

HELSE

**Spesialister
bør gå i front**
s4

**Lettere å stille
krav til sykehusene**
s8

**Forebyggende
rollemodell**
s17

Verden møtes på sykehus

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 uverdigg 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. I løpet av 2002 og 2003 er gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Midt-Norge betydelig redusert.

Står du på venteliste?

Selv om ventetiden er blitt vesentlig kortere, får fortsatt mange pasienter lang ventetid til enkelte undersøkelser og behandlinger ved våre sykehus.

Det jobbes derfor aktivt ved alle helseforetak for å redusere ventetiden.

I september 2003 innførte Helse Midt-Norge en ordning som gir alle henviste pasienter en individuell behandlingsfrist.

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

Da kan du kontakte sykehuset du er henvist til, eller legen som har sendt henvisningen og be om at henvisningen sendes til et annet sykehus.

Du kan velge blant alle offentlige sykehus i Norge - og i tillegg har Helse Midt-Norge inngått avtaler med en rekke private sykehus og røntgen institutter om kjøp av helsetjenester.

For informasjon på internet: www.sykehusvalg.net
www.helse-midt.no

For informasjon vedrørende ventetider og behandlingstilbud, ved de offentlige og private sykehusene, kan du også ringe gratis til vår pasientrådgiver på:
Fritt Sykehusvalg - telefon: 800 41 004

HELSE ● ● ● **MIDT-NORGE**

Besøksadresse: Strandveien 2, Stjørdal
Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no

www.helse-midt.no

Endringstid



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm.dir.

Helsereformen har ført til betydelige endringer i sykehus-Norge. Våre ansatte har fått ny arbeidsgiver. Virksomhetene er organisert i helseforetak under ny ledelse. Det er kommet ny lovgivning som gir rammer for spesialisthelsetjenesten, og økonomien styres etter nye premisser forankret i regnskapsloven. Endringene har skjedd i høyt tempo, og det er stilt store krav til oss alle.

Husk at reformen kom som en konsekvens av at vi har endret oss for sakte. På 90-tallet brukte vi stadig mer penger på sykehusene i Norge. Vi hadde høyest vekst i helsebudsjett av alle land i OECD-området. Men fortsatt var pasienter misfornøyde. Det gjaldt de alt for mange som ventet, de som måtte overnatte i korridorer, eller de som opplevde oss som lite vennlige og forekommende.

Reformen skal bidra til at vi skal være i stand til å ta og iverksette raske beslutninger – og vi skal ansvarliggjøre ledelsen i våre sykehus. Arbeidet med budsjettet for neste år er en stor utfordring for oss. Det er planlagt og delvis iverksatt tiltak som vil gi innsparinger for rundt 300 millioner kroner, men dette ser ikke ut til å være tilstrekkelig. Når styret for Helse Midt-Norge møtes 5. november skal vi presentere hvilke konkrete tiltak som blir nødvendige. Og vi kan bli nødt til å gjennomføre tiltak som ikke bare blir merkbare for våre ansatte, men også for pasienter. Å være leder i en slik situasjon er krevende, men kontroll med økonomien er helt avgjørende hvis sykehusene skal innfri de krav samfunnet stiller til oss.

Norske pasienter er i dag utstyrt med den mest omfattende rettighetslovgivning i hele Europa. Og nå gjøres kvalitetsforskjellene ved våre sykehus kjent, slik at pasienten fritt skal kunne velge sykehus ut fra kjennskap til både ventetid og kvalitet på den behandling som tilbys.

For få år siden var 80 prosent av aktiviteten ved våre sykehus knyttet til akutt medisinsk behandling. Vi har sett at andelen planlagt virksomhet, eller elektiv behandling, har økt. I dag utgjør den i snitt halvparten av pasientbehandlingen på sykehus.

Sykehusene har altså endret karakter, og det samme gjelder pasientene. Vi ser nå endringer i sykehusvalg, og vi må forvente at dette vil fortsette når vi sørger for åpenhet om og dokumentasjon av ventetider og kvalitet. Vi er på vei til å lykkes med å fjerne uverdigg venting, og vi tilbyr i stedet individuelle behandlingsfrister. Sykehusene må i kampen om pasienten vise hva man er god for, køen av ventende med lua i hånda hører fortiden til. I framtiden må vi må tekkes pasientene i langt større grad. Vi er i ferd med å gå fra profesjonsmakt til pasientmakt.

Hvordan møter vi denne utfordringen?

For å lykkes må vi ha fokus på ledelse av virksomhetene våre. Det er også i tråd med hva våre ansatte etterspør. Det etterspørres ledere som er omsorgsfulle og har empatiske evner, samtidig som de er i stand til å sette seg mål og stiller krav til resultat for enheten. Ett svar på dette er det regionale programmet for lederutvikling som Helse Midt-Norge tok initiativ til i fjor.

Lederne er utstyrt med verktøy og kunnskap for å møte hverdagen i en ny organisasjon. Den er basert på modellen "fra 2 til 1". Det er ikke lenger sykehusene som er våre organisatoriske enheter. De er nå organisert under en felles gjennomgående avdelingsledelse, og dette skaper en helt annen dynamikk i utviklingsarbeidet for våre sykehus.

Denne høsten har vi gjennomført en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse. Her har våre ansatte fått anledning til å evaluere ledere og ledelsesfunksjonen på flere nivåer. Undersøkelsen viser oss at mye står igjen på dette området.

Hele 22 regionale prosjekter er nå under utredning og gjennomføring. De skal hjelpe oss til å drive sykehusene bedre, utvikle våre tjenester og gjøre vår organisasjon bedre for både pasienten og våre ansatte. Dette er tiltak som drives fram av vår egen organisasjon, og som er en god illustrasjon på at vi sammen er i ferd med å endre sykehusene i Midt-Norge – til beste for pasienten.

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 • Foto: Bård Gudim og Getty Images • Illustrasjon: Ella Okstad • Trykk: Lade Offset • Opplag: 23 700



Bemanning på akuttmottak

Spesialis

"Det er vanskelig å angi v



tak:

ster bør gå i front

Store gule lapper på begge sider av ekspedisjonsvinduet møter pasientene på venterommet ved akuttavdelingen på St. Olavs: "Det er vanskelig å angi ventetid. Ventetiden kan variere sterkt (timer)." Unge leger haster fram og tilbake, men køen av pasienter bare vokser. Venterommet er febervarmt, fullt av tårer, benbrudd, bakterier – og frustrasjon.

Unge, nyutdannede, uerfarne – og ofte usikre – leger jobber i frontlinjen på sykehusenes mottak.

- Gir dette brukerne tillit?
- En nyutdannet lege vil ofte bruke lengre tid og kanskje ta flere prøver av pasientene – mens venterommet blir fullere og fullere. Er dette fornuftig bruk av ressurser, eller vil pasientene få bedre og raskere behandling av en spesialist?
- Er det på tide å sette spesialistene i frontlinjen?

entetid. Ventetiden kan variere sterkt (timer)".





ALVORLIG SKJÆRINGSPUNKT: På akuttmottaket møtes helsepersonell og pasienter med høyst ulik bakgrunn og erfaring. Her skal man ikke gjøre feil.



Jan Eirik Thoresen,
fagdirektør i
Helse Midt-
Norge

Isommer opplevde jeg skade- og akuttavdelingen ved St. Olavs Hospital som pasient. Ventetiden var enormt lang, og da jeg omsider kom inn til legen, ble det stilt feil diagnose. Fordi jeg er lege selv, visste jeg at diagnosen umulig kunne være riktig – og jeg visste hvem jeg skulle spørre for å få en ny vurdering.

Vi kan ikke leve med at det bare er dem som er kritiske til legene og diagnosene som får den behandlingen de har krav på. Da vil vi oppleve at de svakeste; for eksempel ungdommer og gamle, blir kasteballer i systemet.

