

HELSE

**Om å spille på
samme lag**

S4

**Veksthuset i Molde
- tøff kamp for rusfrihet**

S8

**Bygger sykehus
med og for brukerne**

S12

**Erfaren bruker
viser vei**

S17

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 september 2003 innførte Helse Midt-Norge en ordning som gir 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

Åpenhet, involvering og reell medbestemmelse



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Rusreformen som trer i kraft ved inngangen til 2004, gir oss en ny utfordring. Bakgrunn for reformen er at mennesker med rusmisbruk svært ofte også utvikler sammensatte helseproblemer. Det er en overhyppighet av både psykiske lidelser og somatiske sykdommer og plager blant rusmisbrukere.

Når rusbehandling fra nyttår blir en del av spesialisthelsetjenesten, er det et uttrykk for at man ønsker å styrke helse- og behandlingstilbudet til en gruppe pasienter som har vært nedprioritert. Skal vi lykkes med dette, må det også legges til rette for samhandling i behandlingsskjeden og mellom kommuner og helseforetak.

Helse Midt-Norge har valgt å etablere et eget helseforetak som får ansvar for de institusjonene vi nå overtar fra fylkeskommunene og de avtaler vi inngår med private drivere av behandlingstilbud for rusmisbrukere i henholdsvis Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag. Ved å holde rusfeltet samlet, får vi et bedre utgangspunkt for å starte en prosjekttrett, målstyrt utvikling av tjenestetilbudet i regionen.

Dette er rammen vi går ut fra når det i løpet av første halvår 2004 skal utvikles et program for rusfeltet. Fagmiljøene på rusområdet blir viktige bidragsytere i dette arbeidet. Det gjelder også Nord-Trøndelag. Som kjent er rusbehandling allerede organisert som en del av Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde.

Gjennom organisering av helseforetakene i regionen er våre egne ansatte mobilisert i arbeidet med å utvikle og samordne tjenestetilbud og servicefunksjoner. Deltakelse i slike prosesser åpner for betydelig grad av medvirkning og bør bidra til å styrke lojaliteten overfor de valg som tas. Det er hyggelig at dette også blir verdsatt av ansattes organisasjoner. Et konkret uttrykk for dette er arbeidsgiverprisen for 2003 fra Kommunalansattes Fellesorganisasjon som ble tildelt Helse

Midt-Norge i november for "i en krevende omstillingsfase..(å ha)..lagt til rette for åpenhet, involvering og reell medbestemmelse."

Helsereformen stopper ikke ved etableringen av helseforetak. Utvikling av tjenestetilbud og kvalitet for pasienten handler også om å utvikle samhandling mellom sykehus og behandlingssenheter i regionen – og samhandling med kommunene i Midt-Norge. Rusbehandlingen i Midt-Norge utgjør et variert tilbud, fra terapeutiske samfunn for rusavhengige til medikament-assistert rehabilitering.

Tilbudene innen spesialisthelsetjenesten er og skal være spesialisert. Både økonomi og tilgang på fagpersoner setter grenser for hva vi kan ha av tilbud, og hvor mange steder vi kan gi spesialisert behandling. Vi vet også at vi i en del sammenhenger kan få bedre kvalitet for pasienten og redusere dødeligheten ved å samle f.eks. behandling av endetarmskreft på et fåtall sykehus.

Samtidig vet vi at nærhet er av stor betydning for mange pasienter. Det er ikke noe mål for Helse Midt-Norge å sentralisere sykehustilbud, men vi skal sørge for at hele befolkningen får et likeverdig og godt hestetilbud. Det krever noen veivalg. Når vi fra nyttår også får budsjetansvar for syketransport og helsepersonell, gir det oss mulighet til i større grad å planlegge helhetlig. Fra før har vi ansvar for spesialistbehandling som foregår hjemme hos den enkelte pasient, og det er opprettet en regional enhet for behandlingshjelpemidler.

Utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste handler om å utnytte de muligheter som helsereformen gir oss, men uten å miste fokus på pasienten. Vår ambisjon er "å være på lag med deg for din helse". Skal vi lykkes, må vi bygge på åpenhet, involvering og reell medbestemmelse både i forhold til lokalsamfunn, egne ansatte, brukerorganisasjoner og i forhold til den enkelte pasient.

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: Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese • Foto: Bård Gudim og Getty Images • Illustrasjon: Ella Okstad • Trykk: Lade Offset • Opplag: 16 000

Må være p

- Den største trusselen mot Volda sjukehus er Volda og Ørsta kommune, tordnet Paul Hellandsvik, adm.dir. i Helse Midt-Norge, på styremøtet i Helse Sunnmøre tidlig i høst.

■ Da var rundt én av tre pasienter på kirurgisk avdeling ved Volda sjukehus utskrivingsklare. Men kommunene kunne ikke ta imot dem.

■ Dette er ett av mange eksempler på at primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er samkjørt. Konsekvensen for brukerne kan være milelang reisevei, unødvendig innleggelse på sykehus og manglende oppfølging fra pleie- og omsorgstjenesten.

■ Hvorfor er det så vanskelig å spille på samme lag, og hvordan kan samspillet bli bedre? Nå skal et utvalg oppnevnt av helseministeren utrede disse spørsmålene.

Helseminister Dagfinn Høybråten mener neste generasjons helse-reform vil være å bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunen.

- Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud, mener Høybråten.

Utvalget som skal utrede hvordan samhandlingen kan bli bedre, skal avgi sin innstilling før jul 2004.

- Vi vet om noen klare forbedringspunkter: Individuelle planer fungerer ikke godt nok, og det tar lang tid før epikriser sendes ut. Spesielt eldre, kronisk syke og pasienter med psykiske lidelser vil ha store fordeler av bedre samhandling, sier helseministeren.



- De som har valgt en karriere på sykehus,

A close-up, artistic photograph of a person lying on a massage table. A therapist's hands are visible, one resting on the person's arm and the other near their hand. The lighting is warm and soft, creating a sense of relaxation and care. The person is wearing a dark blue garment.

kommuner

å samme lag

vet ofte ikke hvilke tjenester som finnes i distriktene – og i kommunehelsetjenesten.
Atle Hestnes, helsesjef i Ørland kommune

- Det må legges til rette for aktiv brukermedvirkning på alle nivåer i samordningsprosessen

Arild Hovdal, nestleder i det regionale brukerutvalget



Rolf J. Windspoll, samhandlings-sjef, St. Olavs Hospital, medlem av det regjeringsoppnevnte utvalget som skal utrede bedre samhandling i helsesektoren



Arild Hovdal, nestleder i brukerutvalget i Helse Midt-Norge



Atle Hestnes, helsesjef, Ørland kommune

Hvordan fungerer samarbeidet mellom sykehusene og kommunene i dag?

Rolf J. Windspoll, samhandlingssjef, St. Olavs Hospital, medlem av det offentlige utvalget:

- Ved St. Olavs Hospital har vi samarbeidet aktivt med kommunene for å utvikle nye løsninger og tilbud. Samarbeidsavtaler, ulike samarbeidsutvalg, praksiskonsulenter, ambulante team, desentraliserte poliklinikktilbud og felles fagmøter er viktige tiltak for å styrke og utvikle samarbeidet med kommunene.

- Oppgavefordelingen avhenger i stor grad av kompetansen i de ulike enhetene. Derfor bidrar vi med å bygge kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Arild Hovdal, nestleder i brukerutvalget i Helse Midt-Norge:

- For de fleste brukere er det utydelige grenser mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Brukerne blir for dårlig informert om hva som skal skje ved henvisning til spesialist. Ved tilbakeføring til primærhelsetjeneste er det ofte uklart hvordan brukerne skal følges opp videre.

Atle Hestnes, helsesjef, Ørland kommune:

- På Ørlandet har vi en desentralisert spesialisttjeneste, hvor spesialister fra St. Olavs Hospital har fast kontortid noen dager i uken. Spesialistene er sykehusets ansvar, mens Ørland kommune stiller med lokaler og annet helsepersonell. Her fungerer samarbeidet svært godt.

- Når samarbeidet oppleves som utfordrende, tror jeg det skyldes manglende kjennskap til den andre partens ytelser. Pasienter som blir sendt til Trondheim for å fjerne blindtarmen, får beskjed om at de må tilbake til Trondheim for å fjerne

ne stingene. Det gjør man like godt i primærhelsetjenesten. De som har valgt en karriere på sykehus, vet ofte ikke hvilke tjenester som finnes i distriktene – og i kommunehelsetjenesten.

