

HELSE

03/2004-Årgang 3-Et magasin fra HELSE  MIDT-NORGE

**Cellegift
med utsikt**

S10

**Det papirløse
sykehus**

S14

**Flere skal få hjelp
av MARIT**

S18

Psykisk

helsevern i endring

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.

Nye pasientrettigheter

1. september 2004 trer nye bestemmelser i pasientrettighetsloven i kraft. Pasienter som har rett til helsehjelp får nå en konkret individuell frist for når behandling skal skje. Fristen skal settes ut fra hva som er medisinsk forsvarlig. I Helse Midt-Norge gjelder denne fristen for alle pasienter som gis et tilbud. Kan ikke sykehuset innfri fristen skal pasienten ha beskjed om dette og få tilbud om behandling hos andre.

Retten gjelder også barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling.

Mer informasjon:
www.helse-midt.no

Fritt Sykehusvalg
www.sykehusvalg.net
Tlf.: 800 41 004

Helse Midt-Norge RHF
Besøksadresse: Strandveien 1, Stjørdal
Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no

HELSE  MIDT-NORGE



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm. dir.

Vår psykiske helse

Det er viktig med eit offentleg ordskifte om det psykiske helsevernet vårt. Framleis er det slik at det kan vere vanskeleg å snakke ope om mentale problem. Tabu-stempelet har lagt stein til bora for mange og ført til at både unge og gamle har kvidd seg for å søkje hjelp.

Fleire kjende personar har gått i bresjen for å vise at psykiske problem er noko mange av oss røyner i løpet av livet. Det er ikkje berre dei ofte dramatiske og tragiske overskriftene i media som er grunnlaget for den debatten vi treng. Trikkedrapet i Oslo i sommar og andre tragediar minner oss om at også den vanskelegaste gruppa pasientar må bli hand om. I Helse Midt-Norge har vi høg kompetanse på sikkerhetspsykiatri på 3. linje-nivå i Trondheim.

Opptappingsplanen for psykisk helse er tufta på erkjenninga av at samfunnet ikkje i tilstrekkeleg grad har sytt for gode nok helsetilbod på dette området. Samstundes som offentlege budsjett skal sikre ei opptapping gjennom auka tilskot til drift og investeringar, skjer det ei omlegging av tilbodet i retning av meir open omsorg og aktiv behandling. Talet på døgnplassar i spesialisthelsetenesta er lågare enn på 90-talet, men tenesta gir i dag hjelp til fleire enn før, og i staden for store sentrale institusjonar blir det satsa på distriktspsykiatriske sentre kombinert med nye spesialiserte tilbod, til dømes retta mot spiseforstyringar.

Ein viktig føresetnad for utvikling av tilboda er at brukarane tek del i og blir høyrte i planlegginga. Nye pasientrettar og krav om individuell plan for den einskilde er instrument som skal sikre at slik medverknad også gjeld på individnivå. Helse-tenesta skal vere på lag med deg for helsa di.

Samhandling mellom den spesialiserte tenesta og det psykiske helsevernet i kommunane er ein viktig føresetnad for at pasienten skal få hjelp. Skal den spesialiserte tenesta vere i stand til å gi akutt hjelp, må det også vere lagt til rette for at pasientar som har fått hjelp til å meistre kvardagen sin, kan komme attende til heimemiljøet sitt. Dette gjeld sjølvsagt ikkje berre for det psykiske helsevernet, men for all pasientbehandling.

Spesialisthelsetenesta og kommunane har eit felles ansvar, men ulike oppgåver knytt til det å syte

for pasienten si tarv. Og opptappingsplanen for det psykiske helsevernet handlar om å styrke tenestetilbodet på begge nivå og klargjere ansvar og styrke samhandlinga. Det er uakseptabelt om pasientar fell mellom to stolar fordi ingen tek ansvar.

Vi må godta at det tek tid å byggje opp kompetente og spesialiserte helsetilbod, men målretta innsats for å rekruttere fagfolk og etablere nye tilbod skal gi det psykiske helsevernet eit lyft fram mot 2008. Dette er ikkje eit munnhell. Samdata-tal for 2003 syner ein klar auke i polikliniske konsultasjonar og behandlingsaktivitet. Våre nye stipendordingar er med på å styrke forskning og fagleg utvikling på fagfeltet. Styret for Helse Midt-Norge gjorde i august vedtak om finansiering av poliklinikkar for vaksne og for barn og unge i Ålesund, distriktspsykiatrisk senter og tilbod for barn og unge i Volda, distriktspsykiatrisk senter i Stjørdal – og sluttar seg til at det blir laga eit forprosjekt for nytt psykiatrisenter på Øya i Trondheim. Samla vil dette utløse investeringar på over 850 millionar.

Meir opne haldningar til og forståing for psykiske lidningar vil gjere at fleire søker hjelp. Det er positivt fordi tidleg iverksetting av tiltak kan forhindre at problema veks seg større. Det er derfor eit naturleg resultat av opptappingsplanen at talet pasientar aukar. Hjelpa er blitt meir tilgjengeleg.

Sjolv om ventelistene har auka også i 2004, er ventetida i det psykiske helsevernet redusert hos oss i Helse Midt-Norge – og den skal bli enda kortare!

Å minske omfanget av psykiske plagar ligg ikkje aleine hos hjelpeapparatet. Noreg er framstilt som det beste landet i verda å bu i. Oljerikdom og velferdssystem er likevel ikkje nok. Materialisme er ikkje vegen til sjelebot. Omfanget av dei psykiske plagene er aukande, og vi har sjølmordsrater som ligg langt over det ein kan sjå i mange fattige hjørne av verda. Arbeidet med psykisk helse krev innsats på mange plan. Kampen mot mobbing i skuleverket og arbeid for å betre det psykososiale miljøet på arbeidsplassen, kan vere to eksempel på tiltak som heng saman med arbeidet for psykisk helse. Ansvaret kviler på kvar og ein av oss.

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, Julie Helvig og Asbjørn Myhre • Foto: Stina Glømme, Image Bank, Brand X Pictures, Scanpix og Taxi • Illustrasjon: Svein Størksen

• Trykk: Lade Offset • Opplag: 16 000

Psykisk helsevern

Må tenke nytt om psykisk helsevern

Mye er fremdeles ugjort halvveis i planperioden for opptrappingsplanen for psykiatri. Denne høsten skal psykisk helsevern fram i medielyset. 10. oktober er Verdensdagen for psykisk helse, mens årets TV-aksjon – Hjerterom – går av stabelen en uke senere. De innsamlede midlene går til tiltak som skal gjøre hverdagen litt lettere for de av oss som sliter psykisk og sosialt.