- Mottaket er rigget slik at leger med liten eller ingen erfaring, studenter, nyutdannede eller vikarer, arbeider i frontlinjen. Systemet er lagt opp slik fordi mottakene er et viktig lærested for ferske leger. Men dette er ikke effektivt – verken med tanke på tid eller ressurser. Og det er ikke god kundebehandling. Nyutdannede leger kan være en

flaskehals i systemet, fordi de jobber mye senere enn andre leger. Ventetiden for pasientene blir altfor lang. Det er også lite gunstig kostnadsmessig. Ferske leger tar sannsynligvis mer røntgen og flere prøver enn mer erfarne leger gjør. Hvis pasienten i tillegg opplever å få dårlige råd og feil diagnose, er service-svikten total.

- Jeg tror det er på tide å tenke nytt. Vi konkurrerer med private legesentre, som kun ansetter spesialister. Men som del av spesialisthelsetjenesten må sykehusene kunne gi spesialiserte råd. De nyutdannede legene må jobbe under direkte og praktisk veiledning og supervisjon av spesialister. Spesialistene må være på mottakene. Nå tas mye bekvemmelighetshensyn. I tillegg har pasientene i mottak ofte "vanlige" sykdommer. Både prestisje og interesse gjør at spesialister er lite villige til å arbeide i frontlinjen.

"Det er på tide å tenke nytt. Spesialistene må være på mottakene."

- Jan Eirik Thoresen

"Når unge leger, som kanskje er nye på sykehuset og lite kjent med systemene, bemanner akuttmottaket, skaper det utrygghet i sykepleietjenesten."

- Eva Grundskog



Eva Grundskog,
avdelingsleder
ved Akuttav-
deling, St. Olavs
Hospital

Dagens ordning er et resultat av at unge leger trenger øvelse og generell erfaring. Dessuten har legene en vaktordning der erfarne leger i takt med økt grad av spesialisering honoreres med lavere vaktbelastning og/eller bakvakt. De erfarne spesialistene på et stort regionsykehus må utføre høyt spesialiserte oppgaver, som ikke kan overlates til uerfarne leger.

- Spørsmålet er heller om det ved et stort spesialisert sykehus er for få tilgjengelige spesialister? Eller bør de store spesialiserte sykehusene ha et "lokalsykehus" i front bemannet med erfarne generalister – dersom slike finnes? Andre land har andre ordninger, og ved flere sykehus i Sverige går man nå inn for en form for internutdanning for akuttleger.

- Nyutdannede leger bruker av naturlige grunner mer tid på de fleste oppgaver, og de har større behov for å "gardere seg". Flyten gjennom akuttavdelingen er ofte treg. Dette er lite tilfredsstillende både for brukerne og for de ansatte, som til enhver tid skal ha oversikt og ivareta beredskapsfunksjonen.

- I mange situasjoner kan "ferske" leger virke usikre, men andre ganger kan uerfarne unge leger ha en type personlig ballast som inngir stor tillit og trygghet. Turnusleger er opptatt av den enkelte pasient, og har ikke blitt lei av Akuttmottaket. Den nyutdannede legen er også opplært til å se hele mennesket og har et bredere fokus i møtet med brukeren.

- Systemet kan og bør endres og videreutvikles, og det må dekke flere behov. Nyutdannende og vikarer trenger trening under supervisjon av erfarne leger med

angiv ventetid. Ventetiden kan variere sterkt (timer)".



VEILEDNING: Unge, nyutdannede leger er mer usikre enn eldre kollegaer – og søker oftere råd og hjelp fra andre. Dette gjør at de bruker mer tid. Her diskuterer lege Heidi Gutvik Sæther og sykepleier Kennet Vestvik.

generalist-/spesialistkompetanse. Avdelingssjef Eiliv Brenna ved Medisinsk avdeling har tidligere foreslått at det bør opprettes en stilling på akuttmottaket som kan fylles av noen godt erfarne overleger. Hovedfokus bør etter min mening være supervisjon av uerfarne leger og å utvikle kompetanse og systemer, inkludert forskning, på tvers av profesjoner og avdelinger. Hvert akuttmottak bør også ha tilgang til en observasjonsenhet for pasienter med uklar diagnose. Dette vil være en utmerket arena hvor unge/uerfarne leger kan følge opp pasienten over tid.

- I dag utnytter profesjonene hverandre dårlig når det gjelder introduksjonstiltak. Når unge leger, som kanskje er nye på sykehuset og lite kjent med systemene, bemanner akuttmottaket, skaper det utrygghet i sykepleietjenesten. Akuttavdelingen er sykepleietjenestens hjemmebane hvor sykepleierne er og skal være "spesialister på systemet". Vi kan tilby de kliniske avdelingene informasjons- og introduksjonstiltak når nyutdannede leger tilsettes, men det fordrer planlegging. Dette er spesielt viktig for ferieavvikling. Noen enkle introduksjonstiltak vil gjøre godt for unge legers trygghet. Det vil komme alle – ikke minst brukerne – til gode!



Terje Hasselgård,
avdelingssjef
ved Kirurgisk
avdeling, syke-
husene i Molde
og Kristiansund

Det er på de fleste små og middelstore sykehus en liten flokk spesialister som fungerer som Tordenskjolds soldater år ut og år inn. Disse er garantistene for at spesialistinstitusjonen fungerer som nettopp *det*, dag og natt. Hvis spesialistenes arbeidstid skulle brukes i første linje døgnet rundt, ville institusjonen fort reduseres til et distriktsmedisinsk senter for høyt kvalifisert sortering og videreføring av pasienter – og etter en tid sannsynligvis stå uten spesialister.

- **Sikkerhet.** Hvis vi finner et system for framskutt tjeneste innenfor tariffavtalen, vil vi få trette spesialister som skal utføre kompliserte og langvarige operasjoner på dagtid etter slitssomme vakter.



SAMTALEPARTNER: Sykepleier Kennet Vestvik og lege Heidi Gutvik Sæther tar seg tid til å diskutere benbrudd med Odd Ivar Kleven.

- **Rekruttering.** Hvis vaktene oppleves som mer anstrengende jo eldre spesialisten blir, kan man jo tenke seg hvordan rekrutteringen til dette faget vil bli.

- **Opplæring.** Turnusleger og assistent leger skal lære selvstendighet og en rekke ferdigheter. Vaktene, slik de nå er lagt opp, bidrar i høy grad til det. Vi snakker om høyt utdannede akademikere som må aktes som noe langt mer enn "halvstuderte røvere" i akuttmottaket. Min erfaring med turnuslegene de siste årene er at de er flinke og viser svært adekvat atferd i akuttmottaket. Det tror jeg skyldes universitetenes økte vektlegging på praktiske ferdigheter.

- Hva er realitetene sett fra mitt utsiktspunkt? Ved de fleste sykehus i dag går turnuslege og ferdig lege under utdanning (assistentlege) sammen i aktiv vakt, og man har utviklet både regler, prosedyrer og strategier for at de skal ha den backing de trenger til enhver tid. Hjemme ligger vanligvis spesialisten og sover for å samle krefter til neste dags spesialistoppgaver. Men han eller hun kan rådspørres eller tilkalles når som helst gjennom natten. Og stiller villig opp. Min erfaring er dette systemet fungerer svært bra. Det er ikke vanlig at klagesaker er knyttet til disse forholdene.

"Hvis spesialistenes arbeidstid skulle brukes i første linje døgnet rundt, ville institusjonen fort reduseres til et distriktsmedisinsk senter for høyt kvalifisert sortering og videreføring av pasienter."

- Terje Hasselgård

Lettere à



stille krav til sykehusene

I høst kan brukere i Helse Midt-Norge lese om kvaliteten på sykehusene på nettet og kreve en endelig dato for behandling og operasjon.

Vi skal være på lag med pasienten, fastslår fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

- For at ordningen med fritt sykehusvalg skal være reell, må pasientene få vite om både ventetid og kvalitet ved sykehusene.