Hvorfor er det viktig for brukerne – og sykehusene – at primær- og spesialisthelsetjenesten blir bedre samordnet?

Rolf J. Windspoll:

- Brukerne skal føle seg trygge på at de får et tilbud tilpasset deres behov. Vi er ofte avhengig av informasjon fra hverandre for å kunne gi pasientene det tilbudet som trengs. En individuell plan som ikke inneholder en samordning av tiltak, oppfyller heller ikke kravet til en slik plan.

- I planleggingen av det nye sykehuset i Trondheim har vi bevisst satt fokus på samarbeidet mellom sykehuset og kommunene. Vi mener flere oppgaver som i dag ivaretas av sykehusene, i fremtiden kan løses i kommunen.

Arild Hovdal:

- Det vil sikre at brukerne får riktig og helhetlig behandling. Individuell plan vil forplikte spesialist- og primærhelsetjenesten til å samordne sine tiltak til det beste for brukeren.

- Mange kommuner mangler tilbud om rehabilitering og habilitering til store pasientgrupper som psykiatriske pasienter, kronisk syke og rusmisbrukere. Disse brukerne blir gjengangere hos spesialisthelsetjenesten. Hvis kommunen har et tilbud, er det kun åpent mellom 8 og 16, og stengt i helgene. Resultatet er ekstra belastning for spesialisthelsetjenesten på kveld, natt og helg.

Atle Hestnes:

- For brukerne er det tungvint og ofte unødvendig å måtte reise langt for behandling, og de får ingen kontinuerlig behandlingstjeneste. Etter sykehusinnleggelse får brukeren beskjed om å oppsøke primærlegen. Men primærlegen får ikke epikrisen før lenge etterpå og vet ikke at pasienten har vært innlagt. Økt bruk av Helsennett vil gjøre dette lettere.

Hva er de største utfordringene i arbeidet med å samordne primær- og spesialisthelsetjenesten?

Rolf J. Windspoll:

- I dag vet vi for lite om hverandre til at vi får utnyttet det potensialet vi har. Vi må våge å slippe andre inn i vår "verden".

- Vi har svært komplekse organisasjoner. Å få det daglige samarbeidet til å fungere godt mellom de enkelte helsearbeiderne er en utfordring i seg selv. Derfor trengs systemer som gjør samarbeid lettere. Funksjonelle IT-løsninger er et godt redskap, derfor bør kommunene knytte seg til helsenettet.

- Finansieringen må bli enklere. En viktig reform er at finansiering av syke-transport overføres til de regionale helseforetakene. Jeg savner også et mer dynamisk finansieringssystem som eksempelvis kunne gi kommunene aktivitetsbaserte inntekter (ISF-inntekter).

Arild Hovdal:

- Det må legges til rette for aktiv brukermedvirkning i samordningsprosessen på alle nivåer, fra brukerrepresentanten i det regionale helseforetaket til den enkelte pasient. Brukerne har førstehåndskunnskap om hvordan samhand-

- I dag vet vi for lite om hverandre til at vi får utnyttet det



lingen fungerer, men har vært altfor lite involvert i dette arbeidet hittil.

Atle Hestnes:

- Sykehusene må tenke nytt. De må ta spesialistene ut av sykehusene, og spesialistene må være villige til å forlate sykehuset. Vi er heldige i Ørland, for reiseveien fra Trondheim er så kort. Andre steder er ikke dette like enkelt.

Hvor viktig er utflytting av spesialiserte tilbud og etablering av distriktsmedisinske sentre (DMS)?

Rolf J. Windspoll:

- Desentraliserte sentre bør spesielt rettes mot kronisk syke og andre pasienter som synes det er vanskelig med lang reisevei.
- Samarbeidet går lettere når man sammen kan møte pasientene og planlegge videre behandling i fellesskap. Jeg har stor tro på at et DMS kan bidra til å avlaste sykehusene med hensyn til poli-

klinisk aktivitet, innleggelser og varighet av innleggelser.

Arild Hovdal:

- Tilbudet kommer nærmere brukerne.

Atle Hestnes:

- Mange landkommuner sliter med rekruttering av helsepersonell. Hvis kommunen har et DMS, vil det finnes et større fagmiljø på stedet enn på et vanlig landsens legekontor.

- Kompetanse-smitteeffekten er også viktig. Vi lærer av spesialistene og trenger ikke henvise like mange brukere videre. Utstyret finnes jo her. Vi har en egen dialysestasjon for nyrepasienter og lysbehandling for brukere med psoriasis og eksem. - Det er motiverende og faglig inspirerende å arbeide på et distriktskontor. Jeg har vært på Ørlandet i 28 år. Egentlig burde jeg vært utbrent, men jeg er knapt påtatt!

Helse Midt-Norge samspiller:

- Helse Midt-Norge trapper opp arbeidet med å bedre samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Nytilsatt rådgiver Daniel Haga vil ha dette området som hovedoppgave sammen med rådgiver Einar Vandvik.
- Det skal satses spesielt på praksiskonsulenter/koordinatorer, distriktsmedisinske sentra og avtaler mellom helseforetakene og kommunene. I tillegg arbeides det med IT-prosjekter som vil knytte kommunale og lokale helseinstanser direkte opp mot sykehusene.

potensialet vi har. Vi må våge å slippe andre inn i vår "verden".

Rolf J. Windspoll, samhandlingssjef ved St. Olavs Hospital

Veksthuset i Møre og Romsdal

Rusbehandling und

- Vi er her fordi det til syvende og sist ikke finnes noen flukt fra oss selv. (...) Her kan vi sammen slå

er kongebjørka

De er unge, håpefulle – og tidligere rusmisbrukere. ”Vi er her fordi det til syvende og sist ikke finnes noen flukt fra oss selv”, er husfilosofien de lever etter. Fra nyttår har Helse Midt-Norge ansvar for at beboerne på Veksthuset får sjansen til å vokse inn i rusfrihet.

Nærhet og omsorg virker smertelindrende. Vår behandlingsmodell bygger på høye forventninger til at det går an å drive rusavvenning uten bruk av medikamenter. Vi er negative til avhengighetsdannende midler. Rus er et sammensatt problem, og vi må jobbe tverrfaglig for å behandle det, forklarer sosionom Ole Lørvik, leder for Veksthuset.

Rett under Kongebjørka, mellom høstfarger og fjordblått, ligger den rødmalte, nedslitte Glomstua fra 1896. Her forsøker 15 unge mennesker å bli kjent – med seg selv, med hverandre og med en hverdag uten rus. 10 av dem er menn, de fleste er midt i 20-årene, over halvparten har brukt heroin siden tenårene. De har ventet mellom 12 og 18 måneder på å få plass, nå skal de bo på Glomstua i ett år. Hvis de holder seg rusfrie, flytter de så videre til Veksthusets etableringsbolig i Molde. Til slutt skal de tilbake til hjemkommunen. Programmet varer i rundt 27 måneder.

- Fellestrekket for våre beboere er at deres psykiske problemer kom før rusproblemet. Fordi problemene er omfattende og sammensatte, må beboerne være rusfrie lenge og gå gjennom langvarig terapi før vi ”slipper taket i dem”, forteller Lørvik.

Strukturert hverdag

Lukten av ferskt, hjemmelaget brød preger spisestuen. Ved en pult i hjørnet sitter ei jente med liste over dagens gjøremål. Hun er arbeidsleder. Et unisont ”Takk for maten” høres når folk går fra bordet. En gutt stiller seg opp med hendene på ryggen og spør arbeidslederen forsiktig: - Unnskyld, kan jeg forstyrre? På kjøkkenet er den

siste lunsjmulen allerede feid bort. Veksthuset har regler og rutiner for alle gjøremål.

- Vi er firkantede. Det må være struktur rundt personen i rusomsorg. Rammene gir trygghet. Den praktiske organiseringen og driften av hverdagen på huset er beboernes ansvar. Dette er selvhjelp – med støtte fra profesjonelle, sier Lørvik.

