

HELSE

Fornøyde pasienter
i Helse Midt-Norge

s4

Hva er kvalitet
i helsevesenet

s8

Trygg, traust, trofast

s17

Den usynlige

folkesykdommen

s20

Inspirerende miljøer til kontor, skole og institusjoner



– en bedre hverdag

Kinnarps AS avd. Trondheim
Travbanevn. 6, 7044 Trondheim
Pb 1425, 7444 Trondheim
telefon 73 90 15 55
faks 73 90 15 80
www.kinnarps.no

Kinnarps®



Quality Hotel Augustin
Trondheim

Hotell-overnatting i Trondheim



Comfort Hotel Park
Trondheim

Helse Midt-Norges pasienter og personell har avtale-fordeler på våre hoteller.

Enkelt rom kr. 725,-

Dobbelt rom kr. 825,-

Inkl. frokost, gratis kaffe/te og kake/frukt buffet

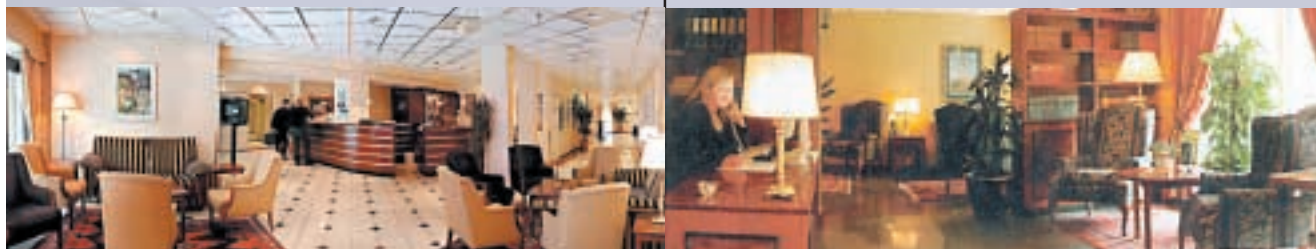
Quality Hotel Augustin
Kongens gt 26, 7011 Trondheim
Tlf: 73 54 70 00 Fax: 73 54 70 01
E-mail: hotel-augustin@hotel-augustin.no

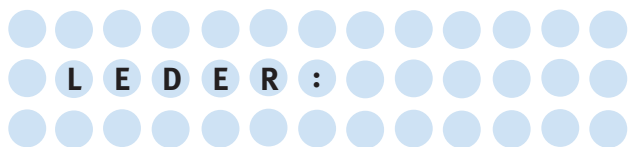
Enkelt rom kr. 715,-

Dobbelt rom kr. 815,-

Inkl. frokost og gratis kaffe/te hver dag. Gratis kveldsbuffet,
nystekte vafler og kake/frukt buffet (søn.- tors.)

Comfort Hotel Park
Prinsens gate 4A, 7012 Trondheim
Tlf: 73 54 72 00 Fax: 73 54 72 01
E-mail: hotel-park@hotel-park.no





Om å gjøre pasienten tilfreds



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Pasientens opplevelser på sykehuset er avgjørende for den kvalitet vedkommende oppfatter at han eller hun blir tilbudt. De tilbakemeldinger vi får om dette, er av stor betydning for hvordan vi planlegger og organiserer vår virksomhet. Den omfattende pasientundersøkelsen Helse Midt-Norge gjennomførte i vinter, er derfor av uvurderlig betydning.

At tilbakemeldingen er positiv, er selvsagt gledelig. Alle ansatte i våre sykehus bør ta det til seg når våre pasienter sier seg godt fornøyd med det tilbudet de har fått mens de har vært under behandling. Men enda viktigere er det at pasientene har gitt oss et verktøy som vi skal bruke til å forandre og forbedre oss – til tross for allerede positive resultater.

Ved å bryte ned tallene på sykehus- og avdelingsnivå har vi fått frem verdifull informasjon om hvordan våre tilbud fungerer innen kommunikasjon, service, omsorg, organisering og standard på bygg og utstyr. Undersøkelsen omfatter kirurgiske og medisinske avdelinger i alle helseforetakene – i alt seksten avdelinger. Mest fornøyd er pasientene med sykepleietjenesten, måten pårørende blir ivaretatt på, og kommunikasjonen under oppholdet. Minst fornøyd er pasientene med hvordan tjenesten er organisert, og med informasjonen om tiden etter at de er utskrevet.

De områdene vi må bli bedre på, er i stor grad områder vi selv er i stand til å gjøre noe med. Hvem andre enn oss selv skal påvirke hvordan vi organiserer tjenesten rundt pasienten? Hvem andre enn oss selv skal sikre at pasienten, de pårørende og andre involverte skal få den nødvendige

informasjon for å mestre livet etter at pasienten er skrevet ut fra sykehuset?

Jeg har tillit til at ledelsen ved det enkelte helseforetak og ved de ulike avdelingene er lydhøre og ser nytten av konstruktiv kritikk. Pasientene opplever klare kvalitetsforskjeller fra avdeling til avdeling, og det bør være god grunn til å spørre hvorfor det er slik. Ikke minst bør vi gjennom denne form for evaluering av vår egen virksomhet sette søkelyset på det som oppfattes som "best practice" – og forsøke å lære av hverandre.

Dette er en viktig start på det som skal bli en kontinuerlig prosess i Helse Midt-Norge – at vi systematisk måler kvalitet og synliggjør dette overfor pasienter og andre. Slik oppmerksomhet om kvalitet vil bidra til at vi når våre langsiktige mål.

Kriteriene for kvalitet må inneholde mer enn det en undersøkelse som dette kan gi. Det handler også om de resultater vi kan vise til gjennom effektiv behandling – og dermed også gi et tilbud for den som venter på hjelp. Det handler om å styre økonomien slik at vi utnytter det handlingsrommet budsjettene gir oss, til å levere mest mulig helse for hver krone. Det handler om å utvikle kunnskap, spisskompetanse og fagmiljøer som møter pasienten med respekt og ydmykhet. God økonomistyring har gjort det mulig for oss å satse på klinisk forskning. Dette er forskning som på en vitenskapelig måte skal etterprøve kvaliteten på egen virksomhet.

For uansett innfallsvinkel til debatten om kvalitet, så vil alltid kontrollspørsmålet være: Er pasienten tilfreds?

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: 25 000

BRUKERUNDERSØKELSEN

Fornøyde pasienter i



Helse Midt-Norge

Pasienter i Midt-Norge er jevnt over godt fornøyd med oppholdet i de somatiske sykehusene i regionen. På en skala fra én til ti, der ti er best, gir pasientene karakteren 8,4 i generell tilfredshet med sykehusene i Midt-Norge. Det viser resultatene av den regionale pasienttilfredshetsundersøkelsen som er gjennomført av HELTEF i vinter.

Over 3000 pasienter har svart på undersøkelsen, som omfatter kirurgiske og medisinske avdelinger i alle helseforetakene – i alt seksten avdelinger. Mest fornøyd er pasientene med pleietjenesten, måten pårørende blir ivaretatt på, og kommunikasjonen under oppholdet. Minst fornøyd er pasientene med hvordan tjenesten er organisert, og med informasjonen om hva som kan skje etter at de er utskrevet.

I undersøkelsen har pasientene gitt tilbakemelding på spørsmål rundt informasjon og kommunikasjon, erfaringer med personalet, hvordan arbeidet er organisert, og standard på bygg og utstyr.

Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus er helseregionens beste helseforetak, tett fulgt av Helse Nord-Trøndelag. OSS scorer høyest eller nest høyest av helseforetakene på ti av tolv områder. St. Olavs Hospital i Trondheim får relativt sett de dårligste tilbakemeldingene fra pasientene. Sykehusene i Molde, Kristiansund og Ålesund havner midt på treet, mens Levanger, Namsos og Volda kjemper helt i teten like etter Orkdal.

- Jevnt over er det gode resultater, og det er flott at pasientene har en god opplevelse når de er på sykehuset, men det viktigste med denne undersøkelsen er å få korreksjoner fra brukerne – fra dem som har førstehåndskjen-

skap til hvordan sykehusoppholdet oppleves. I fremtiden tror jeg pasientene vil bli mer og mer bevisste på hva de vil ha og hvordan de vil ha det, og da er det viktig at vi kan systematisere og videreutvikle tilbakemeldingene, sier informasjonsdirektør Synnøve Farstad i Helse Midt-Norge.

Farstad understreker at undersøkelsen ikke handler om faglig kvalitet, men om hvordan pasientene opplever oppholdet og forholdene ved sykehuset.

- Nå er det foretakene og avdelingene som må ta tak i resultatene og se hva de kan gjøre bedre. Undersøkelsen har i så måte gitt dem nyttige innspill, påpeker Farstad.



Fakta om brukerundersøkelsen

- HELTEF – en stiftelse for helse-tjenesteforskning – har utført undersøkelsen på oppdrag fra Helse Midt-Norge.
- Undersøkelsen er gjennomført blant pasienter utskrevet fra medisinske og kirurgiske avdelinger i Helse Midt-Norge fra 1. november til 15. desember 2002.
- Vel 3000 pasienter har svart – det er

vel halvparten av dem som fikk tilsendt spørreskjema.

- Sykehuset i Namsos hadde best svarprosent (56 %), mens svarprosenten ved Volda sjukehus var lavest med 42,1 %.
- Sykehusene ble målt på følgende områder: generell tilfredshet, kommunikasjon, informasjon om legermidler, informasjon om under-

søkelser, sykepleiertjenesten, legetjenesten, sykehus og utstyr, organisering, ivaretagelse av pårørende og informasjon i tiden etter utskrivelse.

- Tilsvarende undersøkelser er gjennomført eller skal gjennomføres i andre helseregioner slik at regionene kan sammenlignes med hensyn til brukertilfredshet.



- Skal bli enda bedre!

Med bløtkake og traktekaffe feiret de ansatte ved OSS "seieren" – og like nøktern er sykehusdirektør Olav Illøkken når han skal kommentere resultatene.

Orkdal – best i test!

Bygningsmassen er grå. Slitt. Noen steder skaller malingen av. Ingen fancy kunst i foajeen. Nøktern, nærmest kjedelig. Men innenfor veggene skjuler Midt-Norges beste sykehus seg. I alle fall er det det pasientene sier.

Kari Busklein (65) er en av de mange fornøyde "kundene" til Olav Illøkken og hans stab ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus.

- Det fineste med Orkdal er at jeg føler meg så trygg. Og så er det så mye rolige her enn på St. Olavs Hospital, forteller Busklein.

I tre uker har Busklein vært innlagt ved medisinsk avdeling – i påvente av at hun skal få plass på St. Olavs Hospital, der hun skal gjennomgå en bypass-operasjon.

- Selv om dagene blir lange, er det fint å være her. Jeg tar én dag av gangen. Rusler litt i korridoren, leser eller løser kryssord for å få tiden til å gå, forteller Kari, som er bosatt i Rognes, vel åtte mil fra sykehuset.

- Hva er du liker best ved OSS?

- Både det at jeg føler meg så trygg, og at jeg får god informasjon. Sykepleierne tar seg alltid tid til å snakke, og de oppfordrer oss til å stille spørsmål. Her blir jeg tatt på alvor.

- Er det noe du ikke er fornøyd med?

- Egentlig ikke. Maten er god. Pleierne og legene flinke. Men nå gleder jeg meg til å bli operert. Det er ikke så kjekt å gå slik og vente, sier Kari Busklein.

Det er klart at jeg er glad – og ikke minst stolt over å ha slike ansatte. Det er rett og slett en ganske så trivelig følelse å være direktør på Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus på en dag som denne. At pasientene er fornøyd, er den beste attesten et sykehus kan få. Men vi må likevel holde perspektivet og jobbe for at resultatet skal bli enda bedre ved neste måling, vi må forbedre oss på de områdene der vi ikke scoret så høyt, understreker Illøkken.

Aller best var OSS på hvordan de ivaretar de pårørendes interesser, mens de fikk dårlige tilbakemeldinger på informasjon om legemidler, her var OSS blant de dårligste sykehusene i Helse Midt-Norge.

- Å opprettholde og forbedre kvaliteten er en kontinuerlig oppgave. Det nytter ikke å hvile på laurbærene, mener sykehusdirektøren.

OSS har jobbet lenge med pasientinteresser og brukervedvirkning. Det er pasientene som er premissleverandører,

og Illøkken akter å bruke rapporten som et korrektiv.

- Å jobbe med produktforbedring er ikke noe nytt for oss. På alle avdelingene henger det "sjekklister" for god pasientbehandling. På samme måte som flyverne går gjennom en sjekkliste før avgang, så skal våre ansatte gjøre det når de behandler pasienter, sier Illøkken, som håper rapporten også kan hjelpe dem i rekrutteringsarbeidet – å få spesialister og spesialsykepleiere er en vedvarende utfordring for lokalsykehuset i Orkdal.

- Hva er det dere er aller best på?

- Samarbeid med primærhelsetjenesten er et viktig satsingsområde for oss. Alle 19 kommunene har inngått et samarbeid. Primær- og kommuneleger hospiterer hos oss eller har deltidsstillinger her, mens våre leger er ute i distriktet og henter erfaringer der. Dessuten skal vi bli meget gode på KOLS (kronisk obstruktive lungesykdommer) – der har vi et mestrings- og læringscenter. Et tilbud i grensesnittet mellom behandling og rehabilitering.

Dette er Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus

- Etablert i 1889
- Har 664 ansatte
- Har 100 000 pasienter i nedslagsfeltet til medisinsk avdeling – 70 000 til kirurgisk
- Dekker 19 kommuner
- Utførte i fjor 17 500 polikliniske konsultasjoner, 37 000 røntgenkonsultasjoner og utførte 370 000 labprøver
- Hadde i fjor 6672 pasientdøgn
- Omsatte for 260 millioner i fjor
- Har en bygningsmasse som hovedsakelig er oppført på 1960-tallet. Det nye servicebygget, som huser administrasjon, undervisningslokaler og poliklinikk, ble åpnet av prinsesse Astrid i 1992
- Blir en del av St. Olavs Hospital HF fra 01.01.2004



Kvalitet i sykehusene:

Urealistiske forventninger eller legitime krav?

Folk toger taktfast mot nedleggelse av lokalsykehus. Pasientene klager stadig oftere – og de stiller krav. Helseregionene setter fokus på kvalitet – og brukermedvirkning. Men hva er kvalitet? Hvem bestemmer hva som er kvalitet? Og har vi for høye forventninger til sykehusene? Helse har spurt fire personer om hvordan de vil definere kvalitet, og hva som er problemet med det moderne Sykehus-Norge.