Ordningen med fritt sykehusvalg er tre år gammel, men fremdeles velger bare et fåtall av landets pasienter andre sykehus enn det som ligger nærmest hjemstedet. Mer og lettere tilgjengelig informasjon om både ventelister og kvaliteten på sykehusene skal få flere til å velge sykehus selv – og få sykehusene til å skjerpe kvalitet og effektivitet. Fra september er denne informasjonen lagt ut på www.sykehusvalg.net.

Må jobbe mot brukerne

Foreløpig finnes ni ulike kvalitetsmål på nettet. Noen mener at indikatorene er for tekniske, for rettet mot de ansatte ved sykehusene og for lite tilpasset brukerne.

- Brukerne skjønner ikke hva kvalitetsindikatorene betyr. De færreste vet hva en epikrise er, for eksempel. Disse indikatorene er altfor diffuse og egner seg best til intern sykehusbruk. Helseforetakene må kommunisere ut til brukerne hva dette faktisk betyr, mener Gjerth Haraldsen, leder i brukerutvalget ved Molde sykehus.

Astrid Brudeseth er pasientrådgiver og besvarer grønt nummer for fritt sykehusvalg. Hennes erfaringer støtter Haraldsens utsagn.

- Folk er fremdeles mest opptatt av ventetiden. Hvis vi skal gi brukerne bedre muligheter til å velge sykehus på grunnlag av kvalitet, trengs det mer spesifikk informasjon om den medisinske behandlingen. Så langt har vi ikke merket økt interesse for valg av sykehus

etter at indikatorene ble publisert, forteller Brudeseth.

I startfasen

Fagdirektør Jan Eirik Thoresen forstår kritikken.

- Dette er bare begynnelsen. Vi må videreutvikle kvalitetsindikatorene, og vi må diskutere om vi har valgt de rette. Arbeidet er i startfasen, sier han.

De ansatte på sykehusene har ikke vært udeelt positive til indikatorene. Tanken er at det skal være motiverende for leger og sykepleiere at deres avdeling blir målt på kvalitet. Men her går det en hårfin grense mot at de ansatte i stedet føler seg uthengt når kvaliteten på deres avdeling offentliggjøres.

Mer forutsigbart

Parallelt med offentliggjøring av kvalitetsindikatorer er Helse Midt-Norge den første regionen i landet som innfører individuelle behandlingsfrister. Pasienten skal få en konkret dato å forholde seg til enten det gjelder undersøkelse eller behandling. Tidligere har pasienten måttet vente i usikkerhet i månedsvis. Behandlingsfristen skal være medisinsk forsvarlig, og ingen skal måtte vente mer enn maks ett år på behandling.

- Dette er veldig viktig for brukerne. Pasienten vet hva han eller hun går til. Ikke minst er individuelle behandlingsfrister viktig for planlegging av rehabilitering og andre hjelpetilbud. Nå kan brukerne og helseforetakene gi beskjed til kommunen at de vil trenge det og det rehabiliteringstilbudet etter den og den datoen. Tidligere har pasientene blitt overlatt mer eller mindre til seg selv og familien, fordi samordningen mellom behandlingen på sykehuset og kommunens hjelpetilbud etter operasjon ikke har vært god nok, mener Gjerth Haraldsen.

Kvalitetsindikatorer

På nettstedet www.sykehusvalg.net finner du informasjon om ventelister og kvalitetsindikatorer.

Foreløpig er resultatet fra ni kvalitetsmål tilgjengelig på nettet:

- Pasientenes vurdering av standarden ved sykehusene
- Pasienterfaringer med personalet
- Pasientenes vurdering av organisering
- Pasientenes vurdering av informasjon
- Liggetid før operasjon ved lårhalsbrudd
- Epikrisetid (tiden det tar før fastlegen får brev med informasjon om pasientens opphold på sykehus)
- Antall korridorpasienter
- Sykehusinfeksjoner
- Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon

Du kan også ringe grønt nummer
800 41 004

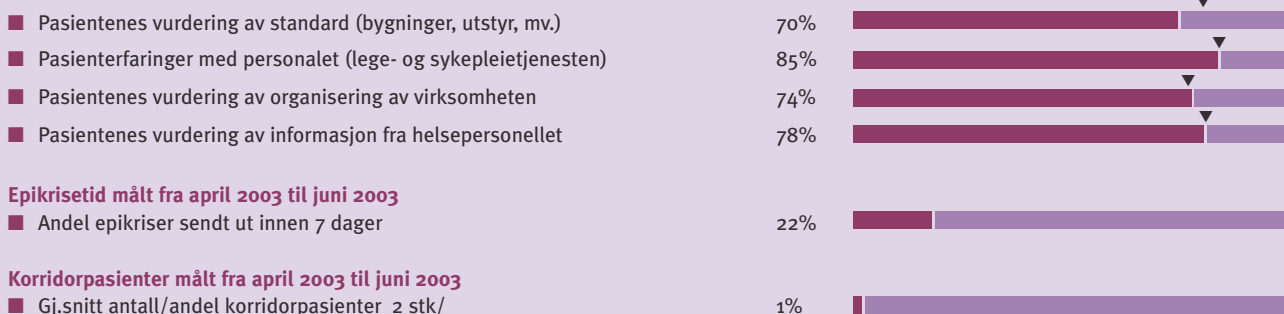
Individuelle behandlingsfrister

Fra september har Helse Midt-Norge innført individuelle behandlingsfrister.

- Pasienten skal få en konkret dato, enten det gjelder undersøkelse eller operasjon.
- Behandlingsfristen skal være medisinsk forsvarlig, og ingen skal vente mer enn maks ett år på behandling.
- Dersom sykehuset ikke kan tilby behandling innen fristen, plikter sykehuset å hjelpe pasienten med å finne et passende tilbud ved et annet sykehus i Norge eller i utlandet.

Eksempel på pasientrapporterte indikatorer: Molde sjukehus (nov. 2002)

Tallene forteller hvor stor prosentandel av den maksimale score hvert sykehus har nådd (100 prosent innebærer dermed maksimal score). Landsgjennomsnittet er indikert med ▼.



Tilsvarende målinger finnes for andre sykehus på: www.sykehusvalg.net

> Nye ordninger krever nytenkning

Kvalitetsmål og behandlingsfrister utfordrer ledelse og ansatte i foretakene. Sykehuset i Molde har forberedt seg grundig på de nye ordningene og kommer godt ut av kvalitetsmålingene.



Eli Sjo,
avdelingssjef ved Kirurgisk
avdeling, sykehusene i
Molde og Kristiansund

Innføring av individuelle behandlingsfrister krever mer planlegging og styring på den enkelte avdeling. I det gamle systemet ble ikke operasjonsdatoen fulgt opp godt nok. Nå ligger det en større grad av forpliktelse i vurderingen av den enkelte pasient, og fagpersonellet må være mer bevisst på realismen i datoen de setter for behandling, forklarer Eli Sjo, fag- og organisasjonssjef i Helse Nordmøre og Romsdal.

Fagpersonellet må sette en behandlingsfrist som er medisinsk forsvarlig, men de må også tenke kapasitet på avdelingen. Har avdelingen virkelig nok tid og nok folk til å foreta denne operasjonen innen denne datoen? Hvis avdelingen ikke har kapasitet, skal pasienten henvises videre til et annet sykehus.

- Det kan bli noe merarbeid i forhold til tidligere fordi ordningen krever mer planlegging, sier Sjo.

Rundt gjennomsnittet

I høst kan brukerne for første gang også sjekke kvaliteten på sykehuset i Molde. Selv om sykehuset ligger langt under landsgjennomsnittet på pasien-

tenes vurdering av bygningsmessige forhold, har foretaket grunn til å være passelig fornøyd med målingene.

