

HELSE

Pasienter i bevegelse
side 8

**Pårørende – problem
eller ressurs?**
side 18

Eldre er sjelden bare gamle

Geriatrici: Moderne eldremedisin side 16

Kortere ventetid med fritt sykehusvalg

Gratis offentlig tjeneste

Ring 800 41 004

eller søk på www.sykehusvalg.no



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm. dir.

Et levende akademi

Livslang læring er en forutsetning både for organisasjon og enkelindivid i en verden der tilgangen ny kunnskap øker raskt. Ikke minst gjelder dette innenfor medisin og helserelatert virksomhet. Vi opplever at kunnskap går ut på dato – ikke nødvendigvis fordi den viste seg å være gal, men fordi ny erkjennelse og innsikt gir oss bedre metoder og løsninger.

Skal vi skape en lærende organisasjon stimulere til kontinuerlig kunnskapsvekst, er det ikke nok å satse på forskning, innovasjon og utvikling. Dette er bakgrunnen for at vi i Helse Midt-Norge forsøker å etablere en organisatorisk forankring for videre- og etterutdanning. Ett av tiltakene er Helseakademiet. Programmet vårt for lederutvikling som nå er inne i sitt tredje år, inngår i dette. Simulatormiljøene som er skapt i Ålesund og Trondheim og programmene for helseøkonomi, prosjektledelse og e-læring er andre tiltak som både bygger kultur og gir mulighet for kompetansebygging.

Læringsmiljøet skal bygge både gjennom fysiske steder, arenaer der mennesker kan møtes og gjennom virtuelle møtesteder – skapt gjennom vår satsing på informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Vi skal få nye muligheter til å dele kunnskap og tilegne oss ny kunnskap.

Sammen med de andre helseregionene i Norge har vi etablert Helsebiblioteket på web. Her skal våre ansatte få tilgang til flere medisinske databaser. I Midt-Norge er vi i ferd med å bygge en felles virksomhetsportal der vi både får nye måter å samarbeide på og mulighet til å samordne og effektivisere drift og informasjonsflyten.

De 14-15.000 velutdannede ansatte i våre helseforetak skal være i stand til å møte en helseverden der kunnskap forandres i raskt tempo. Dette er nødvendig for at vi skal kunne sikre god kvalitet i vårt behandlingstilbud og være på lag med pasienten. Kvalitet er ikke et statisk begrep i vår verden. Kvalitet er dynamisk og krever at vi kontinuerlig evaluerer og oppdaterer våre mål og vårt fokus. Kvalitet betyr å følge og tilpasse seg utviklingen av ny kunnskap.

Et eksempel på hvordan vi kan tilnærme oss dette, er det nye universitetssykehuset som bygges i Trondheim. Her integreres forskning, utdanning og behandling. Det er et uttrykk for hvordan vi i framtida skal knytte utvikling av medisinsk kunnskap til fagets utøvelse. De erfaringene vi gjør oss ved universitetssykehuset må komme hele regionen til gode. Våre felles IT-løsninger skal bidra til dette.

Tiltakene som allerede er iverksatt og de som kommer er helt nødvendig for å sikre oss framtidig kvalitet, men min erfaring er at helsearbeidere også stiller seg særdeles positiv til ny kunnskap og læring. Derfor tror jeg at vi vil få en positiv effekt på arbeidsmiljøet framover. Tilbakemeldingene fra programmet for lederutvikling er en god pekepinn på at vi sammen er i ferd med å bygge en felles forståelse for oppgaven.

Kanskje vi til og med kan gå til verket med smittende entusiasme?

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 utforming: Bennett AS

Illustrasjon: Ella K. Okstad • Trykk: TrykkPartner AS • Opplag: 14 000.

Sosialpornografi eller ærlig formidling?

Psykisk syke og pårørende ser noen ganger grunn til å kontakte media. Tragiske hendelser har ved flere anledninger satt dagsorden for det offentlige ordskiftet om vårt psykiske helsevern. Medias kritiske søkelys er nødvendig, men er media kritiske nok til sin egen håndtering av slike følsomme tema?

Sissel Benneche Osbold, journalist og spaltist i Dagbladet, Michael Setsaas, privatpraktiserende spesialist i psykiatri, leder i Norsk Journalistlag Ann – Magrit Austenå og Marit Kristine Bugten fra Landsforeningen for pårørende innenfor psykiatrien (LPP), møtes til debatt:

– Har pårørende for liten makt når de mener systemet svikter? Hva kan gjøres for å bedre deres virkemidler?

Osbold:

– Pårørende har i praksis liten makt, men helselovgivningen gir dem rettigheter. Eksempelvis har Pasientrettighetsloven, kapittel 3, om medvirkning og informasjon, en rekke paragrafer som også ivaretar hensynet til de pårørende. Jeg får mange henvendelser fra pasienter, pårørende og psykiatriske sykepleiere som kan fortelle om varierende praksis på ulike institusjoner. Hovedbudskapet er at foreldre og ektefeller i høy grad holdes utenfor og sitter igjen med en vond følelse av at behandlerne mener de er årsaken til sykdommen og derfor bør holde seg unna. Likevel skrives som kjent flertallet av de innlagte i psykiatrien ut til sine ektefeller, samboere og foreldre. Forbedringspotensialet er enormt. Det handler både om å lovfeste rettigheter, om kontrollkomiteenes aktive medvirkning, men ikke minst om

profesjonen som må bli mindre autoritær og heller samarbeide med alle gode krefter. Pårørende er en viktig medspiller som ikke kan lukkes ute.

Setsaas:

– Hvilken makt pårørende skal ha vil vel alltid være gjenstand for uenighet. Det ligger nok i psykiatriens natur at noen pårørende alltid vil være misfornøyd og ha en opplevelse av at de ikke kommer til orde – at de ikke blir hørt og ikke blir tatt på alvor. Noen ganger er dette åpenbart berettiget, andre ganger mindre berettiget. Men jeg tror de eksisterende ordninger med pasientombud, Helsetilsyn og gjeldende lovverk egentlig bør være tilstrekkelig for å ivareta de pårørendes interesser i dette.

Austenå:

– Pårørende opplever nok selv at de står maktesløse når de "faller mellom stoler" og det samlede hjelpeapparatet svikter. Sett utenfra virker det som om det opplagt er behov for en koordinerende offentlig instans som kan bistå pårørende og til dels ta over det som mange i dag opplever som hjelpeløs vandring mellom fastlege, psykiatriske institusjoner og politi. At det ikke er mulig å koordinere dette bedre, med dagens store offentlige budsjetter og datateknologi, er vanskelig å forstå, både for pårørende og medier.