HELSE har invitert Aase Sefland, psykiatrisk sykepleier i Stranda kommune, Unni Kristiansen, lege og spesialist i psykiatri og familierapeut, og Gjerth Haraldsen, medlem av regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge, til debatt om hva som kjennetegner godt psykisk helsevern, og hvordan vi kan oppnå en best mulig tjeneste.

1. Hva er god kvalitet i psykisk helsevern?

Aase Sefland, psykiatrisk sykepleier i Stranda kommune:

- Vi vil ha god kvalitet på tjenestene når loven om psykisk helsevern fungerer etter hensikten. I tillegg må de enkelte ledd i tiltakskjeden samarbeide, og alle gode krefter må trekke i samme retning. Det viktigste er imidlertid at god kvalitet er det som den enkelte bruker opplever som god kvalitet.

Gjerth Haraldsen, brukerrepresentant:

- I ISO-standardene er kvalitet i helsevern beskrevet som null feil. For å ha god kvalitet i psykisk helsevern må vi ha aktiv behandling. Behandlerne må kvitte seg med gammelt tankegods; vi må tenke nytt. God kvalitet kjennetegnes av færre tvangsinnleggelser. I tillegg fordrer god kvalitet et helhetlig tilbud der kommune og sykehus samarbeider.

Unni Kristiansen, psykiater:

- God kvalitet i psykisk helsevern er stabile og gode arbeidsforhold for

dem som skal behandles og de som skal behandle. Tjenestene skal være der folk er. Det nytter ikke å ta folk ut av sin vanlige sammenheng.

- Brukerperspektivet er det absolutt viktigste. Kvalitet i møtet med pasientene krever tilstedeværelse og verdibevisthet. Terapeuten må leve verdien ved å høre på pasienten og tørre å gå inn i dynamikken. De som behandler, må jobbe med å forstå det brukeren forstår. God kvalitet oppstår når behandleren skjønner at han eller hun er ekspert på psykiatri, men det er brukeren selv som er ekspert på sitt liv. Skreddersydde tjenester er noe annet enn rene fasitsvar.

2. Hvordan skal Helse Midt-Norge utvikle kvaliteten i det psykiske helsevernet?

Aase Sefland, psykiatrisk sykepleier i Stranda kommune:

- Helse Midt-Norge må utvikle gode retningslinjer og rutiner slik at alle som trenger hjelp, behandles likt. Det er viktig at det ikke fortsetter å være personavhengig om brukeren når fram og oppnår samarbeid og



rn i endring





gode løsninger. Helse Midt-Norge må sørge for at innlagte pasienter kan få være innlagt lenge nok, slik at vi kan få redusert svingdørsproblematikken.

- Ventelistene for frivillig innleggelse må reduseres, slik at pasientene ikke må bli veldig mye dårligere før de legges inn.

- Samarbeidet på og mellom alle nivåer rundt pasienten må bedres. Alle må dra i samme retning. Per i dag fungerer dette bra enkelte steder, men det virker som om det er helt avhengig av hvilken behandler brukerne har.

Gjerth Haraldsen, brukerrepresentant:

- Noe av det viktigste er å sikre en kontinuerlig oppgradering og etterutdanning av helsepersonalet. For å høyne kvaliteten på psykisk helsevern må læring og mestring inkluderes i tilbudet. Vi trenger mer fokus på dette. Arbeidet med individuell plan må videreføres og forbedres.

Unni Kristiansen, psykiater:

- Hvis vi skal ha kvalitet i det psykiske helsevernet, må vi ha spisskompetanse. Men av og til blir vi for spisse. Jeg tror vi trenger flere generalister innen fagfeltet. Vi må også tørre å være i den innledende prosessen litt lenger – før vi griper til tiltak. Det er en tradisjon innen psykiatrien å gripe til tiltak fordi vi



”- Nedbyggingen av langtidsinstitusjoner gikk for fort. Sett fra kommunenes ståsted mangler botilbud for spesielt vanskelige og farlige pasienter.”

- Aase Sefland, psykiatrisk sykepleier i Stranda kommune

ikke orker å forholde oss til brukernes tilstand.

- Å streve med sin psykiske helse betyr at man strever med livet sitt. Man trenger hjelp til å mestre hele livet. Da nytter det ikke å ta pasientene ut av lokalmiljøet og sette dem på institusjon. Tjenesten må være så nær pasientene som mulig.

- Samarbeidet med kommunen er alfa og omega. Folk bor i kommunene, det er der livet deres er. Spesialistene må forstå at man må møtes i samarbeid med kommunen. Man må lage arenaer hvor primær- og spesialisthelsetjenesten kan møtes.

- Spesialistene må tillate seg å være mer personlig engasjert. Fagfolk må være mer folk.

- Vi må også rekruttere annerledes. Vi trenger mer forskjellige mennesker, mer mangfold. Vi trenger å utvikle kompetanse på mellommeneskelige forhold og relasjoner.

3. Fungerer opptrappingsplanen for psykisk helsevern i forhold til de målene som er satt? Hva er viktig for å lykkes?

Aase Sefland, psykiatrisk sykepleier i Stranda kommune:

- Jeg er redd opptrappingsplanen med sine tilskudd av øremerkede økonomiske midler ikke alltid virker etter hensikten. I enkelte kommuner kan det være slik at alt som er forbundet med satsing på psykisk helse,



”Det viktigste for å lykkes med opptrappingsplanen er å alltid huske at brukerne må møtes med respekt, og at alt gjøres for å gi dem et verdig liv.”

- Gjerth Haraldsen, brukerrepresentant

skal finansieres ved hjelp av de øremerkede midlene – og kommunen bruker dermed ikke egne midler spesielt til dette.

- Nedbyggingen av langtidsinstitusjoner gikk for fort. Sett fra kommunenes ståsted mangler botilbud for spesielt vanskelige og farlige pasienter. De passer ikke inn noe sted. Særlig mindre kommuner har problemer med å bygge opp og drive et behandlingstilbud med kvalifisert personell for disse pasientene. Selvsagt kan vi satse på interkommunale løsninger, men jeg tror det vil ta lengre tid før dette vil fungere bra. Jeg mener at andrelinjetjenesten må bli satt i stand til å gi tilbud til psykiatriske pasienter med spesiell og vanskelig problematikk.

- Per i dag kan det se ut som om psykiatireformen, som jeg i utgangspunktet mener er bra, ble gjennomført for raskt. For meg virker det som om reformen bidrar til at psykiatrien går fra den ene grøfta til den andre.

Gjerth Haraldsen, brukerrepresentant:

- Det er viktig å minne om at opptrappingsplanen er på to nivåer: sykehus og kommune. Dette må man ikke glemme i det videre arbeidet. Det viktigste for å lykkes med opptrappingsplanen er å alltid huske at brukerne må møtes med respekt,

og at alt gjøres for å gi dem verdige liv. Det bør fokuseres mer på opplæring av både brukerne og deres pårørende. I den forbindelse må vi huske at også barn er pårørende.

