

HELSE

Debatt:
**Unge – stemmer behandlingen
med årsakene?** side 4–7

Helsetjenester fra TV-skjermen
side 16–17

Med kurs for 2010

side 9–13 og 18–21



Kortere ventetid med fritt sykehusvalg

Gratis offentlig tjeneste

Ring 800 41 004

eller søk på www.sykehusvalg.no

2010




Paul Hellandsvik
adm. dir.

Hvordan kan vi opprettholde institusjoner og nåværende sykehusstruktur og samtidig fylle sykehusene med innhold som ikke bare holder høye nasjonale, men også internasjonale kvalitetsmål – og som er i stand til å holde tritt med en medisinsk utvikling som uansett hva vi gjør, vil holde høyt tempo?

Prosessen vi nå starter vil medføre endringer. Vi har en stor utfordring når vi skal kommunisere dette. På den ene siden vet vi at nærhet betyr mye for å gi et akutt-medisinsk tilbud av høy kvalitet og at nærhet i seg selv er viktig for den pasientopplevde kvaliteten på mange fagområder. Ikke minst er dette viktig for kronikere med hyppig behov for spesialiserte helsetjenester. På den andre siden vet vi at det er behov for å sentralisere enkelte behandlingsregimer. Det må til for å kunne utvikle kvalitet og ny kunnskap – og for at vi skal kunne ta i bruk nye og bedre metoder.

Strategien framover vil handle om å balansere disse hensyn. Det grunnleggende er å være på lag med pasienten og sørge for at spesialisthelsetjenesten gir et likeverdig tilbud til befolkningen. Men moderne medisin gir oss stadig nye og flere muligheter til behandling. Det er ikke mulig praktisk eller økonomisk å ha alle tilbud i nærheten av der folk bor.

I fjor la vi på plass en konkret strategi for å samle deler av kreftkirurgien. Det gir oss et grunnlag for å bygge opp solide fagmiljøer som vil være i stand til å sikre pasientene et best mulig behandlingstilbud i Midt-Norge. Målet må være at vi tør å være like offensive på andre områder. Svaret trenger ikke være sentralisering. Det kan like gjerne være desentralisering, bare det fremmer kvalitet. Prosjektet "Helse Midt-Norge 2010" bygger på de strategier som allerede er lagt, men prosessen skal også legge et grunnlag for hvordan vi tar fatt i nye og sammensatte problemstillinger. Styret for Helse Midt-Norge RHF ga startsignal for dette arbeidet våren 2005.

Vi legger vekt på brukernes medvirkning. Dette er en viktig forutsetning for omstillingen som vi nå ønsker å få til. Vi trenger bred involvering, både gjennom de kanaler vi har etablert for tillitsvalgte og for brukere.

Vi ønsker å stimulere til en bred debatt der både lokalpolitikere og lokalsamfunn deltar. Prosessen med å skape framtidens sykehus-tilbud i Midt-Norge er kanskje den aller viktigste samfunnsoppgave regionen står foran. Beslutningene og prioriteringene må være forståelige og ha bredest mulig forankring, slik at vi kan bygge videre på tilliten det offentlige helsetilbudet er avhengig av. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern og den ett år gamle rusreformen, er en naturlig del av "Helse Midt-Norge 2010". Det er også vedtatt en handlingsplan for rehabilitering, habilitering og fysikalsk medisin der ambisjonen er å styrke tilbudet til kronikere. Alle disse fagområdene har i stor grad fokus på pasientforløpet – og ikke bare den enkelte konsultasjon. I denne sammenheng blir samhandling mellom våre tjenester og primærhelsetjenesten avgjørende.

Det er grunnleggende at vi tar utgangspunkt i pasientens behov for helhetlige tjenester. Byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim har dette for øye blant annet gjennom de bygningsmessige løsninger som er valgt. Ved å integrere forskning, utdanning og medisinsk praksis, styrker vi ikke bare den enkelte avdeling kompetansemessig – vi lar også forskning og utdanning komme nærmere pasienten. Det skal komme begge til gode og styrker vår holistiske grunnholdning.

"Helse Midt-Norge 2010" vil utfordre sykehus og institusjoner til å finne nye løsninger i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det har skjedd en kraftig vekst i antallet innleggelser med behov for øyeblikkelig hjelp. Utfordringen kan ikke løses av spesialisthelsetjenesten alene. Det gjelder både innen psykisk helsevern og for de somatiske sykehusene.

Vi trenger dokumentasjon og analyser – og vi trenger en bred drøfting av hvordan vi løser disse utfordringene. Helsesektoren rår over betydelige ressurser og vi har en stor oppgave i å bruke disse mest mulig effektivt til beste for pasienten. For å lykkes må vi legge planer som henger i hop og gjør det mulig for oss å styrke tilbudet til grupper som tradisjonelt ikke har nådd fram i prioriteringsdebatten.

HELSE – Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgeber: 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 utforming: Bennett AS

Illustrasjon: Ella K. Okstad • Trykk: TrykkPartner AS • Opplag: 16.500.





Skal psykiatrien tilpasses de unge eller de unge tilpasses psykiatrien?

Ved helseforetakene i Midt-Norge har ventelistene innen psykisk helsevern for barn og unge økt med 33 prosent i løpet av de fire første månedene av 2005. Hvorfor trenger flere barn og unge psykiatrisk hjelp, og trykker vi på de riktige knappene når vi behandler denne gruppen?



“– Dersom det er slik at stadig flere barn og unge får psykiske vansker, samspill-vansker i forhold nære omsorgspersoner, lærere, venner, er det grunn til uro.”

Aud Bjørkås, direktør ved BUF Etat, Region Midt-Norge

➤ **T**il debatt møtes direktør Aud Bjørkås ved BUF Etat, Region Midt-Norge, professor Graham Clifford ved Dmf, NTNU/Faglig ansvarlig ved R-BUP, forskningsstipendiat Arve Strandheim ved Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger/BUP, og barneombudet Reidar Hjermann.

– Antallet henvisninger av barn og unge til det spesialiserte psykiske helsevernet har økt betydelig. Har du en formening om hvorfor? Er det grunn til uro?

Aud Bjørkås

– Bildet er sammensatt og komplekst. Det kan ha sammenheng med at tilbudet i regionen er blitt bedre. Behovet som avdekkes i dag gjennom betydelig økning i antall henvisninger, kan ha eksistert tidligere uten at det har kommet til uttrykk. Det høye henvisningstallet kan selvsagt også ha sammenheng med økende forekomst av psykiske vansker hos barn og unge. Jeg har ikke nok dokumentasjon som tilsier at dette er et faktum. Men dersom det er slik at stadig flere barn og unge får psykiske vansker, samspillvansker i forhold nære omsorgspersoner, lærere, venner, er det grunn til uro.