Bugten:

– Som enkeltstående pårørende opplever vi en maktesløshet overfor et system som vi ikke kjenner, et system som er uoversiktlig, fragmentert og i stadig endring. Vi i LPP Trøndelag snakker ofte om at det psykiske helsevernet ligner en smultring, med mange gode tilbud og tjenester spredt rundt omkring. Men hullet i midten er ofte det som først møter deg, og det tar sin tid før du får øye på ringen rundt. Virkemiddelet er som i alle andre sektorer i samfunnet; koordinering, kunnskap og samarbeid, og her synes jeg at det nå skjer en gledelig utvikling både statlig og kommunalt.

– Er "pårørendeoppslag" i media sosialpornografi eller vesentlig formidling?

Osbold:

– Det kommer an på oppslaget karakter, vinkling og utforming. I hovedsak er såkalte pårørendeoppslag, og nå snakker jeg om psykiatrien, mer fraværende i mediene enn de er en journalistisk sjanger. Både pårørende og pasienter kvier seg av naturlige grunner til å kontakte media for å snakke om konflikter i forbindelse med behandling i psykiatriske institusjoner. Det er for mange hensyn å ta i forhold til nabolag, arbeidsplass og andre som trolig vil stille seg fordomsfulle til mennesker med psykiske lidelser.





“– Personer som tilhører det systemet vi kritiserer, eller som får søkelyset på seg, tilhører forhåpentligvis et system som har strategier for hvordan man takler offentlighet. Hvis ikke bør dette være førsteprioritet.”

Sissel Benneche Osvold, journalist og spaltist i Dagbladet



“– Vi har jo problemer med å besvare pårørendeoppslag i media av hensyn til pasienten(e) og taushetsplikt. Men dette må for all del ikke forhindre en åpen debatt om innhold og form i dagens tilbud innen psykiatrien!”

Michael Setsaas, privatpraktiserende spesialist i psykiatri



Vi er ikke kommet lenger enn at psykiske lidelser stigmatiserer pasientene på en måte som gir behandlerne meget stor makt nettopp fordi pårørende vil unngå å vekke oppmerksomhet i offentligheten. Pasientene på sin side vurderes heller ikke som likeverdige partnere i den offentlige samtalen. Da er det ikke rart at det ofte først er når pasienten har tatt livet sitt at de pårørende våger å kontakte mediene.

Setsaas:

– Jeg oppfatter en del slike oppslag som åpenbart sosialpornografiske, unyanserte og med en skjult agenda! Vi har jo problemer med å besvare slike oppslag av hensyn til pasienten(e) og taushetsplikt. Men dette må for all del ikke forhindre en åpen debatt om innhold og form i dagens tilbud innen psykiatrien!

Austenå:

– Pårørendeoppslag kan være begge deler. De aller fleste journalister som lager pårørendeoppslag, gjør det ut fra en vurdering av at det er for ille at noen ikke får den hjelpen de trenger og at i det minste mediene må tale deres sak. Men dette er krevende stoffområder. Som journalist kan det være vanskelig å balansere følelsesladet informasjon fra pårørende i krise med den ofte knappe informasjon det er mulig å få fra det taushetsplikt-belagte hjelpeapparatet. Manglende informasjonskultur i hjelpeapparatet gjør journalistikken dårligere og bidrar til unødvendig eksponering av pårørende i krise.

Bugten:

– Enkeltskjebner er med på å belyse mangler i tjenestene, og det er viktig. Oppslagene kunne inneholdt flere faktaopplysninger om de eksakte tjenestetilbudene og hvorfor de ikke fungerer i de gitte situasjoner. Dette gir god læring.

– Står media på den svakes side, eller bidrar sensasjonsjournalistikk til stigmatisering og en undergraving av åpenhet rundt psykisk helsevern – slik at de ”brysomme” gjemmes bort?



“– Vi i LPP Trøndelag snakker ofte om at det psykiske helsevernet ligner en smultring, med mange gode tilbud og tjenester spredt rundt omkring. Men hullet i midten er ofte det som først møter deg, og det tar sin tid før du får øye på ringen rundt.”

Marit Kristine Bugten, Landsforeningen for pårørende innenfor psykiatrien

Osvold:

– Jeg vet ikke på hvilken side mediene står til enhver tid. Dagbladets utgangspunkt er å belyse viktige samfunnsforhold når vi velger å drive journalistikk rundt svake grupper forhold. Hensikten er å frambringe fakta, og der som vi finner kritikkverdige forhold som rammer svake pasientgrupper, er det vår oppgave å gi offentligheten innsyn i disse og stille de ansvarlige til ansvar. Det er min erfaring at vi anklages for å drive såkalt sensasjonsjournalistikk hver gang vi finner noen ansvarlige. Derfor er tonen i slike reportasjer viktig for å unngå at partene forsvinner ned i skyttergravene. På den annen side gjelder dette ofte en konkret interesse-motsetning som ikke kan kamufleres. Vår oppgave er faktisk ubehagelig for den som sitter med ansvaret når vi kan påvise feil. Og sann må det være.

Setsaas:

– Min erfaring er stort sett at journalistene og mediene har en genuin interesse av å avdekke kritikkverdige forhold, og å tale den svakes sak. Problemet er imidlertid at kildekritikken og dybdearbeidet i saken av og til er for unyansert og ufaglig! Det triste i dette er at noen slike oppslag slår veldig tilbake på pasienten eller pårørende og blir vanskelig å leve med videre!

Austenå:

– Journalister og mediene skal stå på de svakes side. Dette er en plikt vi har i følge Vær Varsom-plakaten. Men journalister kan gjøre feil, både i vurderinger og faktajengivelse. Sensasjonsjournalistikk, i form av utnyttning av enkeltmenneskers situasjon og følelser, svekker først og fremst mediens omdømme og den enkeltes sak, fordi slik journalistikk kan befestes fordommer i offentligheten. Jeg tror imidlertid at alle former for omtale av psykisk helsevern samlet og på sikt bidrar til økt debatt – og dermed forhåpentligvis større åpenhet. Økt åpenhet gjør det vanskeligere å gjemme bort saker.

Bugten:

– Det spørs hvilke media det er snakk om. Journalistikken preges nok av en holdning som går ut på å ivareta de ”svakes side” men researchen på hva det offentlige kan og skal stille opp med, kunne som sagt vært bedre.

– Hvordan kan vi unngå at mediafokuset legger stein til byrden for mennesker i en vanskelig livssituasjon?