Unni Kristiansen, psykiater:

- Opptrappingsplanen står overfor store utfordringer. Tanken bak planen er god, men jeg tror ikke løsningen ligger i å gi mer penger til det samme som vi har drevet med de siste tiårene. Vi må tørre å tenke nytt. Pengene som er avsatt til kompetanseheving, brukes til å utvikle den samme type kompetanse som vi allerede har. Vi trenger mer mangfold. Per i dag er opptrappingsplanen preget av ”more of the same”.

- Til høsten skal en nasjonal satsing på selvhjelp effektiviseres. Denne må også gjelde innen psykiatri.

Mennesker må settes i stand til å kunne bruke egne ressurser, enten de er i rollen som hjelper eller bruker.

- Det viktigste stikkordet for å lykkes er: medvirkning. Når vi får til det, er vi kommet godt i gang.



”- Det viktigste stikkordet for å lykkes er: medvirkning. Når vi får til det, er vi kommet godt i gang.”

- Unni Kristiansen, psykiater

Psykisk helsevern i endring:

Nærhet og samarbeid viktig(st)

De viktigste målsettingene for den nasjonale opptrappingsplanen for psykisk helse dreier seg om at terskelen for å få hjelp skal være lav og at tilbudet skal være nært brukeren geografisk. I tillegg til dette skal det være et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Psykiatri er faget

Den nasjonale planen heter opptrappingsplan for psykisk helse og er samleplan for innsats i kommuner, spesialisthelsetjeneste og andre. Psykisk helsevern er spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Helse Midt-Norges opptrappingsplan er derfor opptrappingsplan for psykisk helsevern.

Målsettingene for Opptrappingsplanen for psykisk helse var klare: Psykiatrien skal ha nærhet til brukerne og deres daglige liv, det skal være mer samarbeid på alle nivåer og mindre bruk av tvang. Flere nye behandlingstilbud har sett dagens lys de siste årene.

- Psykiatrien skal være nær brukerne. I det legger vi at det skal være lav terskel før man får hjelp, hjelpen skal være lett tilgjengelig geografisk, og det skal være et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Allmennpsykiatrien flyttes derfor over til distriktspsykiatriske sentre, sier Arild Vassenden, rådgiver i Helse Midt-Norge RHF.

Enhver tvangssituasjon reduserer mulighetene for gode samarbeidsforhold. Det er et uttalt mål å redusere bruk av tvang, men Vassenden mener det ikke er riktig å ha en målsetting om null bruk av tvang.

- For brukerne og deres pårørende må vi, så langt det er mulig, unngå bruk av tvang. Men vi kan ikke gi fra oss muligheten til tvangstiltak. For enkelte pasi-

enter, som på grunn av alvorlig sinnslidelse ikke er i stand til å ivareta seg selv, er dette den eneste måten å sikre at de får hjelp, mener Vassenden.

Akutt tilbud

Psykiatrisk akutteam i Molde er en del av Distriktspsykiatrisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal. Teamet ble opprettet for å gi et bedre tilbud til dem som akutt får behov for psykiatrisk hjelp. Færre innleggelse, bedre service til primærhelsetjenesten og et bedre tilbud for pasienten er viktige mål. Etter et halvt år i drift er erfaringene gode.

- Akutte innleggelse i psykiatrien kan skje på kvelds- og nattetid. Innleggelse kan være traumatiske, og det kan være behov for å bruke tvang.

I mange situasjoner går det imidlertid an å vente noen timer når en vet en får hjelp neste morgen, og akutteamet er et tilbud til disse pasientene, sier teamleder og psykiater Ivar Gotaas.

Teamet kan bruke mer tid i innleggelses-situasjonen enn det som er vanlig, og samarbeide tettere med pasientens eget nettverk av familie, venner og primærlege.

- Tilbakemeldingene så langt er gode, blant annet fra Avdeling for voksenpsykiatri, som vi samarbeider med. I en del tilfeller hvor tvang har vært aktuelt, har vi unngått det, forteller Tonje Voje, psykiatrisk sykepleier i teamet.

For eldre

En annen nyvinning ved Distriktspsykiatrisk avdeling i HNR er alderspsykiatrisk enhet. Før avdelingen åpnet høsten 2000, fikk 40–50 personer i året alderspsykiatrisk utredning og behandling. Mindre enn fire år senere får 340 personer i året utredning og behandling. De fleste som henvises til Alderspsykiatrisk sengepost, får poliklinisk vurdering i forkant.

- Gjennom etablering av alderspsykiatrisk poliklinikk når vi langt flere brukere enn vi gjorde tidligere. Siden vi vurderer pasientene på forhånd, sikrer vi at senge plassene våre brukes til dem som trenger det mest, sier enhetsleder Anne Marie Mork Rokstad i Helse Nordmøre og Romsdal.

Kvalitetsindikatorer i psykiatrien:

I 2004 kom nye kvalitetsindikatorer for psykiatrien. Behandlings-tilbudet i helseregionene blir nå vurdert på følgende områder:

- ▶ Epikrisetid for psykiatriske pasienter
- ▶ Antall korridorpasienter blant psykiatriske pasienter
- ▶ Diagnostikk av barn i BUP
- ▶ Ventetid ved ubehandlet psykose
- ▶ Antall tvangsinleggelse i forhold til befolkningen



Høy forskningsaktivitet

Økt satsing på forskning og kompetanseutvikling skal gi høyere kvalitet på det psykiske helsevernet og gjøre Midt-Norge attraktivt for dyktige fagfolk. Selvmord, spiseforstyrrelser og psykoser er tema for noen av forskningsprosjektene i regionen.

Forskning virker disiplinerende. Vi må ha forskningsaktivitet både på de store sykehusene – og de mindre, lokale. Da er sykehusene i regionen en attraktiv arbeidsplass for klinikere, og vi sikrer høy faglig kompetanse, sier Arild Vassenden i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge har en egen forskningsstrategi for perioden 2004–2007. Denne gjelder også for psykisk helsevern. I denne perioden skal Helse Midt-Norge styre forskningsmidler gjennom øremerkede midler til psykiatri.

Målsettingen er at det i hvert foretak skal være påbegynt minst ti doktorgradsarbeider innen utløpet av 2007.

Mye er allerede i gang. Det er særlig Østmarka og Levanger som har høy forskningsaktivitet innen psykiatri.

