

# HELSE

Jorun Bøyum:

# Omsorgens Vøringsfoss

Leder ..... s. 3  
Helsereformen ett år etter ..... s. 4  
Debatten: Åpenhetens grenser ..... s. 8

Portrettet: Jorun Bøyum ..... s. 12  
Helseklipp ..... s. 14  
Der døden underviser de levende ..... s. 16

Trønderhelsen ..... s. 20  
Jul på St. Olavs Hospital ..... s. 22

1. januar 2002 overtok staten ansvaret for alle offentlige norske sykehus og etablerte fem regionale helseforetak. Helse Midt-Norge omfatter sykehus og andre virksomheter i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, og har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i dette området. Våre hovedmål er å bli kvitt uverdig venting, løse problemet med korridorpasienter og innføre god økonomistyring. Målet er at vi skal løse disse problemene innen 2004, noe som krever stor innsats og mange tiltak på tvers i regionen.

## Står du på venteliste?

For å sikre oss at du som pasient får kortere ventetid, har vi inngått avtaler med private helseinstitusjoner. På denne måten øker vi vår kapasitet, og kan dermed tilby deg behandling raskere. Innen ortopedi, øre, nese, hals, øye, plastikk-kirurgi, generell kirurgi, kvinnesykdommer og røntgentjenester har vi fortsatt lange ventelister, og vi har derfor inngått avtale med sju private institusjoner innen disse områdene. Flere av disse holder til i Trondheim og Ålesund.

Står du på venteliste for behandling – og synes at ventetida er for lang?

Da kan du kontakte sykehuset der du bor og be om å få bruke det private tilbudet. Du kan også be om å få bruke ett av de andre, offentlige sykehusene dersom de har kortere ventetid. Det er en forutsetning at du står på venteliste.

Du kan også be fastlegen din søke deg til undersøkelse og behandling ved de private institusjonene.

Nærmere orientering får du ved å ringe vår venteliste-kordinator, grønt nummer 800 41 004.

Bortsett fra egenandelen betaler Helse Midt-Norge for behandlingstilbudet, også når du bruker private. Du må selv dekke egenandel for reisen, som er inntil 200 kroner for en veg.

**HELSE** ●●● **MIDT-NORGE**

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

[www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no)

## Kvalitet blir viktig



*Paul Hellandsvik*  
Paul Hellandsvik  
adm.dir.

For å kunne gjøre en effektiv og målrettet innsats for å redusere ventetid og pasientkø ved våre sykehus, må vi ha et mest mulig korrekt bilde av situasjonen. Ryddeaksjonen som Helse Midt-Norge tok initiativ til, avdekket rot og tilfeldigheter vi ikke kunne leve med. I dag har vi et reelt bilde av forholdene. Gjennomsnittlig ventetid for pasienten er redusert med over tre måneder og begrepet "korridorpasienter" er snart noe som hører historien til. Dette er et viktig resultat for oss og våre pasienter – ett år etter at helsereformen ble gjennomført.

Utgangspunktet for å skape en felles virkelighetsforståelse er bedre når vi kan se hverandre i kortene. Det gir grunnlag for å kunne måle resultater, sammenligne seg med andre og skape forståelse for de endringer som er nødvendige for ikke å bli akterutseilt. På samme måte er delaktighet med på å skape eierskap i forhold til omstilling og utvikling av våre virksomheter. Begge deler er nødvendig for at vi skal lykkes med våre mål for spesialist-helsetjenesten i Midt-Norge.

Kvalitet på alle nivåer – både i forhold til økonomi, kompetanse og pasienthåndtering – er nøkkelen til å sikre fundamentet for et solid og framtidsrettet offentlig helsevesen i Norge. I dette arbeidet har vi behov for at våre ansatte involverer seg og kommer med konstruktive bidrag. Det handler ikke om å avvikle, men å utvikle våre sykehus.

Når pasienten kan velge hvilket sykehus som skal gi behandling, blir kvalitet selvsagt helt avgjørende for det valg som gjøres.

Vi må ta inn over oss at dette får konsekvenser for organisering av det som er planlagt aktivitet ved våre sykehus.

Vi er i ferd med å etablere et system for kontinuerlig forbedring, som er pasientfokusert og som skal bli i stand til å frigjøre ressurser slik at vi kan satse på forskning og utvikling.

Det er ikke enkelt å formidle disse målene når det skapes tvil om motivet. Vi ønsker en bred og engasjert debatt om helsevesenet i Norge. Et så sentralt velferdsgode skal og bør stå høyt på den politiske dagsorden. Statlig eierskap av sykehusene endrer selvsagt ikke på dette. Men det krever nyorientering og forståelse for at roller og ansvarlinjer er omdefinert.

Helse Midt-Norge ønsker åpenhet og debatt om de utfordringene vi står foran. Motivene for dette er mange. Det er et bidrag til å sikre en demokratisk forankring og dialog med våre samarbeidspartnere i regionen og i kommunene. Selv om utgangspunktet for slike prosesser ikke alltid er en felles virkelighetsforståelse, så må det være målet å nå fram til dette underveis. Da skapes en bedre plattform for å ta beslutninger – og forhåpentligvis kan det skapes større forståelse for behovet for endringer.

Med dette som utgangspunkt ser vi fram mot et nytt år. Jeg vil samtidig benytte anledningen til å takke våre ansatte for innsatsen dette første hektiske året etter helsereformen og ønsker alle våre lesere en riktig god jul og et godt nytt år.

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: Informasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese • Trykk: Lade Offset • Opplag: 23.000





**Dagfinn Høybråten**  
– om helsereformen

# Helsereformen ett år etter

**100 000 ansatte har skiftet arbeidsgiver. 3-400 millioner kvadratmeter eiendom har skiftet eier – og alle landets sykehus er omorganisert til foretak. I løpet av sju måneder er den ”ytre delen” av helsereformen gjennomført. Nå rettes oppmerksomheten mot den vanskeligste delen – de indre omleggingene. Og helseminister Dagfinn Høybråten er svært fornøyd med det han ser i Helse Midt-Norge:**

**E**n av de viktige utfordringene helse-regionene står overfor, er å bedre kontakten mellom primærhelsetjenesten og sykehusene. Jeg var nylig på besøk i Orkdal, og sykehuset der har ansatt primærleger i små deltidsstillinger. Det betyr at pasientene får tettere oppfølging og informasjonsflyten går bedre. Et lite, men godt eksempel på hvordan reformen skal virke, påpeker Høybråten, som har mer pent å si om Helse Midt-Norge ett år etter at helsereformen ble igangsatt:

- Det er et klart krav at regionene skal bli mer effektive og få bukt med uverdig ventetid, og det synes som om de er godt i gang. Helse Midt-Norge har på en overbevisende måte tatt viktige skritt i den retning. Der er det mange eksempler på godt samarbeid og tett dialog mellom sykehusene og primærhelsetjenesten og

dessuten et tettere samarbeid sykehusene imellom enn det var før. Ledelsen i Helse Midt-Norge har satt seg dristige mål og på mange måter lagt hodet på blokka. Det skal de ha honnør for.

Men om helseminister Høybråten skryter av ledelsen i Helse Midt-Norge, er det ingen grunn til å hvile på laurbærene. - I løpet av neste år skal den indre delen av reformen være gjennomført, og det økonomiske og effektivitetsmessige press som Stortinget over på helseregionene, gjør at det stilles meget harde krav til sykehusenes evne til hele tiden å forbedre seg, mener Dagfinn Høybråten.



