

HELSE

01/2005-Årgang 4-Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

**Helsereformen er tre år.
Vi har tatt tempen.**

S8

**Debatt: Dobbeltarbeidende
leger – uforsvarlig
eller nødvendig?**

S4

**Nytt behandlingstilbud
for sykkelig overvektige**

S21

Nytt tilbud: Enhet for utenlandsbehandling

Pasienter på reisefot

S24

1. januar 2002 overtok staten ansvaret for alle offentlege norske sjukehus og etablerte fem regionale helseføretak. Helse Midt-Norge omfattar sjukehus og andre verksemder i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag og har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i dette området.

Nye pasientrettar

1. september 2004 kom nye føresegner i lova om pasientrettar. Pasientar som har rett til helsehjelp får no ein konkret individuell frist for når behandling skal skje. Fristen blir sett ut frå kva som er medisinsk forsvarleg. I Helse Midt-Norge gjeld denne fristen for alle pasientar som blir gitt eit tilbod. Kan ikkje sjukehuset innfri fristen, skal pasienten ha melding om dette og få tilbod om behandling hos andre.

Retten gjeld også barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling.

Meir informasjon:
www.helse-midt.no

Fritt Sjukehusval
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.

”Børs og katedral”

I sin enkleste form – men ikke desto mindre krevende – er det en selvfølgelig del av hver families hverdag: Våre verdier, vår etikk og vår evne til å gi omsorg testes ut mot de grenser økonomi og krav som omgivelsene stiller til oss.

Kjernen i dette er ikke vesens forskjellig fra utfordringen norsk helsevesen står overfor. I vårt daglige virke skal vi forene hensynet til både ”børs og katedral”. Spesialisthelsetjenesten skal med sin kunnskap og ressurser være med på å forebygge, gi omsorg, helbrede og lindre menneskelig lidelse. Skal vi makte dette, må vi planlegge vår aktivitet slik at vi får mest mulig igjen for de ressursene vi setter inn.

I en tid der vi setter olje-milliarder på bok for å trygge framtidige pensjoner og velferd for kommende generasjoner, er det ikke alltid like enkelt å få oppslutning om gamle slagord. Likevel handler det om å sette næring etter tæring også når det gjelder drift av våre sykehus og institusjoner. Vi forvalter store verdier på vegne av fellesskapet og vi er pålagt å sørge for at befolkningen har tilgang til en helsetjeneste som innfrir strenge krav til kvalitet.

Kontrakten vi har med samfunnet krever ansvarlighet. Det betyr at vi må balansere mellom hensynet til børs og katedral. I vår overordnede strategi har vi derfor definert fire områder der vi måler våre resultater, og setter krav til oss selv. Det handler om pasientbehandling og opplæring, om vår forskningsinnsats, om organisasjon og ledelse – og det handler om økonomi.

Alle disse elementene bygger opp under vår visjon om å være på lag med pasienten. Jeg mener at de som hevder at helsereformen har ført til for sterkt fokus på økonomi og pengebruk, tar feil. Det er og har vært sterk vilje i det norske samfunnet til å prioritere felles helseoppgaver. Sektoren er tilført økte og store ressurser. I år er det budsjettet med 70 milliarder kroner for spesialisthelsetjenesten i Norge. Det skal skje en styrking av psykisk helsevern og vi må sørge for at kroneveksten også gir seg utslag i at flere får hjelp slik at ventetida reduseres.

Skal vi nå slike mål er det nødvendig med ansvarlig ledelse og en kultur som bygger på åpenhet og innsyn. Ventelisteaksjonen vi startet har vist oss at det er mulig å løse oppgaven. Ved inngangen til 2005 har vi landets korteste ventetider og er den regionen med færrest pasienter som har ventet over ett år. Bildet var det stikk motsatte for tre år siden. Ventetida er nå i gjennomsnitt 84 dager, og den skal ytterligere ned i løpet av året.

Samtidig som vi har gjennomført disse pasientrettede tiltakene, har regnskapene de siste årene vist at vi er i stand til å holde budsjettene. Rett nok har vi gått med underskudd, men det har også vært forutsetningen. Poenget er at økonomistyring gjør at vi husholderer bedre innenfor de rammene vi har fått – uten at det ikke går ut over kvalitet og pasientbehandling.

Dette er krevende både for ansatte og ledere, ja vel. Men vi har vist at det er mulig å effektivisere og økonomisere vår virksomhet.

Vi har ikke råd til å la være – nettopp av hensyn til pasientene.

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: Bennett

Foto: DPS Tiller: Arild Juul. Utenlandsbehandling, Rolf Nygård: Karl Otto Kristiansen. Fedmesaken: Eigil Kirknes. Beredskapssaken: Scanpix Debattsaken, Hans Kristian Bakke: Mark Cabot • Øvrig foto: primært privat • Illustrasjon: Ella K. Okstad • Trykk: TrykkPartner AS • Opplag: 14 000.

Dobbelt opp:

I pose og sekk eller rett og slett uforsvart

Vi har fått en debatt om leger i dobbeltroller. Til daglig er de i arbeid ved offentlige sykehus, på fritida tar de oppdrag for private virksomheter. Hvor ligger lojaliteten? Er det en gevinst for pasientene, eller svekkes både omdømme og kvalitet når legen arbeider dobbelt opp?

Sveinung Aune, organisasjonsdirektør i Helse Midt-Norge, Hans Kristian Bakke, president i den Norske Lægeforening, Nils H. Hybertsen, pasientombud i Sør-Trøndelag og Ingrid Slørdahl Conradi, overlege ved Ålesund sjukehus' øyeavdeling og lege ved den private klinikken Medi 3 møtes til debatt:

– Leger blir anklaget for å jobbe lange vakter for å kunne avspasere og ta seg arbeid ved private klinikker. Kan vi være trygge på at dette ikke går ut over kvalitet og sikkerhet?

Sveinung Aune, organisasjonsdirektør i Helse Midt-Norge:

– Leger er vel som mennesker flest. De har et yrke som krever topp konsentrasjon. Det sier seg selv at etter 24 arbeidstimer, må du ha hvile for å fungere optimalt. Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven fokuserer på arbeidstakers behov, ikke pasientenes behov. I avtalene mellom legeforening og helseforetak er det gjort unntak fra disse bestemmelsene. Dette unntaket er nødvendig ut fra pasientbehov for å sikre en forsvarlig dekning. Uansett kreves det særskilte avtaler mellom legen og arbeidsgiver for at vakt-døgnet skal overstige 19 timer. Jeg mener dette representerer en sikkerhet også for våre pasienter, og så vel arbeidsgiver som legen har et ansvar for å påse at dette etterleves så langt det er mulig. Jeg oppfatter at dette også er legeforeningens holdning.

Hans Kristian Bakke, president i den Norske Lægeforening:

– En lege som kommer på jobb direkte

fra en 24-timers økt i annen virksomhet er ikke skikket til å ta fatt på en lang sykehusvakt. Jeg kjenner ikke til at det skjer. Men leger, som andre arbeidstakere, disponerer fritt sin egen fritid og det er ikke gitt lov- eller forskriftsbestemmelser som uttrykkelig forbyr legers adgang til å inneha bierverv. Tvert om, det har vært ønskelig at leger også dels har brukt fritiden til å tilby legetjenester. Men biervervet må ikke komme i interessekonflikt med hovedarbeidsgiver i forhold til arbeidsinnsats, lojalitet eller habilitet. Biervervet må altså for eksempel ikke føre til at legen blir ute av stand til å gjøre jobben i hovedstillingen på en forsvarlig måte.

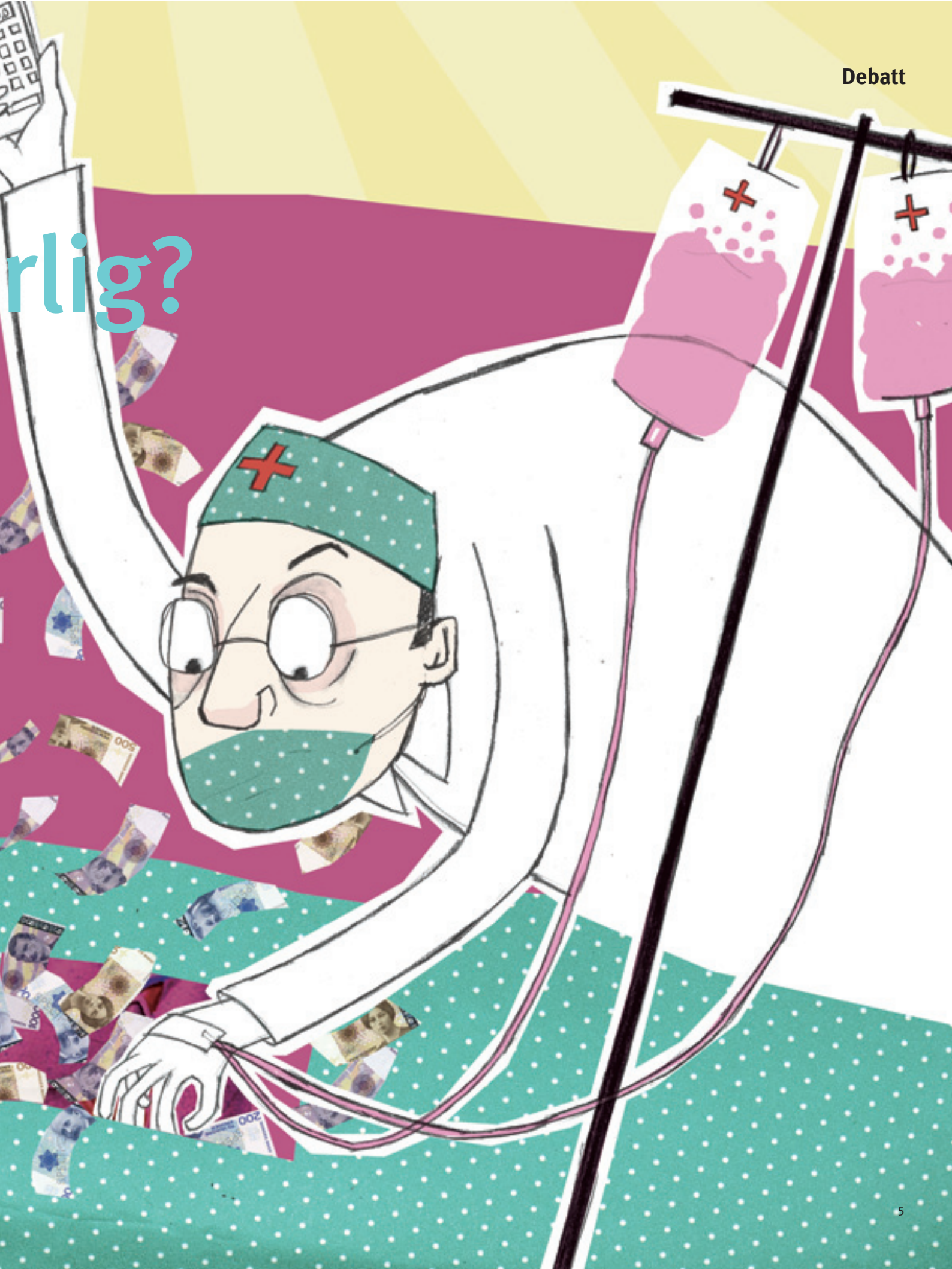
Legene er unntatt fra deler av arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven, og det er i tariffavtaler klare begrensninger på hvor mye den enkelte lege kan arbeide. Dersom disse reglene følges mener jeg det er tilfredsstillende. Imidlertid er det tegn som tyder på at det ikke alltid skjer. Oppslag i media nylig kan tyde på det. Dette undersøker nå Legeforeningen nærmere.