Spiseproblemer øker

En rekke forskningsprosjekter er underveis blant Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser (RFTS) i Helse Nord-Trøndelag. Sigrid Bjørnelv er en av forskerne. Hun er overlege i psykiatri ved Sykehuset Levanger og arbeider med en doktorgrad innen feltet spiseproblemer. Hennes doktorgradsarbeid viser blant annet at ungdom blir mer og mer misfornøyd med kroppen sin – og at overvekt blant ungdom øker. Når velferden øker, blir spiseproblemer mer vanlig.

I Namsos og Levanger har det pågått et stort arbeid for å rapportere om selvmord. Gjennom omfattende undersøkelser har fagfolk forsøkt å kartlegge årsakene bak hvert enkelt selvmord. Resultatene fra undersøkelsen er blitt presentert i diverse rapporter.

Variert på Østmarka

Østmarka huser en rekke arbeider,

blant annet med fokus på rus og skjerming av pasienter i akuttpost. Turid Møller og Olav M. Linaker har forsket på behandling av psykotiske pasienter med rusavhengighet. Deres artikkel er akseptert av Nordic Journal of Psychiatry.

De har planlagt flere arbeider innen samme område; blant annet er de i ferd med å utarbeide en prosjektbeskrivelse med sikte på å kartlegge årsaker til rusmisbruk blant psykotiske pasienter.

Valentina Iversen og Gunnar Morken forsker på innvandrere, flyktninger og asylsøkere i akuttpsykiatrisk avdeling. De planlegger et større arbeid for å se på måten innvandrere integreres i det norske samfunnet, hvor de sammenlikner integrasjon av innvandrere med schizofreni med integrasjon av innvandrere med annen psykisk lidelse og friske innvandrere.

Cellegift med



utsikt



Kreftsjukepleiar Kari Stavseng i samtale med pasient Bjørn Morten Øgaard.

- Må eg fyrst vere på ei kreftavdeling, er det her det er best. Det er lyst og fint og triveleg, seier Bjørn Morten Øgaard like etter at han har fått cellegift ved den nye kreftavdelinga i Ålesund. Målet er at åtte av ti pasientar som tidlegare måtte reise til Trondheim, no skal behandles i Ålesund.

I behandlingsrommet kan åtte pasientar sitje saman og se på fjella gjennom dei store vindauga, medan dei får cellegift inn i kroppen. Sjukepleiarane fortel at mange pasientar er i betre humør når dei går frå avdelinga, enn når dei kjem.

- Eg likar å sitje saman med andre pasientar, det er fint å prate litt. Dei som arbeider her er flinke og hyggelege. Eg kjenner meg trygg, fortel Øgaard.

Alle romma og alle salane lyser reint og nytt i duse gråtonar. Det er mykje kunst på veggane, og ventestolane er raude og morosame. Utsikten kan ta pusten frå dei fleste. Det er nesten som å vere ute i det fri.

Nesten heime

Det nye kreftbygget i Ålesund vart opna i mars og er venta å vere i full drift om eit års tid. Professor dr. med. Olbjørn Klepp er sjef for kreftavdelinga. Når alt er godt i gang, vil 80 prosent av pasientane som tidlegare var nøyddde å dra til kreftavdelinga ved St. Olavs Hospital i Trondheim, bli behandla i Ålesund. Dette vil frigjere mange plassar på kreftavdelinga og på pasienthotellet i storbyen.

- Det er mykje å vinne på å behandle pasientane i nærleiken av heimen deira. Behovet for kreftbehandling har auka, særleg for stråling ved brystkreft. Inntil no har kvinnene måtta vere i Trondheim i fem til sju veker, no kan dei få hjelp her i Ålesund. Før vart eldre og skrøpelege pasientar sende til Trondheim med store smerter.

Vinninga gjekk ofte opp i spinninga, forklarar Klepp.

Kreftbehandling inneber kirurgi, strålebehandling, cellegift og ei god omsorg. Kreftavdelinga i Ålesund skal ikkje drive med kirurgi, men tar seg av dei tre andre områda. Kapasiteten for strålebehandling i regionen er auka med 50 prosent etter at sjukehuset i Ålesund fekk to nye strålemaskiner. Ventetida i heile regionen er blitt kortare.

- Vi har samkøyrte stråleterapien her med den dei gjer i Trondheim. Utstyret er så likt som mogleg. I seg sjølv er dette ei sikring både av kvalitet og kapasitet, seier Klepp.

Endeleg fullkommen

Olbjørn Klepp var medisinsk leiar ved kreftavdelinga i Trondheim i 10 år. Tre gonger tidlegare har han vore med på å lage eit nytt kreftbygg.

- Dette er fyrste gongen at både bygning og utstyr er heilt ut så bra som vi ynskjer. Den statlege støtta var god nok til at vi kunne byggje avdelinga så stor at vi kan dekkje behovet for behandling også om 10 år. Fleire og fleire treng cellegift og stråleterapi, og det vil auke kvart år, hevder Klepp.

Sjølv om utstyr og sal er av beste sorten, er det ei kjent sak at kvaliteten avhenger av personalet.

- Eg frykta at det ville bli vanskeleg å få nok spesialistar til Ålesund, men det har gått fint. Vi har eit mål om å vere den beste og mest trivelege lille kreftavdelinga i Noreg, både for personell og pasientar. Vi leggjer vekt både på

humor og på det profesjonelle, seier avdelingssjefen.

Olbjørn Klepp har planar om å drive forskning ved den nye kreftavdelinga. - Klinisk forskning gjev betre behandling, og Helse Sunnmøre er svært orientert mot forskning. Vi kjem til å ha nokre felles prosjekt med Trondheim. Vi skal ikkje konkurrere med dei store sjukehusa på noko anna enn kvalitet, og det blir ein sunn og positiv konkurranse. Det vil ikkje bli manko på pasientar, for det er diverre pasientar og elende nok for alle kreftavdelingane, seier Klepp.

Ny kreftavdeling ved Ålesund sjukehus:

Ei satellittavdeling til kreftavdelinga ved St. Olavs Hospital.

- ▶ Når avdelinga er i full drift, vil den ha 70 medarbeidarar.
- ▶ Sengeposten har 24 einerom og opnar på nyåret 2005.
- ▶ Pasienthotellet ligg vegg i vegg og har 16 rom for kreftpasientar
- ▶ Gjev fullverdig behandling til pasientar med kreft i mellom anna bryst, tarm og lunger.
- ▶ Nokre krefttypar vil framleis berre bli strålebehandla i Trondheim, til dømes kreft i hovud eller hals, og nokre typar lymfekreft.
- ▶ Olbjørn Klepp er avdelingssjef og fagleg underlagt avdelingssjefen i Trondheim.
- ▶ Bygget kosta til saman 265 millionar kroner.



Olbjørn Klepp,
avdelingssjef



Kreftkirurgien under lupa



Helse Midt-Norge har laga ein ny strategi for kreftkirurgi, og fagdirektør Jan Eirik Thoresen har høge forventningar.