- Resultatet fra de pasientrapporterte indikatorene var helt som forventet. Sykehuset vårt ble bygd på 1960-tallet og har gått ut på dato, sier kvalitetskoordinator Gunnar Watn.

Sykehuset ligger rundt landsgjennomsnittet på pasientopplevd kvalitet. Det store forbedringspotensialet er å gi fastlegen raskere beskjed om pasientens sykehusopphold. Per i dag blir bare 22 prosent av såkalte epikriser sendt innen 7 dager.

- Vi er så langt fornøyd med kvalitetsmålene. Etter hvert kan dette bli et viktig styringsverktøy – for å se hvor vi bør satse og hvilke områder vi må prioritere i forbedringsarbeidet, sier Sjo.

Hun mener det er viktig ikke å trekke for raske slutninger etter bare noen få kvalitetsmålinger.

- Vi har nettopp begynt å rapportere. Vi må vente og se om det finnes et mønster i dataene før vi legger opp til eventuelle endringer, mener fag- og organisasjonssjefen.

A photograph of a young couple, a woman and a man, smiling warmly at the camera. They are holding a newborn baby wrapped in a white blanket. The woman is on the left, wearing a dark blue cardigan over a light-colored top. The man is on the right, wearing a blue button-down shirt. The baby is lying in their arms, wearing a white onesie and has a small medical tube near its mouth. The background is slightly blurred, showing what appears to be a hospital room with white cabinets.

Verden møtes på sykehuset

Hvis en jøde dør, skal armene ikke legges i kors, men langs kroppen. Et nyfødt muslimsk barn får gjerne en teskje honning. Det betyr at verden er god. På sykehuset møtes mennesker fra alle verdens hjørner. Trondheim alene har nærmere 10 000 innbyggere med innvandrerbakgrunn.

NYBAKTE FORELDRE: Gyanendra Lal Shrestha og Sanu Maiya Shrestha viser stolt fram lille Sulabh.



BROBYGGER: Farid Al-Zargani og hans kone Rashah er opprinnelig fra Irak. De har gjort personalet ved intensivavdelingen på St. Olavs kjent med irakisk mat og kultur, blant annet har de servert lunsj fra hjemlandet til hele avdelingen.

➤ **H**ver dag er tusenvis av mennesker innom St. Olavs Hospital. Språk, religion og matvaner varierer fra pasient til pasient.

- Det er viktig å spørre, og ikke ta noe for gitt, sier sykehusprest Ingebrigt Røen. Hos presten finnes bøker om ulike religioner. På diettkjøkkenet ligger kokebøker fra India, Tyrkia og Vietnam.

- Vi har fått mye skryt for den ugandiske fiskegryten. Den er vi litt stolte av,

sier soneleder Annbjørg Haugbjørg-Olsen på diettkjøkkenet. Der lager fire kokker mat for ulike mager. Noe er til diabetikere og allergikere. Andre retter er til folk som ønsker mat de er vant med hjemmefra.

- Vietnamesere har ofte ønskemat. Hvis vi er i tvil, lager vi wok, sier Haugbjørg-Olsen.

På fødestua

De fleste som jobber på fødeavdelingen, har møtt kvinner som er sydd igjen nedentil. Avdelingen har egne retningslinjer i forhold til omskjæring. Graden av omskjæring kan variere fra bortskåret klitoris til sammensyddde kjønnslepper.

- Når du må åpne en dame for at barnet skal komme ut, har du ikke lov til å ha det tilbake slik det var. Da snakker vi om kjønnslemlestelse, sier jordmor Liv Melland Nordtug.

Russiske Irina Eide er gynekolog på fødeavdelingen.

- Vi som jobber her blir vant til å kommunisere med hverandre. Jeg lærer noe nytt hver dag, sier hun. Det er ti år siden hun jobbet i Russland, og da hun kom til Norge merket hun forskjellen på norske og russiske sykehus.

- Det er mer omsorg, oppmerksomhet og stell her, sier Eide.

Familien er med

Noen ganger er det mannen som snakker best norsk. Da hender det at han må tolke for kona.

- Det kan være en utfordring å bruke ham som tolk. Det er viktig at vi får vite det kona sier, og ikke det mannen vil vi skal vite, sier Nordtug.

- Det hender vi ser ut som sprellemenn, med kroppsspråk i alle retninger, sier hun.

Barnefaren er stort sett med på fødselen, uansett hvor moren kommer fra. Noen ganger er også tanter, onkler, søsken og besteforeldre med.

- Vi ser storfamilien veldig tydelig her. Det blir mange når alle skal inn på fødestua. De det ikke er plass til, står gjerne i døra og titter, forteller Nordtug. På barselavdelingene ligger fire og fire mødre på samme rom. - Det er en utfordring at noen har så mange rundt seg. Noen ganger må de ta korridoren til hjelp for å få plass, sier jordmoren.

Lunsj til personalet

Datteren til Farid Al-Zargani fra Irak ble født 14 uker for tidlig. Nå ligger hun på intensivavdelingen for nyfødte, og mor og far besøker henne hver dag.

- Alle her er flinke og hyggelige. Vi lagde irakisk lunsj til personalet for to dager siden, og de syntes maten vi kom med var veldig god, sier Al-Zargani. Han

Det flerkulturelle Midt-Norge

■ Det bor 8485 innvandrere i Møre og Romsdal, 12550 i Sør-Trøndelag og 3152 i Nord-Trøndelag.

■ Det bor 9727 innvandrere i Trondheim alene. 5641 av disse har bakgrunn fra Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, Tyrkia. Det er flest som kommer fra Tyrkia, Pakistan, India og Bosnia-Hercegovina

Kilde: SSB



ET BITTELITE MIRAKEL: Lille Sara, datteren til Farid Al-Zargani og kona Rashah, ble født 14 uker for tidlig. Nå ligger hun på intensivavdelingen på St. Olavs Hospital hvor både hun og foreldrene får god oppfølging av personalet.

har bodd i Norge i seks år og snakker perfekt trøndersk. Kona hans, Rashah, har bodd her i ett år og snakker ikke like bra norsk.

- Når jeg er her, vil hun ikke snakke, da vil hun at jeg skal forklare. Men jeg vil gjerne at hun skal forstå norsk, så av og til lar jeg henne være alene her. Alle snakker til henne og vil at hun skal lære litt, sier han.

Ikke røre

Eivind Senneset er assistentlege ved skadeakuttavdelingen. Av og til får han ikke røre pasientene han skal behandle.

- Det har hendt at jeg har måttet undersøke en kvinne ved at mannen trykket på magen, mens jeg spurte hvor det gjorde vondt. Men det er sjelden det er slik. De fleste fra andre kulturer har ikke mer fordommer mot å bli undersøkt enn nordmenn, sier Senneset. Hvis kvinner ønsker å bli behandlet av kvinnelige leger, pleier heller ikke det å være noe problem.

Forskjellig tid

Kommunens tolketjeneste stiller på kort varsel når det trengs.

- Vi er av og til usikre på om vi skal bestille tolk eller ikke, når vi ser at pasienten har et utenlandsk navn. De kan jo være fra Pakistan opprinnelig, men snakke klingende trøndersk, sier avdelingssykepleier Marit Follan ved barneklubben.

Pasientene som kommer til avdelingen

har gjerne fått innkalling med dag og tidspunkt. Men ikke alle legger like stor vekt på det.

- Det er forskjell på tidsbegrepet. Noen tenker at vi kommer når vi kommer, og da skal legen være der. De kan komme når som helst, og forståelsen er ikke alltid like stor for at sykepleieren eller legen ikke er der når de kommer, sier seksjonsoverlege Finn Høivik. Stort sett skjønner de likevel at da må de komme tilbake senere. - Vi nordmenn er jo klokkestyrt både på godt og vondt, sier Høivik.

Portørhjelp

Lill-Kirsten Rudolfsen ved informasjons-skranken forklarer veien til alle som lurar på hvor de skal.