Graham Clifford

– Det er ikke spesiell grunn til uro for BUPs vedkommende. Kapasiteten i barnepsykiatrien øker, og klinikkene har også svart på kravet om større dekning og større effektivitet. Vi ser nå at enkelte grupper har bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten, og dette er noe henvissende instanser og foreldre blir klar over. En annen relevant betraktning er at innsatsen i psykisk helsevern på kommunalt nivå er ujevn og at det er stort potensial for bedring der.

Reidar Hjermann

– Jeg håper og tror at dette dreier seg om at identifikasjonsmekanismene i samfunnet fungerer bedre, og at barn og ungdom i vanskeligheter får tidligere og bedre hjelp nå enn før.

Arve Strandheim

– Dei samfunnsmessige endringane stiller nye krav til barn og unge, nesten ingen kan gå ut i eit praktisk arbeid før

dei er 19 år, alle må tilpassa seg skole-systemet. Dette kan forklare mykje av auken i ADHD-henvisingane, og noko av den auken vi ser i angst og depresjon hos unge. Mange kjenner seg mislukka i kvardagen, sjølv om skolen prøver å tilpasse opplegga.

Ein annan grunn er dei terapeutiske framskrittane som er oppnådd, og den tiltrua foreldre og skole har fått til helsevesenet. Mykje av stigmata er borte frå barnepsykiatrien, og dei fleste foreldre vil ha hjelp av oss, om det kan hjelpe ungane å lykkast i samfunnet.

– Stress, fraværende foresatte og prestasjonspress er en del av vår moderne livsstil. Er det barn og unge som må betale prisen?

Aud Bjørkås

– Trekk ved samfunnsutviklingen som stress, prestasjonspress og foreldre som av ulike grunner er fraværende, vil selvsagt virke inn på barns oppvekstvilkår og utviklingsmuligheter. Barn og unge er i likhet med voksne forskjellige, og takler stress og uforutsigbarhet forskjellig. Det er viktig å gjøre hva vi kan for å skape så trygge rammer som mulig rundt barna når de står i en vanskelig livssituasjon. Vi skal alltid være opptatt av barnets beste, dette prinsippet står nedfelt i FNs barnekonvensjon, i barnevernloven og barneloven.

Graham Clifford

– De (veldig få) undersøkelser jeg vet om som belyser hvordan foreldre forholder seg til sine barn og unge som er rammet av psykiske vansker, forteller at foreldre som oftest gjør sitt ytterste til å svare på utfordringen. Psykiske vansker hos barn er en stor påkjenning for familiene, det skaper usikkerhet, følelse av utilstrekkelighet og skyld. Det påpekes at skolen ikke er ideelt rustet for å svare på utfordringene

knyttet til psykiske vansker hos unge. Internasjonale studier understreker at ungdommene i meget stor grad opplever at de er sårbare og at prestasjonspress utgjør en del av dette.

Reidar Hjermann

– Vi betaler alle prisen for et liv som fremelsker kortsiktig profitt, målbare resultater og mellommenneskelig konkurranse mens vi bygger ned menneskekunnskap, empati og forstand. Kanskje vi har blitt så mette i Norge at jakten på mening går via å legge under oss stadig nye materielle goder, og at vi går på en smell når vi oppdager at vi er i en blindgate? Barn og unge er første offer, og med dem i faresonen setter vi samfunnets fremtid på spill.

Arve Strandheim

– Barn og unge betaler alltid ein stor del av prisen for samfunnsendringar. Når endringane i så stor grad som no går inn i familiemønstra, vert dei unge ramma særleg sterkt. Det vil ta tid før sosiale forsvarsmekanismar kompenserer den ustabiliteten endringane har skapt. Mange barn toler desse endringane godt. Dei som har biologiske, psykologiske eller sosiale problem vil i større grad få psykiatriske symptom. At krava for å klare seg godt i samfunnet aukar i same perioden, bidreg til å auke denne skilnaden mellom ungane.

– Hvem har ansvaret for at barn og unge får den hjelpen de trenger, og hvor stor del av ansvaret bør ligge hos foreldrene?

Aud Bjørkås

– Foreldre har uten tvil det største ansvaret for at deres barn har det best mulig og får den hjelpen det trenger. Dette fratar ikke på noen måte storsamfunnets ansvar for barns liv og helse.

“– Mykje av stigmata er borte frå barnepsykiatrien, og dei fleste foreldre vil ha hjelp av oss, om det kan hjelpe ungane å lykkast i samfunnet.”

Arve Strandheim, forskningsstipendiat ved Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger/BUP



“– De få gode studier av hvordan foreldre håndterer utfordringene forbundet med psykiske problemer hos sine unge, forteller at veien frem til hjelp er lang og slitsom.”

Graham Clifford, professor ved Dmf, NTNU/Faglig ansvarlig ved R-BUP



Graham Clifford

– De få gode studier av hvordan foreldre håndterer utfordringene forbundet med psykiske problemer hos sine unge, forteller at veien frem til hjelp er lang og slitsom. BUP har alltid arbeidet ut fra prinsipper om samarbeid med foreldre. I senere år har vi sett klare tendenser til bruk av metoder og tilnærminger som i større grad involverer foreldre i behandling av psykiske problemer. Både spesialisthelsetjenesten og kommunale fagfolk må vie oppfølgingsproblematikk mye større oppmerksomhet.

Reidar Hjermann

– Det medfølger et stort ansvar å få barn, men som samfunn har vi ansvar for å sy sammen et sikkerhetsnett som skal fange dem som trenger det når de ramlar ned fra den linedansen livet ofte er. Alle er alles ansvar.

Arve Strandheim

– Foreldra har ansvaret for å skaffe gode nok rammer til at barna kan vekse opp og klara seg i livet. Ansvaret for naudsynleg helsehjelp er i stor grad lovregulert, og ligg i det offentlege helse og sosialstellet. Å sjå og å bringe barn til behandling kan berre bli gjort av omsorgspersonane.

– Hvordan kan vi best sikre at barn og unge med psykiatrisk hjelp fanges opp av hjelpeapparatet og får den hjelp og oppfølging de har krav på?

Aud Bjørkås

– Vi som arbeider med tilrettelegging av tiltak og tjenester til barn, unge og deres familier, må sørge for at det er på brukernes premisser. Vi skal sørge for at barn og unge får den hjelpen de trenger, når de trenger det. Skal vi kunne lykkes i dette arbeidet kreves et godt samarbeid mellom foreldrene og hjelpeapparatet og mellom de ulike hjelpetjenestene. De som søker hjelp skal møte et hjelpeapparat som er differensiert, løsningsorientert og samarbeidende. Hensynet til barnets beste skal alltid komme i fremste rekke og være avgjørende for de beslutninger som fattes.

