjenesten raskere tilgang til helsefaglig dokumentasjon og bidra til at elektronisk samhandling utbres som den foretrukne informasjonsform mellom aktørene i helsetjenesten. Arbeidet med nye e-meldinger skal legge grunnlaget for nasjonale standarder.

Pilotprosjekt:

MNH tilkobles kommunenettet

Midt-Norsk Helsenett har i løpet av 2002 oppnådd god dekningsgrad for tilkobling av legekontorer til det regionale helsenettet. MNH har imidlertid ingen kobling til kommunenett, kun direkte til enkelte kommunale enheter. Siden mange enheter allerede er koblet til kommunale nett, noen også til interkommunale nett,

ligger det et potensial til å få stor effekt av en sikker kobling mellom MNH og disse nettene.

Et prosjekt skal nå beskrive hvordan kommunale enheter kan koble seg til helsenettet, dvs. et rammeverk for framtidige oppkoblinger. Tre pilotkommuner skal kunne delta.

Telemedisinske løsninger for ambulansebåttjenesten

Iforbindelse med gjennomføringen av prosjektet "Nasjonalt prøveprosjekt innen legeskyss- og ambulansebåttjenesten – utvikling og utprøving av ny type ambulansebåt" har behovet for hensiktsmessige telemedisinske løsninger for ambulansebåttjenesten blitt avdekket.

Et prosjektet i regi av Helse Midt-Norge tar sikte på å utarbeide og teste ut hensiktsmessige telemedisinske løsninger i

mobile enheter som settes ut for store fysiske påkjenninger, og som beveger seg i områder med begrenset GSM-dekning. Utprøving av den telemedisinske løsningen skal skje ombord i en prototyp til en ambulansebåt som er under utvikling. Løsningene man har som mål å etablere gjennom prosjektet, vil også være et viktig bidrag til den overordnede visjonen for HEMIT (den nye regionale I-enheten): "Papirløst helsevesen i regionen innen 2006".

Den Gode Publikums-tjeneste

Prosjektet "Den Gode Publikums-tjeneste" startet sommeren 2002. Det skal bidra til at 50 legekontorer i helseregionene Midt, Sør og Øst kobles til sikre, internettbaserte publikumstjenester. Dette vil omfatte pasientbestillinger som eksempelvis time og resept samt generell utveksling av informasjon mot primærhelsetjenesten - og en informasjonstjeneste for pasienter (nettsted) der informasjon om alle "online" legekontorer i Norge er å finne. Det skal utarbeides kvalitetskriterier som legekontorene blir vurdert opp mot.

Publikumstjenester på mobiltelefon skal testes ut. Konkret skal prosjektet legge til rette for et lite delprosjekt som tester ut timebestilling fra mobiltelefon. Det skal gjøres en risiko- og sikkerhetsvurdering av publikumstjenestene i prosjektet for bruk i helsenettene i sør og øst, samt for bruk i forhold til støtte i EPJ-systemer (elektronisk pasientjournal-systemer).

I samarbeid med NTNU gjennomføres delprosjekter knyttet til pasientopplevelser og/eller brukbarhet i forhold til publikumstjenestene i prosjektet. I tillegg vil en hel forskerstilling bli opprettet.

Utbygging av nettverket MNH-Primær

I løpet av 2002 har Midt-Norsk Helsenett (MNH) bygd ut nettverket MNH-Primær til flere kommunelegekontorer i Trøndelag. Utbyggingen har skapt nye muligheter for bredbåndskommunikasjon med sikkerhets og kvalitetsgaranti mellom første- og andrelinjetjenesten. Videre er Midt-Norsk Helsenett i ferd med å etablere tilpasset nettilgang til helsetjenesten i kommuner via pro-

sjektet "Oppkobling Kommune" og denne nye infrastrukturen, som skal benyttes til nettbasert høreapparatjustering.

Hovedmålet er å etablere en tjeneste for justering av høreapparater mellom Høresentralen og kommuner i Trøndelag som har lang reisetid til byen. Ved å benytte infrastrukturen MNH Kommune skal tjenesten komme i permanent drift.

Individuell plan for psykisk helse (IPPH)

"Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen" gir pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til å få utarbeidet individuell plan. SINTEF Unimed har utarbeidet et papirbasert verktøy, Individuell plan for psykisk helse (IPPH). SINTEF Tele og data har i samarbeid med NTNU søkt og fått tildelt prosjektmidler fra IKT og helse (Forskningsrådet) og Si@ (Sosial- og helsedirektoratet) for å gjennomføre to prosjekter med fokus på individuell plan.