Nils H. Hybertsen, pasientombud i Sør-Trøndelag:

– Folk flest synes det er fornuftig at det finnes hviletidsbestemmelser for ansvarsfulle yrker, for eksempel for transportarbeidere. Det er også betryggende at det er regler som sikrer at i Norge er folk edru på jobben. Da er det skremmende og meningsløst at en kan komme på et sykehus og treffe en doktor som ikke har sovet på døgnvis. Folk tenker seg at legeyrket er krevende. Da er det rart at en kan gå fra en



rlig?





“– Dersom reglene følges mener jeg det er tilfredsstillende. Imidlertid er det tegn som tyder på at det ikke alltid skjer. Oppslag i media nylig kan tyde på det. Dette undersøker nå Legeforeningen nærmere.”

Hans Kristian Bakke, president i den Norske Lægeforening



“– ... skremmende og meningsløst at en kan komme på et sykehus og treffe en doktor som ikke har sovnet på døgnvis.”

Nils H. Hybertsen, pasientombud i Sør-Trøndelag

arbeidsdag på sykehuset og bare fortsette et annet sted. Hvor er det en er mest effektiv, og hvor er det en roer seg litt mer ned og går på møter og leser faglitteratur? Er det på den private klinikken? Hvis det var en katastrofesituasjon, ville det stå respekt av en oppofrende helsearbeider som sto på og holdt ut og møtte deg med et litt stivt blikk. I vanlige situasjoner vil norske pasienter forvente en doktor som er til å snakke med.

Ingrid Slørdahl Conradi, overlege ved Ålesund sjukehus' øyeavdeling og lege ved den private klinikken Medi 3:

– På sykehuset har jeg nå kun en operasjonsdag per uke til tross for at jeg gjerne vil operere mer. På Medi 3 gjør jeg arbeid som jeg liker, og utfører operasjoner sammen med meget dyktig og hyggelig personell. Min fritidspraksis er derfor til inspirasjon og går ikke utover kvalitet og sikkerhet i mitt arbeid på sykehuset. Flere sykehusleger kunne med fordel dra nytte og lærdom av slik virksomhet. Avspasering på grunn av vakter ønsker jeg primært å samle og bruke til rekreasjon/reiser. Slik bruk av fritid er imidlertid avhengig av en positiv personalpolitikk på sykehusavdelingen.

– Pasienten møter først legen på et offentlig sykehus og deretter møter man samme person ved en privat instans. Hvordan kan leger ha legitimitet og tillit når de opptre i slike dobbeltroller?

Sveinung Aune:

– Helse Midt-Norge har en klar politikk på dette. Denne innebærer blant annet at ansatte ikke uten forhåndsgodkjenning skal ta ansettelse i, eller drive virksomhet som konkurrerer med, helseforetaket. Det skal heller ikke utføres oppgaver og aktiviteter som gjør at det kan reises tvil om lojalitet eller habilitet. Dette betyr naturligvis ikke at arbeidsgiver skal bestemme hva ansatte gjør på fritiden. Men det betyr at arbeidsgiver og arbeidstaker i fellesskap

skal vurdere bierverv ut fra lojalitets- og habilitetsforhold. Dersom det er slik at en sykehuslege på fritt grunnlag har mulighet til å kanalisere pasienter fra helseforetaket og til egen virksomhet eller til eget bierverv, vil selvsagt de aller fleste betrakte dette til å være i konflikt med alminnelige habilitets- og lojalitetsregler. Hvilket det også er.

Hans Kristian Bakke:

– Kravene til legers lojalitetsplikt overfor arbeidsgiver skiller seg ikke fra annet helsepersonell. Leger, som andre, kan ha mer enn en arbeidsgiver. En klar forutsetning er at dette ikke kommer i konflikt med hovedarbeidsgiver, og slik at det ikke kan reises tvil om at legens handlinger er motivert av egne interesser eller arbeidsgivers og samfunnets interesser.

Nils H. Hybertsen:

– Det sies at det er noe kontroll med dobbeltroller. Men jeg hører fortsatt historien om den travle og distré doktoren på sykehuset som henviste til den private klinikken. Der er de flinke og der er det kortere ventetid. Og der dukker doktoren opp om kvelden, frisk og opplagt. Finansieringsordninger hvor helseforetaket kjøper behandling ved kommersielle klinikker, eller hvor trygdekontoret eller forsikringsselskapet betaler for at yrkesaktive skal rykke fram i køen, skaper verken mer oversiktighet eller mer tillit til at det er annet enn pengene som styrer. Unge folk synes i større grad enn gamle å ta for gitt at det er slik det skal være. Noen gamle beskriver det som et korrupsjonsproblem.

Ingrid Slørdahl Conradi:

– Jeg henviser ofte pasienter fra min privatpraksis til sykehuset. I løpet av 5 år har jeg kun henvist en pasient til Medi 3 for operasjon. Denne pasienten forlangte operasjon ved Medi 3. Det er fritt sykehusvalg, så det kunne jeg ikke nekte.

– Hva slags lojalitet bør leger ha til sin arbeidsgiver?

Sveinung Aune:

– En lege har det samme lojalitetsforholdet til sin arbeidsgiver som alle andre norske borgere. Det vil si at han eller hun skal avstå fra handlinger som skader virksomhetens interesser, eller gjør det vanskelig for virksomheten å nå sine mål. Helseforetakenes mål er å yte best mulig tjenester for pasientene innenfor de rammer som er lagt.

Hans Kristian Bakke:

Når det gjelder forholdet til hovedarbeidsgiver, så har legen for øvrig plikt til på eget initiativ å melde fra til arbeidsgiver om bierverv som kan føre til interessekonflikter med hovedarbeidsgiver, og arbeidsgiver kan kreve ytterligere opplysninger om biervervet. Hensikten er nettopp å sikre ryddighet og motvirke interessekonflikter, noe som igjen vil bidra til tillit mellom befolkningen og helsevesenet/den enkelte lege.

Nils H. Hybertsen:

– Helseforetakene må sikre at det som personalet måtte ha av overskudd og lyst til å arbeide mer, mer effektivt og med høy kvalitet, benyttes i helseforetaket. Til gjengjeld må helsepersonell som andre arbeidstakere være avskåret fra muligheten til å arbeide for konkurrenter i fritida. Helsepersonell må velge hvor de vil arbeide. Når de er utilfredse med forhold i den offentlige helse-tjenesten, må de si ifra. Men helseforetakene kan bli nødt til å finne ut av om private helsetjenester skal være underentreprenører eller om de samtidig skal få være konkurrenter.

Ingrid Slørdahl Conradi:

– Jeg har full lojalitet til min hovedarbeidsgiver slik jeg har hatt i 30 år. Dette innebærer først og fremst kvalitet i pasientbehandlingen og å følge lover og regler. Når økonomiske innsparinger



“– I løpet av 5 år har jeg kun henvist en pasient til Medi 3 for operasjon. Denne pasienten forlangte operasjon ved Medi 3. Det er fritt sykehusvalg, så det kunne jeg ikke nekte.”

Ingrid Slørdahl Conradi, overlege ved Ålesund sjukehus' øyeavdeling og lege ved den private klinikken Medi 3

går ut over pasientbehandlingen, mener jeg at alle leger viser lojalitet ved å varsle om problemene.

– Ser du moralske dilemmaer ved at leger tjener to herrer?

Sveinung Aune:

– Ja, en lege må ikke sette seg i en situasjon hvor vedkommende kan mistenkes for å tjene to herrer med forskjellige interesser. Det er med andre ord ikke bare snakk om hvilke handlinger legen gjør, men hvilke posisjoner legen bekler. Det handler om hvilke signaler som sendes, og det er ikke rart at pasienter reagerer om slikt skjer. Det er viktig å sette fokus på denne problematikken.

Hans Kristian Bakke:

– Det stilles særlig store krav til leger fordi leger har en viktig funksjon som blant annet innebærer at de forvalter ressurser på det offentliges vegne. Legene må derfor ha en meget bevisst etisk holdning til egen rolle med tanke på mulige interessekonflikter. For eksempel kan ikke en lege i sitt hovederhverv henvise pasienter til egen privat virksomhet eller til virksomhet hvor man enten har eierinteresser eller selv arbeider.

Nils H. Hybertsen:

– Alvorligst over tid er kanskje at leger som tjener to herrer, motarbeider det som gjøres for å styrke tilliten til at vi har et solid, offentlig helsevesen hvor prioriteringene gjøres bare etter faglig kriterier. Vi som arbeider for et godt, offentlig helsevesen, kan ikke finne oss i at offentlige sykehus skal bli sittende igjen med alt som er tungt, dyrt og lite spektakulært. Det er også trolig at

organiseringa påvirker synet på hva som er bra og viktig i medisinen som fag. På den andre sida er det klart at innsatsen som i en periode er gjort av private, kommersielle helsetjenester på visse områder har vært av stor betydning for å få ned ventetidene som ellers ville blitt skammelig høye i det offentlige helsevesenet. For dette fortjener de, og får, pasientenes takknemlighet. Nå må tida være inne for den trauste, offentlige helsetjenesten: Lær av det de private har vært gode til, ikke minst service og organisering. Imidlertid er det slett ikke slik at kommersielle klinikker alltid er gode på service og kommunikasjon. Noen av de mest bisarre historiene Helse- og sosialombudet får høre om kommunikasjon, kommer nettopp fra kommersielle, private klinikker. Da kommer et annet etisk problem ved disse legearbeidsplassene fram: For lite innsyn og for liten kontinuitet. Ta legene tilbake og la dem jobbe godt i offentlig regi. La dem gjerne jobbe mye, men ikke til de sovner.