Graham Clifford

– Ved å satse mer systematisk på informasjon til foreldre, ved større fokus på

psykisk helse i grunnutdanning for ansatte i kommunale tjenester, og i særdeleshet ansatte i barnehage og skole, og med utvikling av klarere ansvarsforhold for psykisk helsevern i det kommunale apparatet rent generelt. BUP kan også være med i innsatsen for å bevisstgjøre samarbeidspartene, men inntektsystemet for BUP gir ikke det ideelle utgangspunkt for dette.

Reidar Hjermann

– Mye bra arbeid gjøres, men jeg etterlyser mer engasjement innenfor spesielt to områder: kunnskapsbygging om psykisk helse i skolen og gruppeterapi. Vi drar for lite veksler på den ressurs de unge kan være for hverandre. En gruppeterapi kan for være et bedre tilbud for den enkelte pasient, i tillegg til at det er lang mer effektiv bruk av ressurser. Psykisk helsevern skal naturligvis tilpasses pasientens behov. For mange ganger velges pasienter ut i fra hvilken spesialisering den enkelte behandler velger seg, og hva som er mest interessant for den enkelte behandler i øyeblikket. Behandlingsintensiteten og -varigheten ser dessverre også ut til å være utformet fra behandleres ønske om praksis og erfaring. Det er for lite kvalitetssikring av tjenesten, og for mange terapier foregår bak lukkede dører uten innsyn fra andre enn terapeuten og pasienten.

Arve Strandheim

– For å sikre naudsynleg helsehjelp til barn og unge, treng ein interesserte og gode foreldre og ein årvaken primærhelseteneste med kunnskap om barn og unge. Førstelina kan hjelpe mange, men ein god del problemstillingar blir for sjeldne og spesialiserte til at dei kan yte kvalifisert psykiatrisk helseteneste til alle. Det er ein føresetnad for at kjedene skal fungere at 2. lina vert sett i stand til å levere spesialisert psykiatriske helsehjelp av høg kvalitet, og i tilstrekkeleg volum.



“– Vi betaler alle prisen for et liv som fremelsker kortsiktig profitt, målbare resultater og mellommenneskelig konkurranse mens vi bygger ned menneskekunnskap, empati og forstand.”

Reidar Hjermann, barneombud



Teknisk ukeblad: Verdens mest avanserte sykehus

De nye operasjonsstuen på St. Olavs hospital, blir verdens mest avanserte operasjonsstuer. Utstyret som er på vei inn er ikke en gang kommet på markedet.

Fremtidens operasjonsstuer består av to stuer plassert på hver sin side av et felles kontrollrom. Den ene operasjonsstuen er utstyrt for kikkhullskirurgi (laproskopisk kirurgi) rettet mot mage/tarm, i den andre blir det operasjon av hjerte- og blodårer (endovasculær kirurgi).

Utstillingsvindu

– Den nye operasjonsstua er nesten som et TV-studio, forteller Ronald Mårvik, som er medisinsk faglig leder for operasjonsstua som spesialiserer seg på mage/tarm-operasjoner.

– Som operasjonsstue er den en av verdens mest avanserte – utstyret vi finner her er ikke kommet på markedet en gang, sier Mårvik. Den gode avtalen som er inngått med leverandørene, medfører at utstyret fortløpende blir byttet ut med nyere og mer avansert utstyr. Mot slutten av dette året kommer neste generasjons utstyr på plass. – Vi er Sonys utstillingsvindu i Europa, opplyser Mårvik. – Sjefene fra Japan har vært her, og når vi kommer i gang, vil mange internasjonale delegasjoner komme på besøk.

(artikkelen er redigert fra Teknisk Ukeblad)

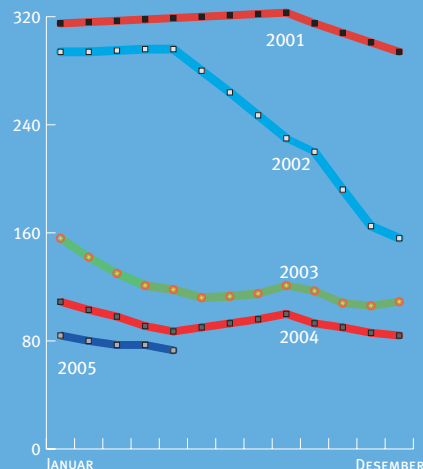
Helse Midt-Norge best i klassen

Ventetiden redusert til 73 dager

Gjennomsnittlig ventetid ved sykehusene i Helse Midt-Norge var ved utgangen av april 2005 nede i 73 dager. Det er kortest i landet. I løpet av april ble antallet pasienter som hadde ventet i mer enn ett år redusert med 38 prosent til 212 pasienter.

Tallene fra Norsk Pasientregister viser at det særlig er ved St. Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal at det i april er tatt grep for å redusere ventetid og fjerne uverdig venting. Helse Sunnmøre og Helse Nord-Trøndelag er fortsatt de helseforetakene i Midt-Norge som i har lavest gjennomsnittlig ventetid – 64 dager. Helse Nordmøre og Romsdal er nå nede i 66 dager og St. Olavs Hospital hadde ved utgangen av april gjennomsnittlig ventetid på 83 dager.

Da helsereformen trådte i kraft i 2002 var gjennomsnittlig ventetid i Midt-Norge over 320 dager, og over 12.000 pasienter hadde ventet i over ett år.



Dansk-norsk samarbeid om behandling av sykkelig overvekt

Et regionalt senter for behandling av sykkelig overvektige er under etablering ved St. Olavs Hospital.

Til høsten får overvektige tilbud om livsstilskurs og et nyutviklet oppfølgingsprogram. Tiltaket er et forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med Ebeltoft Kurcenter i Danmark.

– Dette prosjektet vil få stor betydning for framtidig behandling av alvorlig over-

vektige. Vi har stor tro på at samarbeidet med Ebeltoft Kurcenter vil gi oss ny kunnskap om verdien av kurscenterbehandling. Spesielt er vi interessert i hvilke resultater man kan forvente over en tidsperiode på 4 – 5 år, sier overlege Bård Kulseng ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Kandidater til Karl Evangs pris 2005?

Karl Evangs pris er opprettet som en honnør til den tidligere helsedirektørens sosialmedisinske pionerinnsats. Hensikten med prisen er å stimulere interessen og arbeidet for folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne.

Karl Evangs pris for 2005 gis til en person eller organisasjon som har gjort en særlig fortjenstfull innsats for å fremme enten folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne, rettssikkerhet og sikkerhet i helse- og sosialtjenesten eller opplysningsarbeid og medvirkning i samfunnsdebatten om viktige helse- og sosialpolitiske spørsmål.

Har du kandidater?

Det er ingen forutsetning at vedkommende person eller organisasjon trenger å ha tilhørighet i helse- og sosialtjenesten. Det legges videre

vekt på at innsatsen er aktuell, men innsats over tid kan også vurderes.

Prisen kan tildeles kandidater etter skriftlig søknad fra vedkommende selv, andre personer eller organisasjoner.

