

HELSE

04/2004-Årgang 3-Et magasin fra HELSE ••• MIDT-NORGE

**Forbrytelse
og omsorg**

S11

**Tar
hallusina-
sjoner
på alvor**

S15

**Jakten på den
gode sirkel**

S20

**Dobbeltdiagnose
– mellom to stoler ?**

S4



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.

Nye pasientrettigheter

1. september 2004 trådte nye bestemmelser i pasientrettighetsloven i kraft. Pasienter som har rett til helsehjelp skal nå få en konkret individuell frist for når behandling skal skje. Fristen skal settes ut fra hva som er medisinsk forsvarlig. I Helse Midt-Norge gjelder denne fristen for alle pasienter som gis et tilbud. Kan ikke sykehuset innfri fristen, skal pasienten ha beskjed om dette og få tilbud om behandling hos andre.

Retten gjelder også barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling.

Mer informasjon:

www.helse-midt.no

Fritt Sykehusvalg

www.sykehusvalg.net

Tlf.: 800 41 004

Helse Midt-Norge RHF

Besøksadresse: Strandveien 1, Stjørdal

Postadresse: Postboks 464, 7501 Stjørdal

Tel 74 83 99 00, fax 74 83 99 01

postmottak@helse-midt.no

HELSE  MIDT-NORGE

PÅ LAG MED DEG FOR HELSA DI



Paul Hellandsvik
Paul Hellandsvik
adm. dir.

Motivet for endring

Vi lever i eitt av verdas rikaste land. Staten styrer ein pengebinge som i høve til talet på innbyggjarar i Norge er verdas største.

Noreg er det landet i OECD-området som dei siste 10-15 åra har hatt den sterkaste veksten i pengebruk i sjukehussektoren. Det er berre Sveits og USA som brukar fleire kroner på sjukehus og spesialisthelseteneste per innbygger enn Norge.

Korleis kan det då ha seg at økonomien likevel er eit problem for norske sjukehus?

Det er no gått tre år sidan helsereforma blei sett i verk. I denne perioden er det lagt strategiar og sett i verk tiltak for å forbetre og gjere drifta av sjukehusa meir effektiv. Det har vore lagt eit stort trykk på å få økonomien under kontroll, og det har vore forventningar om raske resultat. Men det er feil å hevde at dette har vore det einaste styringssignalet.

I Helse Midt-Norge er fokus sett på organisering av støttefunksjonar, og vi er i ferd med samordne innkjøp og administrative tenester. Dette gjer vi fordi det skal bli meir helse for kvar krone på budsjettet vårt. Bruk av ny teknologi gjer det mogleg å både gi raskare hjelp og utvikle betre kvalitet. Bruk av digitalisert røntgen, elektronisk pasientjournal og nye IT-verktøy for betre og raskare samhandling og informasjonsutveksling internt og med primærhelsetenesta, er eksemplar på framtidretta investeringar vi gjer no. Og satsing på forskning og kompetanse hos dei tilsette skal gjere oss i stand til møte framtida på ein offensiv måte.

Tilbodet til pasienten er ikkje svekka, tvert om har vi redusert ventetida og ventelistene radikalt, og det er teke grep for å heve kvaliteten på tenestene. Vi skal vere på lag med deg for helsa di.

Det har skjedd mykje i løpet av kort tid i norske sjukehus etter helsereforma, men kan hende har det og vore urealistiske forvent-

ningar i forhold til tempoet på omstillinga. Sjukehus er komplekse og store organisasjonar bygd på kunnskapar og engasjerte menneske. Skal ein lukkast med å gjere endringar, må ein ha dei tilsette med seg på laget. Dei er grunnmuren vi treng for å bygge sjukehus for morgondagen.

Naturleg nok har det vore stor interesse for dei tiltaka som er sett i verk som fylgje av helsereforma. Sjukehus og helseteneste betyr mykje for den tryggleiken einskildmennesket kjenner. Raske endringar og nye måtar å organisere tilbodet på kan skape uro og frykt for dårlegare kvalitet og at det blir vanskelegare å få hjelp når du treng det.

Vår strategi må vera å gjere endringar som har til formål å styrkje kvaliteten på tilbodet til pasienten. Økonomiske argument aleine er ikkje nok. Men det kan vere gode medisinskfaglege argument for å foreslå endringar som både kan gi oss smartare og billigare løysingar samstundes som kvaliteten blir betre.

Vi etablerer no eit styringssystem for leiarar i helseføretaka i Midt-Noreg. Det vil gjere det lettare for oss å lære av kvarandre og finne fram til beste praksis – og det skal gjere det enklare for leiarane våre å få oversikt, styre ressursbruk og slik nå dei måla vi har sett oss.

Det må ikkje bli sådd tvil om motivet vårt i dette arbeidet: å styrke spesialisthelsetenesta og organisere oss slik at pasienten opplever å bli tatt vare på av kvalifisert personale som evner å samarbeide og sikre heilskap. Oppgåva vår blir å argumentere for naudsynte endringar slik at folk i Midt-Norge forstår kvifor vi gjer det vi gjer. Magasinet HELSE som du nå held i handa, er ein av fleire kanalar for slik informasjon. Ein annan arena er dei faste dialogmøtene vi har med lokale og regionale politikarar. Dei er ombod for innbyggjarane i Midt-Noreg og viktige samtalepartnarar for oss.

HELSE - Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv. 1, 7500 STJØRDAL - Telefon: (047) 74 83 99 00 - Telefaks: (047) 74 83 99 01 • www.helse-midt.no

• Ansvarlig redaktør: Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad

• Tekst og design: Geelmuyden.Kiese, Frøy L. Wiig, Svend Thürmer og Asbjørn Myhre • Foto: Sten Magne Klann, Leif Arne Holme,

The Image Bank, Stone+, Taxi, Stone • Illustrasjon: Ella Okstad

• Trykk: Lade Offset • Opplag: 16 000



Dobbeltdiagnose – mellom to stoler?

Dobbeltdiagnose, det vil si en alvorlig psykiatrisk diagnose kombinert med et rusproblem, er vanskelig både for pasienten, de pårørende og hjelpeapparatet. Problemet er økende: Tre av fire rusmisbrukere har minst én symptomidelse, ofte angst eller depresjon, før de debuterer med rusmidler. Men hvordan behandle et rusproblem uten at pasienten er stabil psykisk, og hvordan behandle den psykiske lidelsen uten at pasienten er rusfri? Pasienter med dobbeltdiagnose faller lett mellom to stoler. Internasjonal forskning viser at begge sykdommene må behandles samtidig. Dette krever ressurser, samhandling – og endeløs tålmodighet. Får Helse Midt-Norge dette til? Og hva kan eventuelt gjøres bedre?

Åge Svendsen, fagsjef i Midt-Norsk kompetansesenter for rus, Jan Elverum, daglig leder ved Lade Behandlingscenter, Arvid Solli, leder for psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund og Tove Helga Buseth, prosjektleder for Prosjekt rus og psykisk lidelse ved Tøyen DPS (distriktspsykiatrisk senter) møtes til debatt.

Har behandlingsapparatet gitt opp pasienter med dobbeltdiagnose?

Jan Elverum, leder for Lade Behandlingscenter i Trondheim:

- Det er bred enighet om at dobbeltdiagnoser, det vil si pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, er vanskelig å behandle. Disse pasientene passer vanskelig inn i de etablerte strukturene innenfor behandlingsapparatet.

Ustabilitet, frafall, symptomforverring, atferdsproblemer, gjentatte behandlingsforsøk og skuffelser er kjente ingredienser for pasienter og behandlere. De individene det gjelder, har et betydelig lidelsestrykk og skaper store vansker både for sine pårørende og for tiltaksapparatet. Ofte er pasientene veldig ustabile og utilgjengelige for behandleren – enten det skyldes rus eller psykisk lidelse.