Miljøterapi

Rusproblemet oppstår i samhandling med et miljø. For beboerne på Veksthuset har noe gått galt i forhold til familie, skole eller annet nettverk. Flere er blitt utsatt for psykiske og fysiske overgrep. Mange tyr til rus for å takle angst og utrygghet.

- Rusmisbruk handler mye om å flykte fra smerte. Mange har sosial angst og klarer ikke å forholde seg nært til andre. Vår behandling er gruppebasert, og å mestre relasjoner er en av hovedmålsettingene, forklarer Lørvik. - Fra nyttår blir Veksthuset en del av spesialisthelsetjenesten, underlagt Helse Midt-Norge. Hvilke forventninger har du til rusreformen?

- Vi håper en overordnet organisering sikrer et mangfoldig og sammensatt tilbud til brukerne. Den rusavhengige må møtes med ulike tiltak til ulik tid. I tillegg trengs en tettere tilknytning til psykiatriske og somatiske tilbud slik at brukerne får lettere tilgang. Veksthuset følger en alternativ modell og kan bli en fremmed fugl i sykehussystemet. Vi er redde for å bli spist av systemet. Sykehusene må se vår faglige forankring og ikke forsøke å presse oss inn i en annen type forståelse av rusproblematikk, oppfordrer Lørvik.



FIRKANTET: Leder for Veksthuset, Ole Lørvik, sørger for at husets regler blir fulgt. Struktur er viktig i rusomsorg, mener han.



TILBAKEMELDING: Når beboerne er sinte eller lei seg, kan de legge en lapp i denne boken. Saken tas da opp i det ukentlige møtet med alle beboerne på huset.



DISIPLIN: Beboerne må stå med hendene på ryggen når arbeidslederen snakker til dem. Veksthuset har klare retningslinjer for hvordan beboerne skal tiltale hverandre.

rot og gro, ikke ensomme som i døden, men levende i et fellesskap!

Fra Veksthusets husfilosofi



ARBEID: Beboerne har ansvaret for den daglige driften av Veksthuset. Innkjøp, renhold og matlaging er blant arbeidsoppgavene.

Knalltøff, men virkelig hverdag



- Jeg ser at ting er virkelige, og at hverdagen er mulig å gjennomføre. Men det har vært veldig tøft her til tider, mener "Christopher" (25).



NULLTOLERANSE: Ansatte ransaker all bagasje som nye beboere har med seg til Veksthuset. Rusmidler tolereres ikke på området.

Han er en pen, veltrent ung mann. Ingen vil gjette at han 16 år gammel måtte i fengsel på grunn av et hasjbeslag, eller at han satte sin første sprøyte heroin to år senere. Han kom til Veksthuset for 11 måneder siden. Om noen uker flytter han ut av Glomstua og inn i Veksthusets etableringsbolig i byen. Målet er å flytte hjem til egen leilighet i Trondheim i løpet av vinteren.

- Jeg har alltid lurt på hvorfor jeg ruser meg. Nå begynner jeg å finne svarene. Mye skyldes ensomhet. Rus er en måte å slippe å kjenne på ting.

I terapien snakker beboerne og personellet på Veksthuset mye om hvordan de skal leve for å ikke ruse seg. Nøkkelen er å ha en strukturert hverdag. Derfor er det viktig at reglene på huset følges. Veksthuset skal være

trygt og forutsigbart. Å ha ansvar for egen hverdag er del av behandlingen. Etter noen måneder må alle beboerne ut i jobb. "Christopher" jobber for Molde FK – og stortrives.

Avviser rusmiljøet

På Veksthuset må alle beboerne kartlegge nettverket sitt og invitere til et møte. Hensikten er å inkludere, involvere og ansvarliggjøre nettverket. Men også luke ut de delene av det som er forbundet med rus.

- På min første treningsreise hjem oppsøkte jeg gamle venner fra rusmiljøet og fortalte dem at de ikke måtte kontakte meg så lenge de fortsatt ruset seg. Vi må ta en slik avvisningsrunde. Det er tøft å kutte nettverket sitt slik. Jeg har bare to rusfrie venner, forteller "Christopher".



”Rusreform II” i Helse Midt-Norge

Fra nyttår overtar Helse Midt-Norge RHF ansvaret for rusbehandling i regionen. Arbeidet for å bedre tilbudet er allerede i gang, og et handlingsprogram for rusomsorg skal legges fram i 2004.

Stortinget godkjente ”Rusreform II” i høst. Dermed får Helse Midt-Norge ansvar for spesialiserte helsetjenester, spesialiserte sosiale tjenester og døgntilbud med omsorg for rusmisbrukere.

Det finnes i dag fire rusbehandlingsinstitusjoner i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Nå blir de organisert i et eget helseforetak. Det nye helseforetaket skal også forvalte de avtaler og driftsavtaler som inngås med Lade Behandlingssenter i Trondheim (ved Blå Kors Norge) og med NKS Kvamsgrindkollektivet i Trondheim (ved Norske Kvinners Sanitetsforening). I Nord-Trøndelag er rusbehandling allerede en del av ansvarsområdet til Helse Nord-Trøndelag HF.

- Vi ønsker å synliggjøre rusomsorgsfeltet og styrke anseelsen til både brukerne og dem som jobber med området, forklarer prosjektkoordinator i Helse Midt-Norge, Terje Haaland.

Avklaringene i Stortinget fører til at både kvalifisert helsefaglig og sosialfaglig personell skal kunne henvise til behandling.

Nye rettigheter

Med rusomsorg som del av spesialisthelsetjenesten får rusmisbrukere nye rettigheter. Blant annet vil individuell behandlingsplan og fritt sykehusvalg være ordninger som kommer dem til gode. Kravene til organisering og kvalitet i regionens rusbehandlingstilbud blir store. Derfor skal det legges fram et handlingsprogram innen 1. august neste år. Før den tid skal arbeidsgrupper kartlegge behovet for rusbehandling i regionen, hvilke tilbud som finnes, og hvordan de fungerer.

- Vi må få med og utvikle den kunnskapen og entusiasmen som finnes innenfor rusomsorgsfeltet i Midt-Norge i dag, understreker rådgiver Einar Vandvik i Helse Midt-Norge.

Behandlingsinstitusjoner

Fra 1.1.2004 får Helse Midt-Norge RHF ansvar for følgende behandlingsinstitusjoner:

■ Vestmo behandlingssenter, Ålesund.

- 21 sengeplasser, bemanning på 28,6 årsverk
- Klinikkavdeling (korttidsbehandling inntil tre mnd.) og avdeling for utredning.
- En akutt-/utredningsavdeling med 12 plasser skal stå ferdig høsten 2004
- Behandler stoff- og alkoholmisbrukere, godkjent for å ta imot tvangsinngivelser
- Vestmos administrative ledelse ligger i Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK). Kompetansesenteret har bl.a. ansvar for området ”Yngre rusmiddelmisbrukere”, samt forebyggende arbeid
- Framtidig organisering av MNK skal besluttet av Sosial- og helsedirektoratet i løpet av første halvår 2004