## Pasient Nils Taklo, om helsereforma

**I over 20 år hadde han vore polititar, i 11 av dei ordførar i Ørsta. Kvardagen var til tider prega av både kutt og auking av løyvingar til helseføremål. Så blei han brått sjuk. Alvorleg sjuk, med trong for både akutt-hjelp og rehabilitering.**

**E**g hadde aldri vore sjukemeldt ein einaste dag då eg vart råka av slag, fortel Nils Taklo (61). Dei fyrste dagane på sjukehuset i Volda kunne han knapt snakke. Orda kom ut feil. Han hugsar ikkje namnet på fargar og hadde lammingar i høgre side.

- Lamminga gjekk fort over. Då var det verre med språket. Eg kunne jo snakka, men måtte leita etter ord. Eg brukte heile våren til å lesa aviser og pugga ordlister, men hadde nok aldri kome meg så fort om det ikkje var for den hjelpa eg fekk på Mork Senter, meiner Senterparti-ordføraren, som no er tilbake i full jobb.

I to månader var han rehabiliteringspasient på Mork.

- For meg var det viktig med ein institusjon i nærleiken av heimstaden slik at eg kunne få besøk av familien. Dessutan er jo Mork kjend for å vera ein sær s god institusjon.

### **- For deg som polititar – kva var den viktigaste erfaringa du gjorde som pasient?**

- Å vera avhengig av andre var ei rar kjensle. Som pasient såg eg kor viktig det er at du har folk rundt deg som bryr seg og som kan hjelpa. Nærleik til institusjonen og at det er god kontakt mellom dei ulike ledda i hjelpeapparatet. Fokus på pasienten er viktig. Og det er i tråd med helsereforma. Men sentralisering er eg skeptisk til. Eg meiner det er viktig at så mange pasientar som mogleg kan få hjelp så nær heimstaden som mogleg. Aller helst i eigen kommune, understrekar Taklo, som satsar på to år til med ordførarklubba før han blir pensjonist og hobbymalar og fiskar på heiltid.



## Henrik Sandbu, avdelingssjef ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital

**- Sats på offentlig helsevesen. Ikke bare si at dere vil gjøre det, for i helse-reformen ligger en skjult peker mot privatisering, er Henrik Sandbus melding til helseregionen. Sandbu er avdelingssjef ved ortopedisk avdeling, St. Olavs Hospital i Trondheim.**

### **Kan du utdype dette?**

- Helsereformens fokus på og jag etter målbare resultater kan føre til at det bringes inn private aktører med det resultat at det offentlige helsevesen blir drenert for ressurser – faglig ekspertise og muligheter til å gi god behandling.

Sandbu mener at helsereformen ikke har adressert problemene som oppstår i skjæringspunktet mellom økonomiske prioriteringer og medisinske prioriteringer: - Det økonomiske systemet, gjennom rammebeholdninger og DRG-finansiering, kan hemme eller motvirke at det er de riktige medisinske prioriteringene som gjøres.

**- Vil du karakterisere reformen som vellykket?**

- Etter kun ett år er det for tidlig å si. Strukturen og de ytre rammene er på plass. På ledernivå ser vi forandringene, men de synlige resultatene, resultatene for pasientene, ser vi ikke ennå. Det vil ta tid. Når det gjelder Helse Midt-Norges delmål om å fjerne ventelister og korridorpasienter, er det følgende å bemerke: Ventelistene er kortere fordi det har skjedd en opprydding, det står færre personer der. Men det er først og fremst et samordningsspørsmål, og det er viktig nok fordi det gir foretakene et styringsredskap – de som står på venteliste nå, er reelle pasienter. Korridorpasient-problematikken er langt på vei løst.

Sandbu frykter også at den helsepolitiske arena flyttes som følge av reformen:

- Innføring av statlig eierskap og overgang til foretak fører ikke til at helsepolitikken som sådan forsvinner. Den blir bare mer skjult og flyttes til andre arenaer. Vi på avdelingsnivå bør ta faget og fagetikken tilbake. Det er der diskusjonen hører hjemme, påpeker Henrik Sandbu.







## ➤ Helsereformen ett år etter



**Ragnhild Berge,**  
styreleder Helse Midt-Norge

**- Helsereformen setter store krav til holdningsendringer hos både ansatte og ledere – og holdningsendring tar tid. Men jeg synes vi har møtt endringsvilje, stor entusiasme og mye pågangsmot hos de ansatte i løpet av dette første, hektiske året, sier styreleder i Helse Midt-Norge, Ragnhild Berge.**

Sju helseforetak og sykehusapoteket i Midt-Norge har styreleder Berge ansvaret for – for ikke å snakke om de 640 000 innbyggerne foretakene skal tjene. Målene er ambisiøse og fordrer

hard jobbing, også i året som kommer.

**- Vi satte oss fire hovedmål:** Ventelistene skulle ned, korridorpatientene bort, økonomien skulle i balanse, og det skulle på plass et resultatoppfølgings-system for lederne. Når det gjelder ventelistene, er det per oktober 9000 færre pasienter på venteliste enn ved årets begynnelse. Problemet med korridorpatienter vil være borte i løpet av året. På økonomistyring er vi ikke kommet så langt som vi skulle ønske. Det skyldes delvis at det er noe uklare føringer

fra eierne, blant annet har vi ennå ikke fått noen åpningsbalanse. Men jeg føler at vi har kommet kortest når det gjelder resultatoppfølgingsystemet for lederne.

Et system der vi kan måle både kvalitet og kvantitet, i tillegg til brukerservice og medarbeidertilfredshet.

Som nevnt, helsereformen forutsetter en kultur- og holdningsendring. Vi må lære oss å tenke på en annen måte. Vi må ”venne oss til” tanken på funksjonsfordeling mellom sykehusene. Jeg tror

## Overlege Harald Eikrem, Helse Sunnmøre HF Ålesund Sjukehus

**- Å vurdere effekten av helsereformen er vel ikke noen gitt foreløpig, til det har den virket for kort tid, påpeker avdelingsleder Harald Eikrem ved ortopedisk avdeling, Ålesund Sjukehus.**

Hovedfokus har vært å redusere ventelister og ventetiden, spesielt for dem som har ventet lengst. I vår region mer presist å redusere ventelistene med 30 prosent. En rekke private aktører/tjenesteytere har fått brukbare avtaler for å hjelpe til med dette. Dette "markedet" er økende, og fagfolk flytter fra sykehusene. Dette vil raskt kunne gi målbare resultater og en reduksjon av ventelistene på 30 prosent er sannsynligvis ikke urealistisk. Spesielt når det samtidig gjøres en nødvendig oppstramming av dataregistreringen av ventelistene, det gir i seg selv en reduksjon. Men spørsmålet er om det er de riktige pasientene som blir behandlet til riktig tid.

Ortopedien beskjeftiger seg mye med degenerative lidelser som utvikler seg over år og som krever varierende inngripen. Det må ikke bare vurderes hva, men også når ting skal gjøres og hvilke konsekvenser det kan ha for fremtiden, (en vellykket protese er et potensielt problem for fremtiden etter et varierende antall år). Det samlede bildet er komplisert.

Effektivitet er i denne sammenheng ikke noe entydig. Hovedsaken er at riktig pasient blir behandlet på riktig måte, fortrinnsvis av oppdaterte fagfolk.

Uverdig venting kan like gjerne være få uker for en pasient med sterke smerter og tilleggs lidelser, som et år for en mer avgrenset problemstilling.

Litt unyansert kan man således si at de mest "ressurssterke" pasientene (flyttbare, avgrensede problemstillinger, de som kan orientere seg og "shoppe" tjenester der køen er kortest) har størst nytte av det som nå i første omgang tilbys. Om utviklingen fortsetter og sykehusene tappes for fagfolk, vil utdanning av helsepersonell samt tilbudet til mer sammensatte pasientgrupper (ofte eldre) også kunne komme i fare.

på en sterkere spesialisering enn det vi har i dag – til beste for pasienten. Sykehusene må dokumentere kvalitet, og jeg savner benchmarking for å se hvilke sykehus som er gode og lære av dem, understreker Ragnhild Berge, som ser for seg tøff jobbing også fremover:

- Kravene fra helseministeren er harde. Vi går ikke noen enkel tid i møte. Det betyr at vi må se på nye tiltak for samordning for å effektivisere driften i tråd med de krav som stilles til oss, påpeker Berge.