Et sentralt problemområde som må avklares for å realisere elektronisk samhandling om individuell plan, er informasjonssikkerhet. Helse Midt-Norge er oppdragsgiver for et prosjekt som skal beskrive og demonstrere en løsning for sikker kommunikasjon av sensitiv helseinformasjon over åpne nettverk. Prosjektet er finansiert med Si@-midler fra Sosial- og helsedirektoratet (SHDir). Midt-Norsk Helsenett administrerer prosjektet for Helse Midt-Norge RHF.

Modeller for lønssystemer

Med utgangspunkt i personalpolitikken til Helse Midt-Norge blir det nå utviklet modeller for individuelle og teambaserte lønssystemer. Resultatene fra prosjektet skal være en støtte for ledelsen i det enkelte helseforetak og endrer ikke ansvarsforholdene for lønnsoppgjørene. De presenteres våren 2004.

Samling av lønns- og regnskaps-tjenestene

Modeller for samling av lønns- og regnskapstjenestene i regional regi blir nå vurdert i et prosjekt som skal analysere mulige økonomiske gevinster, kvalitet, risiko, organisasjonsmodell og plan for eventuell omorganisering.

Forbedret økonomi-rapportering

Det skal bli bedre kvalitet og høyere effektivitet på økonomirapporteringen i Helse Midt-Norge. Et eget prosjekt skal berede grunnen for et felles system med verktøy for økonomisk budsjettering, analyse, prognoser og simuleringer og rapportering for alle foretak og nivåer i Helse Midt-Norge RHF.

Dette skal ivareta en effektiv utarbeidelse av Helse Midt-Norges budsjett, rapporter og prognoser. Gi mulighet for analyse og simuleringer av økonomidata og andre relevante styringsdata for å oppnå bedre beslutningsgrunnlag. Og integrere resultatregnskap, balanse, likviditet og investeringer.

Videre-utvikling av laboratorienes IT-systemer

Laboratorietjenesten skal gi brukerne (pasienter, primærhelsetjenesten og sykehusene) kvalitetssikrede data til rett tid og til rett kostnad. Til dette kreves moderne datasystemer som kan kommunisere effektivt med alle aktører innenfor helsetjenesten. Derfor er det startet et prosjekt for å videreutvikle dagens IT-systemer for laboratoriene ved helseforetakene i Midt-Norge. Den nye regionale IT-enheten (HEMIT) er ansvarlig for prosjektet, som er planlagt å være ferdig mot slutten av 2005, både med modernisering av fagsystemene og ny felles overbyggingsmodul (RoS).

Prosjektet har grensesnitt til mange andre prosjekter på lab-siden og sikter mot integrering med sentrale systemer (som elektronisk pasientjournal) og med primærhelsetjenesten. Noen prosjekter er allerede igangsatt, mens andre er i en avklarende fase.





Nesten norgesmestere i sykehusmat

Sykehusmat – dvask avkokt fisk i lett oppløsning, blasse gulrøtter kokt siden morgenskiftet kom på i sekstida og en ubestemmelig gusjesuppe...? Med litt flaks får du en halvdød persillekvast på gulosten som sprekker tørt i kantene. Tror du det er slik? Da er det lenge siden du har spist sykehusmat – og definitivt ikke i Namsos!

Fylte pitabrød og innbakte rekeboller til frokost kostet Bjørn Sandnesmo og Arild Frydenlund finaleplassen i NM for institusjonskokker tidligere i år. Det ble hakket for spennig for juryen. I fjor gikk det bedre. Da ble det fjerdeplass for kokkeduoen fra Sykehuset Namsos.

- Dumt at vi ikke nådde finalen i år bare på grunn av frokosten, sier Sandnesmo, som hadde dette på resten av menyen konkurransedagen: ostefyllt birkebeiner-skinke til lunsj, gourmethøne med krydder-kokte pærer til middag – med jordbær-coulis og pannacotta til dessert. Sammen ble han og kollega Arild bedømt etter kreativitet, smak, utseende, samarbeidsevner og renhold. 12 porsjoner skulle de lage. Piece of cake – det er mye mindre enn de er vant til fra sykehuskjøkkenet på Namsos.

- Her lager vi rundt 150 middagsporsjoner hver dag og enda flere frokoster og lunsjer, forteller Frydenlund.