■ Veksthuset, Molde

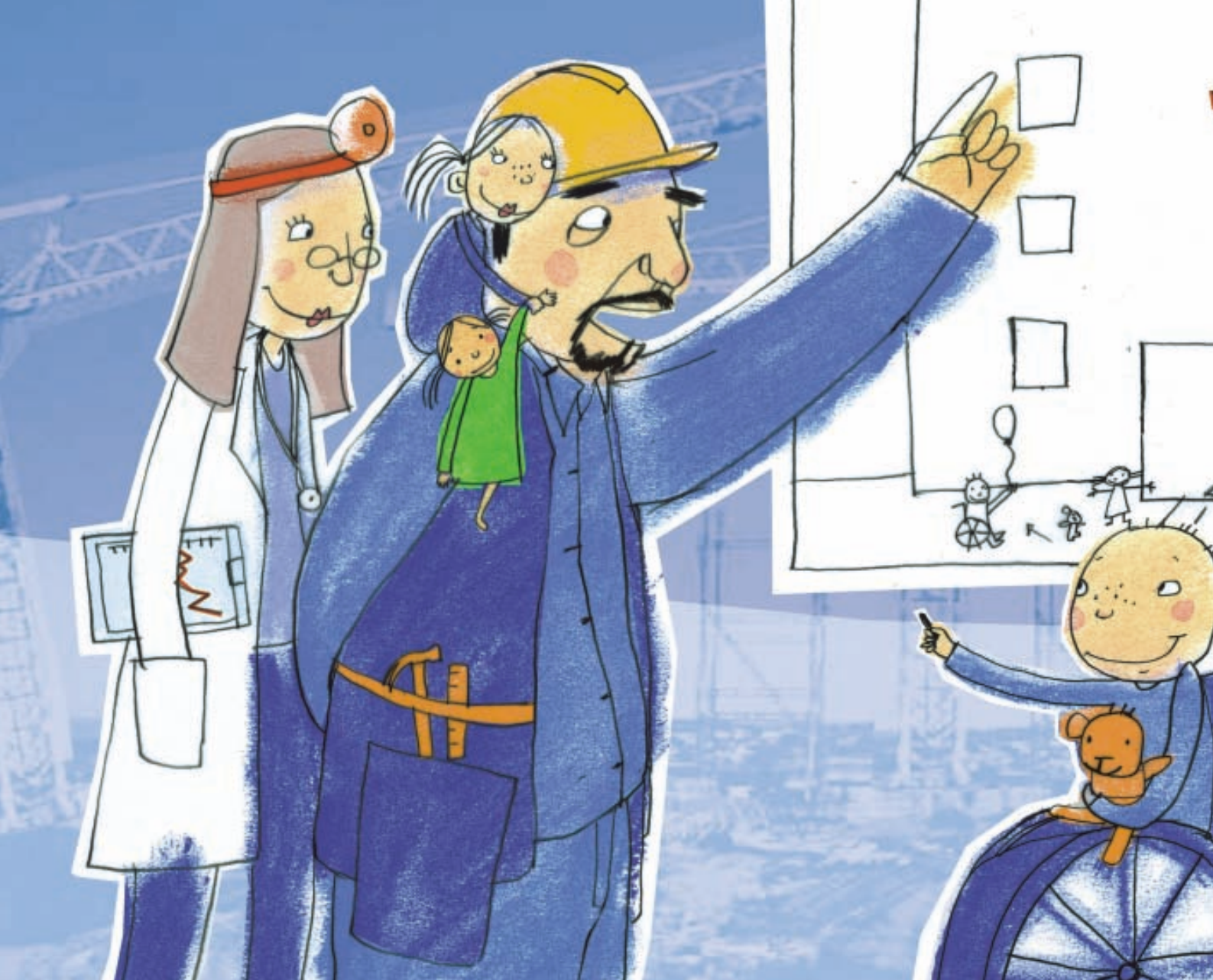
- Et ”strukturert terapeutisk samfunn”, med plass til 17 beboere, bemanning på 20,25 årsverk
- Beboerne er hovedsakelig stoffmisbrukere i alderen 18–40 år, både menn og kvinner
- En ny hovedbygning og familieavdeling med fire enheter skal stå ferdig 2004

■ Nidarosklinikken, Trondheim

- Klinikkavdeling med 20 sengeplasser, bemanning på 20,4 årsverk
- Inntil ett års behandlingsprogram for menn, kvinner og par
- Hovedsakelig stoffmisbrukere i alderen 20–40 år

■ MARit (Medikamentassistert rehabilitering i Trondheim)

- Ansvar for legemiddellassisteret rehabilitering av tunge stoffmisbrukere i Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord-Norge.
- Rundt 180 personer er inkludert i behandlingen, bemanning på 19 årsverk



Brukermedvirkning i planleggingen av nye St. Olavs Hospital

Bygger sykehus med og for brukerne

➤ Når det nye universitetssykehuset i Trondheim står ferdig, vil det være skyvedører i inngangene, en-rom til brukerne og rutiner for at barn helst skal behandles på Kvinne-barn-senteret. Det har brukerne selv vært med på å bestemme.

Vi skal ta utgangspunkt i brukernes behov når vi bygger nytt sykehus, derfor må brukerne være med i planleggingen. Og de må være med fra starten av, sier Trine Wættén, sykehusplanlegger i Helsebygg Midt-Norge.

I andre byggeprosjekter har brukerorganisasjonene først fått si sitt når de ferdige byggeplanene kommer til høring. I Trondheim lages planene av utbyggere, fagfolk og brukere i fellesskap. Slik har det vært siden prosjektet begynte å ta form på midten av 1990-tallet.



- I begynnelsen var både pasientorganisasjonene og vi like grønne når det gjaldt brukermedvirkning. Vi har gått veien sammen, prøvd og feilet, sier Wættén.

Omfattende organisering

I dag organiseres brukermedvirkningen gjennom et overordnet forum kalt Pasientorganisasjonenes fellesforum (POFF). Her sitter representanter fra fylkesledelsen i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og representanter fra Den Norske Kreftforening. POFF møtes hver sjette uke og koordinerer brukermedvirkning i et utall forskjellige planleggingsgrupper.

- En av de store utfordringene er å bli bevisst hverandres kompetanse. Hvilken

pasientorganisasjon hører naturlig inn i planleggingen av den ene eller den andre delen av sykehuset? spør Elin Gullvåg, SAFOs representant i fellesforumet.

Alle organisasjonene kan ikke være representert i hver eneste planleggingsgruppe. Fellesforumet bestemmer hvem som bør være med i hvilke grupper. For eksempel er det naturlig at Norges Handikapforbund er med på å planlegge tilgjengelighet, mens Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke vil være aktive når hjerte-lunge-senteret skal bygges.

- Vi har fått et helhetsbilde og har større forståelse for hvilke hensyn som må tas. I planleggingsgruppene representerer den enkelte pasientorganisasjonen ikke bare sin egen pasientgruppe – men alle brukere. Organisasjonene er vant til å

være pressgrupper, og det har vært om å gjøre å skrike høyest. Nå må vi være saklige medspillere og tenke helhetlig, forteller POFF-medlem for FFO, Arild Berge.

Utfordrende medvirkning

Brukermedvirkning er ikke bare enkelt, noe som gjelder alle parter.

- Som byggherre sitter vi med mye kunnskap og har store ressurser. Vi må samarbeide med pasientorganisasjoner som gjør dette frivillig og har helt andre rammer enn oss. Å kommunisere slik at brukerne får god nok kunnskap til å kunne medvirke, er nok den største utfordringen for oss, mener sykehusplanlegger Wættén.

Brukerne peker på kunnskapskløft, men også kulturforskjeller, som det vanskeligste med brukermedvirkning.

- Vi må sette oss inn i ny problematikk og forstå hvordan man tenker i fagmiljøene. Svært få av oss er vant til å lese arkitekttegninger og tekniske byggeforslag. Å møte de ansatte i planleggingsarbeidet har vært en spesiell opplevelse. Vi må få fram våre forventninger til kulturen i det nye sykehuset, mener Berge.

Blir hørt

I Trondheim er brukermedvirkning langt mer enn et moteord. Det gir konkrete resultater.