## Hans Tangerud, pasient Mork Rehabiliteringssenter

**73 år gamle Hans Tangerud har opparbeidet seg lang "fartstid" som pasient. Han har vært syk siden 1994, på nyåret i år fikk han konstatert kreft. Nå er han rehabiliteringspasient ved Mork i Volda – langt hjemmefra for mannen som har bostedsadresse i Oslo.**

Intensjonene bak helsereformen er gode, både fritt sykehusvalg og individuell plan. Problemet er at helsepersonellet ikke kjenner reglene godt nok, og at det skorter på gjennomføringen, dessuten opplever jeg som pasient at det ofte blir en kamp om pasientene. Det kan noen ganger virke som helsevesenet motarbeider sin egen reform, sier den pensjonerte førsteamanuensis.

Før han kom til Mork, har Tangerud vært pasient ved et annet rehabiliteringssenter. Der ble han utskrevet til tross for at bydelen i Oslo ikke hadde noen planer for hvordan de skulle ivareta den rullestolavhengige mannen.

- Jeg kjempet i ti måneder for å få en individuell plan med et tverrfaglig team rundt meg. Nå gjenstår det å se om de klarer å gjennomføre.

**- Hvordan har det seg at du søkte deg til Mork når du er hjemmehørende i Oslo?**

- Jeg hadde hørt om Mork og ville gjerne hit. Derfor fikk jeg fastlegen min til å søke meg inn, og det er jeg meget fornøyd med. Både faglig og sosialt trives jeg meget godt her, understreker Tangerud.

# Hvorfor åpenhet

**”Det nye helse-Norge – i all hemmelighet?”** var tittelen på et foredrag helseministeren holdt for norske redaktører denne høsten. Høybråten hadde en rekke ankepunkter mot helseforetakene, blant annet hevdet han at for mange saker blir unntatt offentlighet, styremøtenes saksdokumenter kommer for sent eller er vanskelige å få tak i, og foretakenes styreleder eller administrerende direktør er vanskelig tilgjengelig. Han understreket også at bare én av fem regioner, nemlig Helse Midt-Norge, har åpne styremøter.

*”Flere av de nye helseregionene har skapt problemer for norske medier fordi det skorter på åpenheten både med hensyn til reglene om møteoffentlighet og dokumentoffentlighet. Må det være slik?”*

spurte Høybråten. I budsjettproposisjonen for 2003 nevnes det eksplisitt at offentlighetsloven gjelder for foretakene. I foretakene skal det etableres brukerutvalg fordi regjeringen mener systematisk kontakt med brukerorganisasjoner er en viktig del av åpenhetsstrategien. Helseministeren påpekte at det fremdeles gjenstår store utfordringer før kravet om økt åpenhet er imøtekommet.

*Men hvorfor er åpenhet så viktig, og hva gjør foretakene for å imøtekomme kravet om økt åpenhet?*



**Ragnhild Berge,**  
styreleder Helse Midt-Norge:

**P**å regionalt nivå har vi hatt åpne styremøter i snart ett år. Så langt har vi gode erfaringer med åpne møter. Vi opplever at det er relativt stor interesse for det vi holder på med, og at vi har fått god dekning i mediene.

**- Hva er fordelene med åpne styremøter?**

- Den største fordelene er at offentligheten får større innsyn og kan følge med i hvordan vi driver sykehusene. Samtidig tror jeg det bidrar til en skjerpet holdning i møtene.

**- Hvilke andre tiltak har Helse Midt-Norge iverksatt for å imøtekomme kravet om åpenhet?**

- Vi legger ut sakslistene for styremøtene på nettet noen dager før møtet, og vi sender sakspapirer til andre som ønsker det. Vi er også aktive etter styremøtene; vi sender ut pressemeldinger, vi lager nyhetsbrev som sendes internt i sykehusene våre og til andre målgrupper, og vi legger ut nyhetssaker på nettet. Det aller viktigste er likevel at vi legger opp til aktiv involvering før beslutningen tas. Vi må utvikle en kultur hvor påvirkningen fra de ulike interessene skjer underveis i prosessene. Slik kan vi ta beslutninger uten alle omkampene som tidligere har preget helsevesenet.



# i helse-Norge?



**Finn Sjøe,**  
førstelektor i journalistikk,  
Høgskolen i Oslo

Jeg tror det er tre områder i forbindelse med kravet om økt åpenhet som vil by på problemer for helseforetakene. Det er hvordan de bruker offentlighetsloven, hvordan de praktiserer åpenhet i forhold til styremøter, og hvor stor munnkurv som blir satt på de ansatte. Offentlighetsloven er en typisk skjønnslov – en sveitserost med mange smutthull. Spesielt gir bestemmelsene om intern saksbehandling, taushetsplikten og dokumentinnhold grobunn til mye forvirring og debatt. Hvordan loven praktiseres, er avhengig av både medienes og de ansattes krav til åpenhet.

**- Hvorfor bør helseforetakene strebe etter åpenhet?**

- Hovedargumentet for stort innsyn er at det gir bedre kontroll med bruk av offentlige ressurser. Med større innsyn og mer åpenhet kan offentligheten følge med på om det blir sløst med ressurser. Det har skjedd før, og det kan fremdeles forekomme. Uten innsyn – hvordan kan offentligheten vite om kritikkverdig sløsing? Til syvende og sist er det pasientene som blir skadelidende, fordi det ikke er penger igjen til riktig behandling for dem som trenger det. Større innsyn er også viktig for å avsløre kritikkverdig pasientbehandling. Det er vanskeligere for den enkelte å melde fra om vanpleie og feilbehandling dersom alle saker unntas offentlighet. Endelig er økt åpenhet også en effektiv måte å kontrollere behandlingen av ansatte på.



**Aksel Tonjer,**  
informasjonsdirektør Helse Sør:

Vi er en organisasjon under etablering og har arbeidet målrettet for å få alle rutiner på plass. Det skal være innsyn i vår virksomhet, vi skal følge offentlighetsloven og praktisere mer offentlighet. Rent konkret legger vi ut agenda og styresaker på nettet én uke før styremøtene, samtidig som sakspapirene blir sendt til styremedlemmene. Vi legger også vekt på åpenhet og involvering i viktige prosesser. Det siste halvåret har vi gjennomført en svært omfattende strategiprosess med totalt ni prosjektgrupper som har tatt for seg ulike sider ved vår virksomhet. I disse prosjektgruppene har det vært medlemmer fra helseforetakene, brukerorganisasjonene, ansattes organisasjoner, og representanter fra KS. Dette er det vi mener med involvering.

**- Hvorfor har dere ikke åpne styremøter?**

- Vi mener at det viktigste er åpenhet underveis i prosessen, slik at prosessen i seg selv blir gjenstand for innsyn og debatt – og dermed påvirkning. Påvirkningsmulighetene er til stede underveis i prosessen – i styremøtene er ikke lenger den muligheten der. En mulig problemstilling med åpne styremøter er at de reelle beslutningene fattes i andre fora – hvor for eksempel de ansattes representanter ikke er med. Lukkede styremøter burde ikke være noe stort problem i forhold til involvering og innsyn, så fremt det er åpenhet i prosessene frem til styremøtene. I tillegg legger vi også ut protokoll som viser hva vedtakene på møtet ble.