Knut Eldjarn:

Knut Eldjarn, lege fra 1973, spesialist i indremedisin og geriatri.

President i Legeforeningen 1991–1995. Hovedlege KLP Forsikring 1996–2002. Nå: Samfunnsmedisinsk Rådgiver i KLP med arbeidsområdet forebyggende arbeid. Mange års erfaring med kvalitetskontroll i laboratorier fra eksportbedriften SERO AS.



Jan Eirik Thoresen:

Lege fra 1980, spesialist i generell og gastroent. kirurgi.

MHA UiO, kirurg/avd.overlege i Harstad, Røros og Trondheim, med. sjef RIT 2000 to år, konstituert adm.dir St. Olavs Hospital 6 mnd – i dag: fagdirektør Helse Midt-Norge.



Snorre Ness:

Ordfører i Namsos kommune fra 1992, politisk virksomhet ellers fra 1984.

En periode i Fylkestinget i Nord-Trøndelag. Erfaring som far til en sønn med utviklingshemming i 20 år (død i 1995) med utallige sykehusinnleggelser og egne erfaringer i forbindelse med hjerteoperasjon (bypass) i 1999.



Annlaug Stavik Källdman:

Leder av brukerutvalget i Helse Midt-Norge.

Drev kantine på en v.g. skole, ufor siden 1999 grunnet MS-diagnose. Styremedlem i MS-forbundet, deltaker i representantskap og FFO-kongressen nasjonalt. Varamedl. FFO Møre & Romsdal. Har to barn, hvorav det ene med kronisk sykdom.

O ver hele landet opplever man at folk går i tog for å kjempe for fødeavdelinger, for lokalsykehuset, uten at de ser helheten. Du kan ikke både få et bedre og sikrere sykehusstilbud og samtidig ivareta en maksimal desentralisering. Folk flest er ikke skikket til å bestemme eller "vedta" hvilket helsetilbud man skal ha – eller hvor. Det trengs det fagkunnskap for å gjøre. Det er ikke nødvendigvis slik at tilgjengelighet er et viktig kvalitetsmål. Vi er forvent når det gjelder tilgjengelighet i Norge. På den annen side er det jo åpenbart at det er noe som er galt når man kan få kjøpt brød og melk til alle døgnets tider, mens når man trenger hjelp til noe så viktig som helse, så skal man vente i tre-fire uker på fastlegen, sier tidligere president i Legeforeningen, Knut Eldjarn. Eldjarn er blant de mange som engasjerer seg i kvalitetsdebatten. Han mener media og overivrige lokalpolitikere må ta mye av skylden for det han hevder er en avsporing av debatten, nemlig lokalisering:

- I andre land har de løst dette på andre måter, nemlig ved at helsepersonellet kommer ut til pasientene. Kirurger reiser fra sykehus til sykehus, og akuttmedisin ved ulykker blir ikke løst ved at man kommer til et lokalsykehus med tilfeldig kunnskap og liten trening, men ved at akuttpersonellet kommer til skadestedet, og at pasienten deretter sendes til et større sykehus, påpeker Eldjarn.

Ordfører i Namsos, Snorre Ness, er blant dem som har måttet kjempe for lokalsykehuset: - Når det gjelder kvalitet i sykehusene vil jeg gjerne peke på



Fakkeltog for sykehuset Namsos, november 2002.

hva pasientene selv opplever som kvalitet – de tre T-er: Tillit. Tilgjengelighet. Trivsel. Det er på ingen måte for kravstort å forvente/forlange sykehus i akseptabel nærhet. Dette har med trygghet å gjøre, og jeg tror folk flest vet sitt eget beste og er i stand til å avgjøre hva som er et godt helsetilbud. Og at de innehar nødvendig kompetanse til å vurdere kvalitet.

- Man kan ikke få både i pose og sekk. Man må se overordnet på kvalitet og innse at man ikke kan oppnå optimal kvalitet og optimal desentralisering samtidig. Etter min oppfatning er den viktigste pasientrettigheten å få en rik-

tig vurdering på et kvalifisert nivå så raskt som mulig, parerer Eldjarn.

Leder for brukerutvalget i Helse Midt-Norge, Annlaug Stavik Källdman, er enig med Eldjarn i påstanden om at sterkere pasientrettigheter, mer brukerorientering og bedre samhandling innen sykehussektoren er nødvendig for å skape bedre kvalitet, og hun er skeptisk til mediedebatten rundt nedleggelse av sykehusene:

- Brukerne og brukerorganisasjonene har ikke deltatt aktivt i denne debatten. Det er i hovedsak ansatte ved sykehusene, media og lokalpolitikere som

med sine utspill skaper usikkerhet for brukerne. Lokalpolitikernes innspill bærer i mange tilfeller preg av å være "geografikamp" – de vil ha alt. Og i mange tilfeller har både politikere og lokalt sykehusansatte dårlig innsikt i og manglende evne til å sette seg inn i brukernes behov, sier Källdman, som mener at i fremtiden må helsepersonell i mye større grad regne med å flytte på seg for å imøtekomme brukernes behov og foretakets omorganisering. Dette blir nødvendig for å kunne drive rasjonelt, både for å møte de økonomiske kravene satt av Stortinget og for best mulig å ivareta brukernes behov.



Kvalitet i sykehusene: urealistiske forventninger eller legitime krav?



Fakkeltog mot nedleggelse av barneavdelingen ved Kristiansund sykehus.

Men en fullstendig sentralisering ser Källdman ikke for seg: - Alle sykehus må ha et basistilbud for håndtering av de store folkesykdommene – og her kan nærhet representere kvalitet i seg selv. Men der det kreves stor grad av spesialisering og pasientgrunnlaget er lite, må man sentralisere tjenesten til enkelte sykehus for å oppnå akseptabel kvalitet og skape et godt nok fagmiljø.

Källdman påpeker videre at det har skjedd store forbedringer i sykehussektoren etter den statlige overtakelsen, og årsaken er, mener Källdman, at det nå er en klarere ledelsesstruktur og en økt brukermedvirkning.

Fagdirektør i Helse Midt-Norge, Jan Eirik Thoresen, mener at det verken er helsepersonell eller pasienter alene som skal bedømme hva som er kvalitet: - Helsetjenesten har mange interesser; befolkning, pasienter, bestillere, betalere, eiere, ledere, utøvere – og politikere, for å nevne noen. Alle har de ulike stasjoner med hensyn til kvalitet, og derfor må kvalitet belyses i ulike perspektiver og måles med ulike parametere. Alle er jo enige om at kvalitet er viktig, men det er ulike oppfatninger om hva kvalitet er.

Ordfører Ness mener at helseforetakene må bli flinkere til å gi informasjon:

- Sykehussektoren har vært for dårlig til å gi informasjon om hva som kan forventes å bli gitt av tilbud på en kva-

litetsmessig god nok måte, innenfor de rammer Stortinget og regjeringen gir.

Også Eldjarn er opptatt av forventningsgapet:

- Men hvis perspektivet er knyttet til befolkningens forventninger og ikke minst utviklingen i vår materielle levestandard på andre områder, blir bildet mer nyansert. Nødvendig helsehjelp ved alvorlig sykdom, inkludert sykehusbehandling, vil av de fleste bli sett på som et av de viktigste goder. Likevel er det bedre tilgang på andre og langt mindre viktige varer og tjenester i vårt samfunn. Dette avspeiler til dels en "privat overflod" og en "offentlig fattigdom" – men også ulike holdninger til valgfrihet og innflytelse for kunder/brukere på tilgjengelighet og "vareutvalg".