Ingrid Slørdahl Conradi:

– Jeg ser ingen moralske dilemmaer ved å bruke noe av min arbeidskapasitet til å ha en fritidspraksis så lenge det er behov for dette fra pasientenes side og så lenge det ikke går ut over mitt arbeid ved sykehuset. Sykehusleger må ikke misbruke sin stilling til å henvise pasienter til sin egen praksis. Sykehusleger i ledende stilling vil lett kunne komme i habilitetskonflikt ved å ha to arbeidsgivere samtidig.



“– En lege må ikke sette seg i en situasjon hvor vedkommende kan mistenkes for å tjene to herrer med forskjellige interesser.”

Sveinung Aune, organisasjonsdirektør i Helse Midt-Norge





Arent M. Henriksen
styreleder St. Olavs Hospital

Vi er i en oppbyggingsfase, og hittil har det gått greit, men ting må få gå seg til mellom det nasjonale nivå, regionale nivå og det enkelte helseforetaket.

– Jeg har fått en utfordrende og spennende oppgave som styreleder på St. Olavs hospital.



Annlaug Stavik
Sykkylven, leder Regionalt brukerutvalg

Jeg er fornøyd med helsereformen. Aldri har tjenestene vært så nære pasientene, og aldri har pasientene hatt så stor innflytelse på sin egen behandling.

Vi har fått utvidende pasientrettigheter med individuell behandlingsfrist både innenfor vanlige somatiske lidelser, rusbehandling og psykiatri. Jeg har fått en større arbeidsmengde og flere forpliktelser, men dette er både interessant og lærerikt. Jeg føler at jeg får være med på å bidra til at folk får et bedre tilbud.



Sigmund Eidem
tillitsvalgt NKF, St. Olavs Hospital

– Reformen har vel ikke helt svart til forventningene. Eierens tilrettelegging for foretakene ble ikke som forventet. Det faktum at åpningsbalansen ikke er endelig avklart enda, sier vel sitt om en eier som ikke følger opp det de selv vedtok for nesten tre år siden.

I min jobb som hovedtillitsvalgt betydde det å forholde seg til et helt nytt sett med avtaler. Vi måtte også etablere en regionovergripende tillitsvalgsordning. Dette arbeidet har vært interessant, og vi har kommet ganske godt i gang. Men enda gjenstår det en del småjusteringer før det blir optimalt. For meg har det også betydd å representere de ansatte etter beste evne i styret for St. Olavs Hospital. Der, som ellers i helse-Norge, har økonomisk balanse vært en av hovedutfordringene.

Helsereform god



Tre år er gått siden helsereformen trådte i kraft og staten overtok de offentlige sykehusene og det fulle ansvar for drift av spesialisthelsetjenestene i Norge. Rundt 100.000 ansatte ved 350 institusjoner fikk ny arbeidsgiver.

i form?



Jan Petter Hammerø
ordfører Molde

– Jeg synes at reformen ikke fungerer bedre enn da fylket hadde ansvaret og beslutningene synes fjernere. Det som helt klart er oppnådd, er at køene er begrenset og at effektiviteten er bedret, men at nærheten er borte. For meg personlig har den ikke medført endringer, men en vet jo ikke når behovet oppstår.



Kåre Aalberg
ordfører Namsos

– Helsereformen har medført en styrking av det økonomiske fokus. Dette har medført økte lederlønninger og topp-lønninger. Struktur- endringer innenfor helseforetakene er begrunnet både med økonomi og helseproduksjon knyttet til den teknologiske utvikling.

Samtidig har helsereformen medført svekket folkevalgt styring og økt avstand mellom beslutningstakere og befolkningen.

For meg som ordfører har helsereformen betydd utfordringer i forhold til å følge med, og følge opp, endringsprosessene og beslutninger knyttet til
– endringer av helsetilbud til befolkningen i området og
– endringer innenfor den viktigste hjørnesteinsbedriften vi har i kommunen/regionen.



Torild Cappelen
seksjonsoversykepleier
kirurgisk poliklinikk,
St. Olavs Hospital

– Jeg oppfatter helsereformen slik at vi ivaretar pasientenes sikkerhet og krav bedre enn tidligere. Reformen har medført merarbeid og økte kostnader. Det som er positivt er at vi har fått ryddet opp i ventelistene.



Kari Sørloth
Trondheim, pårørende

– Jeg er fornøyd med reformen og har bare positive erfaringer.



Nina Withbro
Skatval, pasient

– Jeg synes ikke legene hører nok på pasientene. Men reformen er jo en trygghet – det er trygt å vite at man kan få behandling når man trenger det.



Ragnar Nilsen
Trondheim, hjemmeverende med datter på ett år

– Jeg har et godt inntrykk av reformen. Den oppfølgingen vi fikk på sykehuset i forbindelse med svangerskap og fødsel var også bra. Reformen har neppe noen betydning for helsen, men jeg har hørt at det skal bli

kortere liggetid på sykehuset i forbindelse med fødsel. Det synes jeg er negativt.



Anniken Furunes
Trondheim, daglig leder Norway Design

– Jeg vet ikke om ting blir bedre fordi staten styrer. Kanskje kvaliteten hadde gått opp med mer privatisering. Kortere køer for eksempel.

De fem regionale helseforetakene som ble etablert, bygger på de fem helseregionene som landet fikk i 1974. Regionaliseringen kom for å ha tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til å utvikle og tilby tjenester av høy kvalitet og til akseptable kostnader. Statlig eierskap skulle bidra til klarere ansvarslinjer og ledelse i sykehus og institusjoner.

Redusert ventetid

Et viktig mål var å fjerne uverdig venting og redusere ventelistene. I Midt-Norge var gjennomsnittlig ventetid 300 dager da reformen trådte i kraft og over 12.000 pasienter hadde stått på venteliste i over ett år. Etter tre år er gjennomsnittlig ventetid redusert til 84 dager.

Individuell fasit

Ved utgangen av 2004 var det fortsatt 675 pasienter som hadde ventet i mer enn ett år i Midt-Norge. Ambisjonen er at ingen skal måtte vente i mer enn et par måneder. Nye pasientrettigheter sikrer at pasienten får en individuell frist for behandling. Fristen som settes skal være medisinsk forsvarlig og hvis den brytes har pasienten rett til å få behandling i utlandet dersom det ikke kan framskaffes et tilbud i Norge.

Fritt sykehusvalg

Innføringen av fritt sykehusvalg har også vært med på å styrke pasientens rettigheter og muligheter til å få behandling. Sykehusene publiserer i dag sine ventetider og etter hvert flere mål på kvalitet. Fritt sykehusvalg gjelder også tilbud hos private sykehus og klinikker som har avtale med de regionale helseforetakene. Økt bruk av private og økt aktivitet i offentlige sykehus gjør at det behandles flere pasienter enn før – og de kommer under behandling raskere.

Færre korridorpasienter

Korridorpasienter har også vært et problem ved norske sykehus. Problemet er redusert, men fortsatt ikke løst. Samhandling med kommunene er definert som en viktig fellesoppgave for helseforetakene framover. Målet er at pasienten skal oppleve en sømløs behandlingsskjede og at verktøy som individuell plan sikrer oppfølging over tid – og at man gjennom bedre planlegging unngår "flaskehalser" og uverdig behandling av pasienter.



Styrt av blåross?

Helsereformen er blitt anklaget for å være en "spinke og spare"-reform, at blåross har overtatt styringen og at ansatte har fått munnkurv. Med reformen kom nye regnskapsprinsipper og krav om å drive i økonomisk balanse. Det er rett at det må også gjennomføres betydelige innsparingstiltak for å nå målet om balanse i 2005, men sykehusene er også blitt tilført mer penger og har økt sin behandlingsskapasitet. I Midt-Norge har innsparingene vært rettet mot støttefunksjoner og uten at tilbudet til pasienten er svekket. Tvert om har det aldri før vært behandlet så mange pasienter.

Helseforetakene skal gi pasientene et forsvarlig tilbud og det stilles høye krav til kvalitet. Oppgaven er å løse dette innenfor de økonomiske rammene man har og gjennom økonomistyring skape rom for å kunne satse på forskning og kompetanseheving. For å få dette til må både ledere og ansatte ta ansvar. Helse Midt-Norge har lagt vekt på at hvis vi skal lykkes med omstilling og endring, så må slike prosesser involvere både tillitsvalgte og fagmiljøer. Det er viktig å slippe kritiske røster fram og skape felles forståelse for utfordringene, før konklusjoner trekkes. Da er det også



Tema

Helsereformen i Midt-Norge:

- ▶ Ventetida er redusert fra 300 til 84 dager i gjennomsnitt.
- ▶ Investeringer i IT samordnes og gir bedre behandlingstilbud.
- ▶ Samarbeid om innkjøp har gitt lavere kostnader.
- ▶ Ny oppgavefordeling innen kreftkirurgi og hjertemedisin gir bedre kvalitet.
- ▶ Desentralisering av tilbud innen psykisk helsevern gjør tilbudene mer tilgjengelige for pasienten.
- ▶ Opptrapping av rusbehandling og psykisk helsevern gjør at flere for.

lettere å være lojal i forhold til de tiltakene som må gjennomføres.

Sentralisering?

Forslag om endringer i tilbud og funksjoner har skapt debatt. Dette har ikke minst vært knyttet til framtiden for lokalsykehus og frykt for en sentralisering av tilbud. På noen områder er det etter hvert faglig enighet om at det er nødvendig å sentralisere tilbud for å sikre kvalitet for pasienten. For andre områder skjer det motsatte med utbygging av spesialiserte tilbud i form av distriktopsykiatriske og distriktsmedisinske sentre.

Fokus på sammensatte behov

Fokus er satt på pasientgrupper med sammensatte og til dels store og omfattende behov. Ofte er det snakk om grupper som ikke har nådd opp i prioriteringsdebatten. Rusreformen som ble iverksatt i 2004, handler om dette. Det samme gjelder opptrappingsplanen for psykisk helsevern. I Midt-Norge er det behov for å styrke behandlingstilbudet for disse gruppene og det ligger nå en klar bestilling fra departementet om at dette skal gjennomføres. Utfordringen er å omsette dette til praktisk handling.