➤ Debatt – åpenhetens grenser

# Hvorfor åpenhet i helse



# -Norge?



**Finn Holmer-Hoven,**  
redaktør Fædrelandsvennen,  
Kristiansand:

**R**edaktør Finn Holmer-Hoven i Fædrelandsvennen ser en helt klar tendens til uthuling av intensjonene i offentlighetsloven.

- Helseforetakene disponerer over noen av de største skattepostene i det norske samfunn. Et foretak som til de grader disponerer offentlige midler, bør rent prinsipielt underlegges full offentlighet, understreker Holmer-Hoven, som fortsetter: Man skulle dessuten tro at styret trenger korreksjon og debatt før sakene avgjøres.

Men den erfarne presse mannen har også forståelse for argumentene mot åpne styremøter: - Da sykehusene var underlagt fylkeskommunen, ble det en smørje der partipolitiske interesser og populisme til tider styrte mer enn hva som var til beste for pasienter og sykehus. Det utspilte seg et skuespill – et spill for galleriet. Helse Sør har på den korte stunden det har eksistert klart å løse større problemer og viser større evne til å skjære gjennom enn politikerne klarte på 30 år.

Holmer-Hoven understreker dog at det er profesjonelle styremedlemmer som sitter i foretakene. De er ikke avhengig av lokalpartienes gunst og trenger heller ikke å bekymre seg om meningsmålinger, derfor burde de være robuste nok til å klare å forvalte og styre til beste for allmennheten selv med åpne styremøter og beslutningsprosesser.

- Det er ingenting som angår folk flest mer enn helse. Derfor bør det være så stor grad av offentlighet som mulig, sier Finn Holmer-Hoven.



**Magne Dåstøl,**  
direktør i Elkem Materials  
og styremedlem i Vest-Agder  
Sykehus:

**O**vergangen til organisering som egne foretak som skal drives etter kommersielle prinsipper, vil medføre helt nye utfordringer for sykehusene. Det mener Magne Dåstøl. Dåstøl sitter i styret for Vest-Agder Sykehus. I det "sivile liv" er han direktør i Elkem og har lang styreerfaring i norske og utenlandske selskaper.

- Med den nye organiseringen og fritt sykehusvalg vil det til syvende og sist dreie seg om en kamp om pasientene. Store deler av strategiprosessen er åpen og bør være det, men helseforetakene er konkurranseutsatt, og deler av strategien og budsjettet må diskuteres i henhold til en posisjonering i forhold til kundene, altså pasientene. Det vil da være helt unaturlig med åpne styremøter, på samme måte som Orkla neppe ville like å ha journalister til stede på sine styremøter. I tillegg tror jeg vi ville oppleve at enkelte av styrerepresentantene ville uttale seg annerledes med pressen til stede. Hele vitsen er jo at på styremøtene skal man kunne diskutere fritt.

**- Men helseforetakene forvalter store offentlige budsjetter, og helse har stor allmenninteresse, er det ikke bare rimelig at offentligheten får innsyn?**

Jeg har stor forståelse for at helse og driften av helseforetak har stor interesse, men andre hensyn veier tyngre, og interessen og kontrollen fra allmennheten kan i varetas på andre måter, blant annet gjennom offentlige styrereferat og åpenhet i prosessen forut for styremøtene. Helseforetakene må nå oppfattes som hvilke som helst andre private bedrifter. I prinsippet er det ingen forskjell på sykehus som staten eier eller på Statoil, som også er statseid, påpeker Dåstøl.



Tåka henger tungt over Sunnmørsalpene. Vestlandshøsten sender regnet som piskesnert mot huden. Jeg nøler et øyeblikk ved døra – kreftpoliklinikken. Gjennom dørsprekken triller latterkuler. Fulgt av en bergensstemme i heftig allegro.

Jorun Bøyum:

# Omsorgens Vøringsfoss

**H**umor er viktig. Kreft er en ensom sykdom. Vi vil gi dem et løft – humor og glede i tillegg til behandling. Og jeg tror ikke det er en pasientgruppe som bruker mer humor og selvironi enn kreftpasienter. De viser et enormt pågangsmot, og de fleste beholder humøret på en imponerende måte. Jorun Bøyum er avdelings-sykepleier ved kreftpoliklinikken på Ålesund Sjukehus. Hvert år har de 2000 besøk av kreftsyke.

Kontoret, som tjener både som pause-rom for ansatte, samtalerom og Joruns private lager og omkleddningsrom, røper en hektisk besitter. To par joggesko står stuet i reolen. På hyllen over et par håndklær og en parfymeflaske. Solide norske matpakker med smørpapir midt på bordet. Sykkelhjelm i kroken. En Weidemann-plakat som ikke henger helt rett – sannsynligvis fanget inn i avdelingssykepleierens dragsug i det hun suste forbi i 18 sekundmeters styrke. Damen får Duracell-kaninen til å bli en flau klisjé. Hun er som Vøringsfossen i snøsmeltinga – ikke akkurat ENØK.

*- Du kan virke som den perfekte kryssning av mor go-hjerta og Synnøve Solbakken – omsorgsfull og kjernesunn?*

- Jeg har gjort mine erfaringer som alle andre – og er langt fra perfekt. Jeg snakker for mye. Avbryter stadig. Og har ambisjoner om å bli en mye bedre lytter. Og – jeg ble ikke akkurat født inn i "trøste-og-bære-yrket". Jeg drømte aldri om å bli sykepleier, skulle bli lærer. Hele familien fikk sjokk da jeg plutselig meldte at jeg skulle til Kristiansand og gå på sykepleierskolen.

*- Men sykepleier ble du – og kreftspesialist?*

- Det er givende. Selv om det er mange utfordringer og triste timer, så er det fantastisk å få lov til å være delaktig i disse menneskenes liv. De viser en enorm livsvilje – og det er jo faktisk slik at halvparten blir friske. Mange kan vi forlenge livet for. Behandlingsmulighetene er mange og gode. Men selvsagt – det er hardt å miste så mange pasienter. Vi kommer veldig tett på dem når vi sitter sammen med dem time etter time mens behandlingen pågår, forteller Jorun Bøyum.

*- Hva er de vanskeligste samtalenene?*

- Det er når jeg vet og ser at pasienten snart skal dø og de ikke erkjenner det selv. Det blir så mye av mitt eget som kommer i veien. Hva jeg synes og tror er best. Men vi kan ikke dytte vårt på pasientene. Vi må respektere valg de tar. Alt hos oss er et tilbud. Også om de vil snakke om døden. Men noen ganger blir også høflighetsfaser absurde. Hvordan kan jeg ønske godt nyttår til en som ikke vil oppleve våren. Eller hilse god sommer når jeg vet at sommeren blir preget av knalltøffe kurer og mye smerte?

I 23 år har bergenser Jorun Bøyum bodd i Ålesund. Nesten like lenge har hun drømt om å flytte hjem til buekorps og Hagelins fiskekaker.

- Det er mest for spøk. Jeg har grodd fast her oppe og trives utmerket med familie, venner, sykling i motvind og fantastiske fjellturer, ler Bøyum.

*- Og hvem er det som tar vare på Jorun?*

Jeg kobler av med sykkelturen hjem – renser hodet for jobb. Jeg elsker operas drama og Mozarts melodiositet. Jeg leser. Driker god vin. Livet er godt – jeg har en flott familie og nære venner. - Jeg synes egentlig at Jorun er ganske flink til å ta vare på Jorun også.





### Planer for vaksineringsprogram mot kopper

Trusler om biologiske terroraksjoner har gjort at helsemyndigheter over hele den vestlige verden har satt i gang med planlegging av vaksinasjonsprogram mot kopper. Og de første som vil bli vaksinert er helsearbeiderne. - Norge er med i en nordisk samarbeidsgruppe der vi har utarbeidet en felles strategi om beredskap mot et mulig utbrudd av kopper. Så langt er det ikke fattet noen beslutning om å iverksette et vaksinasjonsprogram, sier overlege Øystein Løvold ved avdeling for infeksjonsovervåkning ved Norsk Folkehelseinstitutt.