Prisen blir delt ut i forbindelse med Helseilsynets årlige Karl Evang-seminar i tilknytning til Evangs fødselsdag 19. oktober. Seminar og prisutdeling er åpent for alle.

Søknad eller anbefaling sendes innen 19. august 2005 til:
Statens helsetilsyn
Avd. II
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo



Strategi med fokus på kvalitet

Prosjektet "Helse Midt-Norge 2010" skal legge grunnlaget for at befolkningen i Midt-Norge får dekket sine behov for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, også i framtida.

Prosjektet startet i februar da styret for det regionale helseforetaket diskuterte framtidig strategi for Helse Midt-Norge, og det inviteres til en bred og åpen prosess. Hvordan skal framtidens sykehustilbud være i Midt-Norge?





Lasse Folkvord

*Spesialist i Allmenn
& Samfunnsmedisin*

*Fastlege v/Vikhammer Legekontor – Malvik
www.vikhammerlegekontor.no*

1. Spesialisthelsetjenesten legges til rette også for mottak av elektronisk henvisning og rekvisisjon fra primærhelsetjenesten, og vi vil få bedret elektronisk toveis kommunikasjon med funksjonelle løsninger. Spesialisthelsetjenesten knyttet til Psykiatri og Rus vil fremstå som "samhandlende enhet". Man erkjenner og tilpasser seg det faktum at mest mulig utredning og behandling bør foregå i primærhelsetjenesten, av hensyn til best total ressursutnyttelse. Spesialisthelsetjenester i Midt Norge utført av privatpraktiserende spesialister med avtale, fordeles jevnere og aktivt mer geografisk bort fra Trondheim bykjerne. Man legger til rette for at sammensatte lidelser som krever bred og koordinert tilnærming fra flere enheter kan bli logistisk godt ivarettatt i lokalsykehuset. Kvalitetssikring knyttet til samhandling og rollefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten utvikles gjennom praksiskonsulentordningen på sykehus.

2. Med et betydelig økt antall nyutdannede innen helsesektoren, er det risiko for overbehandling, diskontinuitet, kompetansestrid og ansvarsfraskrivelse. Jeg mener også at dagens inntektsystem og inntjeningsbehov for spesialisthelsetjenesten kan føre til feilprioritering. I dagens mediabilde får dyre og avanserte spesialistløsninger mer oppmerksomhet og er dermed opinionsdannende, og etterspørsel etter de "enkle løsningene" svekkes. Det er i dag betydelig forskjell på ressurstildeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det vil bli utfordrende for myndigheter å finne politiske og økonomiske løsninger som styrker tjenestetilbudet på laveste effektive nivå. Mitt håp er at spesialisthelsetjenesten selv ser at en styrket primærhelsetjeneste vil kunne effektivisere og avlaste spesialisthelsetjenesten, og at dette samlet sett gir det beste behandlingstilbudet til befolkningen.

Framtidsvisjon Helse Midt-Norge

Med fokus på hvordan kvaliteten i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge kan sikres fram mot 2010, har vi inviter fire representanter fra regionen til å bidra med sitt syn på utfordringer, forventninger til framtida og forslag til løsningsfor det framtidige tilbudet.

Ordfører Ragnhild Aarflot Kalland i Volda, fastlege Lasse Folkvord ved Vikhammer legekontor, seksjons-overlege Robin Gaupset ved Sykehuset Namsos og Steinar Waksvik fra Afasiforeningen Ytre Nordmøre fikk alle følgende to spørsmål fra Helse;

Det regionale helseforetaket har ansvar for å sikre at befolkningen får likeverdige tjenester. Høy kvalitet, god tilgjengelig og akseptable kostnader er viktige kriterier i utforminga av strategien. Prosjektet "Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010" er Helse Midt-Norges svar på Helse- og omsorgsdepartementets bestilling av strategier for utvikling av lokalsykehusene, og identifisering av områder med overkapasitet og frigjøring av ressurser som kan overføres til områder som må styrkes ressursmessig.

Drøfte struktur

Styret for Helse Midt-Norge RHF har satt i gang drøftinger om utvikling av framtidens sykehusstruktur i regionen. Tidligere er det vedtatt handlingsprogram for psykisk helsevern, og for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering. Et regionalt program for tverrfaglig spesialisert rusbehandling utformes også. – Det gjøres nå tunge investeringer gjennom bygging av det nye universitetssykehuset i Trondheim. Pasientens rett til fritt sykehusvalg, kraftig reduserte ventelister og medisinske nyvinninger gir også nye rammer for planlegginga. Noen behandlingstilbud kan desentraliseres mens andre kan bli bedre ved å sentralisere. Slik kan vi forsvare investeringer og sikre kompetanse og kvalitet i tilbudet til befolkningen, sier visedirektør og fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.

Involvering

– Det er mange som har kunnskaper som er viktig å få med som innspill i strategikutviklingen, sier kommunika-

sjonsdirektør Synnøve Farstad i Helse Midt-Norge. Hun påpeker at både pasienter, befolkningen, primærhelsetjenesten, helseforetakene, private aktører, politikere og andre må bidra med kunnskap i dette arbeidet.

Som et ledd i prosessen med å framskaffe et best mulig grunnlag for strategiarbeidet, var direktører, ledere og fagfolk fra helseforetakene i Midt-Norge samlet til idédugnad 9.-10. juni i Stjørdal. De 170 deltakerne har på denne måten bidratt med innspill til arbeidet med å forme framtidens spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge. Innspillene skal nå bearbejdes og blir en del av grunnlaget for prosessen.

Brukerperspektiv

Brukerperspektivet ble satt fra første stund under samlingen i Stjørdal. – I løpet av de 23 år jeg har vært i systemet har det skjedd mye på det medisinskfaglige området, men svært lite – eller ingenting når det gjelder arbeidsprosesser, rutiner og kultur. Avvik gjentas og gjenkjennes i presseoppslag, men blir systematisk avvist som "en glipp", sier Paula Iren Syrstad som er leder av brukerutvalget for Sykehusapotekene.

Leder av det regionale brukerutvalget, Annlaug Stavik fulgte opp med følgende: – Som pasienter forventer vi å bli behandlet med respekt og som et helt menneske. Vi er mer enn vår sykdom! Kvalitet for pasienten handler ikke bare om spesialisthelsetjenesten, men også om samhandling og fastlegen som pasientens inngangsport til systemet, sa Stavik.

1. Hvilke forventninger har du til det framtidige tilbudet innen spesialisthelsetjenestene i Midt-Norge?

2. Hva er de største utfordringene – og hvordan tror du det går an å løse disse?



Synnøve Farstad og Jan Eirik Thoresen.

Åpne prosesser

– Møter som dette har en verdi dersom diskusjonene, synspunktene og kunnskapen bringes videre. Dette er en utfordring for oss og for deltakerne på samlingen. Vi må sammen legge til rette slik at flest mulig får delta i prosessen, sier viseadm. og fagdirektør Thoresen. Han er prosjekteier for "Helse Midt-Norge 2010".