- Det kan være stressende å sitte her og prøve å forstå i all støyen. De som ikke snakker norsk, kan gjerne litt engelsk. Noen er flau, og hvisker. Da er det enda vanskeligere å høre hva de sier, forteller Rudolfsen.

En mann kommer løpende og forklarer på gebrokkent norsk at han er fem minutter for sent til avtalen, og at han ikke klarer å finne veien. Han snakker fort.

- Snakker du tysk? spør han Rudolfsen. Hun rister på hodet og prøver å forklare. Han rister på hodet at han ikke skjønner. Da ringer hun først etter en portør som kan vise vei. Så til legen for å forklare at

pasienten er forsinket. Portøren kommer løpende, og dermed er familien på rett vei. - Tusen, tusen takk, sier han.

Kulturformidling

På kontoret til sykehusprest Erling Tronvik er det mye roligere. Han underviser helsepersonell i flerkulturelle utfordringer og har etikk og holdninger på timeplanen.

- Vi har en perm med ritualer ved for eksempel dødsfall, og så har vi en sjekkliste som personalet bør ha i tankene, sier han.

EKSOTISK: Sykehusmat er ikke bare sykehusmat. Middagsretter fra hele verden serveres på St. Olavs.





FUSION-FOOD: Lillian Sem lager mat på diettkjøkkenet på St. Olavs. Her kan folk fra andre breddegrader bestille mat de er vant til hjemmefra.

Fakta om St. Olavs Hospital:

■ Antall normerte senger:	922
■ Antall innlagte pasienter:	44 581
■ Antall dagpasienter:	21 418
■ Antall polikliniske konsultasjoner:	260 486
■ Antall ansatte (somatikk):	Ca. 5 200

Nøkkeltall pr. 31.12.02 (gjelder St. Olavs Hospital, eksklusive Psykisk helsevern)

Hvis en jøde dør, skal armene ikke legges i kors, men langs kroppen. Buddhister er i hovedsak vegetarianere. Slike ting, og mye mer, står i permen til sykehuspresten. Her kan helsepersonell komme og spørre. Presten har også en liste over kontaktpersoner for ulike religioner.

- Men stort sett ordner familien det selv. De har sine egne religiøse ledere, sier han. Selv har han bedt sammen med muslimer som har hatt behov for det. På sykehuset har det lenge vært fokus på at folk fra ulike land skal få følge egne ritualer.

- Det gjorde at vi ble bevisst på hvilke tilbud vi egentlig hadde til nordmenn, for eksempel når det gjelder minnestund. Nå bruker vi ritualer i større grad, også for norske. Vi ble oppmerksom på at dette er viktig, sier han.

Sykehusprest Ingebrigt Røen mener at vi har mye å lære av andre kulturers forhold til sykdom og død.

- Det er ganske mange kulturer som gjør det bedre enn oss. I Afrika har de mange steder gråtekoner, som hjelper til med å få gråten fram hos de sorgende. Da kommer man i gang med sorgen og blir forttere ferdig, sier Røen.

Presten er opptatt av at det ikke går an å vite hvordan folk helst vil gjøre ting. Røen mener det viktigste er å være med-spiller på den andres premisser.

- Hvert menneske er egentlig sin egen kultur, uansett hvor man kommer fra, sier Røen.

Nytt distriktpsikiatrisk senter på Stjørdal

Syret i Helse Midt-Norge RHF vil bygge nytt distriktpsikiatrisk senter (DPS) på Stjørdal. Dette vil vesentlig styrke det psykiske helsevernet i denne delen av regionen.

Tilbudet er beregnet på pasienter fra søndre del av Nord-Trøndelag (Frosta, Stjørdal, Levanger og Meråker) og kommunene Tydal, Selbu og deler av Malvik. Området har en befolkning på rundt 50 000.

Helsedepartementet har allerede gitt opptrappingsmidler til senteret. Prosjektet har en total kostnadsramme på 72,9 millioner kroner.

Senteret skal ha 31 senger, samt en egen enhet med 8 senger for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Dette tilbudet skal drives i tett samhandling med Nasjonalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser ved Sykehuset i Levanger.

Intensjonsavtale om kreftsenter på "Hysnes HelseFort"

Helse Midt-Norge RHF, Den Norske Kreftforening og Rissa Utvikling KF har inngått en intensjonsavtale om å etablere et landsdekkende rehabiliteringssenter for kreftpasienter på Hysnes i Hasselvik i Rissa kommune. Mulig oppstart for prosjektet er høsten 2004.

Det planlegges et tilbud til 60 kreftpasienter og deres pårørende. Senteret

skal ha en egen avdeling for barn og unge med kreftdiagnose. Formålet er at pasientene skal få bedre livskvalitet og stå bedre rustet til å møte hverdagen, til tross for sykdom.

Plan med faglig innhold, behovsdokumentasjon, økonomi og organisering vil bli lagt fram for Helse Midt-Norge RHF og Den Norske Kreftforening senere i høst, med påfølgende styrebehandling.

Fischebygget til Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har kjøpt det såkalte Fischebygget i Elgeseter gate 10, rett ved St. Olavs Hospital, for 56,25 millioner kroner. Bygget krever omfattende rehabilitering og går inn i de framtidige sykehusplanene. Ulike bruksformål vurderes,

som medisinsk forskning og undervisning, eller annen sykehusvirksomhet i byggefase 2.

Fischebygget på drøye 10 000 kvadratmeter er i dag kontor- og undervisningslokaler for NTNU og Sintef.

Tall i ball

I artikkelen "113 – når sekundene avgjør" i forrige nummer av HELSE, presenterte vi dessverre noen feilaktige faktatall om ambulansetjenesten. Riktige tall for AMK i Trondheim for 2002 er følgende:

- Disponerer 14–19 ambulanser, avhengig av tidspunkt på døgnet
- Koordinerer 615 helikopteroppdrag

Har kuttet ventelistene mest

Helse Midt-Norge er den regionen i landet som har redusert ventetiden mest i løpet av de siste to årene. Tall per utgangen av august viser at gjennomsnittlig ventetid i Midt-Norge nå er 121 dager. Det betyr at ventetiden i Midt-Norge er redusert med 62 prosent. På landsplan er ventetiden kortet ned med 45 prosent i gjennomsnitt. I samme periode har antall pasienter som har ventet mer enn ett år på behandling, falt med 86 prosent i Helse Midt-Norge.

Da helsereformen trådte i kraft i 2002, ble Helse Midt-Norge utropt til versting i forhold til ventelister og ventetider. I dag er gjennomsnittlig ventetid i Helse Midt-Norge blant de laveste i landet, og i forhold til folketall er det denne regionen som har redusert ventelistene mest. Men det er fremdeles andre regioner som har kortere ventetid enn Helse Midt-Norge.

- Vi har satt oss tøffe mål for 2003. Når desember er omme, er ambisjonen at antallet pasienter på venteliste hos oss skal være redusert til 27 000, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen.

Målene kan holde hardt. I august sto fremdeles 37 213 pasienter på venteliste i Midt-Norge.

Én AMK-sentral i hvert helseforetak

Styret i Helse Midt-Norge går inn for at det skal være én akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral) i hvert helseforetak i regionen. Det betyr at antall AMK-sentraler reduseres fra åtte, som i dag, til fire. Hvor sentralene skal ligge, avgjøres av hvert enkelt foretak.

- Tjenesten som gis til pasientene før de kommer til sykehuset, er svært viktig og ofte avgjørende for hvordan det går med pasienten videre. Styret har i dag bestemt at dette tilbudet må ha gjennomgående god kvalitet i hele regionen. Med fire AMK-sentraler vil vi ivareta pasientenes behov samtidig med at tjenesten kan gis på en mer effektiv måte, sier styreleder Per Sævik.