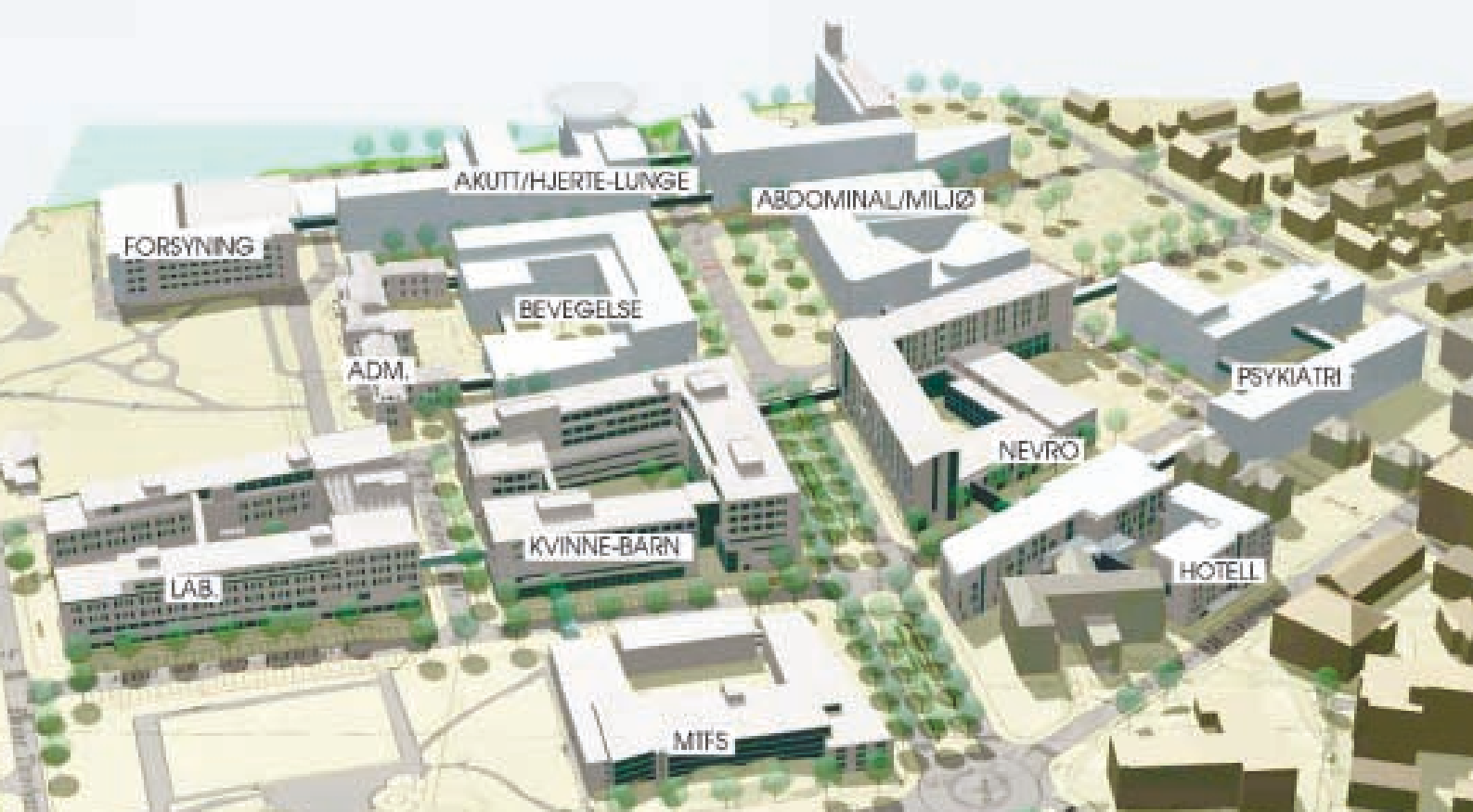
- Vi har vært ufravikelige i kravet om enerom, sier Berge.

Opprinnelig var det planlagt å ha karusellører, som ikke slipper inn mye luft, i inngangspartiene. Men slike dører er vanskelige å gå gjennom på krykker, med rullestol eller barnevogn. Brukerne ville ha skyvedører. Godt innklima for ansatte i resepsjonsavdelingen måtte forenes med framkommelighet for brukerne. Skyvedører og utbedret ventilasjonsanlegg ble resultatet.

Brukerorganisasjonene var også sterke pådrivere for at alle barn skal behandles i kvinne-barn-senteret, og jobber for å få bygd et treningsbasseng på sykehusområdet.

- Vi har et fantastisk samarbeid med Helsebygg. Vi er med som likeverdige partnere, og vi er blitt tatt på alvor helt fra starten, roser Berge.





NYE ST. OLAVS HOSPITAL: Slik blir det nye universitetssykehuset – om 10 år. Brukerne har vært med i planleggingen av prosjektet fra starten av.

➤ Byggefase 2 på tegnebrettet

Om 18 måneder skal tanken bak 100 000 nye sykehuskvadratmeter være klar. Brukerne er selvskrevne samarbeidspartnere når byggefase 2 nå skal planlegges.

Vi er godt forberedt; vi har allerede planlagt halvparten av sykehuset. Hva som skal inn i de forskjellige byggene, er stort sett klart, sier Arve-Olav Solumsmo, informasjonssjef i Helsebygg Midt-Norge. Det blir områder for publikum i første etasje, operasjons- og behandlingsrom i andre, tekniske installasjoner og lokaler for universitetet i tredje, mens sengeplassene finnes i fjerde til sjette etasje.

Hvor stor plass hver avdeling skal få, og hvordan rommene skal ligge i

forhold til hverandre, må planlegges nøye. Det må også størrelsen på de enkelte rommene, ventilasjonssystemer, hva slags utstyr som trengs – og hvor det skal plasseres. Blant annet. Prosjektet er omfattende – og planleggingen enorm. 25 ulike planleggingsgrupper er allerede definert.

- Vi har så positive erfaringer med brukermedvirkning at når fase 2 skal planlegges, er det en selvfølge at brukerne er med, sier sykehusplanlegger Trine Wættén.

Nye St. Olavs Hospital – det største byggeprosjektet noensinne nord for Dovre

- Samlet bruttoareal på rundt 190 000 kvadratmeter
- Byggefase 1 er allerede i full gang. I denne fasen bygges fem sentre. Byggingen skal være ferdig i 2006 og har en budsjetttramme på 5,1 milliarder kroner.
- Planlegging av byggefase 2 begynte i høst. Denne fasen forventes å være ferdig om 10 år og har en prislapp på rundt 5,4 milliarder kroner.

Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge

Pasientenes – brukernes – erfaring og kompetanse må være med når vi planlegger behandlingstilbudet. Brukerne har en annen kunnskap om helsevesenet enn fagpersonell. Brukerperspektivet vil derfor påvirke våre prioriteringer, vår organisering og hvilke behandlingstilbud som utvikles i Helse Midt-Norge. Samarbeidet om planleggingen av det nye St. Olavs

Hospital er et flott eksempel på dette, sier rådgiver Unni Dahl i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norges visjon er "På lag med deg for din helse". Gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, skal sykehusene i Midt-Norge bidra til trygghet for liv og helse for befolkningen. Brukerutvalgene,

som er etablert både regionalt og lokalt, skal bidra med råd og sikre en aktiv dialog om planer, drift og evaluering av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

- Vårt fokus er rettet mot menneskers deltakelse og selvstendighet. Vi erfarer at brukerne i økende grad selv vil påvirke og velge sine helsetjenester, sier Dahl.

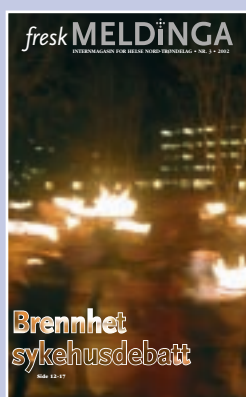
Freskmeldinga vant sølv

Helse Nord-Trøndelags internmagasin Freskmeldinga kom på andre plass i Kommunikasjonsforeningens kåring av årets bedriftsavis. I sterk konkurranse med 62 andre bedriftsavis gikk Freskmeldinga nesten helt til topps, bare slått med tre små poeng av HM Kongens gardes internblad, Gardisten.

- Sølv er supert. Det hadde jo også

vært respektløst å slå kongen i en slik konkurranse, sier informasjonsrådgiver i foretaket Trond G. Skillingstad. Han og kollega Hilde Pettersen er redaktører for Freskmeldinga.

Dommerne la fire hovedkriterier til grunn for kåringen: journalistisk kvalitet, redaksjonell kvalitet, relevans og målrettethet for leseren og strategisk beslutning.



Arbeidsmiljøundersøkelse i midtnorske sykehus: Høy effektivitet gir best kvalitet

Høy effektivitet gir også best kvalitet for pasientene. Dette er ett av funnene i den omfattende arbeidsmiljøundersøkelsen som ble gjennomført på sykehus i Midt-Norge i høst.

Undersøkelsen viser at de avdelingene som har høyest effektivitet, også har høyest kvalitet på tjenestene i form av å ha pasientene i fokus. Tilrettelegging for forskning og aktiv forskningsaktivitet fremmer effektivitet og gir høyere kvalitet på tjenestene. Avdelinger hvor

ansatte opplever likestilling mellom kjønnene, oppnår bedre resultater.

- Det er overraskende at det var en så sterk sammenheng mellom effektivitet og kvalitet. Det er også oppsiktsvekkende at ledelse er så avgjørende for å lykkes i helsevesenet, hvor faglig dyktighet har hatt større fokus enn ledelse. Både ledere som er omtenk-somme og visjonære, og de som setter klare mål, kan vise til bedre resultater, sier professor i psykologi ved NTNU, Tore C. Stiles. Han er faglig ansvarlig for undersøkelsen.