Norge har 650 000 doser koppevaksine nedfrosset. Disse er testet og funnet brukbare. Lengst fremme i planleggingen er USA der det foreligger planer om ikke bare å vaksinere helsearbeidere, men hele befolkningen. I England er en vaksinasjon av helsearbeidere på trap-pene.

Siste naturlige utbrudd av kopper var i Somalia/Øst-Afrika på slutten av 70-tallet.

## OSS drilles i hygiene

**OSS (Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus) kommer godt ut i en landsomfattende undersøkelse som registrerer sykehusinfeksjoner. Besøk av hygienesykepleier og stor innsats fra de ansatte gjør at OSS er blant landets beste på hygiene.**

Det forebyggende arbeidet ved sykehuset er meget bra, sier hygienesykepleier Elisabeth Hansen. Hansen er på OSS to til tre dager i uken og er meget fornøyd med hvordan sykehuset håndterer den interne hygieneprosessen. Det er nylig utarbeidet en hygieneperm som de ansatte skal drilles i å benytte så ofte som nødvendig. Elisabeth Hansen er ansatt ved St. Olavs Hospital, men leies ut til OSS i 50 % stilling. Hun påpeker at selv om OSS er blant de aller beste, så er det alltid mulig å bli bedre. - Så langt er jeg imponert over hvor flinke de ansatte er til å konsultere meg, sier Elisabeth Hansen.

### Blant de beste

Resultatet av siste prevalensundersøkelse (reg. av sykehusinfeksjoner) viser at 2,9 prosent av inneliggende pasienter ved OSS har pådratt seg infeksjoner, mens tallet på landsbasis var 5,2 prosent.

På landsbasis utgjør urinveisinfeksjoner den største andelen sykehusinfeksjoner (33,7 prosent). Hansen mener det kan virke forebyggende hvis alle er mer kritiske til bruken av kateter på sykehu-

sene. Av flere drenasjemetoder bør intermitterende kateterisering – eller engangskateter – vurderes i flere tilfeller enn i dag. Dette innebærer at det settes inn et kateter til blæra gjennom urinrøret, og at kateteret fjernes når blæra er tom.

- Permanent kateterisering, hvor kateteret blir liggende i blæra og urin dreneres kontinuerlig, medfører en langt høyere risiko for urinveisinfeksjoner, sier Hansen. Det finnes flere indikasjoner for bruk av kateter, og Hansen mener at de aller fleste avgjørelsene som tas om hvorvidt permanent eller engangs kateter skal settes inn, er korrekte. Likevel har hun oppdaget tilfeller hvor situasjonen kunne vært vurdert annerledes.

- I noen tilfeller hvor jeg spurte etter indikasjon, eller årsak til bruk av permanent kateter, ble det opplyst at det var et ønske fra pasientens institusjon at han/hun ble hjemsendt med kateter. Når det gjelder eldre mennesker som har et generelt dårlig immunforsvar, kan en urinveisinfeksjon få alvorlige følger. Da burde sykehuset ta en telefon til institusjonen og forklare hvorfor dette er en dårlig idé.

## Digital røntgen skal gi gevinst

Helse Midt-Norge er i ferd med å innføre digital røntgenteknologi (PACS/RIS). HF Nord-Trøndelag starter prøvedrift med det nye systemet i midten av desember, og i perioden fram til neste sommer skal alle sykehusene i helseregionen ta i bruk PACS/RIS-teknologien. For regionen sett under ett innebærer omleggingen en investering i et PACS/RIS-system på ca. 400 millioner kroner over tre år.

Beslutningen om å investere 400 millioner i nytt utstyr er begrunnet med forventninger om store gevinster i form av økt kvalitet og effektivitet i sykehusene. For å sikre at investeringene gir de for-

ventede gevinstene, er det startet et PACS/RIS gevinstrealiseringsprosjekt.

Målet er å hente ut driftsgevinster i størrelsesorden 100 millioner kroner i sykehusene i Helse Midt-Norge. Vi forventer å identifisere gevinster både i røntgenavdelingene og i de kliniske avdelingene som følge av at både leger, sykepleiere og kontorpersonale kan jobbe på en annen måte enn tidligere når røntgen blir digitalisert.

En viktig del av prosjektet blir å identifisere hvilke endringer som muliggjøres av den nye teknologien. Dette er kunnskap som ligger i avdelingene på sykehusene, og prosjektet vil derfor intervjuer i underkant av 50

personer som i dag arbeider med prosesser tilknyttet røntgen. Ytterligere flere fagfolk vil bli bedt om å delta i et team som skal kvalitetssikre forslagene til effektivisering som er samlet inn. Til slutt skal det presenteres en plan som viser hvordan det enkelte HF skal gå fram for å realisere gevinstene som er identifisert i prosjektet.

Ansvarlig for gevinstrealiseringsprosjektet er fagdirektør Jan Eirik Thoresen ved fagavdelingen i Helse Midt-Norge, og styringsgruppa ledes av viseadm. dir. i Helse Midt-Norge Asbjørn Hofslie. Konsernutvalget i Helse Midt-Norge har oppnevnt Jan Erik Wettre ved sykehuset i Levanger som de ansattes representant. Prosjektet skal levere sin innstilling til ledelsen 20. februar.





Elektronisk bestilling:

## Direkte fra legekantor til sykehus

**Sosial- og helsedepartementet har innvilget støtte til å gjennomføre totalt fire utprøvningsprosjekter for elektronisk timebestilling fra legekantor til sykehus i Norge. OSS HF og tre primærleger fra regionen utgjør ett av disse prosjektene.**

I første omgang vil det være røntgen og medisinsk poliklinikk (gastro) som åpner for bestilling av timer direkte fra primærlegenes kontor. Hver av avdelingene legger ut et bestemt antall timer i uka, som gjøres tilgjengelig for legene slik at de kan reservere direkte og gi pasienten tidspunkt og dato når han/hun går ut døren.

Lege Jan Waage ved Fannrem legesenter er en av de tre legene som deltar i prosjektet sammen med OSS. Han er meget positiv til tross for en mer skeptisk holdning i startfasen.

- Jeg følte at mange andre saker var viktigere og burde prioriteres, sier Waage. Da prosjektgruppa kom i gang med arbeidet, syntes han det var viktig at det var "enkle" tjenester som ble prioritert i første omgang, og gikk i bresjen for å få med røntgen. - Henvisninger til røntgen blir sjelden avvist, sier Waage, som også kan tenke seg at noen faste kriterier blir lagt inn i selve programmet, slik at muligheten for at henvisningen blir avvist av sykehuset, blir redusert ytterligere.

- Vi slipper usikkerheten som ligger i rutineene slik de er nå. Ofte lurer vi på om

pasienten har fått time, om han/hun står i kø, eller hva som skjer. Muligheten til å foreta elektronisk booking er en stor fordel for pasienten, sier Waage.

I tillegg til røntgen skal medisinsk poliklinikk frigjøre timer til gastroskopi for primærlegene.

Overlege John Langtind ved medisinsk poliklinikk på OSS er involvert i prosjektet og er mer forsiktig optimist enn Waage. Langtind hevder at dersom ventelistene ikke hadde vært så lange, så hadde dette ikke vært noen hastesak. Slik det fungerer i dag, er det hans oppgave å lese primærlegens henvisning for så å prioritere pasientene i køen. Med elektronisk timebestilling vil prioriteringen i stor grad flyttes over til primærlegene. Han tviler ikke på at de prioriterer korrekt, men er mer spent på hvordan dette vil fungere i praksis. I likhet med Waage ser Langtind fordelene med å kunne legge inn faste kategorier i systemet, og han kan også forestille seg muligheten av å utvide prosjektet til å gjelde flere områder.