- Vi har fanga opp at fleire pasientar har bedd om ein slik strategi. Det har vist seg at tilbodet og kvaliteten på kreftkirurgien i regionen har variert frå sjukehus til sjukehus. Dette ynskjer vi å gjere noko med.

Vi skal mellom anna samle kreftkirurgien på færre sjukehus, for å by på best mogleg kvalitet. Vi meiner det er ein samanheng mellom mengden av og kvaliteten på inngrepa i kreftkirurgien.

Nokre krefttypar gjev 300 nye pasientar kvart år, medan andre typar berre gjev 20 nye pasientar i året. Vi har laga ei liste over kvar dei ulike typane bør bli opererte.

Denne lista kan bli endra i takt med at ny teknologi og nye metodar kjem til, seier Thoresen.

Den nye strategien inneber at fleire kreftpasientar må reise til dei store sjukehusa for å bli opererte der.

- Nærleik til heim og familie er viktig for dei fleste, men eg trur ikkje det er vanskeleg å velje mellom overleving og nærleik, kommenterer Jan Eirik Thoresen.



*Kari Stavsen,
kreftsjukepleiar*



*Kreftsjukepleiar Kari Stavsen og
pasient Bjørn Morten Øgaard.*



*Ole G. Persson sit ved datamaskina
som vart gitt til den nye kreftavdelinga av
Russen i Ålesund 2003.*

Roleg kreftbehandling

På sjukeheimen Havstein i Trondheim finn 12 kreftpasientar ro. Helsedepartementet har finansiert plassane sidan 2002.

Seksjonen for lindrande behandling ved kreftavdelinga på St. Olavs Hospital har i fleire år hatt ein avtale om palliative plassar ved sjukeheimen. Hans Fredrik Selvaag er styrar og fortel om gode erfaringar med prosjektet.

- Vi tek hand om pasientane og dei pårørande i eit stilt og roleg miljø. Vi har nok betre tid til kvar pasient enn dei har på eit sjukehus. Kreftpasientar kostar meir enn vanlege sjukeheimspasientar, seier Selvaag.

Etter at sjukeheimen byrja å ta seg av kreftpasientar, har det vore lett å rekruttere sjukepleiarar. - Medarbeidarane lærer mykje og får i tillegg kurs på St. Olavs Hospital. Dei aukar kompetansen sin. Vi har eit sjukefråvær på under 4,5 prosent, og det er svært lågt, fortel Hans Fredrik Selvaag.

I år satte Helsedepartementet av 15 millionar kroner for å styrke tilbod med lindrande behandling og omsorg for pasientar utanfor sjukehus. Med på lista over

dei som fekk pengar, var eit nytt samarbeidsprosjekt på Nordmøre for kommunane Aure, Averøy, Frei og Kristiansund.

- Utvikling av tilbod som dette gjev oss betre kvalitet i kreftomsorga. Det er ei oppgåve for kommunane og helseforetaka våre å bli samde om finansieringa og om korleis ein best kan samhandla for å sikre pasientane eit godt tilbod, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

DET PAPIR- LØSE SYKE- HUS

- Digitalisert røntgen og talegjenkjenning er kun to av mange høyteknologiske nyvinninger som er i ferd med å gi oss et papirløst sykehus. Moderne teknologi gjør sykehushverdagen enklere for både brukere og ansatte.

- Med nye hjelpemidler følger nye farer. Personvernet er under press, mens virusangrep og datahavari gjør det papirløse sykehuset sårbart.

Snakk til datamaskinen - den forstår deg

Nå kan legene ved røntgenavdelingen i Molde snakke til en datamaskin – som på direkten skriver ut det som blir sagt. Talegjenkjenning kan komme til å gjøre skrivestue-ene overflødige. Røntgenavdelingen ved sykehuset i Molde ble i februar i år en av de første avdelingene i Norge til å ta i bruk en avansert talegjenkjenningstjeneste for medisinsk sektor.

- Vi ønsket å undersøke mulighetene for å effektivisere skrivetjenesten. Røntgenavdelingen i Molde hadde installert digitalisert røntgen (se egen sak) og digital diktering, som er en forutsetning for å starte med talegjenkjenning. Avdelingsledelsen og de ansatte har lenge vært entusiastiske til å prøve talegjenkjenning. Derfor ble Molde sjukehus valgt ut til dette pilotprosjektet, forteller prosjektleder Idar Rune Gjendem i Helse Midt-Norge IT (HEMIT).

Omsetter tale til tekst

Det har vært forsket på talegjenkjenning siden 1960-tallet. Det norske systemet har fått navnet "Speech Magic" og er utviklet spesielt for bruk innenfor radiologi. Systemet bygger på innsamlingen av 100 millioner ord med norske røntgenbeskrivelser, 450 millioner ord med generelle norske medisinske beskrivelser i tillegg til opptak av to timer alminnelig norsk tale fra over 100 nordmenn i alle aldre, fra begge kjønn, på flere norske dialekter. "Speech Magic" ble belønnet med Rosings språkpris for 2003.

- Å snakke til en datamaskin og få talen ut som tekst fungerer forbausende godt. Utfordringen vi har støtt på, er samspillet mellom programvaren og RIS-systemet, som brukes i digitalisert røntgen. Man må huske på at dette fortsatt er teknologi på et tidlig utviklingstrinn, sier Gjendem.

Fornøyde sekretærer

Mens talegjenkjenning er morgendagens teknologi, er digital diktering allerede tatt i bruk ved flere avdelinger i Helse Midt-Norge. Kassettbånd er en saga blott, og brukerne er fornøyde.

- Noen tekniske barnesykdommer har det vært det første året, men vi som sekretærer kan nå mye enklere utnytte ledig kapasitet, forteller Eldrid Seim Fuglset, kontorleder ved kirurgisk avdeling i Helse Nordmøre og Romsdal.





Enkelte leger kan nok oppleve at det blir vel mange "tastetrykk" med det nye systemet, i forhold til å bruke en god gammel-dags diktafon, men de digitale diktatene gir bedre lyd kvalitet og en bedre oversikt over hva som til enhver tid ligger til utskrivning.

- Integreert med elektronisk pasientjournal vil vi få enda bedre utnyttelse av digital diktering. Dessuten er vi i ferd med å installere samme program ved sykehuset i Kristiansund, slik at de kan skrive ut Moldes journaler og vice versa, sier Seim Fuglset.

"Skrivestue" døgnet rundt

Innføring av talegjenkjenning vil i framtiden bety at tiden som brukes på tekstproduksjon i forbindelse med journaler og epikriser, reduseres betraktelig. Dessuten er den digitale skrivetjenesten tilgjengelig 24 timer i døgnet.

