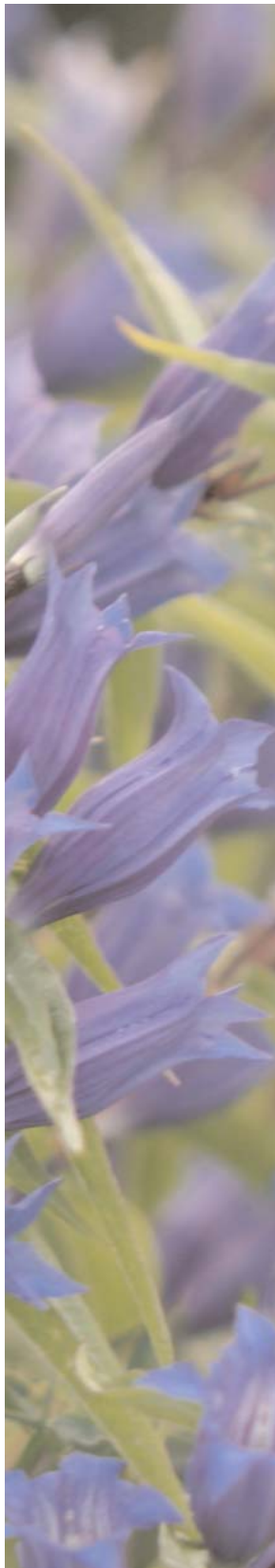


BRUKER *perspektiv*

Nyhetsbrev 01 - 2006



Regional brukerkonferanse 2006

Den sjette brukervalgskonferansen for medlemmer i brukervalgene i helseregionen ble holdt 12. og 13. oktober.

Brukerutvalgskonferansene har blitt en god tradisjon og er en viktig møteplass der brukerepresentanter får utveksle erfaringer og meninger, komme med konstruktiv kritikk og forslag til forbedringer.

Det som tok mest av tid og interesse i år, var arbeid med og svar på gruppeoppgavene i årets tre temaer:

"Brukermedvirkning og nettverk", " Eierstrategi 2010" og " Strategi for brukermedvirkning"

Direktørmøtet der brukerne kan få "grille" lederne er blitt et fast og nyttig innslag i konferansen. Noen forfall i en svært hektisk møteperiode må vi godta, selv om vi

Brukermedvirkning og nettverk

Styremedlem i Helse Midt-Norge RHF, Marianne Bjerke høstet applaus på årets brukerkonferanse da hun tok opp forholdet mellom brukervalget og styret. Et sterkt og dedikert brukervalg er viktigere for brukerne enn at styret har et medlem som representerer brukerne. Brukerutvalget har sin lojalitet utelukkende fra brukerne, mens et styremedlem også må ha sin lojalitet hos eieren, mente hun.



Brukerne gir bonnor til Gunn Fredriksen, adm. dir. for Sykehusapotekene i Midt-Norge.

ønsker å få alle i tale.

I fjorårets konferanse etterlyste brukerne helsepedagogikk. Vi ser med glede at Sykehusapotekene nå har utviklet et helsepedagogisk studium i samarbeid med Høgskolen i Volda.

Farmasøyter styrker nå sine pedagogiske kunnskaper for å bli bedre til å veilede og informere pasienter, pårørende og helsepersonell. Så mange som hver femte pasi-

ent kan være feilmedisinert i flg. Legemiddelmeldingen 2005. Målet med utdanningen er "riktig legemiddelbruk".

Helsepedagogikk er bruk av pedagogiske virkemidler i helsetjenesten for å fremme læring, mestring og helse.

Leder i Regionalt brukervalg, Michael Momyr, er enig - Vi har diskutert dette i brukervalget og har samme konklusjon. Men dette betinger tett og god kontakt med styret, sier Momyr. Han er tilfreds med at brukervalget har møte og talerett i styret og at protokollen fra brukervalget legges frem for styret. I tillegg har vi to ganger i året brukervalgets time. Styret i Helse Midt-

Norge RHF har vedtatt at slik praksis også skal innarbeides i alle helseforetakene.