Den faglige kvaliteten i helsevesenet, det generelle utdanningsnivået i befolkningen og vår generelle økonomiske velstand skulle tilsi at både pasienter og samfunn fikk høyere kvalitet og mer effektivitet ut av norske sykehus. Sterkere pasientrettigheter, mer brukerorientering, bedre organisering og samhandling i sykehussektoren er stikkord for det å skape bedre kvalitet.

Både politikere, fagfolk og ulike interessegrupper får i for stor grad lov til å påvirke (ikke minst gjennom media) utviklingen i sykehussektoren uten overordnede kvalitetsmål eller helhetstenkning.

Og fagdirektør Thoresen er åpen for at pasientene skal ha innflytelse:

- Helseforetakenes "nye" utfordring i den sammenheng er at pasientene i stadig sterkere grad ønsker å få "se" våre kvaliteter. Pasientene vil også i økende grad etterspørre egenskaper ved tilbudet før de mottar tjenesten. Pasientene ønsker innsyn, både i enkeltområder og i form av mer generelle "terningkastvurderinger". Pasientene vil søke egenskaper som tidligere kun ble forvaltet av fagpersonell, for eksempel spesielle metoder, og egenskaper som retter seg mot service.

I stadig sterkere grad vil pasientene også vurdere kvaliteter/egenskaper når de står i kø eller mottar tjenester. Krav og klager vil rette seg mot flere områder enn tidligere, pasientene vil sannsynligvis la seg representere av profesjonelle innen medisin og jus. Utfordringen for foretakene er knyttet til å være foran med gode leveranser og ikke etter med feilretting.

For å nå de overordnede målsettinger må helseforetaksgruppen omdisponere ressurser. Oppgaver må fordeles annerledes, noen områder må styrkes osv. I dette arbeidet blir kvalitetsparametere særdeles viktige navigasjonsfyr. Like viktig er det å navigere riktig i omleggingsprosessen slik at man faktisk oppnår forbedringer på de parametere man styrer etter – uten å komme under forsvarlighetsgrensene hva gjelder andre parametere.



Ungdom under press

I fjor behandlet Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Molde sjukehus 839 barn. Det er en økning på over 100 i forhold til året før.

Ungdommene opplever et voldsomt press. Det er utrolig tøft å være ungdom. Det ser vi på hele ungdomskulturen. Kravene til å prestere er store. Det er lite å gå på før du faller utenfor som mislykket, og rusproblematikken er økende. Vi ser en toleranse for eksperimentering som går

over alle støvelskaff. Mange ungdommer mangler faste grenser og stabilitet. Det tror jeg er et hovedproblem, påpeker Gyrid Gylseth, leder ved BUA i Molde, og kaster ut en brannfakkell: - Jeg tror foreldrene nå er dårligere rollemodeller enn tidligere. Det er mangel på grenser og trygghet som er proble-





➤ Ungdom under press

met, og kravene til en indre selvtilitt blir utrolig store. Ungdomstiden er en omstillingstid for hver enkelt – når i tillegg den ytre verden er under så store endringer, blir det få stabile vegger å støtte seg til.

Fokus på psykiatri

Helsereformen har satt et sterkt fokus på psykiatrien. Media er fulle av skrekkehistorier om lange ventelister, manglende behandlingstilbud og dårlig samarbeid. Mange føler at de ikke får den hjelpen de har krav på.

Helse Nordmøre og Romsdal er opptatt av samarbeid med førstelinjetjenesten for å optimalisere og effektivisere tilbudet.

- Vi dekker fire prosent av barnebefolkningen i de 12 kommunene vi skal betjene. Det er veldig mye – og presset er økende. Spesielt ser vi en økning i andelen barn under skolepliktig alder, og det er gledelig. 20 prosent av dem som ble henvist til vår avdeling i 2002, var under skolealder og det er spesielt i landssammenheng, forteller Gylseth.

Det er en meget velutdannet stab Gylseth er leder for. De seks tverrfaglige teamene består av leger (barne- og ungdomspsykiatere), psykologspesialister, sosionomer, pedagoger og andre høyskoleutdannede, alle med klinisk videreutdanning.

- Vi har organisert oss slik at to generalist-team har et geografisk ansvar, i tillegg har vi spesialteam på nevroproblematikk, småbarn, individualterapi og familierapi. Det sikrer at samarbeidet med primærhelsetjeneste, skole og barnehage blir så godt som mulig. Vi bruker mye tid og ressurser på å reise ut i kommunene fordi vi synes dette bør prioriteres. Ved å ha et slikt utstrakt samarbeid med (og opplæring av) helsetasjon, barnevern, PPT, barnehageansatte og skole oppnår vi å bidra til stabilitet og til kvalifisering av personell lokalt, noe som er en fordel både for barna og for vårt arbeid, understreker Gylseth.

Samarbeid og brukertilfredshet

BUA er for tiden i gang med flere forskningsopplegg relatert til samarbeid og brukertilfredshet.

- Vi ser både på hvordan vi samarbeider internt, og hvordan vi samarbeider med kommunene. I tillegg ville fire av kommunene se på sitt interne samarbeid. Dataene fra denne spørreundersøkelsen er under bearbeiding nå. I tillegg er det en doktorgradskandidat fra Høgskolen i Molde som forsker på forutsetningene for samarbeid, med fokus på forskjeller i tenkningen mellom ulike faggrupper og etater. En klinisk pedagog i vår avdeling tar hovedfag på brukerundersøkelser ved å følge noen pasienter/familier over tid, og fire studenter fra Volda har fulgt 16 familier den tiden de hadde praksistjeneste i avdelingen. To statsviterstudenter fra Høgskolen i Molde skriver hovedfagsoppgave om samarbeidet mellom BUA og kommunene, forteller Gylseth.

- Vi holder også kurs der medarbeidere fra førstelinjetjenesten deltar. Det dreier seg om Care-Index, som er en metode for vurdering av spedbarns tilknytning, og Marte Meo, som er en behandlingsmetode for å styrke foreldrenes kompetanse. Dessuten er vi medarrangør i familierapiutdanning, der medarbeidere fra voksenpsykiatri og barnevern også deltar.

- Vi samarbeider alltid både med foreldre og andre som er i kontakt med barnet. Ved at vi støtter og styrker foreldrene i foreldrerollen, blir de tryggere på hvordan de best mulig kan forholde seg til barnet sitt. Jo tidligere vi kan starte i et barns liv, jo bedre forutsetninger har vi for å lykkes.



Per, 15 år

Moren til 15 år gamle "Per" gikk til politiet – dypt bekymret stilte hun spørsmålet: "Vet dere om min sønn er narkoman? Han har forandret seg og han stjeler, både fra meg og søsknene."

Men "Per" var ikke narkoman. Han var spilleavhengig – og kriminell. Siden politiet ikke hadde registrert gutten i narkomiljøet, sendte de familien videre til legen. Slik havnet han hos BUP i Levanger.

Hans historie er ganske typisk for de spilleavhengige guttene som har vært behandlet ved BUP.

Han var 12 år da han begynte å spille på automater. Først røk lommepengene. Så begynte han å stjele både fra mor og søsken. Konfirmasjonspengene forsvant i automatene. Da han var 15, slo mor alarm. Hun hadde mistet kontrollen over gutten. Fra å være en hyggelig og grei gutt, alminnelig flink på barneskolen, var han blitt helt uinteressert i skolearbeid. Han var asosial og venneløs. I behandlingen på BUP måtte man bestikkes med penger for å møte til samtaler. Penger han brukte til spilling.