Om det er travelt, er stemningen lett og humøret boblende på kjøkkenet. God plass gir bra individuelt spillerom.

Av 28 ansatte er sju kokker, alle går skift. Arbeidsmiljøet er utmerket.

- For to år siden fikk vi serviceprisen. Mye av forklaringen er det gode arbeidsmiljøet, mener Sandnesmo.

- Men sykehusmat – er ikke det fryktelig kjedelig. Ville dere ikke beller jobbet på Bagatelle eller Oro?

- Jeg har gjort min runde med restaurant-jobbing. Det er ikke jobb. Det er livsstil. Du har aldri fri når "normale mennesker" har fri. Alle kvelder. Alle helger. Alle høytider går med til jobbing. Det er nesten umulig å kombinere med familieliv, sier Sandnesmo og får bifallende nikk fra sidelinjen.

Hovedkjøkkenet ved Sykehuset Namsos

- 28 ansatte
- produserer 75 000 middager og totalt 185 000 hovedmåltider årlig
- 500 besøkere kantina daglig
- bruker 50 000 rundstykker per år
- 10 000 brød
- 9 tonn frukt
- 23 tonn poteter
- 12 tonn gulrøtter
- 13 tonn kjøttvarer
- 3,5 tonn syltetøy
- 8 tonn fiskeprodukter
- 51 000 liter kaffe
- 3 tonn sukker
- 47 000 pakker flatbrød





Ukemeny – lunsj

Mandag:

bondeomelett med brød & margarin, klementiner

Tirsdag:

havets salat, bagett & margarin, kiwi

Onsdag:

spagetti, skinkestuing, banan

Torsdag:

lakselasagne på seng av ris, loff, sjokoladebit

Fredag:

landgang med skinke, ost & italiensk salat, klementiner

Lørdag:

karbonadesmørbrød med ertestuing & sprøstekt løk, kiwi

Søndag:

pytt i panne, brød med margarin, eple

Dessuten, fortsetter Namsos-kokkene: - Sykehusmat er ikke kjedelig. Det er ikke slik som før. Nå får pasientene utdelt meny-er. De kan velge mellom to retter til middag. Ønske seg ekstraforpleining til lunsj. Liker de ikke det vi har på menyen, strekker vi oss langt for å lage det de vil ha.

- Kamskjell og biff også?

- Hvis det er kamskjell og biff som kan få opp matlysten, så lager vi det, smiler kokkene. Og så bruker vi gjerne noen ekstra kroner på pynt for at maten skal se fristende ut. Sykehusmat smaker godt. Den ser bra ut. Sånn sett er det ingen forskjell fra restaurantbransjen. De legger engasjert ut om mat og menyer. Ikke rart at pasientene legger på seg under sykehusoppholdet. Kantina i kjelleren er så populær at det ikke bare er ansatte og pårørende som benytter sjansen til en liten pause. "Kafeen" har stamgjester som stikker innom daglig. Heller enn å gå på kafeene i by'n...! Bjørn Sandnesmo fikk sin første kjøkkenjobb som 16-åring – da stod han en hel sommer på "Atleten" i Steinkjer og smurte på pizzafyll. Så snart lønninga var inne på konto, stakk han på ferie til Oslo. Returnerte blakk og fortsatte kjøkkenveien. Men det hadde startet mye tidligere. Som guttunge samlet han oppskrifter. Førte dem inn i små notisbøker der han også tok vare på klipp fra matspaltene i ukebladene.

- Jeg har aldri angret på at jeg ble kokk, men rik blir du ikke, ler Sandnesmo.

- Hva gjør du når du ikke er på jobb da – hva liker du å gjøre?

- Stelle med blomster og bake kaker. Jeg er en lidenskapelig kakebaker, forteller 36-åringen.

- Herregud! Du er ei bra "kjerring", det var deg jeg skulle valgt til kone, mobber kollega Arild, som er mest opptatt av snekring i fritiden. Og hytta på Høylandet. Det aller beste han vet er å ta fiskestanga på skulderen og vandre innover til fjellvann der ørreten vaker.

- Og hva lager dere til dere selv når dere er alene?

- Pølse i brød, sier Arild, mens Bjørn helst vil ha saltkjøtt med kålrabistappe.

- Blir dere aldri lei av mat?

- Matlei, men ikke lei av mat. Det betyr at jeg aldri blir lei av å lage mat, men jeg kan bli lei av å smake og spise, påstår Bjørn.