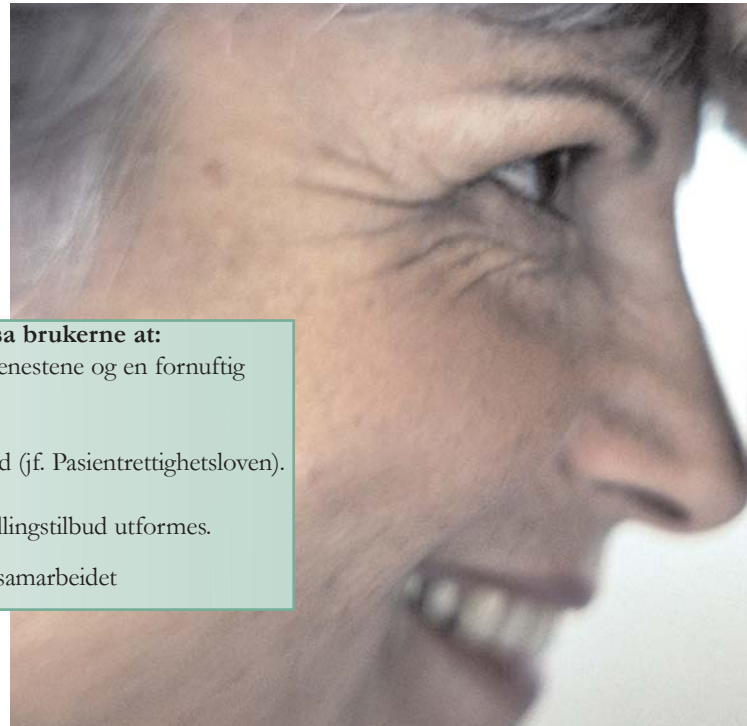
Brukerutvalg fra alle landets regioner har bedt helseministeren om at:

- dept. må invitere brukerne til møte i god tid før oppdragsdokument utformes til helseregionene
- dept. må tydeligere definere oppgavene i begrepet lokalsykehus

kvalitet og fornuftig

Det regionale prosjektet "Eierstrategi 2010" skal beskrive hvordan Helse Midt-Norge organiserer og driver sykehusene i regionen. Et sentralt tema er innhold i lokalsykehus - sentralisering og desentralisering av helsetilbud.

Mer informasjon og tilgang til rapporter fra prosjektene finner du på:
www.belse-midt.no



På den regionale brukerutvalgskonferansen i oktober 2006 sa brukerne at:

- målet med Eierstrategien må være å sikre høy kvalitet på tjenestene og en fornuftig oppgavedeling,
- god kvalitet må være et fundament for Eierstrategien.
- kvalitetsvurderinger må ta utgangspunkt i pasientens ståsted (jf. Pasientrettighetsloven).
- brukerne har medvirket for lite i Eierstrategien.
- brukerne skal være viktige premissleverandører når behandlingstilbud utformes.

Lederne i brukerutvalgene ønsker en felles møteplass for å styrke samarbeidet

I brukerutvalgskonferansen var brukerne invitert til å gi tilbakemeldinger på følgende deler av eierstrategien:

- Akuttberedskap
- PCI behandling (utblokkning av innsnevninger i hjertets kransarterier)
- Fødetilbud
- Tilbud til ekstremt fortidlig fødte
- Informasjon til befolkningen

Akuttberedskap

Bestillerdokument 2006 fra Helse- og omsorgsdepartementet:

"Alle lokalsykehus skal være i stand til å stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller.

Behandlingen må deretter organiseres i et helhetlig opplegg for å sikre at alle pasienter får behandling av god kvalitet. Tilbudene må oppdateres i takt med utvikling av bedre tilgjengelige behandlingsformer som gir bedre kvalitet."

Ved akutte tilstander stilles det store krav til ambulanse,

ambulansebåt, helikopter, AMK-sentral og legevaktjeneste (dette kalles prehospitale tjenester). Prehospitale tjenester må lokaliseres slik at de kan hjelpe flest mulig på kortest mulig tid. Når lokalsykehus ikke kan gi behandling, må de være i stand til å stabilisere pasienter for transport videre til et sykehus som kan gi behandling. Primærhelsetjenestens rolle i akuttberedskapen må bli mer tydelig.

For pasienter og pårørende er det et problem dersom pasienten først møter de minst rutinerne legene (turnuskandidater) i sykehus. For å sikre god kvalitet og behandling ved akutte tilstander må pasienten møte godt kvalifiserte leger.

PCI-behandling

- percutan coronar intervensjon, dvs. utblokkning av innsnevninger i hjertes kransarterier.

For brukerne er det viktig at utredningen av PCI-behandling i Ålesund vektlegger:

- PCI-behandling i Ålesund gir befolkningen i Møre og Romsdal raskere tilgang til behandlingen.
- God kvalitet på tilbudet må sikres gjennom tett samarbeid med St. Olavs Hospital.
- Innføring av PCI-behandling i Ålesund vil avlaste St. Olavs Hospital

Fødetilbud

Stortinget har vedtatt inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres veiledende for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen. Inndelingen anbefales av akuttutvalget, og møter få innsigelser blant høringsinstansene.