Så langt er det lagt fram fakta og dokumentasjon som grunnlag for analyse og drøftinger. Samlingen 9.-10. juni er en del av denne prosessen. SINTEF HELSE er engasjert for å gjennomføre analysearbeid. Sammen

med innspillene fra ansatte, pasienter, primærhelsetjenesten, private aktører, lokalpolitikere og andre som berøres av prosjektet, er det meningen å identifisere områder som krever strategiske tiltak.

I september legger det regionale helseforetaket fram forslag til strategier for å møte utfordringene. Strategiene vil omfatte områder knyttet til det regionale foretakets sørge for -ansvar og strategier som handler om det regionale helseforetakets eieransvar overfor egne helseforetak. Det legges opp til en bred drøfting av forslagene der brukere, helseforetakene, primærhelsetjenesten



Robin Gaupset

*Avdelingsleder kirurgisk avdeling
Sykehuset Namsos, 7800 Namsos
Tlf. 74 21 54 48/97 18 83 88
E-post: robin.gaupset@hnt.no*

1. – I tiden frem mot 2010, og videre fremover vil spesialisthelsetjenesten fortsette den utvikling den har hatt i mange år. Den består i sterkere og sterkere grad av subspecialisering, noe som fører til at spesialistene snevrer inn sitt spesialområde. Dette medfører at man har behov for mange spesialister med den samme formelle utdanning, men som dekker forskjellige aspekter av spesialiteten. Pasientene vil derfor møte svært godt kvalifisert personell, men på et snevert område. Konsekvensen av dette må bli at spesialisthelsetjenesten blir flinkere til å møte pasienten med et tverrfaglig tilbud slik at man fanger opp nyansene i pasientenes problemer, og derved kan tilby den korrekte behandling. Jeg forventer at man klarer denne utfordringen.

2. – Utfordringene er mange, men er i stor grad relatert til logistikk. Det er avgjørende å få pasientene inn i riktig kanal mot spesialisthelsetjenesten for å spare pasient og helsevesen for unødig bruk av tid på utredninger og behandlinger som ikke er relevante, eller må gjentas et annet sted. For å møte utfordringen må man få til bedre samhandling med primærhelsetjenesten, gjøre mer målrettet oppbygging av kompetanse både i lokalsykehusene og i universitetssykehusene, og skjerpe intern logistikk i sykehusene. Man må opprettholde det brede basistilbudet på de vanligste tilstander i sykehusene, men foreta valg om fordeling av funksjon på tilstander der volumene er begrenset slik at god kvalitet alltid tilbys. Det er ikke gitt at slike funksjoner alltid må ligge i universitetssykehusene.



Steinar Waksvik

Afasiforeningen Ytre Nordmøre, Frei
Mobil 92 28 64 03
E-post: steinar.waksvik@c2i.net

1. La patologens viten (les andre kompetansemiljø) bli omgjort til politiske og praktiske tiltak slik at færrest mulig av oss får behov for spesialisthelsetjenesten.

Uansett hvem som skal hjelpe meg, og uansett nivå i behandlingssystemet:
– De må besitte relasjonskompetanse,
– lytte til meg og ta meg på alvor selv hvor lite jeg vet og kan. De må uoppfordret ta et helhetlig ansvar for min situasjon, uansett hvilket systemnivå jeg befinner meg på. Helse Midt-Norge må ha det reelle ansvar for den behandling jeg får, uansett hvor og av hvem dette blir iverksatt.

2. De største utfordringene jeg ser, er om de ulike behandlingsinstansene klarer å bygge opp tillit, slik at jeg føler meg trygg og ivaretatt. En må unngå å få graderte helsetilbud, med første og annenrangs behandlingsinstitusjoner. Alle nærsykehus bør ha føde og barnavdeling pluss velutstyrt akuttavdeling. Når livet går mot slutten, bør valgmuligheten for nærhet til hjemstedet være en mulighet. Vi andre kan reise til sykehus som har spesialkompetanse. For kronikere og syndromproblematikk av varig karakter må kravet til spesialinstitusjoner høynes. Tilbud til sterkt funksjonshemmede barn må alle både kommunale og statlige tilbud koordineres bedre. Habilitering og rehabiliterings tilbudene må styrkes faglig, og bli et integrert ledd i "fungere bedre kjeden". Psykiatrimidlene og tilbudene må kanaliseres slik at folk slipper å kvalifisere seg negativt før de kan få hjelp. Vurder nøye innsatsmidlene til barne- og ungdomspsykiatrien, – bygg ikke opp statlige tilbud der en får mer igjen om de blir kanalisert til nærtiltak på kommunenivå. Husk det er vi som pasient som bør få hjelp. Eksperten er til for oss og ikke vi for dem.

og andre interessenter vil bli invitert til å delta.

Styret for Helse Midt-Norge får de endelige forslagene til behandling innen utgangen av 2005.

Hvorfor har det regionale helseforetaket startet prosjektet "Helse Midt-Norge 2010?"

Vi står ved et veiskille, hvor 2004 markerer avslutningen på startfasen i helse-reformen. Ventetidene i Midt-Norge er redusert med 70 prosent siden helsereformen ble innført, og ventetidene og køene nærmer seg et akseptabelt nivå.

Framover er nøkkelordet kvalitet, hvor det vil bli stilt stadig strengere krav om nye og bedre måter å måle den totale kvaliteten i helsetjenesten. Vi må altså kunne dokumentere og synliggjøre god utnyttelse av ressursene og gjennomgående kvalitet i det som tilbys befolkningen.

Derfor startet styret for det regionale foretaket arbeidet med en strategi for hvordan framtidens sykehusstilbud i Midt-Norge skal utformes.

Hvordan skal prosjektet gjennomføres?

Prosjektet er delt inn i to hovedfaser. Fram til sommeren skal det utarbeides nødvendig analysegrunnlag og bakgrunnsmateriale som påvirker utviklingen av helsetjenesten.

Samtidig skal det identifiseres områder hvor det må gjøres strategiske valg. Dette vil få konsekvenser for finansiering, struktur og oppgavedeling.



Fra idédugnaden 9.–10. juni 2005.

Mot slutten av året skal den regionale strategien behandles i styret for Helse Midt-Norge RHF. Det legges opp til en prosess med bred medvirkning fra brukerne, helseforetakene, primærhelsetjenesten, Kommunenes sentralforbund, tillitsvalgte og andre som berøres av prosjektet.

Hva skjer i første fase av prosjektet?

Det skal innhentes bakgrunnsinformasjon om befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, forbruksmønstre,





prioriteringer, samfunnsutvikling, fag- og medisinsk utvikling, pasientrollen, strukturutvikling og helsepolitikk.

Det sentrale i denne fasen er å skaffe nødvendig analysegrunnlag for å gjøre de riktige valgene. Mulige strategier skal diskuteres underveis i prosessen med de ulike gruppene som berøres.