Styret for de regionale helseforetakene er oppnevnt av departementet som er eier. Styrene for de seks helseforetakene i Helse Midt-Norge er oppnevnt av det regionale styret. Direktørene i helseforetakene og det regionale helseforetaket møtes regelmessig for å diskutere felles utfordringer og tiltak. Også styrelederne i regionen samles for drøftinger. Det skjer også en samordning og utveksling på nasjonalt plan.

Mer åpenhet

Det er etablert dialog med lokalpolitikere i Midt-Norge for å informere og forankre de endringene som er på gang. Gjennom brukerutvalg regionalt og i hvert enkelt helseforetak skal også pasientenes talsmenn og -kvinner ha mulighet til å øve påvirkning før beslutninger tas. Styremøtene i helseforetakene er åpne og prinsippet om mer offentlighet i forvaltningen, skal bidra til å gi allmennheten og media innsyn. Likevel har det vært reist kritikk for mangel på åpenhet i helseforetakene. Praksis i forhold til bl.a. åpne styremøter har variert rundt om i landet, men dette er nå et knesatt prinsipp bestemt av eier – Helse- og omsorgsdepartementet.



Finn Berset

sjefslege/daglig leder Medi 3, Ålesund

– Mitt inntrykk er at helse-reformen i store trekk er vellykket, at pasientene får raskere og bedre behandling noe vi alle vet er viktig for å unngå angst og unødig lidelse. Jeg er ikke i tvil om at det samfunnsmessige regnestykket er enkelt og slår svært positivt ut totalt sett.

Sykehusreformen har gitt meg personlig mange utfordringer, men det viktigste er at den har gitt oss mange nye muligheter. Muligheter til å yte en bedre behandling med kortere ventetid – og oppfylle vår visjon. Dette er stort – og etter mitt skjønn en av de viktigste reformer i nyere tid. Den berører de aller fleste av oss!



Mads Gilbert

Tromsø, lege ved universitetssykehuset i Nord-Norge

– En reform som ble gjennomført i ekstremt tempo med et svært demokratisk underskudd, en reform som skal gi markeds-kreftene tilgang til en av de

siste arenaene i den offentlige velferdsstaten: Sykehusene. Helsereformen er etter mitt syn først og fremst en økonomisk markedsreform med fokus på "lønnsomhet" og kostnads-kontroll, ikke en faglig reform med vekt på medisinsk kvalitet og omsorgskvalitet.

Reformen har for meg betydd masse ekstraarbeid: Først arbeidet med Motmeldinga og den politiske kampen for å stoppe hastverks-reformen til Tønne, FrP og AP, deretter masse arbeid med utredninger og motmeldinger mot forskjellige dårlig begrunna forslag og utspill fra de nye HF-administratorene med sikte på å rasere akuttberedskapen ved lokalsykehusene, og i 2004 masse ekstraarbeid med gjennomføring av pålagte nedskjæringer og innsparinger. Tid, energi og engasjement som kunne vært bedre brukt til å utvikle medisinsk faglig kvalitet til beste for befolkningen og pasientene.

Ingunn Moslett
Trondheim, produsent

– Jeg har ikke merket noen følger av reformen. Det kan være bra i forhold til likhet, men sentralisering er ikke nødvendigvis positivt.

Astrid Aarø Engen
Aheim, leiar brukrutvalet for Helse Sunnmøre

– Eg opplever ho som omfattande og vanskeleg å handsame. Reforma har gjort at eg har støytt på situasjonar der eg føler avmakt. Det er vanskelig å få teke grep om det som skjer. Staten tek ikkje det politiske ansvaret for reforma. Det er håplaut å prisgi helsevesenet den frie marknaden. Viktige funksjonar er i ferd med å gå tapt.

Liv Randi Sand
avdelingssykepleier, ortopedisk poliklinikk, St. Olavs Hospital

– Vi er pålagt å utføre en jobb vi ikke behersker fordi arbeidsmengden er for stor. Vi trenger folk. Reformen har ført til en mer hektisk arbeidsdag fordi det er flere krav som stilles.

Aud Lørvik
Trondheim, Aromasalongen

– Reformen har ført til at administrasjonen er langt unna i forhold til hva som foregår. Det er lett å skulle spare når man ikke ser hva som skjer på grasrotplanet. Når du ligger på sykehuset merker du stresset. Det har betydning.

Øystein Øren
Trondheim, økonomimedarbeider, Avant Garden

– Jeg er fornøyd med helsereformen og håper på bedre økonomi i helsevesenet.

Knut Bjørnstad
lege, avdelingssjef, hjerteavdeling St. Olavs Hospital

– Mye er positivt og mye er ikke så bra. Intensjonen er god, men jeg tror den trenger litt tid. Reformen har betydd en større faglig styring i hverdagen, og i den grad det oppfylles er det positivt.

Styreleder og adm. dir:

God start, spennende fortsettelse

Styreleder Per Sævik og administrerende direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge er godt fornøyd med helsereformen så langt. Men det er ingen grunn til å hvile på laurbærene – fortsatt er det mange store utfordringer som venter.

Hovedoppdraget Helse Midt-Norge fikk fra sine eiere var todelt. For det første skulle ventelistene og ventetidene reduseres. For det andre skulle det skapes mer helse for hver krone.

Både Hellandsvik og Sævik trekker fram ventetidene som den største suksessen.

– Antallet pasienter på venteliste er så og si halvert og ventetiden er redusert fra 300 til 84 dager. Målet var å ha

85 dager innen utgangen av 2004, så det må kalles en formidabel suksess, sier Hellandsvik.

Sævik forklarer suksessen ut fra to forhold.

– At vi reduserte ventetiden så mye som vi gjorde skyldes en kjempeinnsats fra alle som var involvert. Dessuten har de store regionale prosjektene innen IT og regnskap vært en forutsetning for å klare det vi har klart.



Styreleder Per Sævik og administrerende direktør Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge mener vi skal være fornøyde med innsatsen i forhold til ventelister og -tider. Utfordringene handler om å bli bedre til å kommunisere kvaliteten på helsetilbudet og hvordan vi bruker ressursene.

Mer helse for hver krone?

Når det gjelder del to av oppdraget – mer helse for hver krone – mener Hellandsvik at oppdraget er vellykket så langt, men at det ikke er kommunisert nok.

– Vi må bli flinkere til å kommunisere hvordan tilbudet samlet sett blir bedre, og hvordan vi skaper kvalitet. I Namsos og på Røros har vi fått demonstrasjoner mot oss, fordi vi ikke har vært flinke

nok til å synliggjøre fordelene for befolkningen. Det representerer en betydelig utfordring i tida som kommer, mener Hellandsvik.

Sævik vil trekke fram ressursbruken som en annen hovedutfordring.
– Eierne har bestemt at vi skal øke innsatsen innenfor psykiatri og rus. En økt innsats på ett område betyr nødvendigvis at aktiviteten må senkes på andre

områder. Det er en utfordring. Styrelederen ser også på målet om å komme ut i balanse ved årets slutt som en tøff utfordring.

– Det vil kreve betydelig kløkt og fantasi fra alle våre ansatte, sier Sævik.

– Er det realistisk?

– Ja, hvis vi ikke tror det, så er det umulig.

Flodbølgekatastrofen:

Beredskapen satt på prøve

– Vi fikk prøvd planleggingsevnen vår i en periode med høy ferieavvikling. Heldigvis stoppet prøvelsene der. Det mest imponerende var at det ikke var nei i noens munn når vi spurte om de kunne stille. Det forteller sjeflege Ola Bergslien, som er beredskapsansvarlig ved St. Olavs Hospital.

Flodbølgekatastrofens ufattelige omfang, og de usikre anslagene etter katastrofen krevde høy beredskap. Heldigvis ble beredskapen aldri prøvd på mer enn planleggingsstadiet.

– Så fort vi forstod omfanget av katastrofen innkalte vi en beredskapsgruppe som hadde ansvaret for å vurdere situasjonen fra time til time. Vi var klare til å ta i mot et ukjent antall mennesker på kort varsel, sier Bergslien.

På forespørsel fra Sosial- og helsedirektoratet etablerte St. Olavs Hospital et Psykososialt kriseteam, som skulle reise til Phuket i Thailand for å bidra med hjelp på stedet.

– Vi fikk henvendelsen kl. 17.45, og allerede kl. 20 var teamet klart. Kl. 21 var de samlet, og reiste fra Værnes kl. 09.30 dagen etter. Det har vært en imponerende innsatsvilje og evne til å snu seg rundt på kort tid. Et annet eksempel er i sykepleiertjenesten, der de ansatte på en julestengt post sa ja til å kunne få avdelingen operativ på 1-2 timers varsel. Den innsatsviljen er vi stolte av, avslutter Bergslien.



I de første timene var beredskapsansvarlig ved St Olavs Hospital, Ola Bergslien, forberedt på det verste. Til tross for juleferieavvikling klarte klarte sykehuset å etablere en høy beredskap.

En million kroner i FoU-midler tildelt

Helse Midt-Norge har fordelt en million kroner for å styrke forskning, utvikling og samarbeid mellom høgskolene og klinikk. Det forelå 62 søknader med en total søknadsramme på 13 millioner kroner. Her er en oversikt over de prosjektene som har fått tilsagn in 2004.

Nord-Trøndelag:

• Prosjekt:

"Vannlatningsproblemer hos gamle ved sykehjem"

Ansvarlig: sykepleierne Liv Heidi Skotnes og Ragnhild Omli, Sykehuset i Namsos. Tildeles kr 100.000,- til ferdigstilling og publisering av prosjektet.

• Prosjekt:

"Effekt av trening i varmebasseng for pasienter med smerter og funksjonsproblemer fra muskel/skjelettsystemet, lungesykdommer og diabetes"

Ansvarlig: fysioterapeut Rannveig Kvellø Eriksen m.fl.

Tildeles kr 100.000,-

Sør-Trøndelag:

• Prosjektene:

a) "Gir tverrfaglig samarbeid om rusmisbrukeren et liv som er i tråd med hans/hennes mål, ønsker og drømmer?"

Ansvarlig: sosionom Kristin Viggen, HiST avd. helse og sosialfag.

Tildeles kr 200.000,-

b) "Hvordan utvikle studentinvolverende prosjekt innen rusfaget?"

Ansvarlig: sosionom Kristin Viggen, HiST avd. helse og sosialfag.