Opptrapping av psykisk helsevern

Handlingsprogrammet for psykisk helsevern i Midt-Norge er blitt vedtatt av styret i Helse Midt-Norge. Programmet er utarbeidet for å bedre tilbudet og sikre gjennomføring av opptrappingsplanen for psykisk helse. Programmet skisserer også sentrale utfordringer i arbeidet og foreslår tiltak for å bedre tilbudet til dem som trenger psykisk helsevern.

- Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er avgjørende for å lykkes med opptrappingsplanen for psykisk helse, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Blant tiltakene er satsing på distriktspsykiatriske sentre og utvikling av spesialiserte tilbud i sykehus. Handlingsprogrammet omfatter en periode på fem år.

Nye forsikringsordninger for ansatte

Alle ansatte i Helse Midt-Norge har rett til ulike forsikringsordninger. Yrskesskadeforsikringer tegnet i Gjensidige NOR Forsikring AS dekker skade som følge av ulykke og sykdom i forbindelse med utøvelse av arbeid i arbeidstiden. Denne forsikringen dekker også skade på reise mellom hjem og arbeid.

Gruppelivsforsikring er tegnet i Storebrand Liv AS og gir erstatning til dine etterlatte dersom du mister livet. Utbetalingen er uavhengig av om dette

skjer på jobben eller i fritiden, eller om dødsårsaken er sykdom eller ulykke.

Tjenestereiseforsikring er dekket via Europeiske Reiseforsikring AS. Ansatte må selv tegne forsikring for private reiser. I tillegg til de lov- og tariffestede forsikringer som nevnes ovenfor, har Helse Midt-Norge valgt å tegne fritidsulykkesforsikring for alle ansatte.

Fullstendig oversikt over vilkår og forsikringsnummer vil bli tilgjengelig på et intranettbasert system.

Strømvavtale for ansatte i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har nylig inngått en langsiktig avtale med Trondheim Energiverk Kraftsalg AS om levering av elektrisk kraft til sykehusene i Midt-Norge. Denne avtalen gir også muligheter for en gunstig strømvavtale for de ansatte i Helse Midt-Norge. Det er imidlertid ingen bindinger mellom strømleveransene til sykehusene og til de ansattes privatboliger.

Som ansatt i Helse Midt-Norge får du nå et tilbud om en strømvavtale som hittil har vært forbeholdt store bedriftskunder. Den består av 50 prosent fastpris og 50 prosent flytende pris (markedspris). Fastdelen sikrer deg mot de verste pristoppene, og den flytende

delen sørger for at du er med når prisene går til bunns.

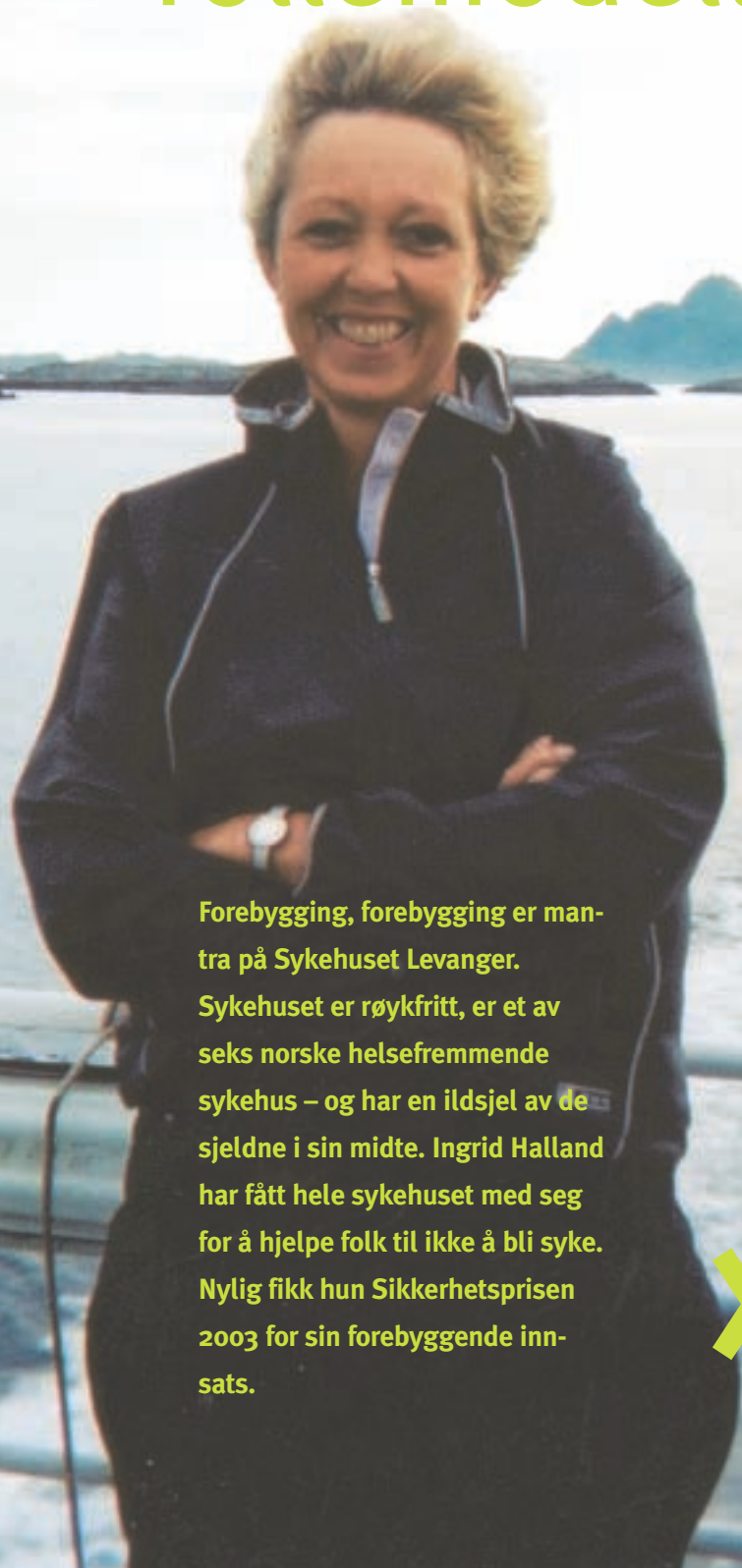
Prisen på strøm varierer hele tiden. Hvor gunstig fastprisdelen av avtalen er, avhenger derfor av hvilket tidspunkt prisen bindes på. Med Ansattavtalen vil du som ansatt på lik linje med store bedriftskunder få råd og veiledning fra Trondheim Energiverk om når det lønner seg å fornye avtalen.

Tilbudet om en strømvavtale for ansatte i Helse Midt-Norge forutsetter at minst 500 melder seg innen en frist som fastsettes senere. Det er planlagt at avtalene i første omgang skal gjelde i ett år fra 1. januar 2004.

Flere sier ja til organ-donasjon

Antall donasjoner fra avdøde givere økte med 47 prosent fram til 30. september sammenliknet med samme periode i fjor. Det er også flere pårørende som sier ja til donasjon. Takket være givere har 195 pasienter hittil i år fått et livreddende organ. Siden 1996 har ventelistene for organdonasjon økt med nesten 70 prosent. Det er derfor spesielt gledelig at ventelistene for første gang på 10 år er på vei nedover. Men fremdeles venter 225 pasienter på livreddende organ (per 1.10.2003).

Forebyggende rollemodell



Forebygging, forebygging er man-
tra på Sykehuset Levanger.
Sykehuset er røykfritt, er et av
seks norske helsefremmende
sykehus – og har en ildsjel av de
sjeldne i sin midte. Ingrid Halland
har fått hele sykehuset med seg
for å hjelpe folk til ikke å bli syke.
Nylig fikk hun Sikkerhetsprisen
2003 for sin forebyggende inn-
sats.



Dette er helsefremmende sykehus

■ Helse Nord-Trøndelag ble i mars i år ett av seks medlemmer i Norske helsefremmende sykehus, NHFS. NHFS er en del av det internasjonale nettverket "Health Promoting Hospitals", som er initiert av Verdens helseorganisasjon.