Osvold:

– I den grad det er fokuset på pasientene som føles plagsomt for pasienten eller pårørende, er det medias oppgave å sørge for at disse parter skjermes. Som regel er det pasient eller pårørende som tar kontakt. Da gjelder det å vurdere om vedkommende tåler offentligheten. Svært ofte finner vi ut at det gjør de ikke, og lar følgelig være å kjøre saken. Såkalte whistle-blowers er kilder vi ifølge våre egne retningslinjer kan skjule helt. Personer som tilhører det systemet vi kritiserer, eller som får søkelyset på seg, tilhører forhåpentligvis et system som har strategier for hvordan man takler offentlighet. Hvis ikke bør dette være førsteprioritet. De må benytte seg av sin rett til å agere, sin uttalerett og tilsvarsrett. Det er et stort ansvar å arbeide med pasienter i helsevesenet. Som det er et stort ansvar for mediene å bedrive systemkritikk som kan komme til å ramme enkeltpersoner. Begge profesjoner bør derfor gå til jobben med faglig ansvarlighet og empati.

Setsaas:

– Dette kan unngås med en større grad av åpenhet med samfunnet rundt oss, og at vi ser på de pårørende som en viktig resurs. Samarbeidet må bedres. Det tror jeg er det viktigste. Men det går jo an å ha et godt samarbeid med mediene også – i stedet for å gjemme seg når det blir for vanskelig! Av og til er situasjonen vanskelig, og ting kunne ha vært gjort annerledes; det ligger i fagets natur!

Austenå:

– Ved i mindre grad å eksponere følelser i stedet for fakta. Skal mediene bli bedre på dette, må ansatte i helseinstitusjoner, kommunalt hjelpeapparat og politi utvikle en bedre, og helst en felles kultur for hvordan det informeres i slike saker. Mer informasjon gir bedre bakgrunn for redaksjonelle vurderinger og vil samlet gi bedre journalistikk og en varsommere håndtering av både syke og pårørende. Her trengs det møteplasser mellom mediefolk og folk som jobber innen primærhelsetjeneste, psykisk helsevern og politi.

Bugten:

– Her bør man være varsom med å ta inn stoff som ikke er fordøyd. Media bør ikke være for snare med å formidle tema om svikt i det psykiske helsevern basert på opplysninger fra mennesker som nylig har fått vite at de er blitt pårørende til en person som har fått en alvorlig psykisk lidelse.

“– Manglende informasjonskultur i hjelpeapparatet gjør journalistikken dårligere og bidrar til unødvendig eksponering av pårørende i krise”

Ann-Magrit Austenå, leder i Norsk Journalistlag



Pasienter i bevegelse

En stor del av pasientene i Helse Midt-Norge blir ikke behandlet lokalt. Av disse blir de aller fleste behandlet på St. Olavs Hospital. Det viser et notat om utvikling av sykehusstruktur som ble presentert styret i Helse Midt-Norge i februar i år.

Ronny Jørgenvåg er seniorrådgiver ved Sintef Helse. Han vil trekke fram to tydelige trekk i pasientstrømmene.

– Det første er sentralisering, og da særlig til St. Olavs Hospital og sykehuset i Ålesund. Vi ser videre at det er en klar økning i bruken av private aktører.

Etter at bakgrunnsnotatet ble kjent har det vært flere saker i media som har beskrevet "pasientflukt" fra ulike sykehus. Jørgenvåg vil ikke være med på en slik ordbruk.

– Vi vet svært lite om hvorfor pasientstrømmene er som de er. Det er sannsynligvis flere forhold som kan forklare fenomenet.

Jørgenvåg ser for seg to mulige forklaringsmodeller på fenomenet – en strukturell og en individuell.

Strukturelle forhold

Den strukturelle forklaringsmodellen handler om forhold i sykehusstrukturen og dagens funksjonsfordeling. Han trekker fram Helse Midt-Norges krafttak mot lange ventelister og -tider som et eksempel.

– I et slikt "skippertak" blir kapasiteten hele tiden vurdert nøye, og pasienter blir forflyttet for å utnytte kapasiteten best mulig. Det kan gi pasientstrømmer som i statistikken framstår som "flukt", men som i realiteten er et tegn på en mer effektiv drift. Dette kan også forklare noe av den økte bruken av private aktører.

Individuell forklaringsmodell

Den individuelle forklaringsmodellen handler delvis om økt mediefokus på fritt sykehusvalg, og delvis på annen omtale av sykehusene i media.

– Fokus på fritt sykehusvalg har ført til at stadig flere pasienter er bevisst muligheten til å velge sykehus ut fra kvalitet og ventetid.

Det kan også tenkes at pasienten velger sykehus ut fra et emosjonelt grunnlag mer enn et rasjonelt grunnlag – basert på inntrykk og omdømme, altså en slags "merkevare".

– St. Olavs Hospital omtales gjerne som et supersykehus både med hensyn til størrelse, teknologi og kompetanse. En slik omtale kan føre til at pasienter ikke ser sitt lokale sykehus som et alternativ.



Ronny Jørgenvåg, seniorrådgiver ved Sintef Helse.

Det pussige er at folk ennå faktisk velger det gamle sykehuset, i og med at det nye ennå ikke er ferdigstilt, sier Jørgenvåg.

Pasientstrømmene byr på utfordringer

Uansett årsak vil pasientstrømmene by på utfordringer i framtida – utfordringer som kun kan løses med tilpasningsdyktighet og helhetstenkning. Mye av diskusjonen handler om hvordan oppgavefordelingen skal være mellom sykehusene

– ikke minst mellom de mindre lokal-sykehusene og de sentrale sykehusene.

– Det kan være en framtidig sentraliseringsutfordring vi ser konturene av. Mange tjenester krever et visst volum for å holde en tilfredstillende kvalitet. Hvis mange pasienter velger bort sitt lokale sykehus til fordel for St. Olavs Hospital, sier det seg selv at oppgavefordelingen må vurderes.

SINTEF Helse

- Et av de største helseforskningsmiljøene i Norge.
- Driver med forskning, rådgiving og utviklingsarbeid for helse-sektoren.
- Samarbeider med brukere av helsetjenestene, fagfolk, industri, universitets- og høyskolemiljø og myndigheter.
- Brukerens opplevelse av egen situasjon og av helsetjenestene står sentralt i arbeidet.

Hovedpoeng fra notatet om sykehusstruktur

- Det er en tendens til sentralisering. Endringen i pasientstrømmer er størst i Møre og Romsdal og i Nord-Trøndelag.
- Alle sykehusområder har en vekst i bruken av St. Olavs Hospital.
- Bruken av private aktører har økt betydelig.

Du finner mer informasjon på www.helse-midt.no

Arbeidsgruppe for smertelindring hedret med forskningspris



Professor Stein Kaasa mottok Helse Midt-Norges forskningspris for 2004. Her sammen med leder for regionalt brukerutvalg, Annlaug Stavik som sto for utdelingen.