HELSE ikke lenger rett hjem

Ansatte i Helse Midt-Norges virksomheter Avil fra dette nummer ikke lenger få magasinet HELSE rett i postkassen. For å kutte kostnader endres rutinen for intern distribusjon av magasinet. Ansatte vil heretter få magasinet på sin arbeidsplass. Eksterne mottakere vil fremdeles få magasinet i posten.

HF får budsjettansvar for syketransport

Helseforetakene overtar fra nyttår budsjettansvaret for utgifter til syketransport og skyss av helsepersonell. For brukerne vil denne overtakelsen ha liten praktisk betydning.

Målsettingen med en ansvarsoverføring er å stimulere til behandling nær pasientens bosted, når dette er til pasientens fordel og samfunnsøkonomisk gunstig. Trygdekontorene skal fortsatt behandle enkeltkrav om dekning av reiseutgifter. Dette vil sikre brukeren nærhet til denne tjenesten. Brukernes direkte kontakt med trygdekontoret vil bli som før. Pasientenes rettigheter endres ikke.

Enklere økonomirutiner i Helse Midt-Norge

Før 1. januar 2004 skal alle helseforetakene i regionen ta i bruk en regional økonomihåndbok som skal gi mer effektive og samkjørte administrative rutiner. Økonomihåndboken gjør at alle prosedyrer innenfor lønn og regnskap er tilgjengelig for alle elektronisk.

Dersom et sykehus for eksempel har behov for innkjøp, viser økonomihåndboken hvilken prosedyre som skal følges. Hvem skal kontaktes, hvilke terskelverdier finnes og hvem har ansvar for innkjøp. Håndboken har regionale føringer og prosedyrer som er samordnet, men også tilpasset lokale forhold.

Prosjektet ble satt i gang fordi det var behov for en oppgradering og styrking av økonomirutinene ved helseforetakene i regionen.



MOBILISERING: I november gikk 15.000 i fakkeltog til støtte for sykehuset i Arendal. Foto: Arne Roger Janse.

Vil lytte til fagmiljøene

- Inngrep overfor lokalsykehus som er rent økonomisk motivert, må legges bort. Helseforetakene må få tid nok til å gjennomføre kloke endringer. Helsereformen handler ikke om å avvikle små sykehus, sier nestleder i Stortingets sosialkomité, Bjarne Håkon Hanssen.



LYTTER: Nestleder i Stortingets sosialkomité, Bjarne Håkon Hanssen, vil lytte til fagfolkets vurderinger av hva slags helsetilbud som er nødvendig rundt om i landet.

Forliket om statsbudsjettet for 2004 gir sykehusene en halv milliard kroner ekstra, og kravet om balanse er utsatt til 2005. Hanssen er opptatt av at helsereformen gjennomføres slik at befolkningen har tillit til sykehusene. Å gjennomføre tiltak i strid med befolkningen er et dårlig prosjekt som skaper utrygghet, mener han.

- En del forslag har skapt mye uro. 15.000 i fakkeltog i Arendal er et sterkt uttrykk for misnøye. Mye positivt kan sies om måten Helse Midt-Norge har opptrudd. Forslag om å legge ned fødeavde-

lingen ved sykehuset i Orkdal er ett eksempel på tiltak som det ikke er aktuelt å gjennomføre. Ei heller å røre akuttfunksjonen i Arendal, eller fødeavdelingen i Gjøvik. Det er bare å legge bort debatten om føde- og akuttilbudet i Namsos. En region som Namdalen har behov for slike tilbud, sier Hanssen.

Trygghet viktig

Men han vil ikke sementere dagens tilbud ved lokalsykehus. Å legge ethvert forslag i samme skål, blir for unyansert. Omstridte vedtak i Narvik, Mosjøen, Lærdal og Florø har ikke primært vært tuftet på økonomi, men faglige vurderinger. Nasjonalt råd for fødselsomsorg har vært en tydelig premissgiver. Stortinget kan ikke bevilge seg ut av slike faglige vurderinger, sier han.

- I Lærdal var riktignok lokale jordmødre i mot. Faglig uenighet gjør det van-

skelig for politikere. Vi må rydde og klargjøre hvem vi skal forholde oss til på fagsiden. Nasjonalt råds anbefalinger må vi være villig til å ta inn over oss og fagrådene må styrkes og utvikles. Akuttmeldingen som er lagt fram for Stortinget bidrar til avklaringer, sier Hanssen.

- Betyr det at lokalsykehus blir priggitt den faglige utviklingen?

- Vi skal ha mange små sykehus i et grisgrendt land som Norge. Begrepet "godt nok" blir viktig for oss når vi skal definere tilbud ved små sykehus. De skal ha akuttfunksjoner slik at de kan ta imot skadde, stabilisere tilstanden og sørge for at pasienten ved behov kan transporteres inn til sykehus med topp spesialiserte funksjoner. Sykehusene skal gi befolkningen trygghet og endringer skal ikke rokke ved det, sier Hanssen.



Maler med utstrakt hånd >

Arnt Hoem har glede i det ene øyet og sorg i det andre. Han har malerier på netthinnen og vennskap i hendene. Livserfaringen hans har brakt ham til stillingen som landets første psykiatrikontakt – i Kristiansund.



LYTTER: Arnt Hoem åpner ører og hjerte for pårørende som trenger råd om hvordan de kan få den hjelpen de har krav på.



En glad, blåmalt fisk ved ringeklokka røper at her bor Arnt Hoem. Veggene i stua er dekket med selvmalte malerier, og vinduene åpner mot snødekte trær og fjelltopper. Fiolen henger på veggen, og trekkspillet står i hjørnet. På kontoret i andre etasje ligger pensler i alle størrelser lett henslengt mellom staffelier og påbegynte akvareller. Arnt Hoem serverer kaffe i håndlagde keramikopper, mens han sier at man blir rik av å gi. Nå gir Hoem av sin livserfaring.

- Jeg liker å kalle det brukerkontakt. Psykiatrikontakt høres så profesjonelt ut. Jeg har ingen formell utdanning, men jeg kan gi råd, veilede og informere om hvordan man bør gå fram for å få hjelp. Jeg er på grasrota. Og jeg



VISER VEI: Dørskiltet levner ingen tvil: Her bor landets første psykiatrikontakt.

er der fordi jeg har vært i samme situasjon som dem som kontakter meg.

Lang erfaring

Arnt Hoems eneste sønn har vært schizofren i 20 år. Brukerkontakten har dermed lang erfaring i å prøve å nå fram i hjelpeapparatet. Han vet at det kan være vanskelig å få gehør.

- Jeg skal ikke være psykolog, det er jeg ikke kvalifisert for. Jobben oppstod ut fra behovet for å bedre kommunikasjonen mellom bruker, pårørende og hjelpeapparatet. Jeg skal lytte til brukernes behov og dele mine erfaringer med dem.

Ordningen med psykiatri-kontakt begynte i oktober i år. Arnt Hoem har allerede fått spørsmål fra flere brukere som føler seg hjelpeløse, og som ikke vet hvor de skal gå.

Hver tirsdag åpner Hoem ørene og hjertet for brukere og pårørende som har det vondt, og som trenger et kart for å finne den hjelpen de har krav på. Planen er at Arnt Hoem skal ha jevnlig møter med Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Kristiansund, der han skal legge fram brukernes behov.

- Det ligger ingen makt bak det jeg ber om. Det er helt opp til dem. Jeg blir en formidler, et hjelpende ledd for at systemet skal bli til det beste for brukeren. Det er ekspertisen som har laget det systemet vi har i dag. Jeg tror det er viktig at brukeren blir hørt i større grad. Det er viktig at en diagnose ikke blir avslutningen på noe, men starten på tilfriskning.

Fellesskap viktig

En stund etter at sønnen ble syk, meldte Arnt Hoem seg inn i Landsforeningen for pårørende innen

psykiatrien (LPP). Han blir varm i stemmen når han snakker om hva foreningen har betydd for ham personlig.

- Jeg vil nesten si at jeg har hatt to liv, ett før jeg kom inn i LPP, og ett etter at jeg ble medlem. Først følte vi oss veldig alene, mora, søstera og jeg. I LPP oppdaget vi at det er flere av oss. Vi fikk en helt annen styrke. Man får energi til å jobbe for dem som er syke. Fellesskapet er unikt. Den som har opplevd panikk og angst på kroppen, vet hva det er. Det er en utrolig stor hjelp å møte andre som har opplevd det samme.