- Dobbeltdiagnosepasienter kan ofte oppfattes som vanskelige og få stemmel som uromomenter og storforbrukere av kommunale ressurser. Dette utfordrer tålmodighet og holdninger i hele hjelpeapparatet. Men mest av alt utfordrer det de økonomiske ram-

mene, siden langsiktighet og samtidig behandling er de viktigste komponentene i behandlingen.

- Historisk har samfunnets syn på menneskers rusproblemer hatt et moraliserende skjær ved seg: Rusproblemet ble sett på som mer selvforskyldt enn andre lidelser.

Dette synet har heldigvis endret seg, men helt fram til nå har vi sett restene av dette gjennom organisering av russektoren som særomsorg, egenandeler for institusjonsbehandling og at rusbehandling helt fram til i fjor måtte utløses av den kommunale sosialtjenesten.

Gjennom rusreformen har rusmisbrukere fått de samme rettigheter til spesialisert behandling som andre brukere av helsetjenester.

Arvid Solli, leder av psykiatrisk poliklinikk ved sykehuset i Kristiansund:

- Verken rusomsorgen eller psykiatrien har villet ha noe med disse pasientene å gjøre. De er blitt kasteballer i systemet. I psykiatrien har vi alt for ofte stilt diagnose på sviktende grunnlag.

Tove Helga Buseth, prosjektleder for Prosjekt rus og psykisk lidelse ved Tøyen DPS:

- Dette handler om holdninger i tjenesteapparatet. Vi trenger aksept for mangfold blant pasienter, vi må kunne tåle at noen velger å leve livet utenfor A4-rammer.

- Pasientene vi møter er blant de sykeste i vårt samfunn. Halvparten av alle med alvorlige psykiske lidelser har også et rusproblem. Vi kan ikke ha et mål om rusfrihet som utgangspunkt. Det handler vel så mye om skadereduserende tiltak.

- Vår erfaring er at en god del av disse pasientene er blitt underdiagnostisert. Behandlerne har ikke oppfattet graden av depresjon og angst og PTSD (posttraumatisk stressyndrom) som ligger bak rusproblemet.

Mange pasienter bruker rus som selvmedisinering. I tillegg kan rusmisbruket tilsløre hjerneorganiske skader. Pasientene kan dermed ha to alvorlige lidelser pluss en hjerneskade. Disse pasientene trenger hjelp på ubestemt tid.





”- Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, relevante etater i kommunene og fastlegene må styrkes. Individuell plan er et utmerket middel til å få dette til.”

- Åge Svendsen, fagsjef i Midt-Norsk kompetansesenter for rus



Hva er viktig i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose?

Åge Svendsen, fagsjef i Midt-Norsk kompetansesenter for rus:

- Pasienter med dobbeltdiagnose har kontakt med og trenger bistand fra mange instanser, det være seg fra kommunen, spesialisthelsetjenesten, rettssystemet, frivillige organisasjoner, familie og sosialt nettverk. I løpet av noen år kan mellom 20 og 30 instanser være knyttet opp mot én enkelt person. Derfor må behandlingen være helhetlig.

- En pasient med dobbeltdiagnose vil ikke bevege seg i rett linje framover i en behandlingsskjede, men fram og tilbake. Da er vi avhengig av planlegging og koordinering mellom de ulike instanser som til enhver tid er inne i behandlingsforløpet.

- Men dette er ikke nok.

Behandlingsapparatet må samtidig tilby personen med dobbeltdiagnose en eller to personer som over lang tid har en bærende relasjon til vedkommende. Uten at personen med dobbeltdiagnose opplever en slik relasjon og kontinuitet, vil behandlingen være mislykket.

Jan Elverum:

- Den psykiske lidelsen og rusproblemet må behandles samtidig, og langvarig integrert innsats fra rustiltak og psykisk helsevern er nødvendig og effektivt i mange saker.

Kompetanseutvikling ved behandlingstiltakene må være et satsingsområde. I et slikt perspektiv har det vært interessant å registrere at vårt samarbeid med det psykiske helsevernet i enkeltsaker over tid har bidratt til gjensidig kompetanseoverføring, selv om det ikke er i stor skala.

- Samhandlingen mellom rusomsorg og psykiatri har ikke lyktes godt nok. Områdene har vært sektorisert, ansvar har vært oppsplittet og tiltak dårlig koordinert og samlet sett bidratt til at altfor mange behandlingssløp trolig har vært preget av behandlernes følelse av maktesløshet og utilstrekkelighet. Vi har ikke fått utnyttet den kompetansen som totalt sett har vært til stede i hjelpeapparatet.

Rusreformen har som et uttalt mål å rette på dette. Individuell plan er et viktig verktøy i dette arbeidet.

- Enhver samarbeidssak har vært viktig for å bygge ned terskelen for et bredere og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Arvid Solli:

- Vi trenger grundigere utredning før diagnoser blir stilt. I dag har vi ikke godt nok diagnoseverktøy.

- Det er viktig at begge problemene blir behandlet, men dette avhenger av hvilke typer rusproblemer og psykiske lidelser det er snakk om. Gjennom omfattende kartlegging og bedre diagnostisering må vi finne ut om det ligger et rusproblem i bunn. Da må dette behandles først.

Tove Helga Buseth:

- Vi er et oppsøkende poliklinisk team for pasienter som ikke er i stand til å benytte seg av det ordinære hjelpeapparatet. Omtrent halvparten av dem vi arbeider med har en psykose-diagnose i tillegg til omfattende rusmisbruk. De andre har en alvorlig personlighetsforstyrrelse.

- Behandlingen må være frivillig og fleksibel. Først og fremst må det etableres kontakt, og vi må få brukeren



”- Samhandlingen mellom rusomsorg og psykiatri har ikke lyktes godt nok.”

- Jan Elverum, leder for Lade Behandlingssenter i Trondheim





”- Vi trenger grundigere utredning før diagnoser blir stilt. I dag her vi ikke godt nok diagnoseverktøy”

- Arvid Solli, leder av psykiatrisk poliklinikk ved sykehuset i Kristiansund

til å forholde seg til sine lidelser.

- Men det første skrittet er å få basale behov som bolig, økonomi og helse på plass. Så må vi jobbe med begge problemene, samtidig.

- For å lykkes er vi avhengig av samarbeid med andre instanser og ansvarsgrupper og bruk av individuell plan. Det er ingen vits med behandling hvis pasienten blir boende på hospits.

Hvordan kan tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnose forbedres?

Åge Svendsen:

- Sosial- og helsedirektoratet anbefaler blant annet å utvikle kompetanse i døgntilbudene ved allmennpsykiatriske avdelinger, akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger.

- Så vidt jeg vet, er det i Helse Midt-Norge ikke utviklet spesielle tiltak når det gjelder døgntilbudsplasser. Derfor tror jeg behandling av personer med dobbeltdiagnose er tilfeldig og lite helhetlig, og at vi mangler et kvalitativt godt behandlingstilbud til denne gruppen pasienter.

- Døgnavdelinger innen psykisk helsevern har for lite kompetanse på rusmidler, avhengighetsproblematikk og behandling av rusmiddelavhengige, mens institusjonene under Rusbehandling Midt-Norge har for lite kompetanse i psykiatri.

- Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, relevante etater i kommunene og fastlegene må styrkes. Individuell plan er et utmerket middel til å få dette til.