Arbeidsgruppe for smerte og smertelindring ved professor Stein Kaasa, St. Olavs Hospital er tildelt Helse Midt-Norges forskningspris for 2004. Prisen er på 50.000 kroner. Utdelingen fant sted under den regionale forskningskonferansen i Molde mandag. Det er Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge som står for prisutdelingen.

Dette arbeidet er også prisbelønt tidligere. I 2003 ble man belønnet med pris for beste forskningsbidrag under Nordisk konferanse for anestesi og intensivmedisin i Helsingfors.

Nytt psykiatritilbud

Med opptrappingsmidler og storbymidler har Trondheim kommune og St. Olavs Hospital inngått et nytt samarbeid. Det dreier seg om et ambulerende team og tilpassede boligtilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Med opptrappingsmidler og storbymidler har Trondheim kommune og St. Olavs Hospital inngått et nytt samarbeid. Det dreier seg om et ambulerende team og tilpassede boligtilbud for mennesker med psykiske lidelser.

– Samhandling krever en kontinuerlig tilpasning til de vi skal samhandle med, sa fylkeslege Jan Vaage i sitt innledningsforedrag under oppstartsmøtet 15. mars.

To ambulerende team med psykiatrisk kompetanse fra sykehuset og kommunen etableres for å gi tilbud til pasien-

tene der de bor. Sammen med en ny boligstrategi, hvor brukerne er med å planlegge sin egen bostedssituasjon, skaper dette en tryggere og mer forutsigbar ramme for mennesker med psykiske lidelser.

Tiltakene skal gjennomføres på Lerkendal og Østbyen sammen med Leistad DPS (distriktpsikiatrisk senter) og Avdeling Østmarka. Tiltakene er i tråd med den nasjonale satsingen for psykisk helsevern, og for pasientene vil det bety lettere tilgang til en samordnet psykiatritjeneste, kortere og færre innleggelser samt større forutsigbarhet.

OPP! – regional konferanse for pasienter og pårørende

Kommunene og helseforetakene står foran store felles utfordringer, og derfor er opplæring av pasienter og pårørende et felt Helse Midt-Norge RHF har satt fokus på. OPP! er en regional konferanse hvor dette blir tema, som arrangeres den 12. og 13. mai.

OPP! skal gi både faglig påfyll og knytte et tettere nettverk rundt dette temaet i vår regions helseforetak.

Målet med denne type opplæring er at pasientene skaper seg en bedre helse i hverdagen.

Tidligere tiltak er læring- og mestringssentrene ved alle helseforetak, et handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring og et regionalt kompetansesenter (KPI).

Mer informasjon:

www.helse-midt.no/opp

www.helse-midt.no/hp-pas-oppl/

Gode resultater i ny spørreundersøkelse

En spørreundersøkelse utført i de tre midtnorske fylkene i februar viser at 85 prosent av de spurte har tillit til at de får den behandling de trenger ved sykehusene i Midt-Norge.

Sju av ti har et godt totalinntrykk av helseforetakene, og over halvparten sier de har et godt inntrykk av Helse Midt-Norge RHF.

Nesten alle spurte har meninger om endringstiltakene som pågår innenfor spesialisthelsetjenesten. 60 prosent

mener at enkelte tilbud må sentraliseres for at totaltilbudet skal bli bedre.

Undersøkelsen viser også at det er mange som berøres av helsetjenestene. Sju av ti oppgir at enten de selv eller en av deres nærmeste har vært pasient ved sykehus de siste to årene.

Sammenlignet med andre regioner og offentlige helseinstanser kommer Helse Midt-Norge godt ut.

Undersøkelsen ble utført av MMI for Helse Midt-Norge og bygger på intervjuer med 1200 personer bosatt i de aktuelle fylkene.



På veien til bedre helse

Pasientene som reiser til sykehusene med Helsetaxi er ofte tvilende før de reiser for første gang. Etter å ha benyttet tilbudet er skepsisen borte og de er meget godt fornøyd.





Helsebussen er svært funksjonell og kan tilpasses forskjellige pasientbehov.

Jeg har bare godt å si om Helsetaxi, forteller Odd Hyldbakk, som reiser fra Sunndal til Kristiansund sykehus tre ganger i uken for behandling. Men til å begynne med var han skeptisk. – Jeg regnet med at en personbil ville være mer komfortabel på alle måter, men det stemte ikke, sier Hyldbakk. To timers reising hver vei går greit, spesielt når han får god oppfølging.

Mer til pasienttilbudet

Helsebilen er et tilbud til pasienter som trenger transport til sykehuset i forbindelse med behandling, og som ikke kan reise med kollektiv transport. Ordningen erstatter drosjekjøring der pasienten ikke har spesielle behov som gjør at drosje er nødvendig. Målet er at sykehusene, som betaler for transporten, sparer penger og bruker mer på selve pasienttilbudet.

Kjøreleder Morten Gravvoll forteller at det har vært en viss økning på noen av rutene, men at det ennå er for mange som reiser med drosje. De som reiser med Helsetaxi er imidlertid godt fornøyd.

Trivelig sjåfør gir blide pasienter

Helsetaxi handler i stor grad om service, og trivsel om bord er viktig. Sjåførene gjør sitt for at passasjerene

skal ha det bra. Passasjerene hentes og bringes fra husdøra hjemme, og noen kjøres med taxi lokalt.

– Passasjerene er gjennomgående fornøyd med både bussen og opplegget, forteller sjåfør Terje Graven Storholt. Han kjører ruten Sunndal – Molde tur/retur en gang hver dag. Antall pasienter varierer fra dag til dag, det kan være alt fra én til fire per dag. Det er ofte flere pasienter med på tilbaketuren, da utskrevne pasienter sendes med Helsetaxien.

Bussen som Sunndal Bilruter har kjøpt inn etter avtale med Helse Midt-Norge, har 19 seter som kan reguleres. Ved å flytte ut seter får man plass til tre rullestoler.

Sjåfør Terje Graven Storholt kjører ruten Sunndal-Molde tur/retur hver dag. – Passasjerene er gjennomgående fornøyd med både buss og opplegg, forteller sjåfør Graven Storholt, som av og til henter passasjerer hjemme. Her hjelper han Magnhild Hoven ut av Helsetaxien.





Det er fire kjørekontor i Helse Midt-Norge. Du blir automatisk satt over til ditt nærmeste kjørekontor når du ringer telefon **810 33 710**

Godt tilbud i alle distrikt

I 2004 formidlet kjørekontorene i overkant av 150 000 pasientreiser til behandlingssted.

Fra 1. januar 2004 ble ansvaret for pasienttransport overført til de regionale helseforetakene. Det ble derfor opprettet egne kjørekontor ved hvert foretak. Formålet med kontorene er å sørge for at flere pasienter som reiser samme strekning tar turen sammen til og fra behandlingen.