Over konfirmasjonsbildene av barna lyser stuas største maleri opp. Det viser bølger og hav, og to fugler som står rakt i havbrisen. Det er signert Hoem selv, og hadde jeg våget, ville jeg spurt om det var et selvportrett.

- Vi må stille oss ydmyke overfor dem som er psykisk syke. Det er ikke vår oppgave å forandre dem, men å forandre oss i forhold til dem. Vi må møte dem der de er, og vise dem tillit. Vi må hele tiden gi et håp, og for å gjøre det må vi ha et håp selv. Håp har jo berget mennesker opp gjennom alle tider. Det er det minste vi kan gi våre psykisk syke. Kjærlighet er veldig viktig, den lager åpninger. Uten kjærlighet går det ikke, sier Arnt Hoem alvorlig, med et stille smil i det ene øyet.

Kunstner

Ingen skulle tro at Arnt Hoem var hjertesyk og 100 prosent uføretrygdet. Han er sterkt engasjert i LPPs arbeid. Hoem er styremedlem i lokalgruppen i Kristiansund og sitter som nestleder i fylkesgruppen. Sammen med LPP jobber Hoem for å skape mer åpenhet rundt de psykisk syke. Som psykiatrikontakt har Hoem allerede møtt



FARGERIK: Maling er som terapi for Arnt Hoem. Han vender stadig tilbake til naturen på Smøla som motiv for sine malerier.

mange som føler at hjelpeapparatet har sviktet, og han vet at han vil møte flere.

I påvente av et mer profesjonelt kontor tar han imot brukerne i atelieret på loftet. Mellom trekkspillet, en gammel klesrulle, halvferdige bilder og regnbuens fargeprakt på malerplaten blir Arnt Hoem et talerør for de mange som ikke finner fram i hjelpeapparatets labyrint alene. Når han selv er alene, maler han.

- Det er godt å holde på med malingen og fjerne seg fra den ytre virkeligheten en stund. Jeg dro til Lofoten for å male naturen, men jeg kommer alltid tilbake til Smøla. Det er på den øya jeg trådte mine barnesko. Og der bor sønnen min.

Psykiatrikontakt

- Landets første stilling som psykiatrikontakt er opprettet i Kristiansund.
- Psykiatrikontakten skal fungere som et bindeledd mellom psykisk syke og hjelpeapparatet.
- Psykiatrikontakten har ingen formell myndighet, men skal gi råd, veilede og informere om hvilke muligheter som finnes i det offentlige hjelpeapparatet.
- Psykiatrikontakten er ikke medisinsk utdannet, men har erfaring som bruker/pårørende.
- Dette er en prøveordning som skal evalueres etter seks måneder.



Dødsdom eller helbredelse



Da Arne Wibe begynte å forske på endetarmskreft, ante han lite om resultatene det skulle gi. Gjennom sin doktorgradsavhandling har Wibe dokumentert at sjansen for å overleve endetarmskreft i stor grad avhenger av sykehuset du opereres på.

Endetarmskreft er et viktig område innenfor norsk kirurgi. Prognosene for dem som blir rammet av denne kreftformen har vært svært dårlige. Det var et klart behov for å bedre prognosene og sikre kvaliteten ved behandlingen, forklarer Arne Wibe.

Han er overlege ved St. Olavs Hospital og prosjektleder for Rectumcancer-registeret, spesialregisteret for forekomst og behandling av endetarmskreft i Norge. Wibe har forsket på resultatene av en ny behandlingsmetode og har kommet fram til at kvaliteten på behandlingen av sykdommen varierer stort fra sykehus til sykehus. I desember disputerer han for graden dr. med. ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU i Trondheim.

Store sykehus redder liv

Spesialregisteret for endetarmskreft ble opprettet i 1993 og inneholder data om alle pasienter med endetarmskreft i Norge i perioden 1993 til 1999. Arne Wibe ble tatt inn som stipendiat ved registeret i 1998 og bygger sin avhandling på studier av registerets data.

Studiene viser at pasienter som ble operert på sykehus som gjennomførte mer enn 30 slike operasjoner hvert år, hadde en mye lavere tilbakefallsprosent enn pasienter som ble operert på sykehus med mindre operasjonsvolum. Sjansen for å overleve sykdommen varierte mellom hele 35 og 72 prosent på de 55 avdelingene som opererte

endetarmskreft i Norge. Dette betyr at noen sykehus lykkes mye bedre enn andre i å redde liv.

- En kirurg ved hvert sykehus er ansvarlig for å sende inn data til registeret. Vi sammenlikner resultatene, og hvert sykehus kan se hvordan de ligger an i forhold til landsgjennomsnittet. Sykehusene var ikke klar over hvor stor forskjell det var i resultatene, sier Arne Wibe.

Etter at det ble offentlig kjent at kvaliteten på behandling av endetarmskreft varierer – og med den sjansen for å overleve – har 15 sykehus som tidligere utførte operasjoner av endetarmskreft, begynt å sende sine pasienter til større sykehus med bedre resultater.

- Jeg tror tallet på behandlingsinstitusjoner for endetarmskreft vil gå ytterligere ned, og det er nok også til det beste. Alle sykehus må ikke gjennomføre alle typer operasjoner.

Fortsatt er det 40 sykehus som behandler pasienter med endetarmskreft. Er du glad i livet, kan det være helt avgjørende at du blir operert på et sykehus som har gode resultater. Problemet er at resultatene for hvert enkelt sykehus vanligvis ikke offentliggjøres.

- Det er ingen tradisjon for åpenhet rundt resultatene av behandling ved sykehus i Norge. Vi må fortelle hva vi presterer. Det hjelper ikke å ha fritt

sykehusvalg hvis pasientene ikke har forutsetninger for å vite hvilke sykehus som kan vise til gode resultater, påpeker Wibe.

Å gjøre kvalitetsindikatorer for sykehusene tilgjengelig på Internett, et arbeid helsemyndighetene allerede er i gang med, er derfor helt i Wibes ånd.

Sju av ti klarer seg

Arne Wibes avhandling gjør mer enn å rope et varsku om livstruende kvalitetsforskjeller. Den sprer også en særdeles god nyhet: Sju av ti blir nå helbredet for endetarmskreft. For ti år siden levde bare halvparten av pasientene fem år etter operasjonen.

- Overlevelsesgevinsten har vært meget bra. Fem prosent hadde vært veldig bra, 16 prosent er rent utrolig. Det er ikke bare kirurgene som er blitt bedre til å operere, røntgenlegene er også blitt flinkere til å kartlegge sykdommen før operasjonen. Den nye teknikken innebærer et nært samarbeid mellom røntgenlege, kirurg, onkolog og patolog. Den totale kompetansen er viktig, og sykehuset må være godt organisert, understreker Arne Wibe.

Forklaringen er overgangen til TME-metoden i behandlingen av endetarmskreft. TME står for Total Mesorectal Excision og innebærer at man fjerner svulsten og spredningsveien uten å røre andre nerver og organer. Ved hjelp av denne teknikken blir strålebehandling





OPPSIKTSVEKKENDE:

Arne Wibes doktoravhandling om endetarmskreft har fått nye oppmerksomhet

hvis kreftcellene kan fjernes på andre måter. Samtidig er det viktig å identifisere den gruppen som trenger tilleggsbehandling. Cellegift har imidlertid ikke vist overlevelsesgevinst. I USA har man tradisjon for å bruke cellegift mot denne formen for kreft. Det er en annen kultur der, i USA er medisinen også business, forklarer overlegen.

og cellegift overflødig for de aller fleste pasientene. Kun en liten gruppe pasienter trenger tilleggsbehandling etter operasjonen.

- Strålebehandling har som kjent store bivirkninger. Pasientene har mye å tjene på å slippe denne formen for behandling

Norge er det eneste landet i Europa som har satt i gang et nasjonalt opplæringsprogram for å bedre behandlingen av endetarmskreft og dermed bedre livsutsiktene for dem som blir rammet.