Tildeles kr 50.000,-

• Prosjekt:

"Strålebehandling til pasienter med ca. recti"

Ansvarlig: Stråleterapeut Trine Gjorv Haugland, St. Olavs Hospital HF og Høgskolelektor Randi J. Eide, Høgskolen i Sør Trøndelag

Tildeles kr 75.000

Nordmøre og Romsdal:

• Prosjekt:

"Perforasjonsforekomst i operasjons-hansker under kirurgiske inngrep"

Ansvarlig: Sykepleier: Gerd Ødegård Hagen, Helse Nordmøre og Romsdal, Molde sykehus.

Tildeles: kr 50.000,-

• Prosjekt:

"Sansestimulering til mennesker med aldersdemens"

Ansvarlig: psykiatrisk sykepleier Anna Sofie Furesund, Helse Nordmøre og Romsdal, alderspsykiatrisk sengepost, Hjelset.

Tildeles kr 120.000,-

• Prosjekt:

"Systematisk utredningsarbeid for oppfølgingsteamet ved psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund"

Ansvarlig: psykiatrisk sykepleier, Lillian Finnanger Ormset og Psykiatrisk sykepleier Ingunn Mundal, Helse Nordmøre og Romsdal, psykiatrisk poliklinikk, Kristiansund.

Tildeles kr 75.000,-

Sunnmøre

• Prosjekt:

"Brukerundersøking – eit uutnytta potensiale"

Ansvarlig: Mona Ryste, Helse Sunnmøre, Mork Rehabiliteringssenter.

Tildeles kr 125.000,-

• Prosjekt:

"Analyse/evaluering av informasjon til pasientar med ustabilt koronar syndrom"

Ansvarleg: Siv Osdal, Helse Sunnmøre, akuttavdelinga, Volda Sjukehus.

Tildeles kr 100.000,-

Begrunnelsene for tildelingene kan du lese på

www.helse-midt.no/nyheter/24393/

Stor brukerundersøkelse innen psykisk helsevern:

Medbestemmelse viktig for pasienten

Poliklinikkene i det psykiske helsevernet for voksne får godkjent av brukerne i en ny landsomfattende undersøkelse. Helse Midt-Norge er den helseregionen som har minst variasjon i brukertilfredshet mellom institusjonene. Til sammen 6673 brukere har svar på spørreskjema om sine erfaringer. Under-søkelsen ble gjennomført i september 2004.

– Det er viktig for oss å få tilbakemeldinger fra brukerne av tjenestene. Undersøkelsen viser bl.a. at medbestemmelse er vesentlig for hvordan pasienten opplever tjenesten og bare 56 prosent oppgir at de i svært stor grad har hatt innflytelse på behandlingsopplegget. Slike funn gjør det mulig å arbeide med både holdninger og rutiner for å gjøre tilbudet i det psykiske helsevernet bedre, sier fung. fagdirektør Einar Vandvik i Helse Midt-Norge.

Det er Nasjonalt kunnskapssenter som har gjennomført undersøkelsen som er den mest omfattende brukertilfredshetsundersøkelsen innen psykisk helsevern i Norge. Den viser at menn og kvinner er stort sett like fornøyde med poliklinikkene, mens eldre brukere er mer tilfredse enn yngre brukere. Det samme kom fram i en tilsvarende undersøkelse for poliklinikker ved somatiske sykehus som ble presentert nylig.

Brukere som ikke har fått innflytelse på sin egen medisinerings eller behandlingsopplegg er mindre fornøyd enn brukere som fikk slik innflytelse. Spesielt de som ønsket innflytelse og ikke fikk gjennomslag var misfornøyde.

Her er gjennomsnittlig score på hovedområder for Helse Midt-Norge (skala 0-100 hvor 100 er best). Tall i parentes er landsgjennomsnitt:

Hovedindeks	70,5	(68,7)
Utbytte av behandling	72,2	(70,2)
Relasjon til behandler	71,7	(70,0)
Informasjon	63,7	(62,3)

Individuell omsorg

Alle pasienter som trenger et langvarig behandlingsløp skal i dag få tilbud om en individuell plan (IP). Formålet er blant annet å knytte tjenesteytere og etater sammen. Utfordringen er blant annet å få samhandlingen mellom forvaltningsnivåer, fagtjenester og profesjoner til å fungere.

På grunn av mangel på samkjøring mellom tjenestetilbud og oppfølgingssystem har det vært enkeltepisoder vi gjerne skulle vært for uten. Denne problematikken er noe av det som vil bli bedre ivaretatt med IP. Verktøyet har eksistert en tid, men det er først nå det blir tatt skikkelig i bruk. Poenget med IP er å gi pasienten et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og oppfølgingssystem.

Alt på ett papir

Selv om IP er et tilbud for alle pasienter med et langvarig behandlingsløp, er det kanskje spesielt nyttig innenfor psykiatrien og rusmiddelomsorgen. Sosionom Stig Dragseth ved Nidarosklinikken har sammen med en bruker nettopp vært på besøk i en av Trøndelags kommuner. I samarbeid med den kommunale sosialtjenesten ble det utarbeidet en IP for brukeren, som skal flytte fra hjemkommunen og til en annen.

– I slike tilfeller er det mange berørte parter som bør samarbeide slik at endringsprosessene går smertefritt. Da er det en fordel at brukeren har en IP. Det er greit å ha noe konkret å forholde seg til under behandlingen, det blir en slags "framdriftsplan" for brukeren. Hver tredje måned blir IP'en evaluert i samarbeid med alle samarbeidende instanser brukeren er knyttet til. Det gir en slags trygghet å få samlet alle løse elementer på ett papir, sier Dragseth.



Stig Dragseth, sosionom ved Nidarosklinikken.

En pasientrettighet

Lovreguleringen i helselovgivningen ble foretatt 1. juli 2001, mens plikten til å utarbeide individuelle planer trådte i kraft først 1. januar 2004. Lovreguleringen er nedfelt i fem ulike lover: pasientrettighetsloven, psykisk helsevernloven, spesialisttjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

– Reguleringen er utformet som en rettighet for brukerne og en plikt for de som arbeider etter ovennevnte lover, forteller Dragseth.

Savner felles mal

Alle som får behandlingstilbud ved Nidarosklinikken får også tilbud om individuell plan. Hittil har alle takket ja. Individuelle planer for brukerne ved Nidarosklinikken er i og for seg ikke



noe nytt. Dragseth er imidlertid glad for at ordningen er blitt formalisert og at de forskjellige instansene i hjelpeapparatet har gjensidig plikt og ansvar for å utarbeide en slik plan.

– Det har blitt utarbeidet mange retningslinjer og svært forskjellige planer både i den enkelte kommune og i den enkelte behandlingsinstitusjon tidligere. Det jeg savner er retningslinjer og en felles mal for oss som hører til Rusbehandling Midt-Norge HF.

Snart elektronisk

Planen er at alle IP'er skal lages etter samme mal, og skal inn i en felles IKT-

løsning som kalles eIP. Tanken er at dette vil støtte samhandlingen mellom aktørene og effektivisere behandlingen av brukere med helse- og livsutfordringer som går på tvers av tjenestene. Det er forskere ved NTNU som utvikler systemet, som prøves ut innen barnehabilitering og voksenpsykiatri i kommuner og helseforetak i Midt-Norge.

Det er ikke bestemt en konkret dato for når systemet blir tatt i bruk, foreløpig er det snakk om utprøving.

Slik kan en individuell plan bygges opp:

- **Overordna mål:** Kan for eksempel være "leve et liv uavhengig av rus"
- **Hovedmål:** Hvor skal brukeren bo, jobbe og bruke fritiden sin til etter endt behandling?
- **Delmål:** Hvordan skal brukeren få seg bolig, jobb og få en meningsfull fritid. Trenger han kurs, må han søke arbeid og kanskje ringe på boligannonser?
- **Tiltaksplan for delmål:** En mer detaljert beskrivelse av praktiske forhold knyttet til behandlingen og hva som skal skje etterpå.

Tiller DPS:

Nybrottsarbeid i psykiatrien

Det finnes mange solskinnshistorier fra psykiatri-Norge.

Denne handler om oppbygging av helsetilbudet, banebrytende tenking og endringskraft i Helse Midt-Norge.

Idet du går inn dørene ved Tiller distriktpsykiatriske senter (DPS) er det bare å viske bort alle bildene du har av en tradisjonell psykiatrisk institusjon. "Åpent" er det første ordet som faller ned i hodet, et ord som i denne sammenhengen beskriver både arkitektur, tankegang og samhandling.

Langt fra elendigheten

Her er flere psykiatriske behandlingstilbud samlet under ett tak: poliklinikk, dag- og døgnenhet og en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Ressursene, både faglige og menneskelige, er til for alle. Fagmiljø som tradisjonelt har vært delt, har fått ett og samme tyngdepunkt.

– Vi er ett av flere levende eksempel på at ikke alt innenfor psykiatri er elendighet, sier avdelingssjef Anne Lise Løvaas.

En velfungerende prototyp

Distriktpsykiatriske senter skal fungere som supplement til de psykiatriske sykehusene i Norge. Tiller DPS er en del av "Psykisk helsevern" ved St. Olavs Hospital og dekker den sørlige og vestlige delen av Trondheim, samt kommunene Klæbu og Melhus, sammen med Haukåsen som er "akuttsykehuset". Flere slike sentre skal opprettes over hele landet.

– Tiller er blitt prototypen på et DPS. Utgangspunktet vårt er samlokalisering,

optimisme og tilgjengelighet. Vi ligger integrert i nedslagsområdet vårt og prinsippet om at vi er et allemannseid lavterskeltilbud står sterkt, forklarer Løvaas.

Bygger en organisasjonskultur

De beskriver seg selv som "ivrige", gjengen rundt bordet. Siden de flyttet inn i september har mye skjedd, og de kan trygt smile.

– De tilførte midlene har økt engasjementet og pågangsmotet, uten tvil. Vi har endret oss, snudd opp ned på ting. Det har vært hardt arbeid, men det nytter, sier overlege Jon Helle. Sammen med ham sitter avdelingssjef Anne Lise Løvaas, psykiatrisk sykepleier Mariela Lara, avdelingssykepleier Trond Utheim, brukertillitsvalgt Dag Øivind Antonsen og overlege Hanne Grete Jensen. De har fått i pose og sekk: Flere årsverk, nye lokaler og samlokalisering av poliklinikk og dag- og døgnenhet. Snart flytter også en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling inn. – Gjennom hele prosessen har vi blitt oppmuntret til å lære mer og til å tenke annerledes. Mye av æren for det må gå til sjefen, sier overlege Jensen, og ser bort på Anne Lise Løvaas, som på sin side mener at æren må fordeles. – Ingenting er mulig uten at dere som er ansatte er engasjerte. Det er fortsatt mye som gjenstår – vi er i ferd med å bygge en kultur, svarer Løvaas.