Det var høsten 2000. To og et halvt år senere er "Per" kvitt spilletrangen – eller

har den under kontroll i det minste. Han er tilbake på skolen, og han har et sosialt nettverk som fungerer bra.

11 000 spilleavhengige barn i Norge – Levanger med unikt tilbud

Den nylig publiserte NOVA-rapporten om spilleavhengighet anslår at hvert trettiende barn i Norge er spilleavhengig. Det betyr grovt regnet 11 000 barn under 18 år. Ved BUP i Levanger finnes landets eneste spesialiserte behandlingstilbud.

- Det var tilfeldig at vi startet med behandling av spilleavhengige barn. I løpet av høsten 2000 fikk vi henvist fire gutter fra fire forskjellige primærleger – helt uavhengig av hverandre. Alle var spilleavhengige. Det fikk oss til å lure, og vi satte i gang en samarbeidsgruppe for å forsøke å hjelpe disse guttene og familiene deres, forteller Jan Egil Wold, leder ved BUP i Levanger.

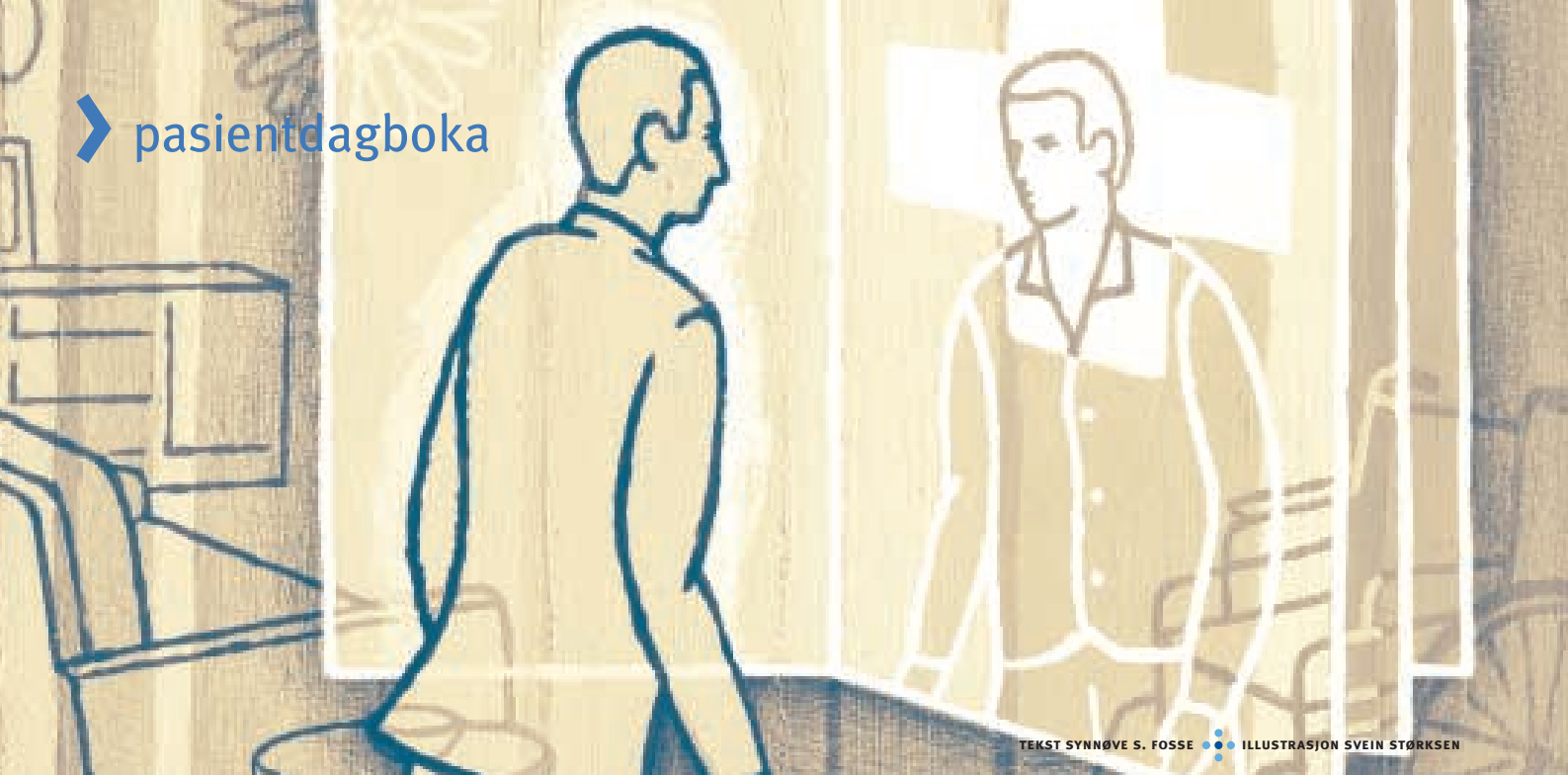
Wold og kollegene hans fant ganske raskt likhetstrekk mellom pasientene: De var

alle gutter. De hadde begynt å spille i 12-årsalderen. De var ikke motivert for behandling – det eneste problemet de mente de hadde, var å få nok penger til å spille – foreldrene følte at de hadde mistet kontrollen over barna, og barna utviklet ofte tilleggslidelser som angst og depresjon, og noen ble suicidale.

- De fleste av dem utvikler et personlig forhold til automatene. De føler at de "kjenner" dem og kan se hvilket "humør" automaten er i – om de kommer til å vinne. Lyset og blinkingen virker tiltrekende, og spenningen om de vinner er enorm, forteller Wold.

Rundt halvparten av de spilleavhengige barna har en psykiatrisk diagnose i tillegg til spilleavhengighet.

- Dette er et mye større problem enn vi var klar over – og det er automatene vi må gjøre noe med. Vi har Europas mest liberale spillepolitikk og er Europas spillesnasjon nummer en. Det er ikke rart at det går galt, påpeker Wold.



TEKST SYNØVE S. FOSSE • ILLUSTRASJON SVEIN STØRKSEN

Veien tilbake til livet

14 dager før jul ble livet snudd opp ned for Bjørn Haukås. På veg hjem fra jobb i Romania ble han alvorlig syk.

I uker kjempet legene en nesten håpløs kamp mot stadig nye komplikasjoner. Selv husker Bjørn ingenting.

Men gjennom pasientdagboka kan han følge kampen og veien tilbake til livet.

Foreløpig har jeg ikke lest så mye i den. Jeg gruer meg litt også. Det er jo ikke bare kjekt å lese om hvor dårlig jeg egentlig var. 49 år gamle Bjørn Haukås fra Brattvåg utenfor Ålesund har vært gjennom en tøff tid. Med massivt hjerteinfarkt, flere hjerneinfarkt, blodpropp i foten og multior-gansvikt var det lenge uvisst hvordan det ville gå. I flere uker lå han på Rikshospitalet før han ble flyttet til Ålesund sjukehus 6. januar. Natta etter begynte sykepleierne å skrive i dagboka hans.

Små og store hendelser er ført inn:

11/1: I dag pustet du i 1,5 time uten respirator
20/1: Nå har du ikke hatt dialyse på tre dager
22/1: Satt på sengekanten i 8 minutter!