- Og sykebuskjøkken – det er drømmejobben?

- Drømmejobben – hva er det? Ingen jobb er drømmejobben, mener Bjørn.

- Og det sier du som står opp klokken 04.15 for å rekke tidligskiftet, er alltid først på jobb og har kaffen klar når vi andre kommer, parerer Arild. Neste år er gourmetduoen klar for nytt institusjonskokk-NM, men da håper de arbeidsgiver trår til og lar dem trene litt.

- Tjessem fikk sikkert fri av Statoil et år før han deltok i kokke-VM, mener de to matentusiastene på sjukehuset i Namsos.



Taushetsplikt – selvfølgelig

Men til hvilken pris?

De bærer på tunge hemmeligheter. Har ansvar for andres liv og helse. En feilvurdering kan være fatal. Daglig omgås de mennesker i krise – og glede. Men kan aldri snakke om det. Helsepersonell har taushetsplikt – selvfølgelig. Men til hvilken pris? Nå har et hovedfagsprosjekt ved NTNU utviklet seg og blitt en del av et internasjonalt forskningssamarbeid med EU-støtte.



Lise Løvseth

De siste årene har det vært gjort mye forskning på levevilkårene til leger – og annet helsepersonell. Fokus har vært satt på selvmord, på arbeidstidens virkning på familielivet, på stressfaktorer. Men ingen har forsket på om taushetsplikten innebærer en ekstra stressfaktor for helsepersonell. Før nå.

Da Lise Løvseth skulle ta sitt hovedfag i psykologi ved NTNU, var hun opptatt av at prosjektet skulle være matnyttig: "Taushetsplikt og hva den betyr for leger". Hvordan bryter leger tausheten, uten å bryte taushetsplikten? - Taushetsplikt er et mangfoldig begrep. Det reguleres av jussen – av etiske regler, men også av legenes egne vurderinger. Det kan i visse situasjoner være subjektivt hva den enkelte lege legger i begrepet "taushetsplikt", og hvor han eller hun trekker grensene, forteller Løvseth.

Hovedfagsoppgaven rettet seg mot leger, og spørreskjema ble sendt ut til et stort utvalg leger i Helse Midt-Norge. Svarprosenten ble som forhåndsesti-

mert, rundt 50 prosent. I tillegg gjorde Løvseth 15–20 dybdeintervjuer med leger både i og utenfor sykehus, med endelt vakt, turnuskandidater, leger gift med andre leger, menn og kvinner.

Dette er en yrkesgruppe som kan oppleve tøffe ting daglig. Det vi "vanlige" kanskje opplever én gang i livet, kan enkelte leger oppleve ukentlig, kanskje daglig. De blir konfrontert med mennesker i krise. Mennesker som er avhengig av dem og betror seg til dem. I den andre enden av skalaen opplever de voldsom glede og hyggelige ting, men uansett så kan de juridisk sett ikke fortelle det til noen. Ikke til venner. Ikke til ektefellen. Knappt nok til kolleger hvis det ikke dreier seg om behandlingsrelaterte tema. Det er i alle fall ingen offisielle kanaler der de kan lufte frustrasjoner og gleder, påpeker Løvseth.

I sin undersøkelse spurte Løvseth leger som jobbet både i og utenfor sykehus. Funnene indikerte at jo fjernere fra legerollenektefellens/samboerens jobb var, jo mer problematisk opplevdes taushetsplikten.



Intensiv avdeling Personalinngang





Taushetsplikt – selvfølgelig

Men til hvilken pris?

Av andre hovedfunn trekker Løvseth ut følgende:

- Taushetsplikt er ikke noe enhetlig begrep. Den er situasjonsavhengig og kan dermed i varierende grad oppleves som stressfaktor.
- Partnerens yrke kan i tillegg påvirke hvordan man takler/lever med taushetsplikt i forhold til dem hjemme.
- Det er tilsynelatende forskjell på kjønn – kvinner opplever taushetsplikt som en større utfordring enn det deres mannlige kolleger gjør.

- Til det siste vil jeg kommentere at det ikke nødvendigvis er snakk om en kjønnsforskjell, men kanskje like mye en forskjell mellom yrkeskategorier. Tall fra legeforeningen indikerer at kvinnelige leger jobber i det som kan oppfattes som emosjonelt tyngre områder innen medisin (psykiatri, pediatri), slik at yrkeskategori kan korrigere effekten på kjønn. Det tror jeg er vel så viktig i denne sammenheng som kjønnsforskjell, påpeker Løvseth.