- På litt sikt vil skrivestueene i dagens form være historie på røntgenavdelingene i vår region. Antallet som sitter og skriver etter diktat, vil kunne bli kraftig redusert. Men hvordan man velger å ta ut denne gevinsten, blir en vurdering avdelingen må ta, sier Gjendem.

Seim Fuglset sier seg enig:

- Talegjenkjenning kan nok true vår "eksistens", men det vil alltid være behov for sek-

retærer til andre oppgaver som korrekturlesing og adressering og ikke minst betjening av avanserte pasientadministrative systemer, slår hun fast.

Har avviklet køer

Sykehuset i Molde har tidligere hatt skrivekøer og lang epikrisetid ved flere avdelinger. Så langt har ikke pilotprosjektet med talegjenkjenning forkortet epikrisetiden.

- Derimot har vi sett en klar effekt ved de avdelingene – røntgen og kirurgi – som har innført digital diktering. Her er skrivekøen avviklet, forteller Gjendem.

Talegjenkjenningssystemet er foreløpig kun forsøkt på røntgenavdelingen, men det arbeides kontinuerlig med nye moduler for andre fagfelt. De digitale diktatene blir en viktig del av framtidens papirløse sykehus.

Dette er digital diktering:

Dikteringsmikrofonen betjenes direkte eller via brukernes egne PC-er.

Fordelene med digital diktering:

- ▶ Full redigeringsmulighet i talefilen.
- ▶ Ved integrasjon med sykehusets EPJ vil journalen være oppdatert til enhver tid.
- ▶ Via dikteringsmikrofonen kan brukeren også lytte til kollegers diktater.
- ▶ Av sikkerhetshensyn lagres diktatene flere steder, og brukerne av systemet har ikke selv anledning til å slette diktater.

Dette er talegjenkjenneren:

SpeechMagic er en klient/server-basert programvareløsning for talegjenkjenning.

- ▶ Kan integreres direkte med andre IT-løsninger som EPJ og RIS eller installeres som et frittstående system.

- ▶ Systemet settes inn i det lokale nettverket eller over Internett.
- ▶ Talegjenkjenneren er basert på Philips Speech Processing og utviklet hos det norske firmaet Max Manus AS.

- En sikkerhetsmessig balansegang

Innføringen av informasjonsteknologi i helsevesenet stiller nye krav til hvordan pasientenes personvern skal ivaretas.

- Det kan være en vanskelig balansegang. Vi skal gjøre data tilgjengelig for brukerne på nettverket samtidig som konfidensialiteten skal sikres, sier Arild Pedersen, IT-sjef i Helse Midt-Norge.

- Det handler om både tekniske og menneskelige tiltak. Virusprogrammer, brannmurer og sikkerhetskopier utgjør den tekniske innsatsen, samtidig som vi også må forsikre oss om at brukerne følger korrekte rutiner, fortsetter han.

Helseforetakene under tilsyn

Datatilsynet har de siste årene undersøkt om helseforetakene tar i bruk informasjonsteknologi i et for raskt tempo i forhold til pasientenes personvern.

- Det vi fant i 2002 var nedslående, men det har vært en positiv utvikling siden den gang. Helseforetakene legger større vekt på konfidensialitet og implemente-

ring av en sikker infrastruktur nå, sier avdelingsdirektør i Datatilsynet, Leif T. Aanensen.

Han er også opptatt av balansegangen mellom tilgjengelighet og det lovfestede personvernet. - Tilgjengelighet til pasientopplysninger kan være avgjørende for liv og død, men konfidensialitet er også viktig. Helseforetakene skal huske at tillit er deres viktigste aktivum. Dersom pasientene ikke lenger stoler på hvordan opplysninger blir håndtert i systemet, ja, da kan faktisk også det gå utover liv og helse, sier han.

Lavere terskel for oppslag

Tilgangen på opplysninger er én side av saken, virusangrep og datahavari er en annen. Det alvorligste tilfellet så langt i Helse Midt-Norge fant sted ved sykehuset i Orkdal.

- Vi reddet alle data, men systemet var ute av drift i en periode, sier Arild Pedersen, som mener at den digitale revolusjonen vil gjøre hverdagen lettere for de aller fleste.

- Jeg tror det er større fare for at en enkelt pasientjournal på papir blir bortglemt eller forsvinner, men det er klart at dersom vi først får et datahavari, så forsvinner alt, legger han til. Datatilsynet på sin side mener folk kan ha en lavere terskel for å gjøre oppslag i en elektronisk pasientjournal. Det er ikke holdbart å sjekke en journal "bare av nysgjerrighet".

- Her er det ledelsen i helseforetakene som må definere rammer. De må sørge for oppfølging ute i avdelingene, og de må ha kontroll på logger over hvem som har hatt tilgang til sensitive opplysninger, fastslår Aanensen.



Illustrasjonsbilde

Ni måneder med digitalisert røntgen:

- Innfridde forventninger

Slutt på film og fremkalling. Slutt på røntgenbilder som skal henges opp foran store lystavler. Sykehuset i Ålesund tok i bruk digitalisert røntgen i september i fjor.

Digitalisert røntgen gjør at informasjon kan utveksles raskere og struktureres enklere. Det blir for eksempel lettere for legene å hente fram bilder. Hele prosessen med røntgenbilder blir effektivisert, sier PACS-radiograf Jan-Erik Hjørungdal ved Ålesund sjukehus. PACS (Picture Archive and Communication System) og RIS (røntgen informasjon system) er allerede blitt hverdagen ved flere norske røntgenavdelinger. I et PACS-system blir røntgenbildene generert, lagret og distribuert digitalt, mens RIS er det administrative systemet. Sykehuset i Ålesund tok i bruk systemet i fjor.

- Innføringen gikk relativt kjapt, og for-

ventningene er for en stor del innfridd, forteller Hjørungdal.

Vil ikke tilbake til det gamle

For pasientene er det ikke stor forskjell fra tradisjonell røntgen, bortsett fra at det tar kortere tid fra fotografering til bildene er klare. Den store gevinsten ved digitalisert røntgen ligger i at det blir enklere å hente fram gammel informasjon.

- Systemet er relativt nytt i bruk, og enkelte barnesykdommer dukker selv-sagt opp. Blant annet har vi hatt nettverksproblemer og servere som har vært "nede", men ingen vil tilbake til det gamle systemet, sier Hjørungdal.

Vil koble opp distriktene

Mens enkelte stillinger blir overflødige ved innføringen av digitalisert røntgen, kreves det nye ressurser på datasiden. Her dukker det også opp et viktig sikkerhetsspørsmål. Muligheten til å dele informasjon via et nettverk er det store fortrinnet ved digitalisert røntgen, men det er like viktig å begrense tilgangen til denne informasjonen.