Engasjement i praksis

Det bobler over av psykiatriske "nyvinninger" ved Tiller DPS. En av dem er at alle pasientene som legges inn får tilbud om en standard "utredningspakke" i det de går inn døra.

– Noe av tanken bak er at vi ønsker å ha en standardisert datainnsamling slik at vi senere kan katalogisere og bruke det i forskning, forteller overlege Jensen, og legger til at senteret har en egen forsknings- og fagutviklingsenhet som etter hvert skal bygges opp.

– Senteret vil også fungere som et kunnskaps/ressursenter, ikke bare for fagfolk, men også for brukerne, sier Mariela Lara, som jobber for å få til et lærings- og mestringssenter for å hjelpe pasientene til bedre livskvalitet.

– Du la kanskje merke til at det er mange utgangsdører på huset? Den fysiske åpenheten krever en type samarbeid det blir spennende å prøve ut, sier Jon Helle.

Brukerne blir hørt

Den siste tiden har det vært hektisk på Tiller. I ombyggingsfasen har håndverkere, ansatte og brukere delt uferdige arealer. De innrømmer at det ikke har vært ukomplisert. De ansatte er fornøyde, men hva med dem senteret er laget for – brukerne?



– Vi fikk se tegningene av senteret før det ble bygd, og påpekte deretter det vi ville ha annerledes. Og vi ble hørt, sier tillitsvalgt i brukerutvalget, Dag Øivind Antonsen.

– Brukerne skal også ha et eierforhold til senteret. Det er viktig for hver enkelt pasient, samtidig som tilbakemeldingene er verdifulle for oss ansatte, sier avdelingssykepleier Trond Utheim, som forteller om et av senterets prosjekter, "Bruker spør bruker".

– Gjennom å diskutere tiltak med brukerne har også de mulighet til å påvirke sin egen hverdag, forteller Utheim.

*Sammen har de tenkt nytt.
Bak fra høyre (fra øverst i trappa):
psykiatrisk sykepleier Mariela Lara,
klinisk sosionom Anne Marit Hassel,
overlege Jon Helle,
avdelingssykepleier Trond Utheim,
brukertillitsvalgt Dag Øivind Antonsen
og fysioterapeut Ingunn Brønstad.
Sittende i midten i trappa:
overlege Hanne Jensen
Stående foran:
avdelingssjef Anne-Lise Løvaas
Resultatet er Tiller DPS, et mulighetens
hus innenfor psykiatrien.*



Fornøyde sykehuspasienter i Helse Midt-Norge

Pasientene i Helse Midt-Norge stort sett er godt fornøyd med tjenestene de har mottatt. Det viser en pasientundersøkelse foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004.

Det er små forskjeller mellom helseforetak og institusjoner i Helse Midt-Norge. De største forskjellene finner vi på områdene tilgjengelighet, standard og erfaringer før besøket.

Polikliniske pasienter mest fornøyd med tilgjengelighet

Mest fornøyd er de med tilgjengeligheten og standarden ved poliklinikkene, minst fornøyd er de med opplevelser i forkant av besøket og informasjon. Eldre pasienter er mer tilfredse enn yngre pasienter. Pasienter som opplever sin helsetilstand som dårlig er i mindre grad fornøyd enn pasienter som opplever helsetilstanden sin som bra.

Timebestilling og endring er utslagsgivende

Pasienter som hadde behov for å endre time og opplevde at dette var lett å få til, er mer fornøyd enn de som mener

det var vanskelig å endre time. Pasienter som erfarte at timen ble utsatt/flyttet uten at de ba om det er mindre fornøyd enn pasienter som ikke opplevde dette. Videre er pasientene mer fornøyd dersom de har hatt time med samme behandler tidligere, enn om de treffer en ny behandler. Pasienter som mener at de har blitt feilbehandlet er logisk nok mer misfornøyd enn pasienter som ikke opplever seg som feilbehandlet.

Gjennomsnittscore somatiske poliklinikker, Helse Midt-Norge (Skala 0-100, hvor 100 er best)

➤ Erfaringer før besøket	78,8
➤ Informasjon	82,1
➤ Standard	88,3
➤ Tilgjengelighet	89,2
➤ Organisering	86,4
➤ Kommunikasjon	86,0

Forskningskonferansen "Fra idé til handling" i Molde 4. – 5. april

4. – 5. april avholdes årets forskningskonferanse i Helse Midt-Norge. Arrangør i år er Helse Nordmøre og Romsdal og konferansens tittel er "Fra idé til handling". Blant foredragsholderne er professor Per Vaglum som spør: "Kan klinisk forskning være farlig for klinisk praksis?"

Konferansen, som blir avholdt på Rica Seilet Hotell, retter seg inn mot ledere, mellomledere og øvrige ansatte som er involvert i forsknings- og utviklingsaktiviteter. I tillegg er universitets- og høgskolemiljøer samt brukerrepresentanter andre målgrupper man ønsker å inkludere.

Under konferansen vil det bli fokusert på lokale og regionale rammebetingelser for forskning, men også på aktuell forskningsaktivitet som incitament til ny aktivitet. Et annet viktig mål med konferansen er å utvikle faglige nettverk mellom helseforetak, universitet,

høyskoler og brukerutvalg. De ulike helseforetakene inviteres til å presentere egne forskningsprosjekter. Hvert helseforetak kan presentere fire forskningsprosjekter (to fra somatikk og to fra psykiatri) på parallelle sesjoner på konferansens andre dag.

Det arbeides med å engasjere en rekke spennende foredragsholdere og innledere.

Mer informasjon om konferansen kommer om kort tid på trykk og på nett. Følg med på www.helse-midt.no og www.helsenr.no samt i nyhetsbrev.

Første utgave av nyhetsbrevet Brukerperspektiv

Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge har fått sitt eget nyhetsbrev. Første utgave av "Brukerperspektiv" som er navnet på nyhetsbrevet, er nå ute. Du kan også lese det på web – se adresse under. Den første utgaven av "Brukerperspektiv" inneholder klar beskjed om hva brukerne av spesialisthelsetjenesten forventer når det gjelder samhandling og informasjon.

Last ned Brukerperspektiv på <http://www.helse-midt.no/nyheter/24243/>

Flere spør om fritt sykehusvalg

Antallet henvendelser til informasjonskontoret for fritt sykehusvalg økte med 26 prosent i 2004. Det kom inn nær 28.000 henvendelser til grønt nummer 800 41 004 og av disse var rundt 3000 henvendelser fra pasienter i Midt-Norge.

80 prosent av henvendelsene fra midtnorske pasienter gjelder ventetid. I tillegg spørres det om pasientrettigheter. Tre av fire som ringer er pasienter. I tillegg benytter pårørende, foreldre, primærleger, trygdekontor, sykehus og andre telefontjenesten.

Når det gjelder fagområder gjelder 41% av henvendelsene sykdommer i muskel/skjelettsystemet og bindevevet. Henvendelsene dreier seg oftest om: Meniskskade, Skulder, Hofteprotese, Håndkirurgi, Fotkirurgi, Kneprotese, Ryggprolaps, i tillegg til utredninger hos nevrolog og reumatolog.

Eget nettsted for Rusbehandling Midt-Norge

Rusbehandling Midt-Norge HF har lansert sitt eget nettsted. Her finner du bl.a. informasjon om de ulike behandlingstilbudene i Midt-Norge og hvordan man går fram for å få hjelp for rusavhengighet.

Se www.rus-midt.no



”Nå kan jeg faktisk løpe i trappa!”

29. november i fjor ble Ann Irene Fossum fra Steinkjer operert for overvekt på sykehuset i Namsos. Samme dag startet et nytt liv – ikke minst på grunn av oppfølgingen hun fikk i etterkant.





Ann Irene Fossum har fått et nytt liv etter operasjonen. Hun har deltatt på oppfølgingsopplegget i regi av sykehuset i Namsos.



Kirurg Robin Gaupset, seksjonsoverlege på bløtkirurgisk seksjon, kirurgisk avdeling ved sykehuset i Namsos.

I dag kan jeg gjøre mye jeg ikke klarte før. Jeg kan gå på ski sammen med barna, være med i bassenget og være i full jobb. Livet har blitt mye mer aktivt, forteller Fossum. På sitt tyngste veide hun 154 kilo. I dag er hun nede i 113.

Namsos først ut

Sykehuset i Namsos var det første i landet som kom med et oppfølgings-tilbud i form av gruppesamlinger til pasienter som er operert for overvekt. Oppfølgingstilbudet går ut på å samle grupper på 6 – 8 pasienter som kan utveksle erfaringer med hverandre, og med ulike fagfolk. Seksjonsoverlege Robin Gaupset ved sykehuset i Namsos forteller at oppfølgingen i etterkant kan vise seg å være viktig for at behandlingen på lang sikt skal være vellykket.

– Suksessraten kan bli høyere dersom vi følger pasientene nøye etter en operasjon. Fra et faglig ståsted får vi viktige erfaringer fra opplegget. Men minst like viktig er det at pasientene setter pris på, og drar nytte av tilbudet. Med oppfølgingen vår får pasientene et sted å utveksle erfaringer og meninger med hverandre og stille spørsmål som de ikke har fått svar på i løpet av et relativt kort sykehusopphold. Det kan dreie om alt fra praktiske ting i hverdagen, spisevaner og sosiale vaner. Etter at vårt

opplegg er over ønsker vi at gruppene skal fortsette å møtes på eget initiativ, dersom de ønsker det.

Viktig å møte andre i samme situasjon

Ann Irene Fossum har satt stor pris på oppfølgingstilbudet – særlig det å få snakke med andre i samme situasjon har vært viktig.

– Uten oppfølgingen ville jeg fått det vanskelig etter operasjonen. Det er en stor operasjon, som ikke bare har ført til store endringer i livet mitt, men også for familien min. Det er sterke følelser i sving etter en slik operasjon. Derfor er det godt å snakke med folk som har opplevd det samme, og dele erfaringer med dem. I tillegg får vi veiledning av ernæringsfysiolog, psykolog, sykepleier, fysioterapeut og lege.

Hva vil du si til dem som tror operasjon er en lettvinnt løsning?