Hvordan skal analysene gjennomføres?

En del av arbeidet handler om å foredle og forenkle data som allerede finnes. Noe av det utvikles i regi av det regionale foretaket, men med hjelp av de ulike gruppene som skal delta i prosessen.

Etter en ekstern anbudsrunde er det inngått avtale med SINTEF HELSE om at de skal levere analyser knyttet til behov og behovsdekning for spesialisthelsetjenester i befolkningen, forbruk og forbruksmønster knyttet til tjenestene, prioriteringer og framtidig kapasitetsbehov.

Dette er analyser som er vesentlig for de valgene som skal gjøres, og som det regionale foretaket verken har kompetanse eller kapasitet til å utføre selv.

Hvorfor er det det regionale helseforetaket og ikke helseforetakene selv som har ansvaret for prosjektet?

Prosjektet styres fra det regionale foretaket, fordi det handler om å sørge for at befolkningen får dekket sine behov for spesialisthelsetjenester.

Dette ansvaret ligger i det regionale foretaket, mens helseforetakene har ansvaret for å levere tjenestene. Det er grunnen til at helseforetakene ikke deltar i styringen av prosjektet, selv om de altså skal delta aktivt underveis. Dialogen på ledersamlingen 9.-10. juni er starten på en prosess der vi bruker våre egne fagfolk for å utvikle "Helse Midt-Norge 2010".

Når den overordnede strategien er ferdig skal helseforetakene utarbeide sine egne strategier for hvordan de skal kunne levere tjenestene.

Hvordan er prosjektet organisert?

Prosjekteier er viseadm. og fagdirektør Jan Eirik Thoresen. Prosjektgruppen ledes av prosjektdirektør Asbjørn Hofsl. Medlemmene i prosjektgruppa er: Kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad, rådgiver Harald Buhaug, rådgiver Daniel Haga, rådgiver Reidar Tessem og sjeføkonom Mads Berg.



Ragnhild Aarflot Kalland

Ordfører i Volda

tlf. 70 05 87 00/95 23 03 66

e-post:

ragnhild.aarflot.kalland@volda.kommune.no

1. Som politiker forventar eg at alle pasientgrupper vert ivaretekne på ein god måte. Det vil seie at brukarane av spesialisthelsetenesta skal få tenester av god kvalitet levert av personale med høg kompetanse innan sine fagområde. Tilbodet innan spesialisthelsetenesta må vidare vere tilgjengeleg for alle. Det må leggst til rette for ein desentralisert sjukehusstruktur som sikrar akuttfunksjonar ved lokalsjukehusa. Vidare må ein sjå til at ein har ei god ressursutnytting av medisinsk teknologisk utstyr og menneskeleg kompetanse slik at ein får ei best mogleg teneste ut ifrå dei økonomiske rammene som ligg føre.

2. For at vi i framtida skal kunne nytte godt av ei tilgjengeleg og kvalitativ god spesialisthelseteneste er det av største viktighet at vi i framtida har ein leiing som gjev innpass for folkevald medverknad. Det er og viktig at leiinga viser evne og vilje til å sjå på spesialisthelsetenesta som ein del av det totale helsetilbodet til innbyggjarane. Framtidig finansieringsform vil vere eit viktig ledd i utviklinga av eit heilskapleg, tilgjengeleg og kvalitativt godt spesialisthelsetenestetilbod for alle pasientgrupper. Dei ulike aktørar som t.d. helsepersonale, politikarar, legemiddelindustrien, media, brukarorganisasjonar og byråkratar har eit stort ansvar i samarbeide om å vidareutvikle det kvalitativt gode tilbodet som innbyggjarane i Region Midt-Norge har gjennom den desentraliserte sjukehusstrukturen med velfungerande lokalsjukehus. Det vil i framtida bli ei større og større utfordring å utvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.



Stadig flere barn blir overvektige

Tidligere regnet en med at omlag 40 prosent av fete barn vil forbli overvektige som voksne. I dag er dette steget til 80 pst. fordi forholdene i samfunnet ligger «godt til rette» for fedme. Med økende hyppighet av fedme i ung alder, vil vårt samfunn om 20-30 år bestå av en sterkt overvektig befolkning.

Ifjor startet St. Olavs Hospital et pilot-prosjekt for barn og ungdom med overvekt. Behandlingstilbudet ved Barneklubben er et tverrfaglig samarbeid og behandler både barn og familiene deres. Behandlingstilbudet fortsetter og er nå del i et større forskningsprosjekt om barn og fedme.

Forskning

Barneklubben satser store ressurser for å hjelpe overvektige barn og ungdom samt å finne ut av hvilke behandlingsopplegg som fungerer best for denne aldersgruppa.

– Pilotprosjektet viste at det er behov for tett oppfølging for å kunne gi et grundig og helhetlig behandlingstilbud. I tillegg er det viktig at fysisk aktivitet blir lystbetont for deltakerne, samtidig lærer vi de å mestre hverdagen og å bygge opp selvbildet til hver enkelt. Mange barn som er overvekt lider av at de for eksempel ikke kan delta i leik eller være en del av det sosiale fellesskapet sammen med sine jevnaldrende, sier lege og prosjektleder Rønnaug Ødegård ved Barneklubben på St. Olavs Hospital. Hun forteller videre at forskningsprosjektet har knyttet til seg både ernæringsfysiolog, fysioterapeut og psykolog, samt at BUP og NTNU deltar i hver sine delprosjekter.

– Det finnes ingen behandlingsresultater fra store studier av overvektige barn og ungdom av så god kvalitet at man med sikkerhet kan si noe om effekten av de igangsatte tiltakene. Men det vi vet er at dette tar tid. Å snu en livsstil er ikke gjort i en håndvending.

– En finner sjelden en medisinsk årsak til overvekt. De fleste forskerne er enige at noen har anlegg for å utvikle overvekt og fedme. Det ligger i genene vi arver fra foreldrene våre og fra tidligere



generasjoner. Men siden arvestoffet ikke kan ha endret seg av betydning i de siste 10-20 årene hvor vekten har økt såpass betydelig er det først og fremst livstilsendringene i befolkningen som forklarer økningen i antallet overvektige. Men vi kan gjøre noe med det utgangspunktet vi er født med. De fleste som blir henvist av fastlegen eller helsesøster er overvektig fordi inntaket av energi er større enn aktivitetsnivået og forbruket. Målet vårt er ikke å slanke barna, men at de skal oppnå en stabil vekt. Klarer de det, vil de etter hvert som de blir lengre vokse seg inn i vekten sin.

Plan for hvert barn

Hvert barn som er med i behandlingsopplegget ved St. Olavs Hospital får sin egen skreddersydd plan for kosthold og aktivitet. Både barn og ungdommen blir fulgt opp nøye. Samtidig med sin individuelle plan er også barna med i et gruppeopplegg.