Prosjektet ble satt i gang høsten 2002.

## Desentralisert sykehus tilbud til hørselshemmede

**Som første sykehus i landet har Molde sjukehus i samarbeid med Sunndal kommune opprettet et annenlinjetilbud i en kommune, gjennom et desentralisert sykehus tilbud for hørselshemmede på Sunndalsøra.**

Desentraliseringen innebærer at spesialisthelsetjenesten flyttes ut av sykehuset og inn i primærhelsetjenesten der brukeren bor.

- Vi vil gjennom dette tilbudet vise myndigheter, brukere og Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) at dette er en god måte å bygge ut den offentlige hørselsomsorgen på, sier Eva Andersen ved Hørselsentralen Molde sjukehus. Hun har stått sentralt i arbeidet med å etablere avdelingen på Sunndalsøra.

Samfunnsøkonomiske gevinster

- Avstandene i Møre og Romsdal er lange, og vi har derfor over en tid vurdert om vi ikke kunne flytte virksomheten ut til pasientene og på den måten spare pasientene for lange og ofte slitsomme reiser, tapt arbeidsfortjeneste og samtidig spare samfunnet for utgifter i form av mindre reiseutgifter, sier Andersen.

- Med de samfunnsøkonomiske gevinstene som ligger i dette, er dette et initiativ som ikke bare burde interessere helsesektoren, men også arbeids- og administrasjonsminister Victor Norman og alle som arbeider med regional planlegging, sier hun.

Flere konsultasjoner

- Det er nærliggende å anta at når tilbudet i Sunndal blir kjent, vil antall konsultasjoner øke betraktelig, og det er også sannsynlig at pasienter fra Surnadal, Tingvoll, Rindal og kanskje også Oppdal i større grad vil benytte seg av det. Langt flere vil stikke innom når de har behov for hjelp. Mange gruer seg på reise den lange veien til Molde, dette gjelder i stor grad brukere som er på sykehjem og institusjoner. Hørselsentralen i Molde har for eksempel halvårskontroll for alle pasienter som får tildelt høreapparater, men det er mange som ikke møter til denne kontrollen og det er gjerne de som trenger hjelpen mest.

## Ny MR-poliklinikk ved Helse Sunnmøre

22. oktober opna MR-poliklinikken ved Ålesund Sjukehus. Avdelinga blir meir tilgjengeleg overfor pasientane ved at dei no tar i bruk dyrt avansert utstyr også utanfor normal arbeidstid.

Den nye MR-poliklinikken vil, som namnet seier, drive poliklinisk verksemd, medan den "gamle", men oppgraderte MR-maskina skal nyttast til inneliggjande pasientar. Når ein kan skilje inneliggjande og polikliniske pasientar, kan ein drive MR-seksjonen meir effektivt. Før opninga av den nye poliklinikken har røntgenavdelinga

drive kveldspoliklinikk ved at dei tok i bruk den eldre, men oppgraderte MR-maskina. Resultatet er at ventetidene er blitt redusert med 7 månader sidan august i år, det vil seie frå 11 månader i august og til 130 dagar per dags dato. Målet er å kome under 3 månader før året er omme.

Arbeidet med MR-senteret starta då Ålesund Sjukehus enno var ein del av Møre og Romsdal fylkeskommune, men arbeidet blei intensivert etter at Helse Sunnmøre var blitt ein realitet.

# Der døden underviser de levende



Harald Aarset

**Avdeling for patologi og medisinsk genetikk. Navnet maner frem bilder av lange kniver og sterile stålbenger og gir en fornemmelse av død. Men patologene på St. Olavs Hospital kjenner seg ikke igjen i patologfigurene fra film og TV. - Obduksjoner er bare en liten del av det vi gjør. Folk burde heller forbinde oss med kreftdiagnostikk, mener avdelingssjef Harald Aarset.**

Patolog Harald Aarsets kontor er et helt ordinært, luktfritt rom. Han har ingen skjeletter i skapet, ingen skarpe kniver i skuffen og ingen beholdere med urovekkende gjenkjennelig innhold i hyllene. Et digert mikroskop dominerer arbeidspulten, ved siden av ligger flere brett med små glassplater med rosa og lilla rundinger.

- Patologer blir fryktelig fornærmet når det eneste folk tror vi gjør, er å skjære i døde mennesker, forteller Aarset.

For det er mikroskopet og de små glassplatene som er hverdagen. På glassplatene ligger det tusendelsmillimeter tynne snitt av vevsbiter, og observasjon og analyse av disse snittene ved hjelp av mikroskopet er den vanligste arbeidsmetoden for patologer. Patologi er læren om sykelige forandringer i kroppen – og for å studere forandringene, må du studere kroppens vev og celler.

- Et sykehus har to kjernevirksomheter:

Å diagnostisere og behandle. Forutsetningen for å kunne gi riktig behandling, er å ha riktig diagnose. Her er patologene uvurderlige, understreker Aarset.

## Kamp mot kreft

Aarset har vært tilknyttet St. Olavs Hospital, avdeling for patologi siden 1982. 70 personer arbeider på avdelingen, som er en av de fire største i landet. Kampen mot kreft står øverst på dagsordenen. Gjennom mikroskopisk analyse av vev og celler kan patologer stille en kreftdiagnose. De kan også si noe om kreftens aggressivitet – og hvilke behandlingsutsikter pasienten har.

- Hver dag ser vi mange triste ting i mikroskopet. Jeg har stor respekt for blant annet barneleger som må videreformidle våre funn, sier patologen.

Aarset understreker at patologer også kan ha pasientkontakt hvis de ønsker. Blant annet har patologer som arbeider ved Mammapoliklinikken tett kontakt

med kvinnene som kommer for å ta celleprøver fra svulster i brystene.

- Her kan pasientene få stilt en diagnose og motta et opplegg for videre behandling i løpet av en og samme konsultasjon. Pasientene er veldig fornøyd, spesielt fordi det går fort. De slipper å vente i dager og uker på diagnosen, forteller patolog Ingibjörg Gudmundsdóttir, som bruker mye av tiden sin ved Mammapoliklinikken.