Internasjonalt samarbeid

Det som startet som et hovedfagsprosjekt, er nå blitt en del av et større internasjonalt samarbeid. Sammen med forskerkolleger i Italia, Island og Sverige skal Lise Løvseth fortsette å undersøke taushetspliktens betydning

for arbeidsmiljøet. Men nå skal studien utvides til også å omfatte sykepleiere.

- Vi holder på å utarbeide spørsmålene som skal sendes rundt i de ulike landene. Dette er et prosjekt som skal gå helt fram til 2008, men første del skal gjennomføres i løpet av i år og neste år, forteller Løvseth.

Spesielt skal det bli interessant å forske på sammenhengen mellom informasjonsplikt og taushetsplikt – og om leger og sykepleiere løser dette på forskjellige måter. Det er indikasjoner på at sykepleiere har nettverk og en struktur som løser utfordringene rundt taushetsplikt bedre enn leger. Dessuten vil vi få mulighet til å undersøke forskjeller over landegrensene og dermed se om legerollen/status, organisasjonskultur og utdanningssystem har noen påvirkning.

Legeforeningen positiv

Leder av Legeforeningens forskningsinstitutt, Olaf Aasland, er positiv til at det settes søkelys på legenes arbeidssituasjon.

- Vi har forsket på legers arbeidsmiljø i 11 år, men vi har ikke sett på sammenhengen mellom taushetsplikt og arbeidssituasjon/helse/miljø, sier Aasland, som er mer opptatt av den nasjonale biten enn den internasjonale:
- Det internasjonale perspektivet kan være litt vanskelig å utnytte fordi det er så store forskjeller i fagkultur og organisering. Derimot har vi forventninger

til den spesifikke undersøkelsen som skal foregå i Midt-Norge: Vi er klar over at taushetsplikten kan være et problem, og at vi kanskje bør ha flere "lukkede rom" der leger kan snakke sammen og "debriefes" både om vanskelige emner og mer hyggelige ting. Dette er et prosjekt vi håper skal kunne bidra til en mer åpen kultur og fagprofesjon, sier Aasland og peker på de nye utfordringene helsepersonell møter når nå pasienter får flere rettigheter og det stilles større krav til åpenhet og dokumentasjon samtidig som taushetsplikten skal ivaretas.

Viktig for Helse Midt-Norge

- Dette er et prosjekt vi har støttet fra dag én, og vi har store forventninger til fortsettelsen. Helsepersonells arbeidsmiljø er viktig. Vi vet ikke hva taushetsplikten betyr, men det vi ser er at det åpenbart betyr noe at "ting må holdes inne". Det dette EU-prosjektet forhåpentligvis vil kunne fortelle oss, er følgende:

- Har taushetsplikten noen betydning?
- Hva betyr den i så fall?
- Og hva kan vi gjøre med det?

- Den tradisjonelle legerollen er at man skal bite tenna sammen og tåle. Legene skal ikke ha behov for å snakke ut om ting. Men slik er det ikke, og vi skal være forsiktig med å bagatellisere at taushetsplikt åpenbart er en stressfaktor. Nå får vi mulighet til å undersøke dette og i neste omgang sette i verk tiltak for å bedre arbeidsmiljøet for leger og annet helsepersonell, sier medisinsk fagsjef i Helse Midt-Norge, Inge Romslo.

Satser på pasientnær forskning

I samarbeid med Det medisinske fakultet ved NTNU satser Helse Midt-Norge på pasientnær (klinisk) forskning og tildeler til sammen 12 nye forskningsstipend i regionen. Stipendene blir gitt innen områdene epidemiologi (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag), medisinsk teknologi, psykiatri, rehabilitering og habilitering.

Alle foretakene i regionen tar del i det som kan kalles et krafttak for klinisk forskning i Helse Midt-Norge.

Dette er områder som trenger ekstra innsats, og som vi derfor nå satser på. Vi ønsker å stimulere forskningsaktiviteten i hele regionen, og har lagt vekt på geografisk spredning. Forskning i dag gir god pasientbehandling i morgen, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Søknadsmengden viser at det er stor forskningsinteresse i regionen, med mer enn 130 søknader til stipendene som nå er fordelt. En arbeidsgruppe bestående av nestlederne ved fakultetets institutter, samt tre regionale representanter har vurdert søknadene. Stipendene er fordelt på alle helseforetakene i Helse Midt-Norge og har en varighet på 3-4 år. De er i hovedsak

tildelt leger, men også andre fagfolk er tildelt stipend.