– Det er ikke lettvinnt. Å få beskjed om at det faktisk innebærer en dødsrisiko å ta en slik operasjon, er tøft. Du må være 100% innstilt på å leve livet annerledes. Og det handler ikke bare om mat og livsstil, men også om å leve med en kropp som du kanskje ikke selv betrakter som så veldig mye mindre enn den var før operasjonen. Jeg tar meg selv i å gå i trapper slik jeg gjorde da jeg var ung. Men så slår det meg – nå kan jeg faktisk løpe i trappa!

Hvem kan få behandling?

- Slik regner du ut din kroppsmasseindeks (KMI):
Vekt : Høyde²
- Mennesker med kroppsmasseindeks (KMI) større enn 40, som har redusert livskvalitet grunnet overvekt.
- Mennesker med KMI 35 – 40 som har sykdommer relatert til overvekt.
- Pasienter med sykdommer relatert til overvekten skal prioriteres.
- Pasienten må være motivert og i stand til å samarbeide.
- Pasienten bør ikke misbruke rusmidler eller lide av alvorlig psykiatrisk sykdom.
- Aldersgrense 18 – 60 år (individuell vurdering av personer over og under aldersgrensen).
- Det finnes 15.000 – 20.000 mennesker som er sykelig overvektige i Norge.
- I Sverige er det gjort beregninger på at ca 400 pr. 1 million innbyggere vil komme inn under indikasjonen på kirurgi – dvs. ca. 1600 pr. år i Norge.
- Pr. i dag kan det behandles 200 – 300 pasienter pr. år i Norge.

Overvekt et samfunnsproblem

Bedret behandlingstilbud for sykkelig overvektige

Bortsett fra røyking, er sykkelig overvekt den viktigste årsaken til tidlig død i Norge. I tillegg til redusert livskvalitet for den overvektige, fører problemet til et betydelig antall sykdomstilfeller som følge av overvekten. 15.000 – 20.000 mennesker lider av sykkelig overvekt her til lands, og tallet er økende. Hittil har behandlingstilbudet vært dårlig, men nå har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å etablere et behandlingstilbud.

Det er nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe som skal anbefale hvilket behandlingstilbud som bør etableres. Lederen av arbeidsgruppen er avdelingsoverlege Ronald Mårvik fra Helse Midt-Norge. Han framholder at problemet med sykkelig overvekt ikke er nytt – det er dimensjonen som er ny.

– Vektøkningen i Norge har kommet overraskende. Det er først nå at vi har blitt klar over at problemet er så stort som det er, og det krever systematisk jobbing og forskning. Overvekt er ikke først og fremst helsevesenets ansvar, det kreves innsats i hele samfunnet på bredt plan. Alt fra helsestasjoner, skoler og idrettslag til kommunene og helsevesenet må stå for en bred, samkjørt innsats, sier Mårvik.

Mye helse for hver krone

Mårvik framholder at samfunnseffekten ved å etablere et tverrfaglig behandlingstilbud for sykkelig overvektige har to perspektiver – livskvaliteten til den enkelte og kostnaden for samfunnet. – Med et godt behandlingstilbud som gir varig effekt vil vi få redusert antallet pasienter med hjerte- og karsykdommer, diabetes og muskel- og skjelettplager. Bare behandling av Diabetes 2

koster samfunnet ca. 10 mrd. i året. Vi vil få en populasjon som er lengre yrkesaktive, med færre sjukmeldinger. 55% av de som er operert har blitt kvitt muskel og skjelettplager og er i dag tilbake i arbeid. Sykelig overvektighet er et problem det er mulig både å behandle og forebygge. Samfunnskostnaden ved å ikke ta denne pasientgruppen på alvor, handler om langt mer enn penger. En satsning nå vil gi mye helse for hver krone, hevder Mårvik.

Kirurgi er siste utvei

Overlege Bård Kulseng ved St. Olavs Hospital er helt klar på at kirurgi er siste utvei.

– Ja, alle metoder bør prøves før kirurgi blir valgt. Kirurgi er ingen lettvinnt løsning, som mange tror. Det er risiko forbundet med operasjonen, og det kreves veiledning av pasienten før operasjonen, og tett oppfølging etter. Men det er behov for forskning på området for å finne ut hvilke effekter en konservativ tilnærming (ikke-kirurgiske tiltak) til problemet kan ha. Det kan handle om å endre kostvaner, øke den fysiske aktiviteten, adferdsterapi, medikamentell behandling eller kombinasjoner av disse behandlingformene. Derfor er det

viktig å skape lokale fagmiljøer som tar ansvar for denne pasientgruppen, sier Kulseng.

Regionale overvektssentre

For å gi sykkelig overvektige reelle alternative behandlingstilbud til kirurgi vil arbeidsgruppen foreslå å etablere regionale overvektssentre. Der skal kompetanse og erfaringer fra ulike spesialiteter blir samlet – og samhandle. Det overordnede målet er å redusere antallet operasjoner, og få skreddersydd det behandlingssopplegget som vil være mest hensiktsmessig for hver enkelt pasient. Kulseng mener at et betydelig antall av de som i dag står på venteliste, ville valgt andre behandlingsmetoder dersom de hadde valget.

– I dag har vi ikke noe middel til å plukke ut de riktige pasientene. I framtiden bør hver enkelt pasient vurderes av en gruppe spesialister slik at man så tidlig som mulig får satt pasienten på den mest effektive behandlingen. Ved å få til et samarbeid mellom spesialistene kan vi på kort tid muligens redusere antallet operasjoner med 30%. På sikt håper vi å kunne redusere antallet med 50%.

Rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen forventes ferdig ved påsketider.



Avdelingsoverlege og leder av den nasjonale arbeidsgruppen, dr. med. Ronald Mårvik (øverst) og overlege dr. med. Bård Kulseng sentrale personer i utviklingen av et behandlingstilbud for sykkelig overvektige.

Enklere vei til utenlandsbehandling:

Pasienter på reise fot

Selv om vi har et svært bra behandlingstilbud i Norge, fikser vi ikke alt. Pasienter som blir vurdert til å trenge behandling et annet sted i verden har nå fått et tilbud i regionen: Enhet for utenlandsbehandling. Rolf Nygård er en av dem som har benyttet seg av det nye tilbudet.



Enkelte undersøkelses- og behandlingsmetoder utføres ikke i Norge – men i utlandet. Pasienter som oppfyller kravene til utenlandsbehandling sendes dit den nødvendige kompetansen sitter.

Rolf Nygård (49), fra Ålesund har flere ganger vært i Göteborg, til behandling. Han mangler en fot, og en benvevsforankret protese har gitt ham et nytt liv.

– Hadde jeg ikke fått mulighet til å reise ville jeg nok vært uføretrygdet nå, forteller skipperen på telefon fra ferga mellom Festøy og Solevåg.

Nygård har nytt godt av den spesielle protesemetoden "osseointegrasjon", som er utviklet i Sverige, og fortsatt er det bare hos søta bror kompetansen finnes. Første gang Nygård var over

grensa til behandling var i 1998, og siden den gang har han vært til utallige etterkontroller.

– Jeg har nettopp kommet hjem fra mitt siste opphold, og den personlige kontakten jeg fikk i forbindelse med denne turen var svært positiv. Tidligere var søknadsarbeidet mye mer omfattende. Saksgangen går raskere nå, forteller Nygård.

Informasjon og veiledning

Enhet for utenlandsbehandling mottar alle søknader, behandler disse, og vurderer om kravene til utenlandsbehandling er oppfylt.

– De som får søknaden innvilget er pasienter som etter en vurdering av spesialisthelsetjenesten har rett på nødvendig helsehjelp. I tillegg må de trenge medisinsk behandling det ikke finnes et adekvat tilbud om i Norge, forteller Ingrid Storhaug, konsulent ved Enhet for utenlandsbehandling. Om pasienten får et "ja", står enheten ansvarlig for å gi den informasjon og veiledning som trengs for å få et godt opphold et annet sted i verden.

– Mye av arbeidet går ut på å informere pasientene. Mange får hjelp over telefonen, og vi har mulighet til å kanalisere de som ikke har krav på utenlandsbehandling videre til andre instanser, slik at de slipper en unødvendig søknadsprosess, forteller Storhaug.



*Ingrid Storhaug,
konsulent ved
Enhet for uten-
landsbehandling.*

Siden oppstarten i september har Enhet for utenlandsbehandling mottatt i underkant av førti søknader. De fleste av de ferdigbehandlede søknadene har blitt innvilget.

Tidligere var Rikstrygdeverket ansvarlige for ordningen, men fra 1. september har det over hele landet blitt opprettet enheter for utenlandsbehandling – spesialiserte kontorer ved de regionale helseforetakene som drifter slike opplegg.

Mange pasientgrupper reiser

Søknadene kommer fra mange forskjellige pasientgrupper. Søknadsmassen er mangfoldig, det dreier seg gjerne om sjeldne og/eller vanskelige problemstillinger innenfor ulike diagnoser. En gruppe som skiller seg ut er de som har behov for kreftdiagnostikk ved hjelp av PET-scanning. Disse reiser i hovedsak til København.

Positronemisjonstomografi (PET) gir scannerbilder som viser fysiologiske prosesser i kroppen, for eksempel opptak av merket druesukker i svulster. Brukes særlig for tidlig diagnostisering av kreft, men også for å legge til rette for strålebehandling eller for å kontrollere for tilbakefall. Utstyret brukes også til undersøkelser av hjernen ved epilepsi og Alzheimers sykdom og til hjerteundersøkelser. Det er imidlertid innen kreftdiagnostikk PET til nå har den største plassen, og særlig ved lungekreft.

Det er spesialisthelsetjenesten som vurderer om pasienten har rett til helsehjelp. Om det ikke finnes kompetanse i Norge, søker den behandlende legen på vegne av pasienten.

Enhet for utenlandsbehandling i Helse Midt-Norge holder til i Stjørdal, men vil antagelig på sikt bli administrativt underlagt St. Olavs Hospital.

Flere opplysninger om utenlandsbehandling og søknadsskjema finner du her:

<http://www.helse-midt.no/ventetider/9036/>

Leserbrev

Om behandling for personer med alvorlige psykiske lidelser og rus

I siste nummer av "Helse" fra Helse Midt-Norge (nr. 4/ 2004) er det en diskusjon om dobbeltdiagnoser. I diskusjonen belyses mange av utfordringene man står overfor, blant annet tilbakefall, atferdsproblemer og behov for langvarig og sammensatt behandling fra avdelinger med kompetanse innen både psykiatri og rusbehandling. Men diskusjonen sier ikke noe om det tilbudet som faktisk finnes for disse pasientene i Helse Midt-Norge. Man gir i stedet et inntrykk av at pasientene faktisk faller mellom to stoler, slik det spørres om i tittelen. Vi mener det må være av interesse for leserne å høre noe om tilbudet i regionen, ikke bare om problemet.