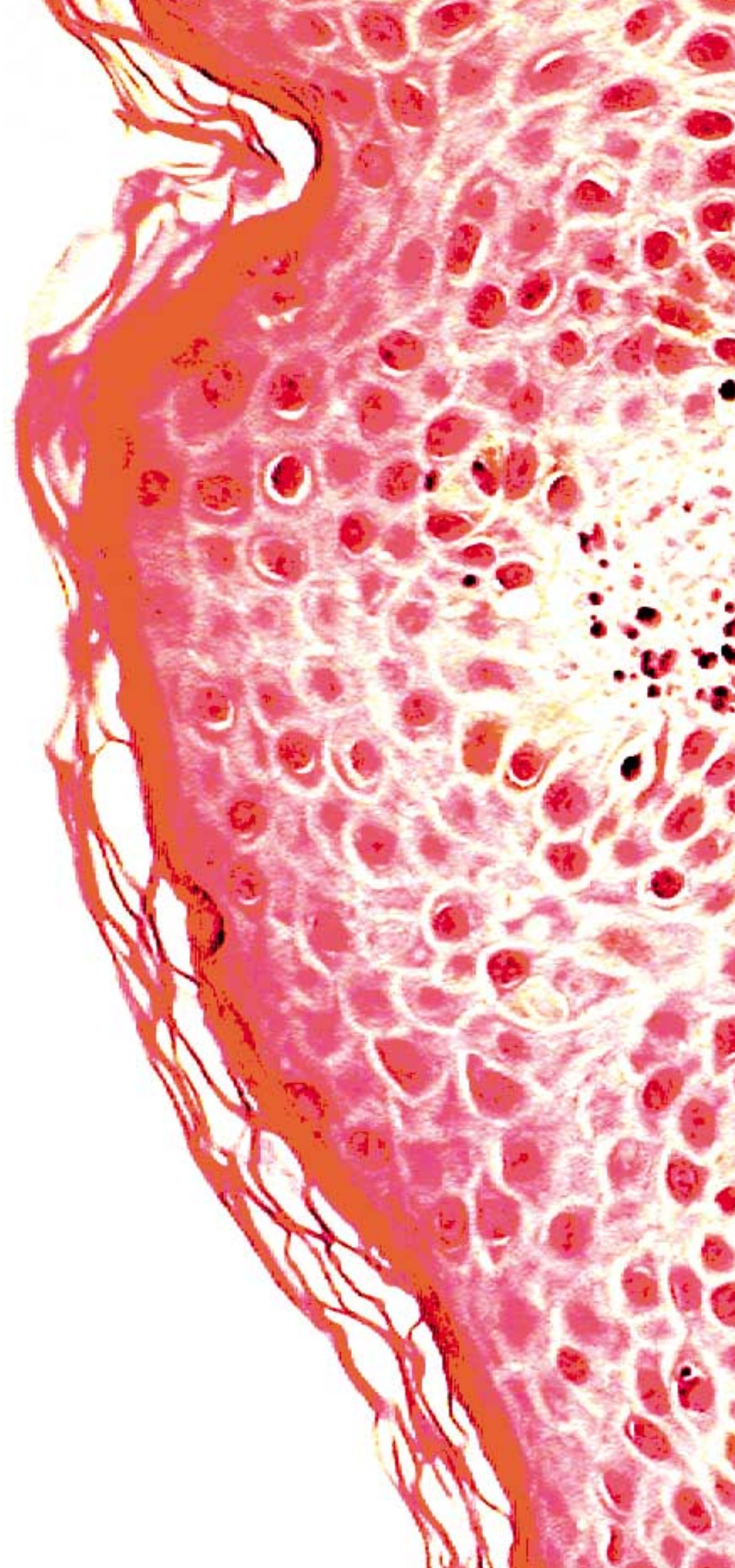
## Analytisk og visuell puslevirksomhet

I trappen opp til det store laboratoriet henger et stort bilde av noe som ligner på en vakker, rosa plante. I virkeligheten er kunstverket et snitt fra lillehjernen – forstørret utallige ganger.

- Når du ser slikt, får du en ærbødighet for naturen. Det er mye vakkert å se i mikroskopet, smiler Aarset.

Å kunne gjenkjenne mønstre, mener Aarset er en patologs viktigste egenkap. Patologi er et visuelt fag, hvor





man må kunne gjenkjenne bilder og forstå celledmønstre.

- Patologi er en analytisk puslevirksomhet. Det er intellektuelt tilfredsstillende å studere bilder, og dedusere seg frem til svaret gjennom logisk analyse. Det kommer stadig prøver av ting vi ikke har sett før, som vi ikke vet hva er. Selv når det dreier seg om "enkle" saker som undersøkelse av en føflekk, kan det noen ganger være vanskelig å komme med sikker diagnose, forteller avdelingssjefen.

### Obduksjonen

Selv om mikroskopet er patologens viktigste redskap, er og blir obduksjonen en sentral aktivitet innen patologien. Sykehusobduksjoner blir gjennomført på pasienter som dør på sykehus, for å kunne fastslå dødsårsaken med sikkerhet eller for å kunne vurdere effekten av behandlingen pasienten har fått. På den måten fungerer obduksjonen som kvalitetssikring for hele sykehuset.

- Mange tror at vi i dag har så mye medisinsk teknologi tilgjengelig at vi ikke trenger obduksjoner. Men det gjør vi. Det er bare pasienten og pasientens organer som forteller sannheten om hvorfor de døde og om behandlingen de fikk var riktig, understreker Aarset.

Det foretas færre og færre obduksjoner, både på verdensbasis og her til lands. På St. Olavs Hospital gjøres mellom 400 og 500 obduksjoner i året. Rundt en tredel av disse er rettsmedisinske obduksjoner – gjort på forespørsel fra politiet. De utføres dersom det har vært et plutselig dødsfall under uklare omstendigheter, eller dersom vedkommende døde i fengsel eller i en trafikkulykke. I en rettsmedisinsk obduksjon er patologen særlig opptatt av de utvendige skadene – med sikte på å avdekke straffbare forhold.

- Det hender at pårørende tar kontakt med oss etter en obduksjon. I sorgreaksjonen kan folk ha behov for å vite helt konkret hvordan deres kjære døde, og hvilket hendelsesforløp som er rimelig å anta, forteller Aarset.

I selve obduksjonsrommet finner du stålbenkene og knivene som du ikke har lyst til å tenke på hva brukes til. Da hjelper det å lese skriften på veggen: "Mortui Vivos Docent" – døden underviser de levende.





➤ Der døden underviser de levende



NO. \_\_\_\_\_

Use Universal Blood/Body Fluids Precautions With All Patients.

Name \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Rm \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Time Expired \_\_\_\_\_ Date Expired \_\_\_\_\_

Mortician \_\_\_\_\_

**ATTACH TO PERSONAL EFFECTS**

Did patient have a communicable disease?  
 Yes  No

Form 90138

# Patologi

## Fra grav til livredder

**Under renessansen ble disseksjon av lik kjent som en logisk måte å lære om kroppens struktur og funksjoner på. Det var imidlertid lettere sagt enn gjort å dissekere i et strengt religiøst samfunn. Kirken forbød disseksjon – og publikum forstod ikke behovet for det. Kropper ble stjålet fra kirkegårdene midt på natten og smuglet til provisoriske laboratorier.**

Flere kunstnere var involvert i de ulovlige disseksjonene. Leonardo da Vincis lidenskapelige interesse for kroppens former førte til at han deltok på obduksjoner. På bakgrunn av disse laget han nydelige tegninger – som eksisterer den dag i dag.

En lege som levde på da Vincis tid, Antonio Benivieni (1443-1502), var den første som brukte en anatomisk disseksjon til å fastslå et menneskes dødsårsak. Det er dermed han som har fått æren av å ha utført den første obduksjonen.

Store fremskritt ble gjort innen anatomi, og en mer vitenskapelig metode ble utviklet i århundrene som fulgte frem til slutten av 1700-tallet. Da hadde mannen som blir regnet som den moderne patologiens far, Marie-Francois-Xavier Bichat, sitt virke. Han viet livet sitt til å studere sykt vev med det blotte øye og med forstørrelsesglass. Bichat døde av tuberkulose – som han sannsynligvis pådro seg da han obduserte en pasient som døde av samme sykdom.

Den store kjempen innen patologi heter Carl Rokitansky (1804-1878). I løpet av sin karriere foretok han rundt 20 000 obduksjoner. Hans resultater og funn var så omfattende at lite nytt kunne bli oppdaget innen patologien bare med det blotte øye til hjelp.

Noe senere på 1800-tallet utviklet Rudolph Virchow i Berlin den mikroskopiske patologien. Dette førte til at patologen byttet ut kniven med mikroskopet som sitt viktigste redskap, og den moderne diagnostiske patologien ble født. I dag er den diagnostiske patologien et av de store knutepunkt-fagene i medisin og en forutsetning for all kreftdiagnostikk og kreftbehandling.

*(Kilde: **The Scope and History of pathology** <http://www.usc.edu/bsc/dental> [www.patologi.net](http://www.patologi.net))*

## Trønderhelsa:

# Nordtrønderere lever

**Nordtrønderske menn lever ett år lenger enn landsgjennomsnittet. Men stadig flere av fylkets kvinner og menn blir arbeidsuføre, viser Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).**

Siden vi har en av landets lengste levealdre, må vel det bety at folkehelsa i Nord-Trøndelag ikke er så verst? undrer fungerende daglig leder ved HUNT, Steinar Krokstad. - En helt annen sak er hvordan folk har det.