I Nord-Trøndelag er det kjørekontor i både Namsos og på Levanger. Per i dag har de ingen fast rute for pasienttransport, men det settes opp maxitaxier ved

behov. Fra 1. april opprettes fylkets første ordinære Helsetaxi, som skal gå i rute mellom Malm og Namsos. Mellom Meråker og Levanger har det i flere år blitt satt opp maxitaxi ved behov, et tilbud som er godt innarbeidet og mye brukt av pasientene.

Kjørekontoret for Sør-Trøndelag ligger på Orkanger. Av faste tilbud har de tilrettelagt flere faste helsebussruter eller helsetaxitilbud fra større tettsteder og inn til Trondheim. Dette gjelder Oppdal, Røros, Ørland og Frøya. I tillegg går en buss fra Oppdal til Orkdal.

Tall fra kjørekontorene, Helse Midt-Norge

Kjørekontoret på Levanger: formidlet 30 000 turer
Kjørekontoret på Namsos: formidlet 16 000 turer
Kjørekontoret på Orkanger: formidlet 25 000 turer

Helse Møre og Romsdal og Helse Sunnmøre (felles kjørekontor):
formidlet 85 000 turer.



Bedre utsikter ved hjerteinfarkt

Styret i Helse Midt-Norge har vedtatt at utblokking (PCI) av blodårer i akutfasen av større hjerteinfarkt (STEMI) skal tilbys flere pasienter. I tillegg skal det bli mulig å stille diagnosen tidligere, og i større grad starte behandling med blodpropløsende medisin før pasienten ankommer sykehuset.



Rune Wiseth, overlege ved St. Olavs Hospital.

Styret gjorde vedtaket på bakgrunn av en innstilling fra en arbeidsgruppe ledet av overlege Rune Wiseth ved St. Olavs Hospital. I arbeidsgruppens forslag er det tre hovedpoeng.

- Det viktigste tiltaket arbeidsgruppen foreslår er at ambulanseenhetene i Helse Midt-Norge får utstyr for EKG med mulighet for trådløs overføring til lokalsykehus for tolking. Samtidig utrustes ambulansene med blodpropp-løsende medisin (trombolytisk medikament) slik at behandlingen kan iverksettes prehospitalt der det er mer enn en times transport til St. Olavs Hospital, forteller Wiseth.

Arbeidsgruppen foreslår videre at alle pasienter med tegn på store hjerteinfarkt (STEMI) vurderes for transport til St. Olavs Hospital for ballongblokkering i akutfasen. Et tredje hovedpoeng i innstillingen er at alle pasienter med STEMI som blir hentet av helikopter, transporteres direkte til Trondheim for å spare tid i tilfelle det blir nødvendig med ballongblokkering i akutfasen.

Nær 2000 tilfeller i året

Årlig behandles nær 2000 tilfeller av hjerteinfarkt i Helse Midt-Norge. 15–20% av disse betegnes som større infarkt (STEMI), og det er denne gruppen de nye retningslinjene omhandler. Diagnosen STEMI stilles på EKG. I gjennomsnitt er det én slik pasient hvert døgn i Helse Midt-Norge. STEMI innebærer at en større kransåre har gått tett på grunn av en akutt blodpropp. Da er det viktig å få åpnet blodåren så fort som mulig. Det kan gjøres på to måter.

Behandlingsmetoder

Den tradisjonelle metoden, som har vært brukt i ca. 20 år, er trombolytisk behandling, eller behandling med blodproppopløsende middel. Den andre metoden er PCI (Percutan coronar intervensjon), også kalt utblokkering. Den metoden består i at den tilstoppede åren åpnes ved hjelp av en ballong etterfulgt av innsetting av såkalt stent (metallprotese, forstøtning) som skal bidra til at åren holder seg åpen.

Begge metodene har sine fortrinn

Sammenlignende undersøkelser har vist at under gitte forhold har PCI en større effekt enn trombolytisk behandling. Wiseth synes imidlertid ikke det er noe stort poeng å diskutere hvilken metode som er best. Utfordringen har vært å foreslå retningslinjer for behandlingen som utnytter begge metodene sine fortrinn. Han hevder at begge metodene har egenskaper som kan utnyttes slik at de sammen gir et godt behandlingstilbud for pasienten.

- Trombolyse har den fordelen at behandlingen kan komme raskt i gang. Ulempen er at metoden ikke har like god effekt hos alle. En del pasienter har behov for ballongblokkering i akutfasen på grunn av utilfredsstillende effekt av den medikamentelle behandlingen. PCI gir en mer effektiv åpning av blodårene, men ulempen er at det kreves spesialtrent fagpersonell og spesialisert røntgenutstyr.

Trådløs diagnose

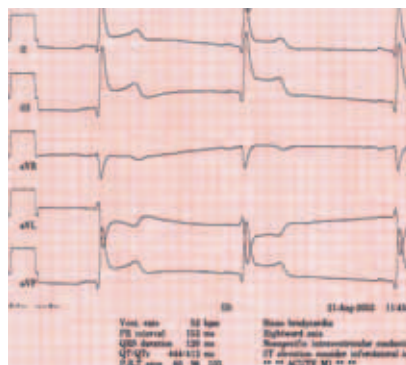
Siden tidsfaktoren er kritisk ved hjerteinfarkt, er det viktig at diagnosen stilles så tidlig som mulig for at riktig behandling kan starte hurtig. I det opplegget som er planlagt i Helse Midt-Norge stilles diagnosen STEMI av kardiolog på lokalsykehuset etter trådløs overføring av EKG fra ambulanse.

Innføres i løpet av 2005

Styret i Helse Midt-Norge har bevilget 15 millioner kroner til opprusting av ambulanser slik at EKG og trombolytisk behandling kan utføres. I tillegg må personellet læres opp.

- Det er svært viktig at dette nå kommer på plass slik at vi kan tilby enda bedre diagnostikk og behandling i akutfasen av hjerteinfarkt, sier Wiseth.

Han håper at de nye rutinene og det nye utstyret vil være operativt i andre halvdel av 2005.



EKG som viser et alvorlig hjerteinfarkt.



Tett kransåre før og etter blokkering.

Bedre behandlingstilbud ved hjerteinfarkt

- ▶ Det forekommer årlig i underkant av 2000 hjerteinfarkt innen Helse Midt-Norges område. Av disse er 15 – 20% større infarkt (STEMI) aktuelle for blodpropp-løsende medisin (trombolyse) og/eller ballongblokkering (PCI).
- ▶ EKG skal overføres trådløst til sykehuset for å stille riktig diagnose før ankomst.
- ▶ Det er bevilget 15 millioner kroner til gjennomføringen av det nye behandlingstilbudet.
- ▶ Alle med tegn på et større hjerteinfarkt (STEMI) og som bor innenfor en radius på 1 time skal behandles med PCI (utblokkering) ved St. Olavs Hospital.
- ▶ Alle som bor utenfor 1 times radius skal behandles med blodfortynnende middel (trombolyse) og vurderes for transport til St. Olavs Hospital.