- Selv om jeg har vært på sykehuset det meste av tiden, så har jeg god hjelp av pasientdagboka. Det har jo vært en kaotisk tid, så mange ting å forholde seg til. Mange opp- og nedture. Boka hjelper meg å huske. Det er dessuten fint å lese om hva som har skjedd når jeg ikke har vært her, forteller Bente Haukås, som skryter av Ålesund sjukehus:

- Vi har fått en utrolig god oppfølging. Vi er så fornøyd.

Nå er Bjørn på avdeling for fysikalsk medisin. Daglig er han gjennom et langt treningspro-

gram med fysioterapi, ergoterapi, logoped – fast bestemt på at han skal danse på 50-årsdagen sin i august.

- Er det noen som kan klare det, så er det Bjørn. Han har en utrolig "guts", og han har hatt uvurderlig støtte i familien. Bente har vært her hele tiden, forteller sykepleier ved medisinsk intensiv, Siri Mathiesen. Mathiesen var den første som skrev i dagboka til Bjørn – på en nattevakt tidlig i januar. Den gang var det uvisst hva skjebnen til Bjørn Haukås ville bli. Nå er det en solskinnshistorie som gleder pleiepersonellet ved sykehuset.

- Pasientdagboka bruker vi først og fremst til pasienter som kommer til å ligge en stund hos oss, og som har små muligheter til selv å kommunisere. Kanskje er de intubert – ligger i respirator, er cederte eller rett og slett har nedsatt bevissthet fordi de er så dårlige. Dagboka skal hjelpe dem med å huske. Kanskje være til hjelp for besøkende og pårørende som ikke har mulighet til å være hos pasienten hele tiden. Slike sykdomsforløp er jo dramatiske. Du preges av sjokk og kaos. Da er det ikke alltid lett å huske hva som skjedde når, understreker Mathiesen.

- Men det tar litt ekstra tid for dere som skriver?

- Det gjør det. Men det er det verd. Og det jo ikke alltid så mye man trenger å skrive. Kanskje skriver vi litt på nattevaktene når det er noen rolige minutter.

Mistet et barn

Da Turid T. Helgesens datter Lise døde bare 16 måneder gammel, oppdaget mor at hun husket så altfor lite av datterens korte liv – og fikk ideen til pasientdagboka.

- Lise hadde vært alvorlig syk hele livet. Vi var mye på sykehus, og det ble mange våkenetter. I et slikt kaos blir det ikke så mye tid og overskudd. Det handler mest om å overleve. Etter at hun døde, begynte jeg å tenke – og ble overrasket over at jeg ikke husket mer. Angret på at jeg ikke hadde skrevet dagbok. Men det er jo ikke sikkert at du har overskudd i en sår fase av livet, og da kom jeg til å tenke på at kanskje både sykehuspersonell og pårørende burde få anledning til å skrive, forteller Turid T. Helgesen, som er både sykepleier og kunstner.

Det er hun som har hatt ansvaret for utformingen av pasientdagboka som de bruker ved Ålesund sjukehus. Hun har lagt stor vekt på at den skal være "skikkelig" – permer og tykt papir som er godt å skrive på. Nå håper hun andre sykehus også tar opp ideen med pasientdagbok.

➤ Får ansvar for hjelpe-midler

Helse Midt-Norge RHF fikk fra 2003 ansvar for en rekke behandlings-hjelpemidler og forbruksmateriell som tidligere var tillagt folke-trygden.

Det er snakk om hjelpemidler som blir brukt som en del av det spesialiserte medisinske behandlings-opplegget i hjemmet for å bedre den medisinske tilstanden.

Fra april 2003 er denne oppgaven lagt til den nyopprettede Enhet for behandlingshjelpemidler ved Medisinsk teknikk, St. Olavs Hospital i Trondheim.

Helse Midt-Norge vil etter hvert få utarbeidet retningslinjer som angir hvor mye forbruksmateriell den enkelte pasient kan få rekvirert og hvor mye som vil bli refundert. Inntil videre dekkes dette fullt ut. Helse Midt-Norge krever heller ingen egenerklæring eller depositum for utstyret.

Det er sendt ut nærmere skriftlig informasjon om nyordningen til trygdekontor, apotek/bandasjister, fastleger og legespesialister.

Helseklipp

➤ Stipendier fra Midtnorsk Smerteforum

Som vi skrev i forrige nummer av Helse, vil Midtnorsk Smerteforum sette av 60 000 kroner til stipendier på inntil 5000 kroner pr. stykk. Det vi ikke fikk med i artikkelen, er hvor du som vil søke støtte kan henvende deg. Jobber du med kroniske, ikke-maligne smerter i andre- eller tredjelinjetjenesten i Helse Midt-Norge og vil søke stipend, kan du henvende deg til:

Midtnorsk Smerteforum
v/ Steinar Gjørde
Ålesund sjukehus
Avd for Fys.med og rehab
6026 ÅLESUND

steinar.gjorde@helse-sunnmore.no



...men hvem tar vare på DEG når yrkeslivet er over?



➤ Stadig kortere ventetid

Det blir stadig kortere ventetid for pasienter i Midt-Norge. Ved utgangen av mars 2003 er ventetiden i gjennomsnitt 121 for sykehusene i Helse Midt-Norge.

Ventetiden er dermed redusert med 35 dager i snitt siden nyttår. Størst er utslaget for St. Olavs Hospital HF. Her er reduksjonen 45 dager, viser tall fra Sintef Norsk Pasientregister.

Antallet pasienter som venter på behandling er også redusert, men ikke like mye. Siden nyttår er antallet ventende pasienter redusert med 3200 ved utgangen av mars. Men i mars var reduksjonen bare 342 pasienter. Ved inngangen til april sto dermed 35.495 pasienter på venteliste. 25.000 av disse hadde ventet i under tre måneder.

Vi gir deg 66% av lønnen din ved full alders- eller uførepensjon.

I tillegg er dine nærmeste sikret etterlattepensjon.

Les mer på www.klp.no

Tlf 22 03 35 00

 **KLP
FORSIKRING**





Trygg Traust Trofast

Hva har operetter, norske dialekter, krigshistorie – og lille Simen på to til felles? Jo – det er det nærmeste John Langtind kommer "pasjon". Overlegen ved medisinsk avdeling på Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus er av den trauste, trofaste sorten. Uten store ord eller fakter.

Da John Langtind i 1965 dro til Oslo for å studere medisin, hadde han aldri vært lenger sør enn Kyrksæterøra. I hovedstaden fikk han utdanning, fant seg ei kone – "mellomlandet" på Nord-Vestlandet i turnus og kom seg tilbake til heimtraktene – og siden har han blitt på sykehuset i Orkdal. Planlagte fire år er blitt til 29, og indremedisinen har ingen planer om å flytte på seg.

- Et middels stort sykehus er midt i blinken for meg. Det byr på faglige utfordringer samtidig som jeg får nærhet til pasientene. Korte kommandolinjer gjør det mulig å drive effektivt. John Langtind er overlege på medisinsk avdeling. Og indremedisiner, gastrospesialist.

Nå var det ikke slik at unge doktor Langtind gikk rundt og drømte om å bli gastroenterolog. Det var helst kardiologen unge reservelegen ville bli. Men siden det allerede var kardiolog på Orkdal og Langtind gjerne ville bli værende, så valgte pragmatikeren en spesialisering sykehuset manglet. Til glede både for ham selv og sykehuset.