For mens folk i Nord-Trøndelag lever lenger, blir det også flere og flere uføretrygdede i fylket. Psykiske lidelser, muskelplager og hjerte-karsykdommer er hovedårsakene til at mange tvinges ut av arbeid. Krokstad har forsket på det han kaller "en brutalisering av arbeidslivet."

- Det stilles høyere krav til arbeidstakerne enn tidligere – også i det offentlige. Før hadde offentlig ansatte en trygg arbeidsplass som de var sikre på at skulle bestå. Den tryggheten er borte, sier Krokstad.

### Sosiale ulikheter

Høyere krav og mer usikkerhet på arbeidsplassen kan være årsaken til at flere – også på landsbasis – blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser. Det er særlig de lavere sosiale klassene som rammes. Undersøkelser viser at de med høyest utdanning har best helse. Det er dobbelt så store helseproblemer i lavere sosiale klasser som i de høyere gruppene.

- Selv om vi har et generelt høyt helsenivå i Norge, er det like store sosiale forskjeller i helse her til lands som andre steder i Europa, påpeker Krokstad.

Det er også regionale forskjeller i helse i Nord-Trøndelag. Krokstad mener at de sosiale forskjellene i fylket – nærmere bestemt utdannelsesnivået – kan forklare de regionale forskjellene.

### Flere overvektige

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag er en av verdens største helseundersøkelser. HUNT omfatter alle fylkets innbyggere som er 13 år og eldre. Første etappe i undersøkelsen, HUNT 1, ble gjennomført mellom 1984 og 1986, mens HUNT 2 ble gjennomført i årene 1995-1997. Så langt holder dataene og statistikken fra HUNT 2 over 80 forskere i arbeid. Resultatene fra undersøkelsen viser blant annet at et økende antall nordtrønderere sliter med overvekt.

- Vi er i ferd med å få amerikanske forhold med tanke på overvekt. Dette er et landsdekkende problem, forteller Krokstad.

De helsemessige konsekvensene av overvekt er mange og alvorlige. Sukkersyke kan være et resultat av overvekt, og sukkersyke kan igjen føre til hjerte-karsykdommer. Overvekt kan også resultere i muskelplager og skjelletsykdommer.

- Vi blir mer og mer stillesittende, og vi har rik tilgang på mat. Samfunnet må tilrettelegges slik at folk velger levevaner som er helsebringende. For eksempel gjennom matvarepolitikk. Riktig type mat bør være billig og lett tilgjengelig, mener Krokstad.

### Hodepine hos ungdommen

Blant elever i ungdomsskolen og den videregående skolen er hodepine og nakke- og skulderplager den vanligste lidelsen. Flere jenter enn gutter rapporterer denne typen plager.

- Årsaken til dette kjenner vi ikke, men det er tegn som tyder på at jenter opplever mye press utenfra både med hensyn til kropp, utseende og prestasjoner. Kanskje gjenspeiler kjønnsforskjellene i statistikken noe av dette, mener stipendiat Grete Bratberg Ross, ved HUNT's forskningssenter.

Hva ungdommens livsstil angår, viser forskning at nordtrøndersk ungdom har en gjennomsnittlig tidligere debutalder og et høyere forbruk når det gjelder alkohol enn andre steder i landet, men til gjengjeld har fylkets ungdommer en av de laveste statistikkene på røyk. Dessverre tyder nyere data fra UNG-HUNT 2000/2001 på at ungdommenes drikke- og røykevaner er blitt dårligere, spesielt når det gjelder jenter – noe som blir viktig å overvåke og følge opp i tiden fremover.



lengst



# Jul på St. Olavs Hospital

**Åtte kilo pepperkakedeig, fire kasser mandariner. Ti kilo appelsiner. Tre kilometer glitter. Atskillige kvadratmeter papp og noen liter rød fingermaling. Da er det førjulstravelhet på St. Olavs Hospital i Trondheim.**

**I**ukene før jul er det travle dager for de aller yngste pasientene ved sykehuset. Gaver skal lages. Julekort tegnes. Julekalenderen åpnes.

- Vi har to lekestuer på sykehuset. Når desember kommer, rydder vi unna det meste av andre aktiviteter og leker og setter i gang med å lage gipsbilder, nisser av vattkuler og doruller – og selvsagt appelsiner med nellikspiker. Det er ikke så stor forskjell på det ungene gjør her og det de ville ha gjort dersom de hadde vært i barnehagen eller på skolen, forteller ledende førskolelærer, Randi Strøm.

Fast innslag på aktivitetskalenderen i adventstiden er "tre travle dager". Den første dagen er viet pepperkakebaking. Åtte kilo pepperkakedeig blir av små ivrige hender forvandlet til koner og

menn – noe går selvsagt i magen, men det meste til steking. For på dag 2 er det nemlig rigget til langbord i hallen, og da skal kakedamene og -mennene pyntes med glasur og nonstop. Dessuten må det ordnes med juledekorasjoner og julepynt foran den store nissefesten. Da toger alle ungene – sammen med voksne – gjennom sykehuset mens det ljomes Glade Jul av hjertens lyst. I år får de god hjelp av DDE.

På selve julaften kommer nissen. Men kanskje ikke en helt standard nisse, for nissen på St. Olav har for vane å komme på motorsykkel eller kanskje spark! Alt etter føret.

### 23. jul på sykehuset

Aldri en jul uten! Sykehusprest Erling Tronvik kunne ikke tenke seg å feire

julaften uten å være innom sykehuset. - Dette blir min tjuetredje jul på sykehuset her, og det er noe av det fineste jeg opplever. Vi besøker alle avdelingene i julen, og i romjulen arrangerer vi konserter.

- Jul på sykehuset er kanskje noe av det ensomste et menneske kan oppleve, samtidig er det fint å kunne få være en del av den varmen og omsorgen de ansatte deler med pasientene. Det er et fellesskap som er flott å få være en del av. Og det er fint å kunne være nær, trøste og hjelpe dem som trenger det. St. Olav er jo et regionsykehus, og mange pasienter kommer langveis fra. Da er det ikke alltid så lett med besøk, sier Tronvik.



# Totaløkonomikonseptet

De fleste bruker disse produktene i sin virksomhet:

- Kontorrekvisita
- Datarekvisita
- Kontorpaper
- Finpapir
- Tørk- og hygieneprodukter
- Renholdsprodukter
- Emballasje
- Avfallsprodukter
- Lyspærer/lysrør
- Kantineprodukter
- Profileringsprodukter
- Helse-, pleie- og laboratorieprodukter
- Spesialproduserte emballasjeløsninger



Vi tilbyr hele dette produktspekteret overfor bl.a. sykehus, sykehjem, legekontor og hjemmebasert omsorg.

Vi er en leverandør som dekker de fleste behov, og har sikre leveranser fra ett stort lager!

## Julius Maske AS:

- Foretar behovsanalyse
- Utarbeider forslag til leveringsfrekvens
- Leverer større antall artikler pr. levering
- Leverer til avtalte tider
- Leverer til avtalt sted
- Utarbeider prisavtale
- Gjør besøk og oppfølging etter avtale
- Opplæring fra fagspesialister ved behov

Kort sagt: Etablerer et samarbeid som vil fungere for begge parter



= God totaløkonomi

# MASKE

## JULIUS MASKE AS

Lade Allé 61, 7005 Trondheim. Tlf. 73 89 29 00





**B**

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

ISSN 1503-1780

Vi ønsker alle våre ansatte og samarbeidspartnere en

**God Jul og et Godt Nytt År!**

Helse Midt-Norge RHF