■ Ideologien i nettverket er at sykehusene skal fokusere på helsefremmende arbeid. Det skal bli lettere for enkeltmennesker å ta vare på helsen sin slik at de ikke rammes av sykdom og brudd.

■ For å bli tatt opp som medlem i NHFS må man forplikte seg til å utvikle og drive tre helsefremmende prosjekter.

Det er veldig, veldig stort for oss som sykehus å bli satt på kartet for vårt forebyggende arbeid. Vi skal gi liv til årene som er lagt til livene, sier Ingrid Hallan, rådgiver og spesialkonsulent ved rehabiliteringsklinikken på Sykehuset Levanger.

Denne damen trenger ikke snakke om livskvalitet, hun stråler av det. Hun bruker alle kreftene sine, og litt til, på at vi andre skal bli mer bevisste på hvordan vi kan ta bedre vare på helsen vår, før sykdom tvinger oss til det.

Ny ideologi

Helse Nord-Trøndelag, med Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, ble i mars i år ett av seks medlemmer i Norske helsefremmende sykehus, NHFS, og det eneste medlemmet nord for Dovre.

Helse Nord-Trøndelag med Ingrid i spissen fikk NHFS på hjernen allerede for fire år siden. På den tiden var Ingrid Hallan med på et prosjekt hvor målet var å lære pensjonister hva man selv kan gjøre for å unngå å brette håndledd eller lårhals.

- Gjennom prosjektet nådde vi ut til de eldre før de hadde falt i trapper eller skidd på isen. Sykehuset ble dermed en del av primærforebyggingen, på lik linje med kommunene. Dette er nytt. Til nå har sykehusfilosofien stort sett gått ut på å reparere skadene som kommer inn, og



FRILUFTSMENNESKE: Ingrid Hallan bruker sykkel flittig – både som transportmiddel til jobb og som nytelses-

sende friske pasienter ut igjen, i påvente av nye skader. Sykehusenes hovedoppgave vil da også alltid være diagnostikk og behandling, men forebygging av sykdom og skader er et enormt viktig satsingsområde. Sykehusene bør bli helsebedrifter, ikke sykdomsbedrifter, mener Ingrid Hallan.

Ingrids innsats som prosjektleder for osteoporoseprosjektet ble lagt merke til. I september fikk hun Skadeforebyggende forums Sikkerhetspris 2003 for arbeidet.

Antirøyk

Som medlem i NHFS må helseforetaket

utvikle og drive tre helsefremmende prosjekter. For Helse Nord-Trøndelag, og Ingrid Hallan, er den store fansaken å ha et røykfritt sykehus.

Den statusen ble oppnådd i mars i år. I tillegg drives et prosjekt kalt "Ledelse gjennom kunst og kultur" samt et familieforskningsprosjekt i regi av Lærings- og mestringssenteret for familier med barn med funksjonshemming. De ansatte ved sykehusene må stumpe røyken på jobb. Blir man tatt på fersken flere ganger, kan smugrøyking bli en personalsak.

- Som helsepersonell blir vi rollemodeller, enten vi liker det eller ikke.



Sikker vinner

■ For arbeidet som prosjektleder for benskjørhetsprosjektet i Nord-Trøndelag mottok Ingrid Hallan Skadeforebyggende forums Sikkerhetspris 2003. Prisen gis for fortjenestefullt sikkerhetsarbeid.

■ Det er veldig hyggelig og svært fortjent at Ingrid Hallan har fått Sikkerhetsprisen. Hun har vært en ildsjel og en drivkraft i arbeidet med å forebygge bruddskader blant eldre i fylket, sier klinikkleder Kari Bratland Totsås i Rehabiliteringsklinikken.

■ Prisvinneren selv var glad og rørt over å ha fått nasjonal anerkjennelse for arbeidet sitt.

■ Det har vært en glede å jobbe med gruppen friske, hjemmeboende eldre i disse årene, sier Hallan fornøyd.

halsbrudd som unngås. Tenk om de pengene kunne gått inn på en konto øremerket mer forebyggende arbeid, drømmer Ingrid.

Rollemodell

Ingrid Hallan har jobbet i helsevesenet i 35 av sine 57 år. Allerede som femåring hadde hun det klart for seg at det var sykepleier hun skulle bli. 17 år gammel dro hun alene fra hjemstedet i Troms til Oslo, for å prøve seg i helsevesenet. Kanskje er det en familieting, for begge søstrene er sykepleiere, og mannen er lege. Ingrid tar rollemodelljobben alvorlig. Firebarnsmoren er ikke-røyker og sykler til jobb hver dag. Ingrid og familien gir bilen fri om sommeren, og bruker ferien til å sykle rundt i Danmark eller i Irland, eller på Helgelandskysten.

Ingrid Hallan har jobbet for avdelinger for rehabilitering, kirurgi og hygiene på flere ulike sykehus. Til Sykehuset Levanger kom hun i 1986. Hun la ned mye arbeid i arbeidsgruppen for et osteoporoseprosjekt og ble oversykepleier på den nye rehabiliteringsklinikken. Nå er hun rådgiver og spesialkonsulent. Det er rehabiliteringsklinikken som har ansvaret for det forebyggende arbeidet ved sykehuset.

- Rehabilitering og forebygging henger sammen. Rehabilitering er jo å forebygge nye skader, forklarer hun.

- Er det ikke fint? utbryter Ingrid. - Før var vi mer som en servicefunksjon, nå viser vi at vi vil være på lag med deg hele veien.

Ingrid Hallan stråler av entusiasme for alt helsefremmende. Rynken mellom øynene kommer bare til syne når det er snakk om ressurser. Foreløpig er det ikke så mange kronene som øremerkes forebyggende arbeid.

- Vi forsvinner fort i kampen med dem som blør og dør. Så er det jo engang slik at man ikke får noen premie for å forebygge skader, selv om vi sparer den norske stat for 250 000 kroner for hvert lær-

Ingrid vil ikke være røykepoliti. Derfor får de ansatte gratis røykesluttkurs og røykeplaster, og rundt om på avdelingene finnes store boller med nyskrelte gulrøtter – som en knakende hard motvekt mot røykesuget. Ingrid Hallan har en personlig drøm om å starte en røykestopp-poliklinikk. Hun har sett hvordan det kan gå for dem som ikke slutter.

Lagspill

Tidligere hadde helsepersonellet på Sykehuset Levanger følgende motto "Til tjeneste når du trenger oss". Nå er mottoet endret til "På lag med deg for din helse".



Nytt doktorgradsstipend i kirurgi

Små gnagere til stor nytte

Høyteknologisk metode, spesielle typer mus, inngående kjennskap til magesekken og en veileder i toppklasse er bestanddelene i Bjørn Karlssons doktorgradsprosjekt.

Hvorfor gjør vi det slik? Som assistentlege på kirurgen begynte jeg å stille meg slike spørsmål oftere og oftere. Jeg skjønnte at hvis jeg skulle klare å finne egne svar i den medisinske litteraturen, måtte jeg lære å forske selv, forklarer svenske Bjørn Karlsson (34). I april ble han tildelt forskningsstipend fra Helse Midt-Norge for å drive forskning innen kreft og molekylær medisin.

Karlsson flyttet fra Sverige til Trondheim høsten 1999 og begynte sin spesialistutdannelse innen kirurgi. Det var særlig tiden på endokirurgisk avdeling som var avgjørende for at han byttet ut legefrakk med forskerbriller.

- Vi opererer de fleste pasienter med halsknuter – selv om halsknutene ikke nødvendigvis er kreft – fordi vi ikke har gode nok diagnostiske metoder til å finne ut om knutene er ondartede eller ikke før vi opererer. Jeg spurte meg selv om det ikke fantes andre måter å stille diagnose på for disse pasientene, forteller Karlsson.