- Helse Midt-Norge bør utvikle tilbudet

ved at det nedsettes en gruppe med representanter fra psykisk helsevern, Rusbehandling Midt-Norge og NTNU. Gruppen må se på og lære av mangfoldet som finnes i russektoren. Det gjelder personalets grunnutdanning, hvilke videreutdanninger man ut fra erfaring betrakter som relevante, og holdninger til rusmiddelmissbrukere. Man må også se på de forskjellige metodene man bruker i institusjoner som har arbeidet lenge med unge rusmiddelmissbrukere, for eksempel Veksthuset i Molde.

Arvid Solli:

- Tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnose kan forbedres gjennom å bli poliklinikkene bedre verktøy. Eventuelt må det være mulig å ha pasientene på institusjon for å få bedre utredning. Det finnes i dag for få institusjonsplasser, og det finnes for få institusjoner med nødvendig kompetanse. Å bedre dette koster selvfølgelig penger.

Tove Helga Buseth:

- For at vi skal få til noe, er vi avhengig av samarbeid med andre instanser. Pasientene må få utredning av sine hjelpebehov, riktig diagnose og individuell plan.

- For dem som bruker rus er det å bli rusfri en utfordring i seg selv. Hva skal man da fylle tiden med? Det er viktig at vi jobber med sosial kompetanse og bygger opp nettverk. Tilpasset bolig er vesentlig. I tillegg bør pasienten få en stabil kontakt i hjelpeapparatet på et DPS eller en dagavdeling, i førstelinjetjenesten og hos fastlege.



”- For at vi skal få til noe, er vi avhengig av samarbeid med andre instanser”

- Tove Helga Buseth, prosjektleder for Prosjekt rus og psykisk lidelse ved Tøyen DPS

Rusbehandling i Helse Midt-Norge:

Å finne mening UTEN RUS

Helse Midt-Norge har driftsavtaler med to private rusbehandlingsinstitusjoner:

Lade Behandlingssenter i Trondheim

- Eier: Blå Kors Norge
- Målgruppe: voksne kvinner og menn
- Behandlingstilbud: poliklinikk, akuttavdeling, intensivt behandlingsprogram over ni uker og egen familieavdeling

Kvamsgrindkollektivet i Trondheim

- Eier: Norske Kvinners Sanitetsforening, Sør-Trøndelag fylkeslag
- Målgruppe: ungdom 17-24 år
- Normal behandlingstid er 3-7 år

I tillegg eier Rusbehandling Midt-Norge følgende institusjoner:

Vestmo behandlingssenter i Ålesund

- Målgruppe: kvinner og menn over 18 år
- Behandlingstilbud: korttids døgninstitusjon og dagtilbud

Veksthuset Molde

- Målgruppe: kvinner og menn 18-40 år
- Behandlingstilbud: langtids døgninstitusjon

MARIT-sentre

- Målgruppe: kvinner og menn fra 25 år og oppover
- Behandlingstilbud: legemiddellassisert rehabilitering

Kompetansesenteret

- Midt-Norsk kompetansesenter for rus – faglig rådgivning

Rus er en flukt fra virkeligheten som flere og flere tyr til. På Lade behandlingssenter, et privat rusbehandlingstilbud i Helse Midt-Norge, settes åndsdimensjonen inn i en faglig sammenheng. Eksistensielle tema skal være like viktig som andre tema i behandlingen, dersom det er viktig for brukeren.

I vårt behandlingstilbud stiller alle klientene likt. Ingen skal utsettes for livssynspåvirkning de ikke ønsker, sier Jan Elverum, daglig leder ved Lade Behandlingssenter, bestemt.

Senteret er den største rusbehandlingssenteret i Midt-Norge og behandler alle typer rusmisbruk, enten det gjelder narkotiske stoffer, alkohol eller piller. I år starter 1300 behandlingstilbud ved senterets forskjellige avdelinger, fra avrusningsopphold til langtidsinnleggelse.

- Vi ser et tverrsnitt av rus-Norge. Våre brukere har ekstremt forskjellige behandlingsbehov, forklarer Elverum.

Åndelige spørsmål

I tillegg til akuttavdeling for avrusning, finnes det en poliklinikk for kartlegging av rusproblemet og vurdering av videre behandlingsbehov. Klinikavdelingen er et intensivt behandlingstilbud over ni uker, med videre oppfølging. I tillegg har senteret en nystartet familieavdeling med langtidsbehandling for gravide kvinner. Selv om brukerne er forskjellige, sliter de med de samme grunnleggende spørsmålene:



Jan Elverum
Daglig leder
ved Lade
Behandlingssenter.

Hva er jeg verd?
Hvordan kan jeg greie å tro på meg selv? Mange sliter med skamfølelse og skyld. Dette er grunnleggende spørsmål som det kan være viktig å tak i under behandlingen for en som skal stable på beina en tro på et liv uten rus. I behandlingen kan vi legge til rette

en arena der brukerne kan arbeide med eksistensielle spørsmål. Vi opplever at dette er viktig for mange av brukerne. Trosspørsmål kan være en del av dette. Tilnærmingen er avhengig av hvor brukerne selv befinner seg i sin behandling, forteller Elverum.

Behandlerne ved senteret er helse- og sosialutdannede klinikere, og Elverum understreker at det er vesensforskjell mellom Lade og for eksempel, Evangeliesentrene, der forkynnelse og tro er utgangspunktet for behandlingen.



Opptrappingsplan kommer

- Samhandling rus og psykiatri blir en av de viktigste oppgavene for Rusbehandling Midt-Norge framover. Vi starter et forskningsprosjekt som skal gi oss bedre utredningsverktøy innen psykisk helsevern, vi optimaliserer henvisnings- og vurderingsrutinene og vi er i ferd med å avslutte et betydelig utredningsarbeid sammen med representanter for kommuner, psykisk helsevern, somatikken og rusbehandlingenheter i hele regionen. Dette arbeidet vil konkludere med en opp-

trappingsplan både for rusbehandling og dobbeltdiagnoseposter, samhandling mellom alle involverte og en standardisering av hvordan vi sammen skal anvende individuell plan, sier adm.dir. Dag Hårstad i Rusbehandling Midt-Norge HF.



Dag Hårstad
Rusbehandling
Midt-Norge HF.

Misbruk i ny form

Misbruksmønsteret er i endring. Alkohol er fremdeles det vanligste rusmiddelet, men nå er det flere innslag av andre stoffer. Misbruk av medikamenter er sterkt økende. Forskjeller mellom by og land er også visket ut. I dag finnes det mennesker som bruker tunge stoffer som for eksempel heroin også på landsbygda. I tillegg er bruk av nye illegale rusmidler et økende problem.

Vi vet ikke hva slags psykologiske følger disse rusmidlene gir. Brukerne får uvanlige reaksjoner. De vet ikke helt hva de har tatt, og mest sannsynlig vet ikke selgerne hva de har solgt heller. Tidligere var rusfeltet mer oversiktlig, mener Arvid Solli, leder for psykiatrisk poliklinikk i Kristiansund.

Rundt én av tre rusmisbrukere er kvinner. Men andelen øker, ikke minst fordi flere unge kvinner har et svært høyt alkoholinntak. Gjennomsnittsalderen for behandling går ned.

- Dette betyr ikke at brukerne får hjelp

tidligere, men at de ruser seg hardere enn før. Og vi er bekymret for at helseskadene som følge av dette vil forverres for denne gruppen, mener Jan Elverum, daglig leder ved Lade Behandlings-senter.



Arvid Solli
Leder for
psykiatrisk
poliklinikk i
Kristiansund.

Spesialistgjester Levanger

- At vi her ved sykehuset i Levanger får månedlige besøk av en patolog fra St. Olavs hospital, utgjør en kjempeforskjell i service og kvalitet.