Alle psykiatriske akuttposter er godt kjent med pasienter med både rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser og gir regelmessig et tilbud til disse. På Østmarka har vi undersøkt forekomst av rusproblemer i akuttpostene våre og funnet at vel 30% av de som blir innlagt her har ruslidelser. Halvparten av disse har også andre psykiske lidelser, og en del har alvorlige psykiske lidelser og kommer da i gruppen som ofte omtales som dobbeltdiagnoser. Blant unge pasienter med psykoser som behandles med innleggelser i sykehuset over tid har over halvparten også ruslidelser. Mange av pasientene med affektive lidelser (depresjoner mm), personlighetsforstyrrelser eller langvarige psykoser i sykehuset har samtidig ruslidelser. Også i DPSene inkludert poliklinikker og psykosepoliklinikker og i BUP gir man behandling til pasienter som har ruslidelser i tillegg til alvorlige psykiske lidelser. Psykisk helsevern i St. Olavs Hospital har ikke hatt egne spesialenheter med døgnplasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Men i enkelte sammenhenger er ruslidelser så vanlige og behandlingen for dette så innarbeidet at nye spesialiserte tilbud like gjerne kunne være for de som ikke har ruslidelser. Mange av "stolene" i psykisk helsevern i St. Olavs Hospital er altså besatt med pasienter med ruslidelser.

Mennesker med ruslidelser trenger og får mere psykiatrisk hjelp enn andre mennesker.

På flere av enhetene i Psykisk Helsevern i Sør- Trøndelag drives det dessuten egne behandlingsopplegg for ruslidelser sammen med annen psykiatrisk behandling. Psykiatrisk ungdomsteam er et spesialisert poliklinisk tilbud til mennesker mellom 15 og 30 år med både rusproblemer og andre psykiske

lidelser. Post 3 på Østmarka har i mange år hatt en egen gruppe for innlagte pasienter med ruslidelser i tillegg til psykose. Østmarka har et prosjekt med behandling av ruslidelser i akuttpostene. Leistad DPS har nylig etablert et eget døgntilbud for pasienter med rusproblemer sammen med psykiske lidelser.

Det er fortsatt behov for en oppbygging av tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Mange pasienter, pårørende og fagfolk har sett eksempler hvor pasienter ikke får det tilbudet de burde hatt. Det er enheter innen psykisk helsevern som ikke prioriterer denne gruppen pasienter. På Østmarka er det vanskelig å gi gruppen med de mest alvorlige atferdsavvikene med kriminalitet og aggressivitet og rusproblemer et godt tilbud sammen med andre pasienter.

Akuttpostene har stor pågang av innleggelser, og dette fører til kort liggetid både for pasienter med og uten ruslidelser. Både i sykehus og på DPSene er det ofte vanskelig å håndtere situasjoner når pasienter ruser seg under innleggelser. Det er behov for en ny spesialpost på sykehusnivå for noen av de som trenger innleggelse i sykehus som del av behandlingen. En slik post er allerede planlagt og tegningene foreligger men det er ikke bevilget penger. Det er videre behov for en utvikling av samarbeidet med rustjenesten, primærhelsetjenesten og øvrige kommunale tilbud. Det mangler tilpassede botilbud og arbeidsaktiviteter for mange av disse pasientene i kommunene. Det må utvikles mere oppsøkende og utadrettet virksomhet med lav terskel. Den som opplever at et tilbud ikke er godt nok bør si ifra om dette slik at erfaringene kan brukes i arbeidet med å forbedre tilbudet i regionen.

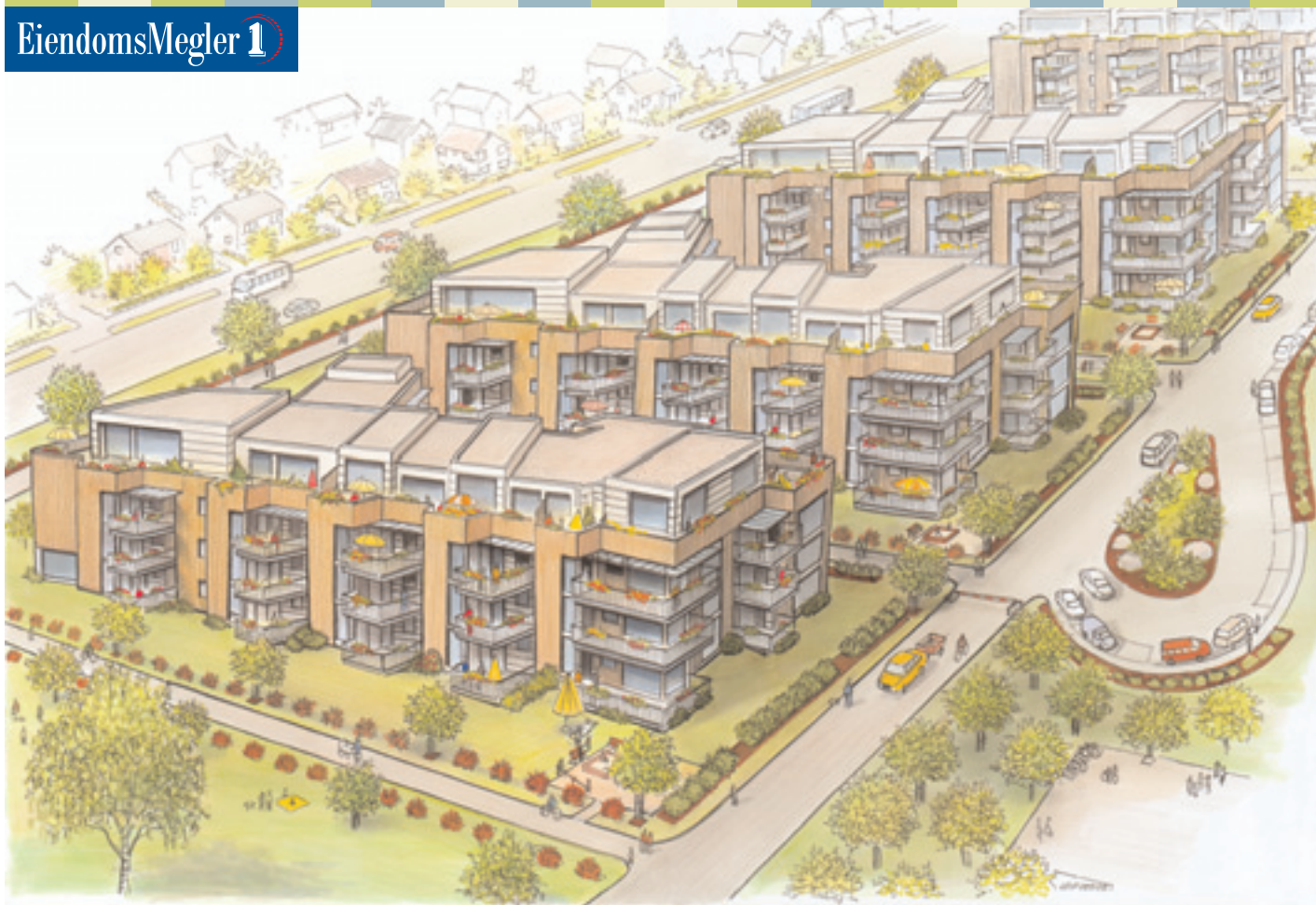
Behandlingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er langvarig og omfattende. Tilbakefall er regelen og ikke unntaket på samme måte som ved andre kroniske lidelser. På lang sikt kan man likevel oppnå gradvis bedring selv om problemene dominerer i øyeblikket. Ved akutte innleggelser får pasienter med ruslidelser ofte en rask bedring.

På Østmarka er forskning på behandling av ruslidelser et av satsningsområdene, og vi har blant annet et godt samarbeid med Lade behandlingssenter om et av prosjektene.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har et omfattende tilbud i psykisk helsevern i St. Olavs Hospital, og det er mange som er engasjerte i denne behandlingen. Det er derfor med en viss undring og overraskelse vi leser at bladet Helse spør om behandlingsapparatet har gitt opp pasienter med dobbeltdiagnoser. Omtalen gir inntrykk av at pasientene ikke får behandling i psykiatrien i regionen. Hvorfor gir ikke bladet Helse informasjon om den behandlingen som tilbys i vårt eget helseforetak?

Med hilsen

John Chr. Fløvig, overlege, Østmarka.
Gunnhild Bagøien, overlege, Østmarka.
Arne Vaaler, avdelingsoverlege, Østmarka.
Turid Møller, fagutvikler, Østmarka
Eli Welde Johansen, avdelingssykepleier, Østmarka.
Hans Jakup Vang, psykologspesialist, Østmarka.
Odd Storsæter, overlege/leder for psykiatrisk ungdomsteam.
Kari Gårdvik, overlege, ungdomsavdelingen, BUP.
Vivi Ann Stephansen, avdelingssykepleier, Leistad DPS.
Torill Fayme Saari, poliklinikkleder/psykolog, Leistad DPS.



Endelig!

et boligprosjekt på Nyborg



- Ny utsikt. Du fanger hele byen i ett blikk.
- Ny standard. Ingen lettvinne løsninger - kvalitet og estetikk i harmoni.
- Ny hverdag. Uten vedlikehold, hagestell og bekymringer.
- Nye aktiviteter. Marka ligger ovenfor. Byen ligger nedenfor.
- Ny nærhet. Til alt du trenger.

Nye Nyborg

- 112 eksklusive leiligheter på Byåsen

- Priser fra kr 1.380.000,-
- Parkeringskjeller og heis
- Høy standard
- Flott utsikt
- Antatt byggestart i september 2005
- Beliggenhet: Gamle Oslovei 35, gamle Nyborg skole

www.nyenyborg.no

Registrer din interesse, og les mer på www.nyenyborg.no
Ta kontakt med Tonje Borthen på mobil 41 60 54 22, e-post: tonje.borthen@em1.no,
Jørgen Braun på mobil 97 00 89 84, e-post: jorgen.braun@em1.no
eller ring vårt sentralbord 73 89 06 00

NYE NYBORG



B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg
for din helse”