– Vi har to forskningsprosjekter – ett for unger mellom 7-12 år og for ungdommer fra 13 år og oppover. Ungdomsgruppa er igjen delt i to, hvor

den ene gruppa, kondisgruppa, driver kun med rein fysisk trening. I den andre gruppa, livstilsgruppa, er det endring av kosthold og mestringsstrategier som har hovedfokus. Vi ønsker å sammenlikne disse to gruppene for å se hva som har best effekt for å stabilisere vekten, understreker Ødegård.

Må følges opp

Ødegård mener det er viktig at det etableres egne grupper i nærmiljøet som kan følge opp barna etter at de er ferdige med behandlingen på sykehuset.

– Vi kan gi barn og ungdommen en praktisk og kunnskapsmessig ballast med tanke på å forhindre at de blir overvektige som voksne med fare for å havne i risikozonen for livstilsykdommer som diabetes og hjerte- og karlidelser. Vi prøver å få til et sterkere samarbeid med helsesøster og kommunefysioterapeut, for livstilsendringene må foregå i barnas egne miljø. Til nå har vi ikke lyktes så godt, men dette er et arbeid som er utrolig viktig for at vi skal lykkes på lang sikt. Jeg hadde også sett at vi hadde hatt muligheter for å etablere en sommerleir for overvektige barn, det hadde gitt de en god start på deres nye liv, sier legen.

– Jeg er glad for at det nå endelig blir gjort noe for voksne med sykkelig overvekt, men for at barna ikke skal komme i denne gruppen, er det viktig at vi stopper utviklingen nå, før det er for seint. Jeg sier det igjen, ta signalene om at det blir stadig flere og flere barn som er overvektig, og gjør noe med det, oppfordrer Rønnaug Ødegård.

Faglige retningslinjer på plass i år

– Vi tar problemet med at stadig flere barn er overvektig på alvor. Det sier statssekretær Elisabeth Aspaker i Sosial og helsedepartementet.

Derfor har departementet bedt Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og voksne knyttet til helsestasjon, skole, primær og spesialisthelsetjenesten.

Aspaker sier at det gjelder å finne andre behandlingstilbud for barn og ungdom enn for voksne.

– En del gjøres både i skolen og i barnehagene for å øke den fysiske aktiviteten og endre kostholdet til denne aldersgruppa. Vi jobber så fort vi kan, men vi kan ikke ile til fortere enn at vi er sikre på at det vi gjør er faglig godt forankret. Vi vet at vi står over for et stort problem og at det er viktig at de faglige retningslinjene kommer på plass i år, sier statssekretær Aspaker.

Overvekt blant barn

- ▶ 13 prosent av niåringene er overvektige.
- ▶ 10 prosent av 15-åringene er overvektige.
- ▶ Både niåringene og 15-åringene har gått opp to-tre kilo i vekt siden samme aldersgrupper ble veid og målt i 1975.
- ▶ Det fødes stadig flere barn med en fødselsvekt på over 4500 gram.

Tallene stammer fra en undersøkelse utført i Oslo i år 2000. 760 barn og unge ble veid og målt.

Helsetjenester fra

I løpet av høsten kan pasienter med kroniske sykdommer få muligheten til å kommunisere med helsepersonell via TV-skjermen. De kan sitte hjemme i stua og få veiledning og opplæring fra helsepersonell på sykehus. Dette er et tidsbegrenset forsøk og er i første omgang er ordningen ment å fange opp kronikere med KOLS og diabetes.

Et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt senter for Telemedisin (NST), Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Norut IT og Well Diagnostics har fått bevilget 1,5 millioner kroner fra Høykom til et prosjekt "Min Helsestasjon – hjemmebasert opplæring og oppfølging av pasienter over bredbånd. Prosjektet skal gjennomføres i år og ledes fra Nasjonalt senter for telemedisin.



Tatjana M. Burkow

Enkelt å bruke

– Prosjektet ser på muligheter for hjemmebaserte tjenester over bredbånd. Vi ønsker at systemet skal være lett tilgjengelig og enkelt å bruke. Derfor har vi valgt å benytte noe som alle kjenner til i dag, TV-skjermen og fjernkontroll som brukergrensesnitt. Erfaringene tilsier at det er mange som aldri vil bli fortlølig med å bruke å bruke PC, sier prosjekt-

leder Tatjana M. Burkow ved Nasjonalt senter for telemedisin.

– Vi ser at antall bredbåndsforbindelser fortsatt brukes som mål på hvor langt teknologiutviklingen er kommet i forhold til private hjem og ikke hvilke tjenester som tilbys hjemme. Dette prosjektet kan muligens bidra til utbredelse og bruk av bredbåndsbaserte helsetjenester i hjemmet, håper hun.

Burkow legger til at en liten datamaskin blir koblet opp mot TV-apparatet, dette gjør det mulig å overføre lyd og bilde mellom kronikere og helseapparatet. Samtidig blir det mulig å kommunisere mellom hjemmet og helsetjenesten samt å overføre data fra medisinske sensorer som den enkelte har i hjemmet.

Resultatene kommer opp både hos den enkelte og hos helsearbeideren, slik at en kan se på måleverdiene sammen. Opplæringen og oppfølgingen er både tenkt som gruppebasert undervisning, men også som en konsultasjon mellom den enkelte og hjelpeapparatet. For å ha mulighet til å nytte seg av den nye tjenesten er en avhengig av å ha tilgang på bredbånd.

– Vi lager nå en prototype som skal være billig, dette for at flest mulig skal ha muligheter for å kunne bruke den nye teknologien. Vi er klar over at ikke alle har tilgang på bredbånd i dag, men samtidig vet vi at utviklingen er på gang med å bygge ut bredbåndnettet i hele landet, sier prosjektlederen.

Mange med kroniske sykdommer

I dag er det mange med kroniske sykdommer i landet. Om lag 250 000 voksne personer har utviklet KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) i Norge i dag. Samtidig har godt over 200 000 personer diabetes.

– Vi har som mål med prosjektet å lage et system som gjør det mulig at brukerne kan kommunisere direkte med helsetjenesten fra hjemmet. Det innebærer at brukerne kan få et opplærings- og oppfølgingstilbud fra helseinstitusjonen hjem i stua. Det vil spare pasientene for lange reiser til sykehus og en kan nå store grupper av pasienter med viktige oppfølgingstjenester. Vi ser det som en mulighet for å bedre livskvaliteten og unngå senskader når kronikere får bedre oppfølging, sier Burkow som understreker at den hjemmebaserte opplærings- og oppfølgingstilbudet ikke skal erstatte den direkte kontakten med hjelpetjenesten, men være et supplement til dagens tilbud.

– Jeg ser for meg at det dannes grupper som møtes ved en helseinstitusjon for deretter å fortsette med oppfølgingen hjemme. Til høsten starter vi å prøve ut prosjektet med brukere og vil etter hvert skaffe oss nyttige erfaringer, konkluderer prosjektleder Tatjana M. Burkow.