Det sier avdelingsoverlege ved kirurgisk avdeling, Maria Gaard. Patolog Anna Bofin er en av landets fremste eksperter når det gjelder å utføre og tolke nåleprøver med sikte på å avsløre brystkreft. Til nå har Bofin gjestet kirurgisk avdeling i Levanger to ganger og sett henholdsvis 23 og 19 pasienter.

Anna Bofin
Patolog

- Pasienter med forskjellige godartede og ondartede kuler kommer til poliklinikken der de først møter en kirurg som undersøker kulen. Patologen tar deretter en nåleprøve som hun undersøker i mikroskop. De aller fleste pasienter får diagnosen stilt samme dag, forteller Gaard.

Tidligere har sykehuset i Levanger måttet sende prøver til analyse i Trondheim, og noen ganger har kirurgene hatt problemer med å få tatt ut nok celler, slik at de har vært nødt til å innkalle pasienten på nytt. Dermed økte ventetiden ytterligere før diagnosen forelå.

- Vi ser at vi har tilstrekkelig mange pasienter med behov for dette tilbudet, og vi håper å kunne fortsette ordningen med at Anna Bofin kommer hit én gang i måneden, avslutter Maria Gaard.

Individuell plan på nett

Brukere med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester fra det offentlige har krav på å få utarbeidet en individuell plan. Nå skal et webbasert system gjøre dette enklere.

Det elektroniske verktøyet, som har fått navnet Unique SamPro, prøves nå ut i fem kommuner i Midt-Norge: Namsos, Trondheim, Kristiansund, Averøy og Molde.

- Vi har vært på lufta siden 20. september, og arbeidet med å legge inn reelle brukerdata er i gang. I prøvefasen fram til februar neste år skal det legges inn 60-90 individuelle planer i systemet, forteller prosjektleder Jorunn Bjerkan.

SamPro er et såkalt offentlig forsknings- og utviklingsprosjekt i regi av

Helse Midt-Norge og programvareleverandøren Visma. Vi ligger langt etter målet når det gjelder å gi pasienter en individuell plan. Forhåpentligvis kan en ny, elektronisk løsning gi fortløpende arbeid. Men den største gevinsten tror vi er å hente på samhandling mellom forskjellige instanser og etater som brukeren er i kontakt med. SamPro vil til enhver tid formidle oppdatert informasjon til aktørene rundt den enkelte plan, sier Bjerkan.

Vi kommer tilbake med mer stoff om individuell plan i neste nummer av Helse.

Tyske psykologer til Sunnmøre

Helse Sunnmøre går nye veier for å rekruttere fagfolk til psykisk helsevern. I høst ansettes det seks tyske psykologer.

Den tyske psykologen Regina Steinberger har jobbet hos oss i fire år, og i sommer skrev hun en artikkel i et fagblad i hjemlandet der hun fortalte om sine erfaringer som psykolog i Norge. Samtidig rykket vi inn en stillingsannonse, forteller Oda Vederhus, avdelingssjef for Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sunnmøre.

Responsen på annonsen var overveldende, rundt 150 søknader kom inn. Nå ansetter voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien tre tyske psykologer hver.

Helse Sunnmøre opplever at det for tiden er vanskelig å rekruttere nok norske psykologer fordi Opptrappingsplan for psykisk helse tilsier at behovet for fagfolk er stort over hele landet.

- Jeg ser dette som en god løsning på rekrutteringsproblemet. At aktuelle søkere har hatt en god faglig basis og et avklart forhold til det å flytte til Norge og jobbe her, har vært viktig for



Regina Steinberger
Psykolog

oss. I forbindelse med utvelgelsen av kandidater har Regina Steinberger vært en viktig ressurs ettersom hun kjenner forholdene både i Norge og i Tyskland. Flere av de tyske søkerne har vært på besøk her i løpet av sin egen ferie og orienterer seg raskt både faglig og sosialt, sier Vederhus.

- Dere er ikke redde for at språket skal bli et problem?

- Fordi vi har så gode erfaringer med andre tyske fagfolk, både i psykiatrien og i somatikken, ser jeg ikke språkbarrieren som noe stort problem. Flere av de nyansatte er allerede i gang med å lære seg norsk, og intensiv språkopplæring og praktisering inngår i begynneropplegget på arbeidsplassen, avslutter Oda Vederhus.

Forbrytelse og omsorg

St. Olavs Hospital i Trondheim huser landets eneste avdeling for personer som er dømt til særreaksjonen tvungen omsorg. - De fleste av dem som er her, ville ha begått overgrep dersom de hadde hatt et vanlig allmentilbud, mener fagsjef Emmanuel Revis.

Lokalene er åpne og lyse, møblene moderne og stilrene, stemningen i sofakroken er munter. I gården utenfor vinduet står trærne i høstfarger. Men foran vinduene er store metallstenger, og rundt luftgården er det høye gjerder. Alle måltider inntas med plastbestikk, og de som bor her er under konstant oppsikt.

Vi er på besøk hos Sentral fagenhet

for tvungen omsorg, den eneste av sitt slag i landet. Enheten har ansvaret for mennesker som har begått alvorlige kriminelle handlinger, men som ikke kan dømmes til vanlige fengselsstraffer. De omsorgsdømte er mennesker som i gjerningsøyeblikket var psykisk utviklingshemmet i høy grad. Det vil si at de har en IQ under 55.

- Dette er intellektuelt svært umodne



Erik Søndena

mennesker. De har et modenhetsnivå på linje med en 8-9-åring. De har problemer med å huske navn og vite klokken, og de har store lærevansker, forklarer Erik Søndena, som





Jus og psykiatri

I 2002 ble straffeloven endret og ordningen med "sikring" avskaffet. I stedet ble det innført tre typer særreaksjoner. Disse brukes mot personer som har begått svært alvorlige handlinger, hvor det er fare for gjentakelse og det er behov for å beskytte samfunnet. Særreaksjonene er ikke tidsbestemt.

- 1) Forvaring – både straff og særreaksjon. Gjelder for personer som var tilregnelige i gjerningsøyeblikket. Forvaringsdommer sones i høvsikringsfengsler: Ila, Bredtvedt og Bergen.
- 2) Særreaksjon tvungent psykisk helsevern – gjelder for personer som var utilregnelige i gjerningsøyeblikket, for eksempel på grunn av psykose eller bevisstløshet i rettspsykiatrisk forstand. Disse personene er helseregionens ansvar.
- 3) Særreaksjon tvungen omsorg – gjelder for personer som var psykisk utviklingshemmet i høy grad i gjerningsøyeblikket, det vil si bl.a. med en IQ under 55.

blant annet jobber med fagutvikling på avdelingen.

Få omsorgsdømte

Særreaksjonen tvungen omsorg har to funksjoner: Samfunnet skal beskyttes mot gjentakelse av overgrepet eller voldshandlingene, og de omsorgsdømte skal få adekvat behandling. Hvert år dømmes to personer til tvungen omsorg. Siden særreaksjonen ble innført, har tolv personer vært innom avdelingen på Brøset. De er dømt for svært alvorlige voldshandlinger, seksuelle overgrep eller ildspåsettelse. På Brøset



Emmanuel Revis
Fagsjef

får de psykiatrisk, somatisk, psykologisk og miljøterapeutisk behandling.

- Tragedien er at deres psykiske utviklingshemming ikke ble oppdaget før de begikk overgrep. Vi kan ikke bare se på hva de har gjort, vi må også se på hva andre IKKE har gjort, sier Revis.