Spørsmålet førte ham til medisinske journaler og fagartikler, men svarene var ikke lette å finne.

- Jeg måtte bli bedre på å gjennomgå forskningslitteraturen, bli mer systematisk. Jeg tror det er viktig for den som

vil bli en bedre kliniker, mener Karlsson.

Veileder i toppklasse

Det er vel og bra å bestemme seg for å begynne å forske, men det er avgjørt en fordel å ha noe å forske på.

- Det første jeg gjorde, var å finne en god veileder med et interessant forskningsområde.

Og den unge svensken fant en veileder av klasse. Kinesiske Duan Chen har internasjonalt ry som forsker og hadde et par år tidligere fått et professorat i eksperimentell kirurgi ved St. Olavs. Karlsson er ikke i tvil om at professor Chens ry og rykte er en av hovedgrunnene til at han ble tildelt stipend.

Banebrytende teknologi

Professor Chen har gjennom en årrekke forsket på magesekken og dens funksjoner. Han har brukt mus og rotter til blant annet å undersøke hvordan cellene i magesekken fungerer sammen på molekylnivå. Chens nye stipendiat ble dratt med på noen av prosjektene, og sammen utviklet de en rekke prosjekter som kunne danne grunnlag for en doktorgrad.

- Hvis du spør andre medisinske forskere om hvorfor de begynte å forske på det de gjør, vil nok de fleste svare at



MUSEHJELP: Som et ledd i doktorgradsprosjektet har Bjørn Karlsson operert magesekken på hundrevis av mus. Alt for å kunne behandle kreftpasienter bedre.





Forskning i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har i samarbeid med Det medisinske fakultet ved NTNU i år tildelt 12 nye forskningsstipender i regionen. Stipendene er gitt innenfor disse områdene:

- Epidemiologi (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag)
- Medisinsk teknologi
- Psykiatri
- Rehabilitering og habilitering

hvordan menneskekroppen fungerer, og for å finne bedre behandlingsmetoder for mennesker og dyr. Vi bruker gnagere fordi de er like oss, en stor del av arvemassen er identisk. Vi tar godt vare på dyrene, og det finnes lover og regler som må følges, forklarer stipendiaten.

I forskningslaben har den unge svensken flere titalls bur med små, hvite mus og noen bur med større, hvite rotter. Karlsson har operert forbi magesekken på noen av musene og rottene, fordi han ønsker å finne ut om det har noen innvirkning på appetitten og sultfølelsen at magesekken ikke er del av fordøyelsessystemet på vanlig måte. Her skal han bruke tissue micro array-metoden til å kartlegge de genetiske avtrykkene i hjernen når magesekken er forbikoblet.

I noen av de andre burene finnes mus som produserer ekstra høye mengder av hormonet gastrin. Dette gjør det mer sannsynlig at de utvikler kreft. Når man i tillegg har operert forbi magesekken, tror forskeren at dyrene lettere får inflammasjonssår i strupen. Hvis denne hypotesen er riktig, har Karlsson og hans kollegaer en modell for å studere hvordan strupekreft oppstår og utvikler seg. På laben finnes også mus som blir foret med snus. Hensikten er å se om snus øker risikoen for kreft i magesekken.

- Det er ennå for tidlig å si hvor prosjektene vil lede hen, eller hvilke av prosjektene som vil være en del av avhandlingen min. Men jeg synes i hvert fall at jeg er kommet svært godt i gang, sier Karlsson fornøyd.

FORSKEREN: Bjørn Karlsson er godt i gang med doktorgraden, men vet ennå ikke helt hva resultatet av undersøkelsene blir.

det meste skyldes tilfeldigheter. Sånn er det også for meg, medgir Karlsson.

Karlsson søkte til slutt Helse Midt-Norge om stipend til et prosjekt hvor han skal bruke en metode kalt "tissue micro array" for å studere magesekkens funksjoner. Dette gjøres ved hjelp av mus og rotter som han har operert slik at fordøyelsessystemet går forbi magesekken. Teamet i Trondheim, som i disse dager er i ferd med å sette opp maskinene og lære seg metodikken, vil være blant de første som bruker denne toppmoderne metoden og det høyteknologiske utstyret i medisinske forskningsprosjekter.

Mus som prøvekannin

Det ligger i forskningens natur at man ikke kan vite hvilke prosjekter som vil gi gode og interessante resultater. Ett år ut i det fire år lange doktorgradsprosjektet har Karlsson med hjelp av sin veileder allerede satt i gang fem-seks prosjekter. Alle kan i prinsippet danne grunnlag for en doktorgrad. Fellesnevneren for prosjektene er at de involverer forsøk på mus og/eller rotter.

- Bruk av dyr i forskningen er kontroversielt. Synes du det er vanskelig å drive forsøk på levende dyr?
- Vi må bruke forsøksdyr for å forstå

Manpower takker for tilliten!

Avtale med alle foretak i
HELSE MIDT-NORGE
på innleie av helsepersonell.



Gunn Marie Husby
telefon: 73 88 44 38
e-mail: gunn.marie.
husby@manpower.no



Merete Søbstad
telefon: 73 88 44 08
e-mail: merete.sobstad
@manpower.no

HVA KAN VI TILBY?

**Vi tilbyr å være en samarbeidspartner
i kortere eller lengre perioder:**

- Permisjoner
- Sykefravær
- Vakante stillinger
- Ferieavvikling

LA OSS GJØRE JOBBEN!

Vi tar ansvaret for:

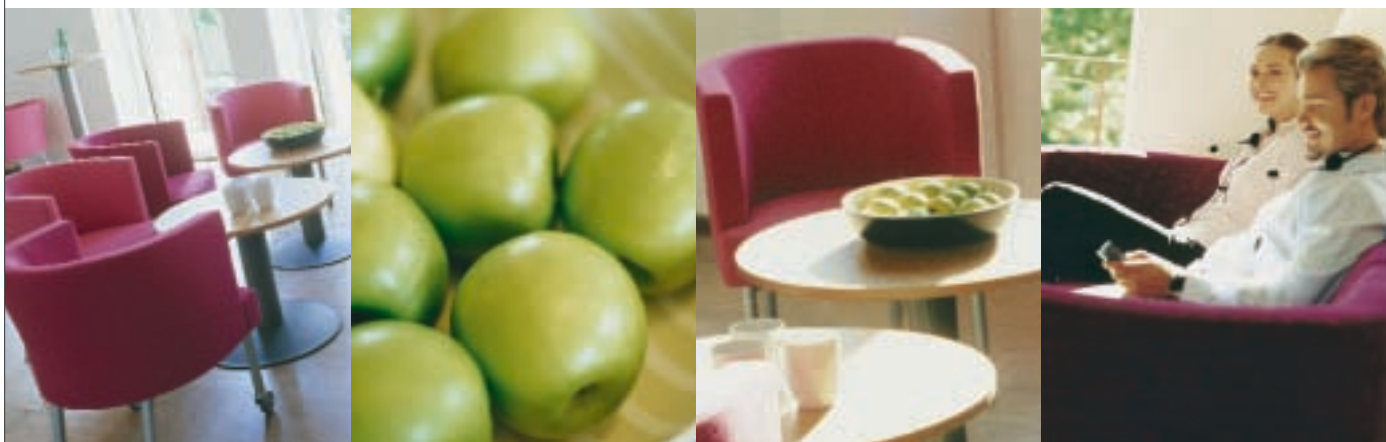
- Lønnsberegning og – utbetaling
- Sosiale kostnader
- Arbeidsgiveravgift
- Yrkesskadeforsikring
- Oppfølging
- Lønn til medarbeidere ved evt. sykdom

www.manpower.no

MANPOWER®

Inspirerende miljøer til kontor, skole og institusjoner

Dinamo Effekt



– 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®



B

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

ISSN 1503-1780

“På lag med deg for din helse”