Den gamle pasienten

– Det er lett å si ”han er syk fordi han er gammel” – men å bli gammel er ingen diagnose. Det er viktig å individualisere pasientene, sier professor Olav Sletvold. Derfor er også forskningsbasert kunnskap viktig.

Av alle pasientgrupper er eldre pasienter de mest ulike. De er blitt gamle på forskjellig vis, og representerer resultatet av ulike sykdomstilstander, ulike aldringsprosesser og ulike liv. Mange eldre lider gjerne av flere sykdommer (multi-sykdom), og ofte blir den mest fram-tredende behandlet, mens resten bagatelliseres eller tilskrives naturlig aldring.

Vi lever lenger

Antall eldre i samfunnet vil øke. En av følgene er flere eldre pasienter. Tar vi utfordringen på strak arm eller er vi allerede i baklekse?

I løpet av året vil det foreligge et regionalt program for Helse Midt-Norge for ”den gamle pasienten”. Professor i geriatri, Olav Sletvold, har sterke meninger om hva planen bør inneholde. – Vi bør tilby aktiv og framtidsrettet geriatriisk virksomhet i alle foretak. Det innebærer egne spesialenheter og minst to geriatriere ved hver enhet. Geriatrien er ikke lenger en ”sí rompa” retning innenfor medisinen. Den er blitt en moderne og viktig arena som er med på å påvirke hvordan helsetjenester bør orientere seg.

Kunnskapsbasert behandling

Olav Sletvold har arbeidssted ved Geriatriisk seksjon ved St. Olavs Hospital. Her forsker han på en pasientgruppe som tradisjonelt sett har vært nedprioritert. Heldigvis ser denne trenden ut til å snu seg.

Sletvolds årelange forskningsprosjekter viser at et helhetlig helsetjenestetilbud reduserer dødeligheten blant geriatriiske pasienter. I tillegg øker sjansen for å kunne bo hjemme med tilfredsstillende livskvalitet.





Foto: Gettyimages

Den demografiske utviklingen gjør at vi får flere gamle. I dag er 40-50 prosent av de som behandles på medisinske avdelinger over 75 år.

– Fagpersonell må vite hva det vil si å forholde seg til eldre pasienter. Om flere behandlere hadde hatt mer kunnskap om geriatrike pasienter, ville resultatene vært bedre på alle nivå, mener Sletvold.

Viktig samarbeid

Eldre pasienter er avhengige av at primærhelsetjenesten og sykehusene har et godt samarbeid. Alfa og omega er at oppgavefordelingen mellom nivåene er klarlagt.

– Vi trenger derfor en fellesarena hvor vi kan snakke sammen. De siste ti årene har vi vært i nærmest kontinuerlig dialog med Trondheim kommune. Dette er en nødvendig dialog, ikke minst når pasienten skal utskrives. Overgangen fra sykehus til hjem er kritisk, og her er det viktig at helsevesenet utviser særlig årvåkenhet.

Flere geriater i sikte

For å forsterke geriatri tilbudet trengs flere geriater. I et omfattende samarbeid har Helse Midt-Norge, Det medisinske fakultet ved NTNU og Helse – og omsorgsdepartementet satt i gang et pilotprosjekt hvor sju leger får gjennomført spesialistutdanningen i geriatri lokalt/regionalt og er i gang med i et nøye fastlagt løp.

– Prosjektet kan gjøre oss nesten selvforsynt med geriater, sier Sletvold, som selv har vært ansatt ved St. Olavs Hospital siden 1993.

Fokus på geriatrien har nå positivt fortegn, og Sletvold ser fram til innflytting i det nye sykehuset. Når det nye sykehuset står ferdig økes sengeplassantallet fra 15 til 44.

– Vi kartlegger og behandler alle tilstander i en tverrfaglig setting. Det går med litt mer ressurser, men resultatene er entydige: vi vet at det vi gjør nytter!

Respekt og likebehandling

Det ligger i tidsånden: aldri før har så mange eldre hatt det så bra, men aldri har alderdommen blitt så kraftig svartmalt.

– Vi trenger respekt og likeverdighet innenfor helsevesenet. En eldre pasient skal behandles likeverdig med unge, og dermed ut fra individuelle premisser.



Professor i geriatri, Olav Sletvold

Eldrebolgen i farvannet

Dette bør etableres for å bedre tilbudet til eldre pasienter.

- Spesialenheter for geriatri ved alle sykehus.
- Slagenheter ved alle sykehus.
- "Hip-units". Dette er enheter hvor geriater og ortopeder samarbeider, og er utprøvd i utlandet, og gjennomføres nå ved flere sykehus i Oslo.
- Kombinert utadrettet virksomhet og veiledningstjenester for primærhelsetjenesten.



Vokser med tilskuerne

De behandles ikke, de trenger ingen medisiner. Likevel er de pårørende til stede i helse-Norge hver dag. De har dessverre lett for å bli usynlige, men nå gjøres tiltak for å involvere de viktige tilskuerne.



Psykiatrisk sykepleier Sigrun Moen (t.v.) og spesialvernepleier Inger Gresseth Byberg (t.h.) går daglig pårørende til psykisk syke i møte.

– Vi ser på de pårørende som en ressurs i behandlingen av psykiatiske pasienter.

En flerfamiliegruppe er, som navnet tilsier, en gruppe som består av flere familier – både pasienten og pårørende. Flerfamiliegruppene er i hovedsak et tilbud til unge med psykoselidelser, men metoden har overføringsverdi til andre psykiatiske lidelser.

– Grunntanken vår er at vi som fagpersonell i samarbeid med pårørende kan tilby pasienten en bedre behandling. Vi kan tilføre fagkunnskapen, og de pårørende kjenner den syke best. Det er ingen ny tanke å se på familien som en ressurs. Det spesielle med opplegget vårt er at det går over hele to år.

”Det fjerde forvaltningsnivå”

Pårørende blir ofte kalt det fjerde forvaltningsnivå i psykiatrien. Det er naturlig at pårørende må forholde seg til den psykisk syke, og det er viktig at den pårørende ikke føler seg avvist. Derfor har Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger tatt i bruk kunnskapsbasert familiearbeid, som har fokus på undervisning, kommunikasjon og problemløsning.

– Det starter med at de pårørende får individuelle samtaler hvor de får fortalt sin historie, og blir hørt. Dette er viktig for de pårørende. Det gjør dem bedre i stand til å ta i mot undervisning og informasjon senere i prosessen, sier Byberg.