Kostbar ordning

Fagenheten har tre hovedoppgaver: å beskytte samfunnet, å utrede de omsorgsdømte og å etablere et bo-, arbeids- og fritidstilbud i personens nærmiljø slik at hjemkommunen kan overta videre oppfølging. De omsorgsdømte vil trenge døgkontinuerlig tilsyn resten av livet. 2,5 millioner kroner per person per år er prislappen for det offentlige. Men dette er ikke så rart når tilbudet omfatter alle tiltak som kunne ha blitt dekt av sosialtjenesteloven, og som den omsorgsdømte har krav på.

- Det er tungt å jobbe med folk som har foregrepet seg mot barn eller begått grove kriminelle handlinger. Av og til tenker jeg at det strider mot allmennhetens oppfatninger at vi tilrettelegger og gir tilbud til folk som ikke fortjener det. Samtidig mener jeg at dette er mennesker som selv er blitt sviktet av systemet, sier Søndena.



Dagligstuen på avd. for tvungen omsorg.



Alle måltider spises med plastbestikk.



Det er den vanlige norske mann som kommer til oss. De må lære at det er ok å bli sint, men ikke aggressiv, forteller Stig Jarwson, psykiatrisk sykepleier ved Senter for sinnemestring.

Mestret sinnet – reddet ekteskapet

Hvert år utsettes 20 000 norske kvinner for vold fra folk de kjenner. "Petter" var en av voldsutøverne. Etter behandling hos Sinnemestringen ved Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, reddet han ekteskapet og forholdet til barna.

Jeg var et typisk "ja-menneske". Jeg sa ja til alle, ville hjelpe alle – bortsett fra de hjemme. All aggresjon jeg hadde i kroppen gikk utover kona, forteller tobarnsfaren "Petter". Av hensyn til familien ønsker han ikke å stå fram med navn og bilde.

"Petter" skjønnte at han trengte hjelp da han ikke lenger brydde seg om at hans eldste sønn på sju år stod og så

på faren sin skrike mot moren. Det var kona som foreslo sinneterapi.

- Du skal over dørstokkmila før du tør å ringe hit. Men etter hvert mister du respekt for deg selv når du er så sint. Jeg kom hit fordi jeg vil fortsette å være gift, og fordi jeg vil skåne barna mine. De skal ikke huske faren sin som "den sinte mannen", sier "Petter" stille.

Sårbare menn

Vold i hjemmet er et stort og økende samfunnsproblem. I fjor ble 3800 familievoldssaker anmeldt til politiet. Mange kvinner tør ikke anmelde, og mørketallene er store. Men det er hjelp å få for menn som ønsker det.

- Du har to valg i sinneterapi. Du kan prøve å lure de andre i gruppen, beholde en glatt fasade. Eller du kan





Stig Jarwson, psykiatrisk sykepleier ved Senter for sinnemestring.

Dette er Sinnemestringen ved Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri:

- Seks år etter oppstart har senteret, som er en del av St. Olavs Hospital, oppnådd svært gode resultater. Ni av ti som har gjennomført behandlingen, slutter å slå.
- Behandlingen er gruppeterapi. Gruppene møtes i to timer, en gang i uka i 6 måneder.
- Det finnes tilsvarende tilbud ved familievernkontoret i Steinkjer. Det er også blitt forsøkt opprettet et tilbud i Orkdal.
- Senteret på Brøset ble nylig tildelt en million kroner for å arbeide med å spre tilbudet på landsbasis. Det er allerede opprettet grupper ved Bergen kompetansesenter og Bodø fengsel, samt en behandlingsgruppe i Trondheim fengsel. Tilbudet i Orkdal: Orkdal kommune, Psykisk helsearbeid, tlf. 72 48 31 59. Familievernkontoret i Steinkjer, tlf. 74 15 06 90.
- Senteret er et lavterskeltilbud. Primært for menn med familievoldsproblemer, som kan ta kontakt også uten henvisning fra lege. Både menn og kvinner som er dømt til samfunnsstraff, blir henvist fra Kriminalomsorg i frihet og må da gjennomføre sinnemestringsprogrammet som en del av dommen.
- Den som vil vite mer, kan ringe 73 86 50 00. Spør etter Grethemor Skagseth Haugan eller Stig Jarwson.
- Det drives også forskning på effekten av behandlingen (kognitiv terapi), og ansvarlig for dette er psykologspesialist Jim Aaga Nøttestad (forskningsleder).



legge deg flat og fortelle alt som det er. Jeg valgte det siste. Jeg var så glad da de andre i gruppa begynte å snakke og jeg skjønnte at jeg ikke var alene, forteller "Petter".

Sinneterapi handler om å forstå hvorfor man blir sint, lære å kjenne signalene på forhånd og finne måter å mestre sinnet på uten å ty til vold.

- Menn bruker vold fordi de føler seg sårbare. Terapien handler om å innrømme den sårbareheten. Det er emosjonelt svært krevende, sier Stig Jarwson, psykiatrisk sykepleier og én av to behandlere ved senteret.

Viktig støtte

- Jeg skjønnte etter hvert at det var mange stressmomenter i livet mitt. Jeg var sliten hele tiden, følte ingen glede. Jeg tolket mye av det kona sa som kritikk, og taklet det dårlig. Nå tør jeg å spørre hva ting er, forteller "Petter".

- Heldigvis har kona backet meg hele tiden. Hun ser at jeg har forandret meg, hun er tryggere på meg. Og jeg er tryggere på henne. Nå vet jeg at hun ikke sier ting for å "ta" meg. Av en eller annen merkelig grunn har hun ikke kastet meg ut hjemmefra. Hun ser vel et håp i meg.



Vi må tenke nytt sier Bodil Kråkvik og Rolf W. Gråwe.

Forskning på psykoser:

Tar hallusinasjoner på alvor

Tidligere har pasienter med vrangforestillinger og hallusinasjoner ikke fått fortelle om det de opplever. De har fått medisiner i stedet. Nå forsøker et forskningsprosjekt ved St. Olavs Hospital å bruke kognitiv terapi som en tilleggsbehandling mot alvorlige psykoser.





Forestill deg at du til enhver tid hører to stemmer. De snakker like mye, like høyt, men sier helt forskjellige ting. Den ene stemmen, den med mest makt, forteller deg at du tar feil, at du ikke får noen ting til, at ingen liker deg. Du går til behandling, men ingen vil snakke med deg om stemmene du hører. Du settes på sterke medisiner. Slik kan hverdagen være for pasienter med alvorlige psykoser.

- Tidligere har samtalerettet behandling av pasienter med vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner blitt ansett som uheldig. Man har ment at pasienten blir verre av å snakke om det. Løsningen har tradisjonelt vært anti-psykotiske medisiner. Men én av fem schizofrene har ingen effekt av medisinene og har fortsatt mye ubehag knyttet til stemmer og vrangforestillinger.

Da må vi tenke nytt. Medisiner er fremdeles nødvendig, men vi må også forsøke å forstå pasientenes opplevelser, forklarer Bodil Kråkvik, prosjektleder for forskningsprosjektet "Kognitiv terapi ved psykoser".

Sykdommen dominerer alt

Schizofrene lidelser oppstår oftest i 20-års alderen. Sykdommen gjør at pasientene rammes på mange områder, både i forhold til venner, skole og arbeid.

- Disse unge menneskene når ikke de milepælene i livet som vi andre tar for gitt. Hallusinasjoner og vrangforestillinger medfører en funksjonssvikt som gjør at pasientene faller gjennom sosialt og yrkesmessig, sier Rolf. W. Gråwe, forskningsmessig ansvarlig for prosjektet.

Målet med prosjektet er å redusere ubehaget pasientene opplever i forbindelse med stemmer og vrangforestillinger.