- Effektiviseringsverdien vil virkelig bli stor når også distriktslegene kan koble seg opp mot det digitale arkivet, men det er klart vi må ha en grundig vurdering av hvem som skal kunne knytte seg til Helse Midt-Norges nett, sier Jan-Erik Hjørungdal.



Linda (33) har vært med på programmet for medikamentassistent rehabilitering i Trondheim i vel fire måneder. Her er hun sammen med sin tre måneder gamle datter Tiril.

Flere skal få hjelp av MARiT

MARiT-senteret i Trondheim gir ikke opp, selv når alle andre gjør det. Ved hjelp av metadon og tett oppfølging finner mange hardt belastede rusmisbrukere tilbake til livet. Nå skal ventelistene kuttes, slik at flere kan få hjelp.

Hver morgen i to og et halvt år har Anders (42) tatt en dose metadon blandet ut i saft. Han har møtt opp til samtaler og møter og har fått hjelp til å nå målene sine. Nå er Anders klar til å bli overskrevet til fastlegen og sosialkontoret og kan gi plassen på MARiT videre til en som har ventet lenge.

- Det er takket være metadonen og samtalene med veilederen min at jeg har klart meg så bra. Veilederen hjalp meg til å sette ord på ting, samarbeidet med henne har hatt alt å si, mener Anders.

Anders stod på venteliste i halvannet år før han fikk plass på programmet. - Det var veldig slitsomt. Men jeg bestemte meg for å bruke ventetida til å bryte med miljøet. Jeg satset 110 prosent.

Anders stråler og sier at han er blitt helt forvandlet etter at han fikk hjelp av MARiT.

- Jeg har oppdaget ja-tanken, og prøver hele tiden å snu det negative til noe positivt. Det er sant at verden smiler tilbake, om bare vi smiler til den, sier Anders.

Tre av fire når målet

MARiT-senteret startet opp for fem år siden. I dag er 220 rusmisbrukere med på programmet, alle har ruset seg i

mange, mange år. Behandling med metadon er fortsatt svært omdiskutert, og var forbudt inntil for få år siden. - Det er en behandlingsform som krever mye på kort sikt, men som gir god gevinst på lang sikt. Vi hjelper pasientene til å fungere i samfunnet, og vi lykkes i tre av fire tilfeller, forteller Reidar Hole, daglig leder ved senteret.

MARiT-senteret samarbeider nært med kommunehelsetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Senteret følger opp samarbeidspartnerne og arrangerer møter mellom sosialkontor, fastlege og bruker.

Lange ventelister

De første årene var ventetiden på to og et halvt år, og flere narkomane døde før deres navn nådde opp til toppen av ventelisten.

- Det ble nok gjort en feil vurdering av hvor stort behovet var. Vi startet opp med 1000 plasser på landsbasis, mens mellom 2000 og 3000 personer søkte om plass de to første årene, forklarer Hole.

Nå angripes ventelistene. Målet er å redusere ventetiden til under ett år i løpet av 2004. På nyåret fikk MARiT midler til å tilsette to nye medarbeidere. Nå er 14 personer ansatt ved senteret. - Det betydde at vi kunne kutte ventelisten med rundt 40 personer. Hver



- ▶ **MARiT står for medikamentas sistert rehabilitering i Trondheim.**
- ▶ **Brukerne er tunge rusmisbrukere, snittalderen er 35 år.**
- ▶ **Senteret har ansvaret for MAR-behandlingen i Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord-Norge.**
- ▶ **MARiT-senteret står for inntak og utskriving av pasienter og kvalitetssikrer programmet.**
- ▶ **Senteret startet opp i 1999 og har nå 14 ansatte.**
- ▶ **220 rusmisbrukere er med på programmet nå. Ved utgangen av 2003 stod over 100 personer på venteliste.**
- ▶ **MARiT har et årlig budsjett på 14,8 millioner kroner.**
- ▶ **MARiT er en del av Rusbehandling Midt-Norge HF og skal først vurderes når andre behandlingstilbud er prøvd.**



Daglig leder Reidar Hole på MARiT-senteret.

➤ konsulent følger opp 15 til 20 pasienter. Det mener vi er et riktig antall. Vi håper vi kan opprette en stilling til, og slik fordele den økte arbeidsmengden på flere hoder, sier den daglige lederen.

Mer enn metadon

Med pasientrettighetsloven har rusmisbrukere krav på å få svar på sine søknader om behandling innen en måned, og få en individuell frist for når behandling skal være i gang. Hole forteller at andre sentre for medikamentassistert rehabilitering har sett seg tvunget til å senke kvalitetskravene i rehabiliteringen, og terskelen for videreføring, for å leve opp til kravene om kortere ventelister.

- Ventetiden skal ned, men det bør ikke gå på bekostning av kvaliteten. Vi ønsker å fortsette den tunge satsingen på oppfølging og rehabilitering. Vi viderefører ikke noen før de er klare for det selv, understreker Reidar Hole.

Ved MARiT-senteret blir rusmisbrukerne dratt inn i et nett som skal geleide dem tilbake til samfunnet. Metadondosen er bare en del av behandlingen.

- Dette er rusmisbrukere som ikke bare

kan slutte å ruse seg. Det må bygges et system rundt dem, men vi stiller også høye krav til motivasjon, sier Hole.

Linda

Linda (33) har vært med på programmet for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim i vel fire måneder.

- Når man har vært på kjøret, går det noen år før tingene faller på plass. Det er mye man må ordne opp i. Man må lære seg å ha en relasjon til andre, lære å leve ute i samfunnet. MARiT er en nødvendig støtte på veien. Folk her organiserer hjelpen jeg har krav på, det gir trygghet, forteller Linda.

Siden hun var gravid da hun søkte om plass, klatret Linda raskt forbi ventelistene. Hun får daglige doser av subutex, som er en mildere form for metadon.

- Jeg trenger denne hjelpen nå, det vil ta meg noen år å reise meg helt opp. Jeg håper at jeg en dag skal slippe å ha noen krykker å støtte meg til, sier Linda og ser ned på sin tre måneder gamle datter Tiril.

- Det er viktig å føle at noen bryr seg om oss og passer på at vi har det bra, fortsetter Linda.





- Jeg har oppdaget ja-tanken og prøver hele tiden å snu det negative til noe positivt. Det er sant at verden smiler tilbake, om bare vi smiler til den, sier Anders (42).

Staten har overtatt ansvaret

Stortingets sosialkomité mener rusreformene er en god håndrekning til rusmisbrukere som ønsker hjelp.

Rusmisbrukere har fått pasientrettighetsstatus, og muligheten for å få behandling er større enn før, sier Asmund Kristoffersen, Arbeiderpartiets helsepolitiske talsmann og medlem av Stortingets sosialkomité.