Videre er det et undervisningsseminar der de pårørende får elementær opplæring i krisehåndtering, psykoseforståelse, medikasjon, rus og psykose, lovverket m.m. Til slutt begynner gruppene og problemløsningen, forteller Byberg.

– Da samler vi fire til fem familier, og tar opp dagligdagse situasjoner og problemer som har oppstått. Grappa løser disse etter en bestemt metode. Vi møtes hver tredje uke i to år.

Møter folk i samme situasjon

Det er to viktige regler i flerfamiliegruppene: Det som sies innenfor gruppen, blir innenfor gruppen, og det du sier skal du stå for.

– Familiene som er med i gruppene sier at noe av det beste er å få møte andre i samme situasjon som dem selv.

“Pasienter og pårørende har kunnskap vi trenger for å gjøre en god jobb. (...) Pasienter og pårørende skal ha god informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud, ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon.”

Utdrag fra Helse Midt-Norges overordnede strategi



Deltakelsen i gruppen bidrar uten tvil til et åpnere klima i familien til den syke, sier Byberg.

Taushetsplikten

Mange pårørende til pasienter i psykiatrien føler at taushetsplikten blir brukt mot dem. Byberg tror at mange i helsevesenet fortsatt kan ”misforstå” taushetsplikten. Samtaler med pårørende tyder på det.

– Taushetsplikten er noe vi må forholde oss til, og vi kan ikke gå inn på enkelt-pasienters situasjon uten samtykke. Men vi kan lytte til det de har å si, og vi kan gi mye generell informasjon om den psykiske lidelsen, om behandlingsopplegg ved avdelingen osv. Som regel forstår pasienten selv hvor viktig det er at de pårørende får informasjon – særlig fordi pasienten er avhengig av de pårørende etter utskrivelse, avslutter hun.

Pårørende-arbeid i fokus

De pårørende utgjør en stor del av hverdagen for pasientene – og dermed også de ansatte. Av og til føler pårørende frustrasjon og avmakt ovenfor helsevesenet. Som et ledd i arbeidet med å fjerne den kunstige ”veggen” er pårørende nå et satsingsområde i Helse Midt-Norge.

– Målet er å styrke helse og livskvalitet ved å fremme læring, mestring og selvstendighet, sier avdelingssjef ved Tiller DPS, Anne-Lise Løvaas, som er en av pådriverne bak dette prosjektet. Hun forteller at kontakt med familier og opplæring av pårørende, mer eller mindre systematisert og i ulikt omfang, foregår til daglig ved de fleste avdelinger i psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital.

Kunnskap og problemløsning

Forskning viser at opplæring av pasienter og pårørende kombinert med andre behandlingstiltak gir positive resultat. Løvaas mener at kunnskap om lidelsen og relevant behandling er sentral. – Opplæring i å redusere stress og risiko for tilbakefall, problemløsning og mestring av et selvstendig liv er hovedtema for opplæring av pasienter og pårørende.

Flere prosjekter ved Østmarka

Psykoseteamet for nysyke ved avdeling Østmarka er en spesialpoliklinikk for førstegangs psykotiske personer. Å identifisere og iverksette behandling i en tidlig fase av sykdommen er svært viktig for et godt behandlingsresultat. – Samarbeid med pårørende er nyttig for å få til et godt behandlingsopplegg. Avdeling Østmarka har i åtte år hatt

kurs to ganger i året for pårørende, og med seks kurskvelder for hvert kurs, forteller Løvaas.

Avdeling Østmarka er også innvilget kr 250 000 av HMN til et forskningsprosjekt for å evaluere et psykoedukativt kurstilbud. Hypotesen er at de som deltar på kursene opplever mindre stress og økt mestring i forhold til å ha et familiemedlem med en langvarig psykisk lidelse.

Flerfamiliearbeid

Ved andre avdelinger i sykehuset er det også vanlig med kurs basert på psykoedukative metoder som opplærings-tilbud til pårørende. Andre relevante tilbud er Flerfamiliearbeid som også er et kunnskapsbasert familiearbeid spesielt for pårørende til psykosepasienter. – Opplæring av helsepersonell som ønsker å lære metoden for å starte flerfamiliegrupper, starter i disse dager ved Leistad DPS, forteller Løvaas, og legger til at kontaktperson på dette prosjektet er avdelingssjef Randolf Vågen.

Lærings- og mestringssenter

I tillegg er et Lærings- og mestringssenter under etablering ved Tiller DPS. Bruker- og pårørendemedvirkning er helt avgjørende for å kunne etablere senteret og gi relevante kurstilbud.

– Mestring av angst og depresjon, selvheldelse og mestring av et selvstendig liv er aktuelle læringstilbud, påpeker Løvaas.

Samspill barn-voksen

Ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) er det en generell regel at alle pårørende eller andre med foreldremyndighet involveres i behandlingen.

– Samspillsproblematikk er et viktig tema for en del barn med psykiske problem og klinikken har ulike metoder som involverer både barn og voksne, for eksempel Marte Meo og Webster/Straton, opplyser Løvaas.

– Gruppetilbud til pårørende som har barn med ADHD er et annet eksempel på pårørendetilbud ved BUP og i tillegg har BUP klinikk en egen innleggelsesenheter for familier på Lian, avslutter Løvaas.



– Samarbeid med pårørende er både nyttig og nødvendig, mener avdelingssjef ved Tiller DPS, Anne-Lise Løvaas.

“Jeg klarer ikke å forholde meg profesjonelt til min kone”

**Jon Østby er utdannet tann-
tekniker. Likevel har han ansvar
for at en tungt belastet psyki-
atrisk pasient holder seg i live.
Nei, dette er ikke en historie om
feil bruk av kompetanse, men
om å være pårørende.**

– Jeg klarer ikke å forholde meg profesjonelt til min kone, men jeg skulle ønske jeg visste mer om hvordan jeg skal takle sykdommen hennes, forteller Østby.

Østbys kone overlevde bombingene av Dresden under andre verdenskrig. Da var hun fire år. Siden den gang har hun gjenopplevd de grusomme hendelsene fra krigen. De siste 40 årene har livet til ekteparet Østby vært preget av angst, depresjon, aggresjon og jevnlig innlegelser. Han beskriver årene som en kamp både med og mot psykiatrien – en psykiatri han mener har blitt dårligere til å ta vare på både pasient og pårørende med tiden.

Misforstått taushetsplikt

Østby finner det rart at han må overta ansvaret når helsevesenet ikke lenger kan gjøre noe, uten å få den informasjonen han trenger.