- Men det virker ikke særlig glamorøst å kikke folk i magen og tarmen hele dagen?

- Glamorøst? Kanskje ikke. Men det er den delen av indremedisinen som er mest "kirurgisk". Vi fjerner polypper og gallestein. Så det er litt svung over det, og det er utfordrende å gjøre inngrepene så lite plagsomme som mulig for pasientene.

- Men spesielt ambisiøs er du ikke?

- Jeg er ambisiøs på fagets vegne, men kanskje ikke så karriereorientert. Jeg har ikke drevet det spesielt langt på noe felt. Jeg er en typisk allrounder. Helsevesenet trenger også folk som ikke vil forske, og som er stabile arbeidstakere, sier Langtind.

- Hva gjør deg til en god lege?

- Jeg er flink til å snakke med folk. Jeg er lite karrierebevist, og jeg liker pasientene mine. Spesielt de litt eldre, og dem er det jo mange av på medisinsk avdeling. Jeg får god tilbakemelding på akkurat det – at jeg snakker bra med pasientene.

Med 123 sengeplasser og med 75 000 innbyggere i nedslagsfeltet er Orkdal Sanitetsssykehus et typisk norsk lokal-sykehus – og en utryddingstruet rase. Stadig økende effektivitetskrav og fokus på spesialisering gjør de lokale sykehusene sårbare.



›Trygg Traust Trofast



- Kommersialisering er både et gode og et onde. Det er klart effektiviserende – og en fordel for pasientene at sykehusene skal drive på med det de er best på, men vi må passe oss for å utvikle rene nisjesykehus. Vi kan ikke bare tenke seksjonering. Det vil bety slutten for lokalsykehusene. Vi er avhengige av et mangfold, både i legekolleget og i pasientgrunnlaget, understreker Langtind.

Langtind er engasjert – engasjert i sykehusets fremtid og i faget sitt. Men virkelig ivrig blir han først når han viser frem bildet av Simen. Foreløpig eneste barnebarn i familien Langtind.

- Utrolig hyggelig å bli bestefar. Bare synd han bor så langt unna, men vi forsøker å komme oss til Oslo ganske ofte, sier bestefar Langtind.

- Så du har et liv utenfor sykehuset?

- Det går mye tid til jobbing. Ikke minst fordi på Orkdal må også overlegene gå vakter. Men, ja, jeg har et bra liv utenfor jobben også. Jeg synger i kor. Liker operetter – har hørt Juleoratoriet i Nidarosdomen 20 år på rad. Det blir ikke skikkelig jul før jeg har vært i domene og hørt oratoriet. Dessuten så liker jeg å lese – spesielt krigshistorie. Jeg er opptatt av dialekter og jeg liker å trave i marka. Så er det jo famili-



en, da. Den er veldig viktig for meg, sier John Langtind, som fant sin Solveig blant sopranene i "Jubilo" i studenttida i Oslo.

- Du? Hvorfor får så mange vondt i magen?

- Vondt i magen kan være så mye, og faktisk er det slik at tre fjerdedeler av dem som kommer til oss med "vondt i

magen", ikke er syke. De kan ha en spesielt sensitiv tarm og mage. De kan ha irritert tarm. Kanskje er de stresset. Kanskje er det andre årsaker til mageondet.

- Og så blir de skuffet når du ikke finner noe og ikke kan få dem friske?

- Tvert imot. De blir lettet – og friske. De aller fleste i alle fall.

- Når du blir pensjonist – hva skal du gjøre da? Kommer du til å savne irriterte tarmen og magesår?

- Da skal jeg reise mer. Lese mer. Være enda mer på fjellet. Og ja – jeg tror jeg skal leve bra uten irriterte tarmen, men pasientene kommer jeg til å savne, smiler John Langtind.

Migrene - Den usynlige folkesykdommen

Over 400 000 voksne nordmenn lider av migrene, en lidelse Verdens helseorganisasjon definerer blant dem med størst negativ effekt på livskvaliteten. Likevel møter migrenepasienter liten forståelse fra andre – enten det er leger eller menigmann. Landets eneste kompetansesenter for hodepine, ved NTNU og St. Olavs Hospital, arbeider for å gjøre pasientenes hverdag lettere både ved å forske på nye medisiner – og ved å formidle kunnskap til andre leger.

For Hilde Daaland, sykepleier ved barneavdelingen på St. Olavs Hospital, skjer det gradvis. Hun kan merke det flere dager i forveien. Hun er uvel, blir irritabel og unngår lys. Så kommer den. Smerten.

- Hodet sprenses. Det banker voldsomt. Og så er jeg forferdelig, forferdelig kvalm, forteller Daaland.

Når migrenen rammer, blir lyd og lys hennes fiender. Det eneste hun kan gjøre er å ligge helt stille, i et mørkt rom.

- Jeg orker ikke å snakke, og jeg orker ikke å bli snakket til, sier Daaland.

Daaland er en av over 400 000 voksne nordmenn som lider av migrene. Medisinsk er migrene en hodepine som varer mellom 4 og 72 timer, rammer vanligvis én side av hodet, er pulserende og forverres ved fysisk aktivitet. Migrene er en anfallssykdom, ledsaget av voldsomme kvalme og foto- og fonofobi. Det vil si at lys og lyd gjør anfaller verre. En av fem migrenepasienter opplever at det begynner å flimre for øynene før migreneanfallet.

Uviss årsak

Selv om forskere vet mye om hva migrene er, og hva som skjer nevrologisk i løpet av et anfall, er de fremdeles usikre på hva som utløser migrene. Nasjonalt Kompetansesenter for hodepine, ved NTNU og St. Olavs Hospital,

forsøker blant annet å finne årsaken til migrene for å kunne gi råd om hvordan anfallene kan unngås – og for å kunne fremstille en optimalt forebyggende medisin. For noen pasienter er det kombinasjonen av stoffer i enkelte matvarer, som for eksempel rødvin og sjokolade, som utløser migrenen. Løsningen er å styre unna disse varene. For pasienter som Hilde Daaland finnes det ingen åpenbare "triggere" for migrenen.

- Jeg lever regelmessig, er nøye med å få nok søvn og er forsiktig med alkohol. Tar de forholdsreglene jeg kan. Men det hjelper ikke, sukker Daaland.

Stor innvirkning

11 år gammel fikk Daaland sitt første migreneanfall. Siden har anfallene kommet med ujevne mellomrom. Noen ganger skjer det hver måned, men sist migrenen kom, var det et par år siden sist.

- I to-tre år var jeg helt fin. Men så fikk jeg et voldsomt anfall. Jeg lå i tre dager. Kunne ikke gjøre noen ting, sukker hun.

De som har alvorlig migrene, kan ha to til tre migreneanfall i måneden. Når anfaller kan vare opptil tre dager, sier det seg selv at denne lidelsen kan ha alvorlige konsekvenser for livskvaliteten. Det er nettopp derfor Verdens Helseorganisasjon plasserer migrene på topp på Global Burden of Disability, en liste over hvilke sykdommer som er mest hemmende for de som lider av

dem. Alvorlig migrene rangeres på linje med å være lam, ha alvorlig psykose og være dement.

Tidligere, da migrenen kom hver måned, hendte det stadig at Daaland måtte melde avbud på sosiale sammenkomster – og sykmelde seg på jobb.