- Norge er et land der vi har god oversikt over pasientene, og der alle pasientene med denne diagnosen blir identifisert. Det har vært en oppblomstring i klinisk forskning. Sykehusene har bygd opp kompetansen på operasjonsstua og bedret behandlingen. Så lenge vi overvåker avdelingene, vil det bli satt fokus på god kvalitet.

Arne Wibes skal fortsette sitt arbeid innen feltet endetarmskreft. Han har fått med seg en stipendiat fra hver region på prosjektet. Kampen er ikke vunnet.

- Resultatene viser at det er nødvendig å fortsette. Det er stadig mye vi kan gjøre. Vi må gjøre noen grep ved de sykehusene som henger etter.

Endetarmskreft

- Hvert år får 1000 nordmenn diagnosen endetarmskreft.
- Nå helbredes 71 prosent av pasientene mot bare 55 prosent i 1993.
- I Norge behandles pasientene med TME-metoden slik at strålebehandling kan unngås.
- Rectumcancerregisteret er en database hvor opplysninger om alle pasienter med endetarmskreft samles inn og analyseres. Det er underlagt Kreftregisteret.
- Forskning viser at norske sykehus har svært ulike resultater å vise til når det gjelder behandling av endetarmskreft.

Ny avtale om behandlingshjelpemidler

Helse Midt-Norge har inngått en forvaltningsavtale med Regional enhet for behandlingshjelpemidler, som er underlagt St. Olavs driftservice. I henhold til lov om spesialisthelsetjeneste har Helse Midt-Norge ansvar for spesialistbehandling som foregår i hjemmet, inkludert bruk av behandlingshjelpemidler dersom dette er nødvendig i den medisinske behandlingen.

Regional enhet for behandlingshjelpemidler har ansvar for å yte de nødvendige tjenester og administrere behandlingshjelpemidler i Helse Midt-Norge. Enheten har per i dag sju ansatte og har tilknyttede leverandører i Steinkjer og Ålesund.

Nærmere et sømløst helsevesen

Midt-Norsk Helsenett (MNH) arbeider videre for å knytte helsetjenesten til et felles nett med all nødvendig informasjon om pasientene.

MNH er et viktig virkemiddel for å oppnå målsettingen om et sømløst helsevesen der pasientene får et helhetlig og koordinert helsetilbud ivare tatt av ulike virksomheter og institusjoner.

MNH ble dannet 1. januar 2002 som en egen avdeling under Helse Midt-Norge RHF. Siden starten har helsenettet blitt bygd opp til å gjelde enheter utover sykehusene i regionen, og MNH har utviklet løsninger i stor skala for primærhelsetjenesten.

I dag er nesten alle regionens legekontorer tilkoblet nettet. Neste år skal kommunale helsetjenester prioriteres.

Arbeidsgiverpris til Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge er tildelt KFOs (Kommunalansattes Fellesorganisasjon) arbeidsgiverpris for 2003. Helse Midt-Norge får prisen for god dialog med tillitsvalgte i foretaksgruppen.

"I en krevende omstillingsfase har det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge lagt forholdene til rette for åpenhet, involvering og reell medbestemmelse," heter det i tildelingen.

- God dialog med tillitsvalgte er avgjørende for at vi skal lykkes med omstillingsarbeidet i Helse Midt-Norge.

Åpenhet er en rettesnor for vår virksomhet. Å få arbeidsgiverprisen for 2003 er derfor gledelig og en inspirasjon til å bli enda bedre i åpenhet og involvering, sier administrerende direktør Paul Hellandsvik.



PRIS: Adm.dir. Paul Hellandsvik (t.h.) tildeles pris av KFO-leder Alf Ø. Bowitz.

- Ansatte blir ikke hørt

Til tross for store ord om god ledelse og brukermedvirkning glemmer Helse Midt-Norge de ansatte og de akutte pasientene, mener Morten Latsch, anestesisykepleier ved Sykehuset Levanger.

- Akutte pasienter har ikke egne pasientorganisasjoner slik kronisk syke har, og er sjelden representert i brukerutvalg. Leger og sykepleiere skal fronte akutte pasienter, men Helse Midt-Norge glemmer å spørre de ansatte til råds.

- Funksjonsdelingen mellom sykehusene på Levanger og Namsos er et typisk eksempel på et lite gjennomtenkt forslag. *I en ulykke skal altså pasienten få sydd sammen magen i Levanger, men operert bruddene i Namsos?* For akutte pasienter er nærhet til helsetjenesten det viktigste.

- Oversykepleierne forsvant med helsereformen. Nå leder klinikkjefen, hjulpet av avdelingsledere. Avdelingslederene har ofte, som på min avdeling, 70 ansatte under seg. *Hvordan kan de ta seg av hver enkelt medarbeider?* Dersom en vanlig ansatt har konflikt med sin avdelingsleder, er klinikkjefen den eneste han/hun kan gå til. Nå er det få muligheter til å løse gnisninger internt.

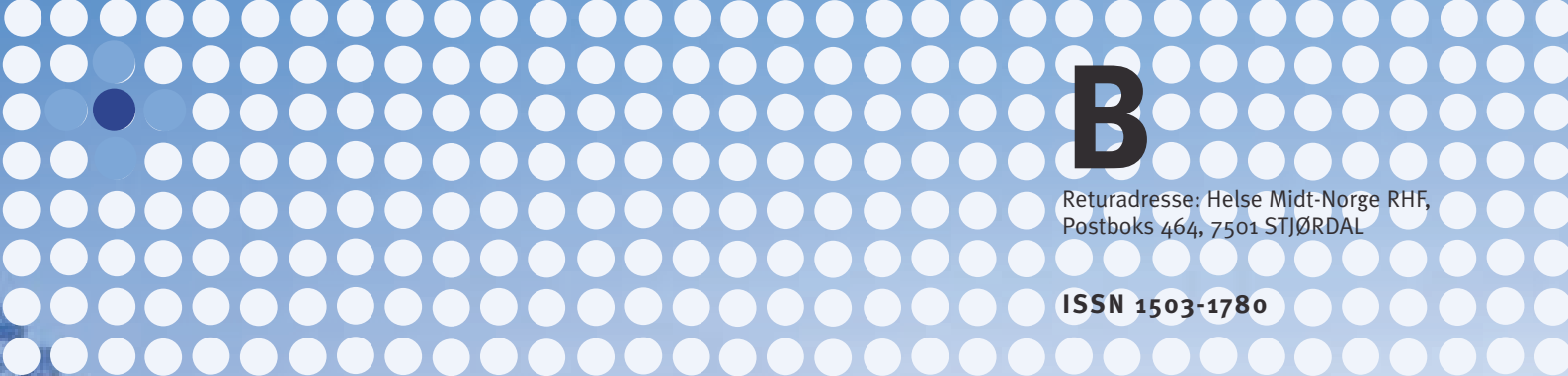
- Vår største ressurs

Takk for engasjement og interesse. Reaksjoner fra medarbeidere er nyttig for å oppklare eventuelle misforståelser, begrunne valg og kanskje korrigere kurs. Vår hovedoppgave er pasientbehandling, forskning, opplæring av pasienter og pårørende og medarbeiderutvikling. Vi må foredle de ressursene vi står over, der personalet er den største, sier direktør for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge, Ragnhild Meirik.

- Siden helsereformen startet har vi gjennomført to viktige målinger: Brukerundersøkelsen våren 2003, og arbeidsmiljøundersøkelse fullført i høst. Helse Midt-Norge har også gjennomført et stort prosjekt om pre-hospitale tjenester – altså om forholdet til akutt pasienten. Og beredskapskonferansen i november samlet over 100 medarbeidere fra hele regionen som arbeidet med akuttpasienter.

- Det er ikke tatt noen beslutninger om oppgavefordeling mellom Namsos og Levanger. Men vi ønsker en debatt innad om oppgavedeling mellom enheter, der det legges vekt på kvalitet og fornuftig ressursbruk.

- Et av helsereformens viktigste virkemidler er å tydeliggjøre ansvar og myndighet på ulike ledernivåer. Vi ønsker oversiktlige enheter slik at alle medarbeidere skal ha tilgang til sin nærmeste leder. LEON-prinsippet er like vettugt nå som før – dvs. at gnisninger og konflikter søkes løst på laveste effektive omsorgsnivå. I tillegg er tillitsvalgte en god hjelp når slike saker skal løses.



B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg for din helse”