– I november i fjor var hun plassert på institusjon i tre uker, slik at jeg skulle få avlastning. Da jeg skulle hente henne etter oppholdet, oppdaget jeg arr på håndledet hennes. Jeg fikk bekreftet at hun hadde forsøkt å ta sitt liv, men fikk ingen informasjon om foranledning og hvordan jeg skulle takle dette i ettertid på grunn av taushetsplikten! Det lille jeg fikk vite, fikk jeg vite fra kona. Det må da være en misforståelse av taushetsplikten?



Jon Østby sin viktigste medisin. "Primærlegen min mente at jeg burde få hunden på blå resept".

Suicidal

Det er ikke første gang Østbys kone har forsøkt å ta livet sitt. I dag har han gjort en avtale med hjemmesykepleien slik at medisinen blir levert morgen og kveld. På den måten finnes det aldri større mengder medisin i hjemmet.

– Jeg har opplevd at hun har blitt skrevet ut fra institusjon med resept på sterke sovepiller uten at jeg har blitt informert om det. Den gangen hentet hun ut alle pillene, og gjemte dem til "senere bruk". Heldigvis oppdaget jeg hva som var i ferd med å skje.

Stahet, stolthet og kjærlighet

Østby ble førtidspensjonert i en alder av 60 år. Da møtte han veggen, og taklet ikke lenger å være i full jobb samtidig som han skulle ta vare på kona. Østby

hevder han nesten har blitt psykiatrisk pasient selv, nettopp på grunn av psykiatrien.

– Hvordan kan jeg som førtidspensjonert tanntekniker få eneansvar for at en psykiatrisk pasient holdes i live uten å få informasjon, opplæring og et sted å henvende meg?

Men å gi opp kampen for sin kone, og sine egne rettigheter, det har aldri vært aktuelt.

– Nei, til det er jeg alt for sta, stolt og glad i kona mi. Når hun er i rette humøret og smiler, har hun det vakreste smilet i hele verden. Da smelter jeg.

Verden går framover, men ikke fort nok

– Opplevelsene til Østby er dessverre ikke unike. Det sier **Torbjørn Garberg som selv er pårørende og sentralstyremedlem i Mental Helse.**



Torbjørn Garberg, sentralstyremedlem i Mental Helse

Han blir særlig opprørt når han hører historien om hvordan Østby blir nektet informasjon i dekke av taushetsplikten.

– Slikt skal ikke forekomme. Det kunne vært interessant å prøvd en slik sak juridisk en gang. Heldigvis er det ikke så ofte vi hører om slike saker mer.

80- og 90-tallet er over

Garberg vil likevel hevde at verden har gått framover siden 80- og 90-tallet.

– Ja, den gang var vi pårørende rusk i maskineriet og ble ofte møtt med avvisning og arroganse. Nå har forståelsen for at også pårørende har behov for informasjon bedret seg. Garberg legger til at det fortsatt kan være forskjeller fra institusjon til institusjon og fra helseområde til helseområde. Garberg sitter også som styreleder for Mental Helses hjelpetelefon. Han bekrefter at det også er mange pårørende som ringer.

– Vi opplever ofte frustrasjon over manglende informasjon, selve behandlingsopplegget eller manglende avlastning.

Optimistisk utvikling

Garberg sier han helst vil fokusere på det positive i utviklingen, selv om det fortsatt er mange utfordringer å ta tak i.

– Nå har pårørendeproblematikken kommet på dagsorden for alvor, og mange sykehus har gode opplegg for å involvere pårørende. Sykehuset i Levanger er ett eksempel. Hovedfokus framover bør være på behovet for informasjon til, og avlastning av pårørende, avslutter Garberg.



Sosial- og helsedirektoratet

Kunngjøring WHO-stipend 2005/2006

Det kunngjøres med dette at det er satt av midler på statsbudsjettet til stipend for videreutdanning i offentlig helseadministrasjon for studieåret 2005/2006. Søknadene rettes til Sosial- og helsedirektoratet. Tildelingen av stipend godkjennes av Verdens helseorganisasjon WHO.

Stipendet kan søkes av ansatte i helsetjenesten/offentlig helseforvaltning.

Det er en forutsetning at eventuelle søkere tjenestegjør i helsetjenesten/offentlig helseforvaltning og ønsker ett års videreutdanning med sikte på å oppnå "Master of Public Health" eller tilsvarende. Midlene kan ikke brukes til videreutdanning i Norge eller Norden.

Stipendinnehaver forplikter seg til å vende tilbake til sin stilling eller til annen tilsvarende stilling for to års pliktjeneste etter endt studietid.

Søkere som har tilbud om studieplass vil bli foretrukket.

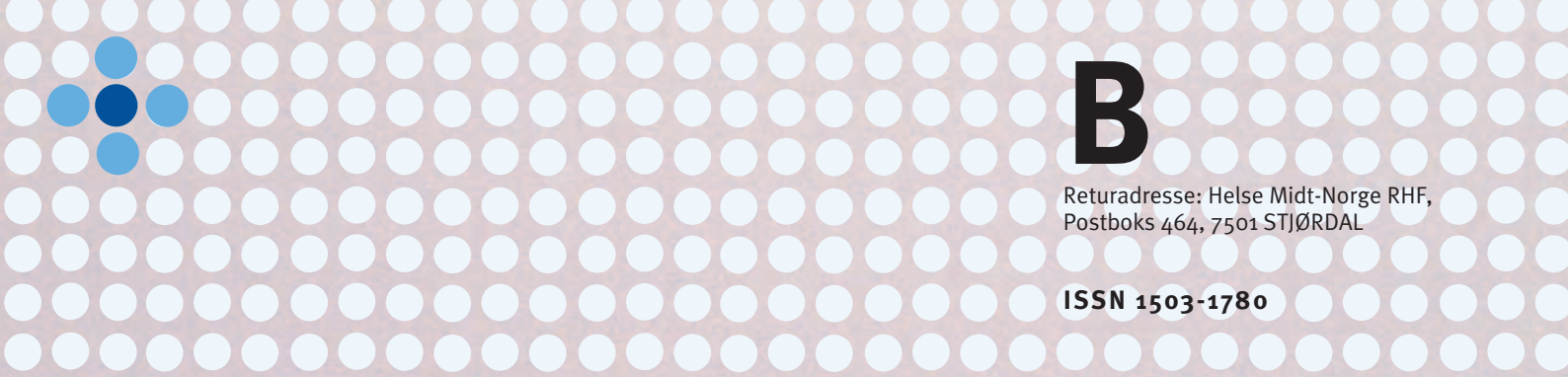
Ytterligere opplysninger og søknadsskjema kan fås ved henvendelse til

**Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 OSLO**

eller direkte til saksbehandler Vibeke H. Marthinsen, tlf 24163493. E.post: vih@shdir.no

Søknadsfrist: 25. april 2005

www.shdir.no



B

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

ISSN 1503-1780



**”På lag med deg
for din helse”**