- Forpliktelsene og skyldfølelsen gjorde det verre. Likevel har jeg sjelden latt være å gjøre ting av frykt for at jeg kan få migreneanfall akkurat da. Jeg prøver å leve et normalt liv, og migrenen får ikke hindre planlegging av turer og ferier. Jeg kan ikke la sykdommen styre livet mitt, mener hun

Tas ikke på alvor

Det er fremdeles mange som ser på migrene som en dårlig unnskyldning for å ikke komme i selskap eller på jobb.

- Folk som ikke har hatt migrene selv, skjønner ikke hvordan det er. Jeg må forklare igjen og igjen hvordan migrene arter seg, slik at folk forstår hvor ille det er, forteller Daaland.

Men det er ikke bare menigmann som vanskelig kan forestille seg et migreneanfall. Verst er det at selv enkelte leger ikke tar migrene på alvor.

- Når migrenen kommer, er det bare én ting som hjelper: sterke smertestillende medisiner med en gang. Det har skjedd flere ganger at legevakten ikke har tatt meg høytidelig. Selv når jeg forteller at



jeg har diagnosen migrene, gjør det ikke noe inntrykk. Vanlige leger vet ikke hvordan denne hodepinen er.

Erling Tronvik, assistentlege ved nevrologisk avdeling på St. Olavs Hospital og stipendiat tilknyttet hodepinesenteret, forteller at flere av hans pasienter har lignende erfaringer.

- Migrene har en enorm innvirkning på arbeidssituasjon og livskvalitet. Noe av det verste for mange av pasientene er likevel følelsen av ikke å bli tatt seriøst – verken av fastlegen, kollegaer eller venner. Med tanke på at en så stor del av Norges befolkning lider av migrene, er det viktig at folk blir klar over at alvorlig migrene er en veldig alvorlig sykdom.

Pasienten kan ikke arbeide eller fungere sosialt under et anfall, til det er smertene for sterke, sier Tronvik

Daaland har en soleklar oppfordring til alle som ikke har migrene:

- Ta oss på alvor.



Bygger kompetanse for å lindre pinen

Helse Midt-Norge har landets eneste kompetansesenter for hodepine. Her forskes det på hva som forårsaker og hva som kan gjøres for å lindre de ulike typer hodepine som rammer to tredjedeler av Norges befolkning hvert år.



Lars Jacob Stovner
Professor,
St. Olavs Hospital

- Vi skal ikke i første rekke være et behandlingssenter, selv om vi ser en god del pasienter. Spesielt blir pasienttilfeller hvor årsaken til hodepinen ikke er klar og behandlingen ikke virker, sendt til oss.

Vi skal generere og spre kunnskap om hodepine, slår professor Lars Jacob Stovner fast. Han leder kompetansesenteret som ble etablert for fire år siden, og som forsker på alle typer hodepine – ikke bare migrene.

Hodepineforskningen ved senteret er konsentrert om fem felt.

- 1.** HeadHUNT er en del av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Her ser forskerne på sammenhengen mellom hodepine og en rekke andre faktorer, som andre sykdommer, resultatet av blodprøver, blodtrykk og ikke minst sosiale forhold. Et av de viktigste funnene her er at pasienter med lav inntekt og lav utdannelse har mer hodepine enn andre. Dette slår hull på myten om at hodepine generelt og migrene spesielt er en typisk overklasselidelse.
- 2.** Behandlingsstudier undersøker effekten og konsekvensene av behandlingen – enten kirurgisk eller medikamentell. - Våre undersøkelser har blant annet vist at enkelte kirurgiske inngrep som blir mye brukt ved hodepine og nakkesmerter, ikke har effekt. Det er ikke alltid kirurgi hjelper, forteller professor Stovner.
- 3.** Fysiologiske studier ser på hodepinens mekanismer. Forskere tester muskelspenninger, blodtrykk og hjerterytme for å lære mer om hodepinens opprin-

nelse og hendelsesforløp. - Det er ikke påvist noen klar sammenheng mellom høyt blodtrykk og migrene, slik mange tror. Nå arbeider vi med hypotesen om at det kan være svingninger i blodtrykket som utløser migrenen, forklarer stipendiat Erling Tronvik.

4. Nevrokjemiske studier konsentrerer seg om de kjemiske reaksjonene i blodet og hodet i forbindelse med hodepine, mens

5. genetiske undersøkelser forsøker å kartlegge om det er genetiske føringer på hvem som får hodepine – og hvordan.

Kompetansesenteret har høye ambisjoner for årene fremover. Den faglige kvaliteten er så absolutt til stede. Nå trenger vi sikre bevilgninger for å få etablert oss ordentlig. Mange leger vet ikke nok om hodepine – og pasientene får ikke den hjelpen eller den forståelsen de trenger. Her har vi en viktig informasjonsrolle. Vi holder etterutdanningskurs for allmennpraktikere og nevrologer, og vi har fått svært god respons, forteller Stovner.

Medisin mot migrene:

Gjennombrudd ved St. Olavs Hospital

Forskere på St. Olavs Hospital har funnet en ny blodtrykksmedisin som gir håp om å forebygge migrene – uten bivirkninger.



Erling Tronvik
Stipendiat,
St. Olavs Hospital

legetidsskriftet Journal of American Medical Association (JAMA).

Innimellom datamaskiner, tidsskrifter og bøker har stipendiat Erling Tronvik en stor, tykk perm. Det er den internasjonale pressedekningen av artikkelen han og kollegaer fra NTNU og St. Olavs Hospital nylig publiserte i det svært anerkjente amerikanske

To typer medisin

Det er to hovedtyper medisin mot migrene: Anfallsmedisiner, som brukes av pasienter med relativt få migreaneanfall, og forebyggende medisiner, som kan gis til pasienter med hyppigere og mer regelmessige anfall. Blodtrykksmedisiner kalt betablokkere er de mest brukte forebyggende medisinene. Disse medisinene har god effekt på enkelte pasienter – men kan ha alvorlige bivirkninger som trøtthet, søvnproblemer og impotens.

Tronvik og hans kollegaer har undersøkt en ny type blodtrykksmedisin som de håper kan bli "de nye betablokkerne" – men uten bivirkninger. Testingen av medisinen tar utgangspunkt i tilstedeværelsen av tre stoffer i blodet. Ett av dem, angiotensin II, virker sterkt på

blodåresystemet. Medisinen virker ved å blokkere mottaksfeltene (reseptorene) i blodårene mot angiotensin II. Studien viste at ved bruk av denne type medisin ble antall dager med migrene redusert med en fjerdedel. Antall sykemeldingsdager gikk ned 64 prosent.

Forsker videre

Undersøkelsen har vakt stor interesse internasjonalt. Den ble blant annet presentert for 1200 kardiologer på en internasjonal konferanse i Monaco.

- Vi håper denne medisinen kan bli et viktig alternativ innen forebygging av migrene. Men vi må forske mer for å få dette til, forteller Tronvik. Han hviler ikke på laurbærene. Studien og oppfølgingen av denne er et ledd i hans doktorgrad.

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 emballaseløsninger



Vi tilbyr hele dette produktspekteret overfor bl.a. sykehus, sykehjem, legekantor 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



**= God
totaløkonomi**

MASKE

JULIUS MASKE AS

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

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



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

ISSN 1503-1780

Det handler om å utvikle
kunnskap, spisskompetanse og fagmiljøer
som møter pasienten med respekt og ydmykhet.

Helse Midt-Norge RHF