- Sammen med pasienten jobber vi med fortolkningen av vrangforestillingene og hallusinasjonene. Mange av pasientene har bygd opp omfattende systemer for å forstå stemmene og opplevelsene de har. Jo lenger de har vært syke, jo mer omfattende er systemet, sier Kråkvik.

Dette er forskningsprosjektet Kognitiv terapi ved psykoser

- **De 60 pasientene som inngår i prosjektet, har hatt vedvarende psykotiske symptomer i minst et halvt år. Mange har vært syke lenge. Psykofarmaka og andre former for terapi har ikke hatt ønsket effekt. Alle pasientene i prosjektet tar fremdeles medisiner. I løpet av prosjektet går de i individualterapi 20 ganger i en periode på et halvt år. Målet med prosjektet er å kartlegge om individualterapi kan ha positiv effekt på psykotiske lidelser. Pasientene som mottar individualterapi, sammenliknes med en pasientgruppe som ikke mottar slik terapi.**
- **Forskningsprosjektet ligger under Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus, Avdeling for forskning og undervisning. Prosjektet har pågått siden 2001 og forventes avsluttet i løpet av 2005.**

Klinisk utdanningstilbud om spiseforstyrrelser, ”Kropp og selvfølelse”

Det planlegges nå et utdanningsprogram for helsepersonell som arbeider med pasienter med spiseforstyrrelser. Utdanningen er i hovedsak utviklet av spesialist i klinisk psykologi Kari-Brith Thune-Larsen. Programmet tar sikte på å utdanne helsepersonell til å utrede og behandle pasienter med spiseforstyrrelser, samt å bidra til å øke antall ressurspersoner innen fagfeltet.

Utdanningen er tverrfaglig og åpen for helsepersonell i primær- og spesialhelsetjenesten, og for privatpraktiserende. ”Kropp og selvfølelse” er en klinisk utdanning over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning. I tillegg kommer veiledning i faste grupper, samt et skriftlig innleveringskrav.



Behandling av pasienter med spiseforstyrrelser er et nasjonalt satsingsområde, og med midler fra Sosial- og helsedirektoratet vil utdanningen kunne gjennom-

føres uten deltakeravgift. Forelesere vil bli innhentet fra både inn- og utland, og vi vil vektlegge at disse er av de fremste innen sine fagfelt.

Ytterligere informasjon vil foreligge i januar 2005, og Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger, vil starte sitt første kull samme høst.

En bok til ettertanke

Døden er de voksnes tabu. For barna er det ikke tabu å snakke om døden, sier Carsten Henriksen i Støtteforeningen for kreftsyke Barn.

Sitatet er hentet fra medieoppslag rundt en nylig publisert studie i New England Journal of Medicine. Den bygger på en undersøkelse fra Karolinska Institutet i Sverige der det framgår at to av tre foreldre til barn som lider av uheldelig kreft, velger ikke å snakke om døden med barnet. Døden er et vanskelig tema – og det er et viktig tema. Både for den som er alvorlig syk og for de nærpersonene han eller hun har rundt seg. Vi trenger kunnskap om emnet, og vi trenger motivasjon til å begi oss inn i dette landskapet.

Unni Ranheim har laget en bok som taler til leseren på flere måter. ”På talefot med døden” har fått som undertittel ”-beretninger om livet”. Først og fremst er det en bok som lar oss møte mennesker og gir leseren rom for ettertanke.

Det er vanskelig å takle andre menneskers død og sorg hvis man ikke har et avklart forhold til dette selv, mener Ranheim. Ikke minst for helsepersonell

burde derfor denne boka være høyaktuell. Den bringer med seg mye livskunnskap, mye livsglede og nærhet. Det finnes ingen fasit når du kjenner på din egen dødsangst, men andres ord gir god næring til tanken – og kanskje kan bøker som dette bidra til at vi finner måter å snakke om temaet på. En vei til å bryte barrieren.

Slik beskriver mor til Hilde (som døde 14 år gammel) sin kontakt med en annen mor som hadde mistet sin sønn i en tilsvarende ulykke: Med henne kan jeg snakke om de vesentligste følelsene, for hun vet. Men vi trenger egentlig ikke bruke ord, for vi vet.

Tor Harald Haukås



Unni Ranheim:
På talefot med døden –
beretninger om livet
Uranus Forlag 2004
ISBN 82-995508-1-5

Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser

Etter initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet er det opprettet et Nasjonalt klinisk nettverk for behandling av spiseforstyrrelser. Nettverket representeres av sentrale fagpersoner fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), voksenpsykiatrien og somatiske avdelinger, representanter fra interesseorganisasjonene Kvinner med Spiseforstyrrelser (IKS) og Rådgivning Om Spiseforstyrrelser (ROS), samt en representant fra Sosial- og helsedirektoratet.

Hensikten med et slikt nasjonalt nettverk er å etablere en organisering som gjør det lettere for behandlingsapparatet å kommunisere, samarbeide og behandle pasienter på tvers av regionene. Man ønsker også å utarbeide en strategi for hvordan foretak og behandlere kan bøte på eventuelle mangler på kunnskap og kompetanse. Det nasjonale nettverket vil videre bidra aktivt med kunnskapsformidling og kompetanseheving gjennom å arrangere kurs, temadager og konferanser.

Nettverket har hatt fire møter og har arrangert en workshop om temaet ”Tvang ved alvorlige spiseforstyrrelser”. Det arbeides også med å etablere et nettsted for nettverket. Målet med dette er å øke tilgjengeligheten til informasjon om spiseforstyrrelser, behandlingsinstitusjoner, kontaktpersoner med mer.

Helse beklager

I forrige utgave av Helse (nr. 3 - 2004) var forsiden og side 12 illustrert med bilder av en billedvev. Vi glemte dessverre å kreditere kunstneren.

Kunstnerens navn er Sidsel Colbiørnsen, og tittelen på billedveven er ”Rose - rødt vann”.





Pilotprosjekt skal lære Helse Midt- Norge å fly

Et nytt gjennomgående styringssystem skal gjøre Helse Midt-Norge, fra administrerende direktør til avdelingsnivå, bedre til å lede. Nå er pilotprosjektet på vingene i Nord-Trøndelag.

Det blir lettere å sammenlikne seg med andre avdelinger og andre sykehus, og vi får en standardisering av begreper som i dag brukes litt om hverandre. Det er helt klart positivt, sier avdelingssykepleier Astrid Tromsdal ved intensivavdelingen ved Sykehuset Levanger.

Styringssystemet som nå kommer, skal være til nytte for ledere på alle nivåer i helseforetakene i Midt-Norge. Det bygger på den overordnede strategien som styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok tidligere i år. Disse målene er grunnlaget for resultatkravene som stilles til helseforetakene.

- For fortløpende å kunne følge utviklingen og for at mål skal bli nådd, har alle nivåer i foretaksgruppen behov for enkel tilgang til gode styringsdata innenfor målområdene. Ved hjelp av det nye gjennomgående styringssystemet skal vi sette Helse Midt-Norges strategi ut i livet, forklarer sjeføkonom og prosjektleder i Helse Midt-Norge, Mads Einar Berg.

Avventer nytteverdien

Fjerde november gikk startskuddet for pilotprosjektet i Helse Nord-Trøndelag. I første omgang er det foretaksledelsen, psykiatrisk klinikk, medisinsk serviceklinik og kirurgisk klinikk som tester det nye systemet. Og under kirurgisk klinikk finner vi blant annet intensivavdelingen der Astrid Tromsdal nå skal ta i bruk det nye systemet.