Befolkningen er opptatt av et godt desentralisert fødetilbud. Brukerne forutsetter at man følger de nasjonale retningslinjene for antall fødsler i forhold til faglig forsvarlighet. Brukerne sier at fødeavdelinger bør opprettholdes ved sykehusene i regionen, derfor må helsepersonell flytte på seg og være mer fleksible i forhold til behovene i sitt helseforetak.

Dersom fødeavdeling legges om til fødestue må det etableres et tettere samarbeid mellom helseforetak, primærlege, jordmødre og helsestasjon med erfarne likemenn.

Tilbud til ekstremt fortidlig fødte

God kvalitet og kompetanse er helt avgjørende for å kunne tilby gode tjenester til de minste barna.

Oppgavedeling

Eierstrategi 2010



Det er viktig å finne gode fleksible løsninger, og nøkkelen til et godt tilbud er samarbeid mellom fødeavdelingene i sykehusene og fødeklinikken ved St. Olavs Hospital.

Informasjon om Eierstrategien til befolkningen

Helse Midt-Norge må kommunisere tiltakene i Eierstrategien slik at befolkningen opplever at spesialisthelsetjenesten er trygg og forutsigbar. Helse Midt-Norge må bli mer troverdig i sin informasjon til befolkningen. Media og politikere setter dagsorden og leder an i debatten om Eierstrategien. Helse Midt-Norge må ta mer styring og være mer aktiv i debatten.

Eierstrategien er et tungt dokument, skrevet av byråkrater og vanskelig tilgjengelig for befolkningen. Helse Midt-Norges utfordring er å formidle konsekvensene av Eierstrategien på en slik måte at det skaper trygghet i befolkningen, spesielt når tjenestetilbudet endres.

Regionalt brukerutvalg mener:

Helse Midt-Norge RHF må ha ansvaret for gjennomføring av Eierstrategien for å sikre at befolkningen i hele regionen får samme tilgang til spesialisthelsetjeneste uavhengig av hvor de bor.

Styrking av brukerinnflytelsen

På initiativ fra brukerne styrker Helse Midt-Norge brukerinnflytelsen i Eierstrategiprojektene. Etter konferansen ble regionalt brukerutvalg oppnevnt som referansegruppe for å følge prosjektene.

Regionalt brukerutvalg trekker også lederne for lokale brukerutvalg inn i arbeidet. 24. november samlet brukerne seg og ga tilbakemeldinger på Eierstrategien.

Her er kortversjon av konklusjonene 24. november 2006:

Akuttkirurgisk/-ortopedisk tilbud:

Referansegruppen slutter opp om de prinsippene som anbefales. I drøftingen ble det lagt vekt på kvalitet i tjenestetilbudet. Usikkerhetsmomenter kan være knyttet til rekruttering, mulighet for økt antall strykninger.

Evaluerings av PCI-tilbudet:

Uansett konklusjon i forhold til hvor PCI-behandling skal tilbys, forutsetter referansegruppen av kvaliteten på PCI-tilbudet opprettholdes og at tilbudet videreutvikles.

Referansegruppen støtter den foreløpige konklusjonen i faggruppen.

Tilbudet til ekstremt tidlig fødte:

Når det ikke kan påvises forskjeller i kvalitet mellom behandlingstilbudet for ekstremt tidlig født i Ålesund og Trondheim, mener referansegruppen at nærhet er et viktig kriterium som tilsier at tilbudene opprettholdes begge steder.

Fødetilbudet i Orkdal - og Organisering av bildediagnostisk tilbud (røntgen):

Referansegruppen støtter de foreløpige vurderingene.

Nye prosjekter om eiendomsforvaltning og laboratorievirksomhet i Helse Midt-Norge:

Regionalt brukerutvalg mener at et utvidet utvalg bør være referansegruppe for begge prosjektene. Det legges opp til referansegruppe-møte i forbindelse med brukerutvalgets møte i januar 2007.

Lokalsykehusfunksjon

Eierstrategien skisserer et sett med lokalsykehusoppgaver i sykehus. Hovedprinsippet er at alle sykehus skal tilby basistjenester. Ut fra dette finnes sykehus som har lokalsykehusoppgaver, mens andre sykehus vil ha ulike tilleggsoppgaver.