Asmund Kristoffersen
Arbeiderpartiets helsepolitiske talsmann

Med rusreformene har staten overtatt ansvaret for rusbehandlingen i Norge.

- Helseforetakene får og tar ansvar. Mennesker med et rusproblem skal ikke lenger være prisgitt kommunens økonomi. Dette betinger at Regjeringen og Stortinget tar inn over seg at rusomsorgen har vært kraftig underfinansiert. Helse Midt-Norge har lagt fram presis informasjon om den økonomiske siden av rusreformene.

Det er et stort gap mellom helseregionens budsjett og den statlige finansieringen, sier Asmund Kristoffersen, og lover at det vil bli stor oppmerksomhet rundt nettopp dette ved neste budsjettbehandling.

NYE rettigheter til pasientene

De pasientene som trenger det mest, skal få hjelp først. Dette er hovedpoenget når endringer i pasientrettighetsloven trer i kraft 1. september 2004.

Tredve prosent av innleggelsene ved norske sykehus er planlagt behandling. Denne gruppen pasienter kan deles i to: de som trenger hjelp raskt, og de som kan vente litt lenger på behandling.

Pasienten skal få en konkret individuell frist for behandling, og pasienter som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal prioriteres foran andre.

Arild Hovdal, som er nestleder i det regionale brukerutvalget for Helse Midt-Norge, hilser de nye rettighetene velkommen.

- Nå vil det bli mer forutsigbart når du skal få behandling. Før ble man bare satt på venteliste uten å vite noe om behandlingstidspunktet. Når folk er syke, er dette en unødvendig ekstra-belastning. Nå skal det gis en frist for behandling, og det vil gi godt mot til pasientene, mener Hovdal.

For lite dialog

Retten til fritt sykehusvalg blir styrket,

og Hovdal er spent på om flere vil benytte seg av denne rettigheten.

- Det er skuffende at så få velger sykehus selv. Kanskje vil flere benytte seg av denne rettigheten når kvaliteten ved de ulike sykehusene skal måles og gjøres kjent, undrer Hovdal.

Brukerrepresentanten mener pasientene har oppnådd mange rettigheter, men peker samtidig på at det er behov for en holdningsendring blant helsepersonellet.

- Legene behandler diagnoser og symptomer, ikke mennesker. En stor del av helsepersonellet er for opphengt i fag og makter ikke å se det helhetlige mennesket.

Den faglige kvaliteten er meget god, det som mangler er dialog. Pasientene ønsker mer informasjon, forklarer Hovdal.

Helsetilsynet

Asbjørn Berg er jurist i Helsetilsynet i Nord-Trøndelag. Helsetilsynet kontrollerer helseforetakene og er en klagein-



stans for pasienter som mener seg dårlig behandlet.

- Når vi mottar en klage, går vi inn i forholdet ved å innhente uttalelser og journaldokumentasjon fra helsetjenesten. I tilsynssaker vurderer vi hvorvidt det har skjedd et pliktbrudd på helselovgivningen, vi vurderer både virksomhet og enkeltpersonell. Pliktbrudd kan føre til sanksjoner, i verste fall tap av autorisasjon, forklarer Berg.

Til tross for pasientenes mange nye rettigheter de siste årene, har ikke Helsetilsynet registrert noen stor økning i antall klagesaker.

- Pasientrettighetsloven samlet bestemmelser som tidligere var spredt i andre lover, eller som var ulovfestede prinsipper. Loven gav en del nye rettigheter til pasientene; retten til medvirkning, rett til informasjon og regler om samtykke var de viktigste. Slik settes pasienten mer i fokus, sier Asbjørn Berg.



Førstemann ut

Mens andre helseregioner gjør seg klar til å innføre pasientenes nye rettigheter, har Helse Midt-Norge allerede øvd seg på deler av lovendringen i ett år.

Lenge før det ble klart at individuelle behandlingsfrister skulle bli en lovbestemt rettighet, hadde Helse Midt-Norge innført dette ved sine helseforetak. Harald Buhaug er rådgiver i Helse Midt-Norges fagavdeling og forteller om gode erfaringer.

- Innføringen av individuelle behandlingsfrister har gått bra. Vi har fått synliggjort hvor belastningen er størst, og hvor det er manglende kapasitet. Hvis et sykehus ikke kan ta inn flere pasienter, skal det finnes plass på et annet sykehus.

Kapasiteten skal utnyttes der den er, ingen sykehus skal pålegges et ansvar de ikke makter å ta, forklarer Buhaug.

God konkurranse

Rådgiveren mener en styrking av retten

til fritt sykehusvalg kan ha gode ringvirkninger i helseforetakene.

- Fritt sykehusvalg er et instrument for å se hvor gode vi er. De ansatte ønsker at pasientene skal velge dem. Denne konkurransen kan gi en positiv stimulans og øke iveren etter å utvikle et best mulig behandlingstilbud, mener Buhaug.

Rådgiveren peker også på at de ansatte nå får klargjort hva pasientene faktisk har krav på. - Pasientrettighetsloven gir brukerne større innflytelse. Brukerne skal høres mer, de skal selv gi uttrykk for hva de mener, ønsker og vil.

Tradisjonelt har det vært legene og sykepleierne som har visst hva pasienten trenger. Nå beveger vi oss mot større pasientinnflytelse, men ikke nødvendigvis på bekostning av de ansatte, sier Harald Buhaug.

Endringer i pasientrettighetsloven fra 1. september:

Raskere hjelp til dem som trenger det mest:

- ▶ 30 prosent av innleggelsene ved norske sykehus gjelder planlagt behandling. Disse pasientene får nå en konkret tidsfrist for når behandlingen senest skal være i gang. Tidsfristen settes på et individuelt og medisinskfaglig grunnlag. Pasienter som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal prioriteres foran andre.
- ▶ Dersom sykehuset ikke klarer å holde fristen for behandling, har pasienten krav på behandling ved et annet offentlig, privat eller utenlandsk sykehus. Regningen sendes til det sykehuset som brøt behandlingsfristen.
- ▶ Pasienter som ikke vurderes å trenge snarlig hjelp, kan bruke fritt sykehusvalg til å få så rask hjelp som mulig. Pasientene kan også be om en ny vurdering dersom de er uenig i legens vurdering. Hvis dette ikke fører fram, kan pasientene klage til fylkeslegen.

I tillegg sier loven:

- ▶ Retten til fritt sykehusvalg skal også gjelde innen barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling.
- ▶ Ved liten kapasitet må sykehusene henvise pasienter til andre sykehus.
- ▶ Ved manglende kompetanse i Norge har pasienten rett til behandling i utlandet, på helseregionens regning.
- ▶ En vurdering av behovet for helsehjelp skal skje innen 30 dager.



B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg
for din helse”