- Vi må nok regne med at det tar litt tid før hver avdeling finner ut hvordan den kan nyttiggjøre seg et gjennomgående styringssystem. Min umiddelbare følelse er vel at dette er et viktigere redskap for ledere på et høyere nivå i organisasjonen, sier hun. Tromsdal er usikker på i hvilken grad styringssystemet vil lette hennes hverdag på avdelingen.

- Men det håper vi jo å finne ut av i løpet av pilotprosjektet, legger hun til.

Skal spare tid

- Administrerende direktør i Helse Nord-

Trøndelag, Reidar Tessem, gav tidlig beskjed om vår interesse for å delta i pilotprosjektet. Organisasjonen er motivert, og vi hadde fra før et eget system og en del av strukturen på plass.

Det svarer Kristian Eldnes, spesialrådgiver i Helse Nord-Trøndelag, på spørsmål om hvorfor nettopp Helse Nord-Trøndelag ble valgt til å teste ut systemet. Målet er at første versjon av styringssystemet skal være tatt i bruk i alle helseforetakene i Midt-Norge til halvårsrapportering i 2005.

- En av de største utfordringene i dette pilotprosjektet blir av rent teknisk art. Vi må finne løsninger som gjør at vi kan trekke ut data fra ulike, eldre systemer og dermed slippe manuelle tellinger, sier Eldnes.

I dag brukes det mye tid i foretakene til innhenting av tall og utarbeidelse av rapporter. Når styringssystemet etter hvert blir tatt i bruk på alle nivåer, håper man å kunne rapportere mer effektivt.



Det blir lettere å sammenlikne seg med andre, sier avdelingssykepleier Astrid Tromsdal ved Sykehuset Levanger.

- Ledere bør bruke tid på det de skal bruke tid på, ikke på å lete etter data i ulike systemer, påpeker Eldnes.

Epler og pærer

Helse Midt-Norges strategi definerer fire forskjellige målområder: pasientbehandling og opplæring, organisasjon og ledelse, økonomi og forskning. Det blir knyttet et sett indikatorer til hvert målområde. Slik skal ledere og ansatte kunne måle egen aktivitet opp mot de resultatkravene som er satt.

- Vi håper at pilotprosjektet i Helse Nord-Trøndelag viser at vi har valgt de rette indikatorene. Vi får testet om de gir mening, og om de faktisk er relevante i forhold til strategien, sier Berg.

Kristian Eldnes uttrykker det på denne måten:

- Vi må vite at de indikatorene som skal måle epler, faktisk måler epler og ikke pærer. Sykehusene i Norge har foreløpig ikke klart å samles om et felles nasjonalt styringssystem og felles indikatorer.

- Noen indikatorer går selvsagt igjen, men det er merkelig at vi i lille Norge ikke kan

utvikle et nasjonalt system i stedet for å jobbe regionalt, mener Eldnes.

Krav og resultater

Indikatorrapportering skal ikke nødvendigvis erstatte all annen rapportering, men skal gi ledelsen en indikasjon på hvor skoen trykker i hvert enkelt tilfelle. Mål og forventede resultater skal kunne presenteres kjapt og oversiktlig i et åpent system slik at alle kan se hvordan man ligger an. Sparebank 1 Midt-Norge er blant organisasjonene som kan vise til gode erfaringer med bruken av et slikt styringssystem.

- Det stiller krav til lederne, for ingen liker å ligge dårlig an, sier Eldnes.

Til syvende og sist skal altså alle avdelinger kunne måles på de samme områdene som administrerende direktør Paul Hellandsvik blir målt på.

- Ja, litt forenklet kan du si det sånn. Det skal være en gjennomgående, logisk sammenheng her, avslutter Mads Einar Berg.

Målområder og indikatorer

Det nye styringssystemet for Helse Midt-Norge tar for seg fire forskjellige målområder. Hvert av disse målområdene er utstyrt med fem til sju foreslåtte indikatorer.

Indikatorer i parentes er ikke med fra pilotprosjektets start den 4. november, men det er meningen at de skal implementeres senere. Indikatorene vil utvikles og endres etter hvert som det vinnes erfaring og skjer en utvikling av systemet.

1. Pasientbehandling og opplæring

- * Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til første konsultasjon i HF
- * Korridorpasienter
- * Andel elektive pasienter som strykes fra det planlagte operasjonsprogrammet
- * Epikrisetid
- * Andel nyhenviste i forhold til totalt antall konsultasjoner i poliklinikk



2. Organisasjon og ledelse

- * (Endringsledelse)
- * Ledelsesindeks
- * Kompetanseindeks
- * Sykefravær
- * Medarbejderindeks
- * (Generell turnover)
- * (HMS-avvik)



3. Økonomi

- * Resultat % avvik i forhold til budsjett
- * DRG-poeng totalt % i forhold til plan
- * (Årsprognoser årsresultat % i forhold til budsjett)
- * Totalt antall polikliniske konsultasjoner i forhold til plan (psykiatri)
- * Totalt antall polikliniske konsultasjoner i forhold til plan (somatikk)
- * (Antall årsverk)



4. Forskning

- * (Andel av brutto driftskostnader benyttet til forskning)
- * Antall ISI-refererte artikler og artikler som publiseres i andre vitenskapelige tidsskrifter
- * Antall avsluttede doktorgrader per år
- * Antall avsluttede mastergrader/hovedfag per år
- * (Eksterne midler til FoU som andel av FoU-budsjett)
- * Antall vitenskapelige stillinger



Jakten på den gode sirkel

Lavt sykefravær gjør arbeidssituasjonen for dem som er på jobb lettere, gir avdelingen bedre resultater og fører forhåpentlig til enda lavere sykefravær. Det handler om å finne veien inn i den gode sirkelen.

Medisinsk avdeling ved sykehuset i Kristiansund er den største sengeposten i Helse Nordmøre og Romsdal med rundt 60 ansatte i turnus og bemanning til 35 pasienter. Når 95 prosent av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp-pasienter, betyr det en stor grad av uforutsigbarhet og en enda større viktighet av å opprettholde bemanningen til enhver tid.

- Det er en utfordrende og spennende, men også belastende avdeling å jobbe ved, sier avdelingssykepleier Astrid Johanne Brandshaug.

Likevel: Ved siste måling var sykefraværet nede i kun 1,9 prosent. Målrettede tiltak og satsing på inkluderende arbeidsliv (IA) har gitt resultater.

- Medisinsk avdeling har vært et satsingsområde for IA-tiltak i Helse Nordmøre og Romsdal. Ettersom vi har fått mer nøyaktige måleverktøy den siste tida, er det vanskelig å sammenlikne sykefraværstallene med statistikk fra tidligere år, men jeg har en klar følelse av at fraværet har gått ned siden IA-prosjektet ble iverksatt, sier Brandshaug, som likevel ikke vil hvile på laurbærene.

- Vi vet at høstsemesteret og vinteren er en tid med epidemier og høyere

grad av sykdom hos befolkningen generelt, og dette gir vanligvis også utslag på sykefraværet, legger hun til.

Kvalitativ satsing

Helse Nordmøre og Romsdal har valgt å satse på et mindre antall avdelinger i IA-arbeidet. Medisinsk avdeling, driftsteknisk avdeling og voksenpsykiatrien har vært med hele veien, mens distriktskykiatrisk avdeling har kommet med i den siste tida.

- Vi ville bruke ressursene kvalitativt på relativt få avdelinger, og her var det først-til-mølla-prinsippet som gjaldt. Avdelinger som har vist stor interesse for IA-tiltak, er blitt prioritert, forteller personalsjef Stein Erik Hegerberg.

Han mener det ikke finnes klare indikasjoner på at det er IA-tiltakene som har ført til lavere sykefravær, men utviklingen er likevel positiv.