Disse får tilbud om 4-årige doktorgradsstipend:

Rigmor Myran, pasientnær klinisk forskning, Institutt for nevromedisin
Bjørn Karlsson, medisinsk teknologi, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin

Ingeborg Smidesang, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Institutt for samfunnsmedisin

Toril Skansen, rehabilitering, Institutt for nevromedisin

Sigrud Bjørnelv, psykiatri - Levanger, Institutt for nevromedisin

Halvard Nilsen, rehabilitering - Ålesund

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

Marianne Klokke Fremstad, psykiatri -

Ålesund, Institutt for nevromedisin

Elin Tollefsen, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Institutt for samfunnsmedisin

Lise Løuset, psykiatri/HMS, Institutt for nevromedisin

Disse får tilbud om 3-årige post doktor stipend:

Asbjørn Støylen, medisinsk teknologi,

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

Kristian Hveem, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag - Levanger, Institutt for samfunnsmedisin

Solfrid Vatne, rehabilitering - Molde,

Institutt for nevromedisin



Quality Hotel Augustin
Trondheim

Hotell-overnatting i Trondheim



Comfort Hotel Park
Trondheim

Helse Midt-Norges pasienter og personell har avtale-fordeler på våre hoteller.

Enkelt rom kr. 725,-

Dobbelt rom kr. 825,-

Inkl. frokost, gratis kaffe/te og kake/frukt buffet

Quality Hotel Augustin

Kongens gt 26, 7011 Trondheim

Tlf: 73 54 70 00 Fax: 73 54 70 01

E-mail: hotel-augustin@hotel-augustin.no

Enkelt rom kr. 715,-

Dobbelt rom kr. 815,-

Inkl. frokost og gratis kaffe/te hver dag. Gratis kveldsbuffet, nystekte vafler og kake/frukt buffet (søn.- tors.)

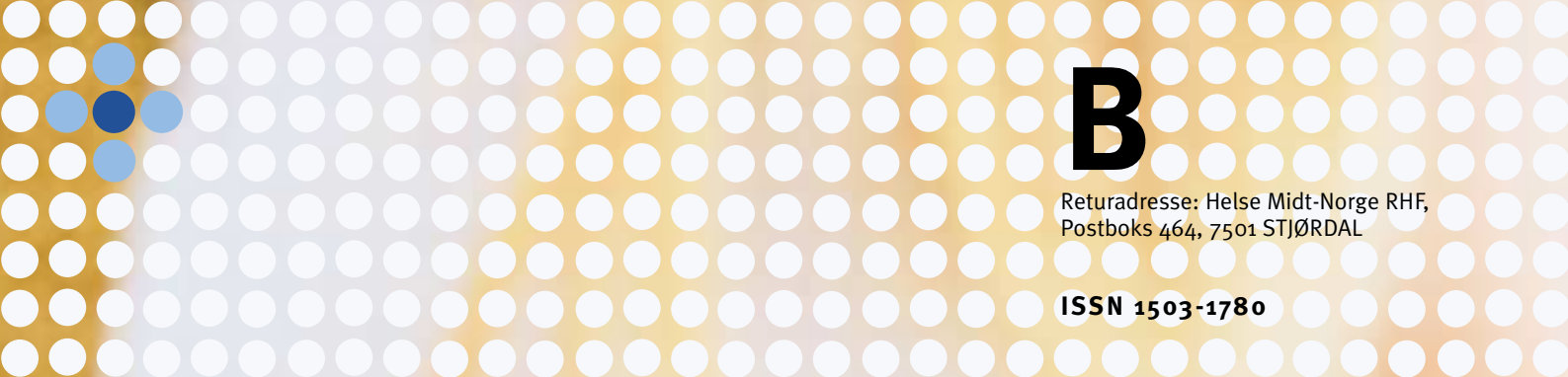
Comfort Hotel Park

Prinsens gate 4A, 7012 Trondheim

Tlf: 73 54 72 00 Fax: 73 54 72 01

E-mail: hotel-park@hotel-park.no





B

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

ISSN 1503-1780



**“...stikkordet er menneskeverd,
uansett hvilken sykdom folk har.”**