Brukerne har lenge etterlyst en konkret definisjon av et lokalsykehus og av innholdet i basistjenester. I Eierstrategien må det tas utgangspunkt i at man skal ha et godt fungerende lokalsykehus med basistjenester.

Nærhet og kvalitet

I den helsepolitiske debatten bruker vi ofte ord med sterke følelsesmessige innhold. Det er ikke alltid at vi tar oss tid til å tenke gjennom betydningen av begrepene.

*Av
Michael Momyr,
leder for Regionalt brukerutvalg*

La meg først dvele litt ved ordet kvalitet. Dette begrepet kan vi i alle fall nærme oss på to måter:

● **Den faglige kvaliteten.** Dette er det objektive og målbare resultatet av behandlingen. Det vil i denne sammenheng være viktig for oss brukere å få en presis oversikt over hvilke sykehus som har de beste behandlingsresultatene. Her er det gjerne snakk om alvorlige lidelser, ulykker eller spesielle diagnoser. Et eksempel på en enda mer presis formulering: "Hvor stor er helbredelsesprosentsen etter operasjoner for forskjellige krefttyper på de ulike sykehusene?"

● **Den opplevde kvaliteten.** Dette er den subjektive og følelsesmessige opplevelsen av behandlingen. I mange situasjoner er nærhet til pårørende og reisetid viktige kriterier for hva vi legger i kvalitetsbegrepet. Her er det gjerne snakk om langvarige behandlingsopplegg eller kroniske lidelser.

Den medisinske og teknologiske utviklingen de senere år har ført til store endringer i sykehussektoren. Stadig flere sykdommer kan behandles og mange av tilbudene er sterkt spesialisert. Derfor må vi som brukere av helsetjenester akseptere at stadig flere av de spesialiserte tjenestene konsentreres om færre sykehus. Vi må også godta, og hilse velkommen, at sykehusene satser på å bli enda bedre innen sine spesielle felt. Sett i lys av en slik utvikling er kvaliteten på tjenesten overordnet nærhet og reisetid.

Som leder av brukerutvalget er jeg naturligvis opptatt av at spesialisthelsetjenesten skal ha nærhet til innbyggerne. Derfor er det viktig å ha en god akuttmedisinsk beredskap. Dette gjelder spesielt ved ulykker og akutt sykdom. Like viktig er det at St. Olavs Hospital hele tiden tenker over muligheten av å bygge ut desentraliserte spesialisthelsetilbud. Eksempler på slike er dialyse, cellegiftbehandling og lysbehandling. Det fører til at kronisk syke i større grad kan behandles i sitt nærmiljø. Dette må skje i et nærmere samarbeid med primærhelsetjenesten. Brukerne er ikke opptatt av hvilket forvaltningsnivå som

har ansvar for en tjeneste. Her har somatikken etter mitt syn mye å lære av psykisk helsevern.

Helse reformen er ikke bare en strukturreform, men også en reform i brukermedvirkning. Brukermedvirkning er fastslått i Helseforetaksloven, Pasientrettighetsloven, Loven om psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesteloven. Brukermedvirkning på alle nivå er et viktig virkemiddel for å utvikle og kvalitetssikre helsetjenestene.. Kvaliteten på tjenestene blir satt på prøve i møte med den enkelte bruker.

Helsevesenet skal gi gode og likeverdige helsetjenester - til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov.

Den helsepolitiske debatten i Midt-Norge er etter mitt syn i alt for stor grad preget av lokalpolitiske vurderinger. Med all respekt for lokalpolitikere og ordførere, jeg har selv lang erfaring fra dette ståsted, så er det ikke alltid noen direkte sammenheng mellom brukernes opplevde kvalitet og lokale sysselsetting. Derimot ser jeg nesten alltid sammenhenger mellom faglig kvalitet og opplevd kvalitet.

Medlemmer av Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge:

Michael Momyr, leder
Tlf.: 906 95 300 (mob.)

Annlaug Stavik, nestleder
Tlf.: 481 86 133 (mob.)

Medlemmer:
Hamida Schreiner
Tlf.: 926 48 785 (mob.)

Elin Kragset Gullvåg
Tlf.: 936 23 735 (mob.)

Finn Audun Hårstad
Tlf.: 470 54 613 (mob.)

Brit Haugdahl
Tlf.: 926 39 285 (mob.)

Hans Petter Mittet
Tlf.: 916 11 016 (mob)

Rikard Olsvik
Tlf.: 71 66 54 78

Trond Haldberg
Tlf.: 926 92 610 (mob.)

Ansvarlig redaktør : Michael Momyr, leder i Regionalt Brukerutvalg