- Av de tre avdelingene som vi har satt set på, har to hatt nedgang i sykefraværet mens den siste har et stabilt nivå, sier han.

Ryggskole

- Dataskjerm-arbeidsplasser og kontorløsninger er blitt gjort mer funksjonelle, små ombygginger er utført, og vi har prøvd å ta hensyn til ergonomi. Medisinsk sengepost har tradisjon for å

fokusere på fagutvikling. Nå har vi konkretisert dette enda mer, ved at flere har fått definert fagutviklingsdager på sin turnus. Dette gir arbeidstaker mulighet til å jobbe med viktige sider av yrket som hverdagen dessverre ikke gir store rom for, forteller Brandshaug.

Av de helt konkrete tiltakene som er gjennomført ved medisinsk avdeling i Kristiansund, er en "ryggskole", der de ansatte fikk frisket opp løfteteknikker og bruk av hjelpemidler som kan gjøre hverdagen lettere, bokstavelig talt.

- Dessuten har vi gått inn og sett på arbeidsmiljøet, fokusert på positive holdninger og aktivt brukt det støtteapparatet som finnes i trygdeetaten og bedriftshelsetjenesten, sier Brandshaug, som mener det også er viktig å ansvarliggjøre arbeidstakeren.

- Men samtidig må også avdelingsledelsen ta de sykemeldte på alvor. Det er viktig å følge opp den ansatte i fraværperioden. Vi vet at jo lenger en arbeidstaker er sykemeldt, jo større er sjansen for at vedkommende aldri kommer tilbake til jobben, sier hun.

Stein Erik Hegerberg legger til:

- Derfor er det viktig med gode forbindelser til for eksempel trygdeetatens arbeidslivssentra og med tydeliggjøring av bedriftshelsetjenestens rolle i dette



arbeidet. På disse områdene har IA-prosjektet betydd noe positivt.

Utsatte yrkesgrupper

Sykefraværet har sammensatte årsaksforhold. Noen ganger handler det om arbeidsmiljø, noen ganger om sykdom,

enten hos den ansatte selv eller hos andre, for eksempel barna. En arbeidsplass som avdelingen i Kristiansund, med mange unge, kvinnelige ansatte, er særlig utsatt.

- Lavt sykefravær gir liten turnover

blant de ansatte, arbeidssituasjonen blir enklere for dem som er på jobb, og det igjen virker preventivt på fraværet. Det er en slik positiv sirkel vi ønsker å befinne oss i, sier Astrid Johanne Brandshaug.



– Må opprettholde



Nedgang i sykefraværet

Sykefravær	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August
HSM	7,2	8,1	8,6	6,6	6,7	7,8	9,1	6,3
HNR	12,2	10,8	11,5	9,3	9,3	10,3	10,5	8,7
HNT	9,3	8,3	8,2	8,1	8,2	8,5	9,6	7,2
St. Olav	8,8	8,6	8,4	7,1	7,8	8	6,4	5,7
Rusbehandling	7	7	7	6	6	6	6	6
Sykehusapotekene	9,5	9,5	9,5	8	8	8	8	8
Gjennomsnitt	9,1	8,8	8,9	7,5	7,9	8,4	7,9	6,5

nyttige tiltak

Avtalen om inkluderende arbeidsliv er i utgangspunktet en prøveordning som varer til utgangen av 2005. Hva skjer når prøveperioden er omme?

Intensjonene i IA-ordningen må inkluderes i de hverdagslige rutinene når den tid kommer. Vi bør opprettholde de tiltakene som er nyttige og kvitte oss med tiltak som ikke fungerer, sier Tore Bye, bedriftslege tilknyttet arbeidsmiljøseksjonen ved St. Olavs hospital.

En av hans oppgaver som IA-koordinator ved sykehuset er å formidle kontakt mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og trygdeetaten.

- I en stor organisasjon som vår kan det rett og slett være vanskelig for trygdeetatens folk å vite hvor de skal henvende seg, påpeker han.

Det er for eksempel opprettet egne intranettsider med spørsmål og svar om ordningen og informasjon om blant annet økonomiske virkemidler.

- Sykefraværet ved St. Olavs har gått ned, uten at det egentlig overrasker meg. Det er det som pleier å skje når ledere bryr seg om arbeidsmiljøet, og jeg tror både arbeidsgivere og arbeidstakere har oppdaget at dette er et område det lønner seg å satse på, sier Bye.

Tjener samfunnet og bedriften
Konstituert personal- og organisasjonssjef ved St. Olavs hospital, Håkon Hammervik, kan fortelle at sykefraværet nå er 7,1 prosent ved 13 av avdelingene mens gjennomsnittet tidligere har ligget på rundt 9 prosent.

Tjener samfunnet og bedriften

Konstituert personal- og organisasjonssjef ved St. Olavs hospital, Håkon Hammervik, kan fortelle at sykefraværet nå er 7,1 prosent ved 13 av avdelingene mens gjennomsnittet tidligere har ligget på rundt 9 prosent.

- Satsing på inkluderende arbeidsliv og andre tiltak knyttet til HMS-arbeidet gir både en samfunnsøkonomisk og en bedriftsøkonomisk gevinst over tid.

Og ikke minst, god og tett oppfølging fra leder overfor den som er syk, er viktig for den ansatte og ofte av avgjørende betydning for hvor raskt vedkommende kommer tilbake i arbeid, mener han.

Også personalsjefen håper at tiltak som har vist seg å fungere, kan

videreføres etter at prøveperioden for IA-ordningen er omme.

- Jeg ser at noen av de eksterne bidragene, for eksempel fra trygdeetaten, kan komme til å falle bort, men ellers bør vi fortsette i samme retning, avslutter Håkon Hammervik.

Statsråden vil intensivere arbeidet

Et av målene i IA-avtalen er å redusere sykefraværet med 20 prosent innen utgangen av 2005. Og selv om de siste tallene viser en positiv utvikling, har sykefraværet totalt sett økt siden avtalen ble inngått for tre år siden.

- Utviklingen i sykefraværet så langt tilsier at det er nødvendig med økonomiske insentiver for å gjøre det lønnsomt for virksomhetene å forebygge og redusere langtidsfravær, sier arbeids- og sosialminister Dagfinn Høybråten.

Regjeringen har derfor blant annet foreslått å innføre et medfinansieringsansvar for arbeidsgivere på ti prosent i hele sykepengeperioden. Dette kompenseres delvis ved å redusere arbeidsgiverperioden med to dager.

- Regjeringen legger vekt på å videreføre det gode samarbeidet med partene i arbeidslivet om gjennomføringen av IA-avtalen, legger Høybråten til.

Tall fra departementet viser at dersom målene i IA-avtalen hadde vært nådd, ville vi hatt fem milliarder kroner mer å fordele til andre samfunnsformål i 2004.

Prosjektet "Et mer inkluderende arbeidsliv" (IA)

Den 3. oktober 2001 inngikk regjeringen og partene i arbeidslivet en intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Avtalen er inngått for en prøveperiode på vel fire år fram til 31. desember 2005.

Hensikten med IA er å få ned sykefraværet og gjøre arbeidslivet tilgjengelig for seniorer og personer med behov for en tilpasset arbeidssituasjon. Resultatet skal være bedre effektivitet for virksomhe-

tene og større trivsel for medarbeiderne.

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har ansvar for å være en pådriver for at statlige virksomheter blir inkluderende arbeidslivsvirksomheter, og for å støtte de statlige virksomhetene i dette arbeidet. Trygdeetatens arbeidslivssentre rundt om i landet er likevel rette adressat for de statlige virksomheter som ønsker å bli inkluderende arbeidslivsvirksomheter.



B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg
for din helse”