Ill.: Gettyimages

TV-skjermen



Hjemmebasert behandling og oppfølging via SMS

– Jeg synes det er flott med alle tiltak som kan hjelpe kronisk syke pasienter. Noen tiltak kan passe for noen mens andre behandlingstilbud er bedre for andre. Men jeg er litt redd for at prosjektet "Min helsestasjon – hjemmebasert opplæring og oppfølging av pasienter over bredbånd", ikke vil hjelpe de kronisk syke som jeg kjenner best, de lungesyke. Jeg tror de er avhengig av å ha et tettere samarbeid med hjemmetjenesten i kommunen de bor, sier overlege Rolf A. Walstad, Lungepoliklinikk ved St. Olavs Hospital.

Walstad forteller at St. Olavs Hospital nå er i startfasen med å utvikle et prosjekt for hjemmebasert behandling, overvåking, omsorg og rehabilitering av pasienter med alvorlige kroniske lungesykdommer.

– Pasienter med alvorlig lungesykdom og begynnende lungesvikt krever avansert behandling og oppfølging. Vi har som mål å bedre den hjemmebaserte behandlingen, redusere forverringer, sykehusinnleggelser og bedre pasientenes livskvalitet. For disse pasientene er det viktig å gi dem større trygghet i hverdagen. I dette prosjektet vil den kommunale hjemmetjenesten være sentral. De har til vanlig liten tradisjon og mulighet for løpende kontakt med sykehuset etter at pasientene er utskrevet. Vi ønsker et tettere samarbeid mellom omsorgsnivåene for denne pasientgruppen. Vi skal utviklet



Rolf A. Walstad

nytt og brukervennlig SMS/mobiltelefon-basert kommunikasjonssystem for å gjøre samarbeidet mellom alle de involverte aktører som enkelt og effektivt som mulig, forklarer overlegen. Han forteller videre at dette er et samarbeidsprosjekt mellom Norges Lungeavdelingen, St. Olavs Hospital, Hjemmetjenesten og Fastlegeordningen i Trondheim kommune, Norges Astma- og Allergiforbund, avd. Sør-Trøndelag, Triangel AS, Molde og SINTEF Helse.



Lege- og ambulansebåten

– den mest avanserte i landet



“Dr. Riiber”

Siden i fjor høst har lege- og ambulansébåten ”Dr. Riiber” gjort tjeneste for kommunene Aukra, Midsund og Sandøy i Romsdal. Både båtteknisk og medisinsk innleder båten en helt ny epoke. Fartøyet har utstyr og sikkerhet som kun finnes på langt større båter.



Utfordringene har vært mange og krevende for Øystein Hukkelberg og daglig leder Øyvind Sommer Hukkelberg, i selskapet Gazelle Technology, som i november i fjor kunne overlevere lege- og ambulansébåten til eieren til Aukra kommune. Kommunen skal også drive fartøyet på oppdrag fra Helse Nordmøre og Romsdal HF.

– Lege- og ambulansébåten er det første fartøyet i landet som er godkjent for liten kystfart. Det ble stilt veldig store krav til medisinske og marintekniske løsninger. Prosjektets målsetning var å utvikle en båt med fokus på høy medisinsk og marinteknisk kvalitet. Og det mener jeg vi har klart, forteller marineingeniør Øystein Hukkelberg i Gazelle Technology.

Godt fornøyd

– Vi er veldig godt fornøyd med lege- og ambulansébåten. For oss som jobber om bord er den en god arbeidsplass og båten fungerer utmerket som et legekontor, sier kommunelege 1 Roald Borthne i Aukra kommune. Han har sammen anestesioverlege Ove A. Hagen ved Helse Nordmøre og Romsdal HF (Molde Sjukehus) vært med i utviklingen av fartøyet. Også pasientene er fornøyd med "Dr. Riiber". Erfaringene så langt viser at fartøyet har hatt høy regularitet og har fungert godt i alle værforhold. Til nå har "Dr. Riiber" tjenestegjort mest som legekontor.

– Vi har ikke fått prøvd båten i orkan ennå. Vi dekker åtte-ni øyer samt Ona som ligger ut i havgapet, da er det viktig at båten er beredt til å tåle det meste. Vi kan sitte fastspent samtidig med at stolen går på skinner slik at vi kan behandle pasienter når været er på sitt verste. Vi har også lagt vekt på at fartøyet skal være mest mulig lik en vanlig ambulansebil slik at det blir enklere for alle leger som jobber om bord. I dag er det seks-sju leger samt to turnusleger som deler på å ha vakter om bord i båten. Samtidig som at "Dr. Riiber" er lege- og ambulansébåt er den også et tilskudd til beredskapen på sjøen. Vi kan være med i redningsaksjoner ved savnede personer på sjøen samt at fartøyet er utstyrt med to store brannpumper som gjør den i stand til å assistere ved brann, forklarer Borthne.

Telemedisin

Samtidig med utviklingen av fartøyet ble det også startet et prosjekt innen telemedisin. Den telemedisinske løsningen er utviklet i et partnerprosjekt, støttet av Høykom, med deltakere fra ambulansébåtprosjektet samt deltakere fra Helse Midt-Norge IT.

– Nå er vi gang med å få de telemedisinske løsningene operativ. Vi har brukt en del tid på og testet utstyret, men nå ser det ut til å fungere optimalt. Det innebærer at vi kan ha direkte overføring av pasientdata til sykehus via GPRS eller satellittforbindelse, sier kommunelegen som nå ser fram til å ta det svært avanserte utstyret i bruk.



Foto: Svein Magne Harnes

Allerede ombord i ambulansébåten kan medisinsk overvåkning tilkobles pasienten over overføres online til sykehuset.



Foto: Gazelle Technology AS

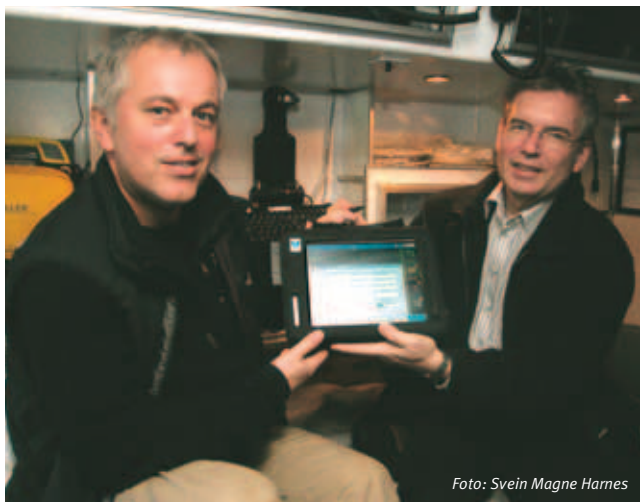
”Dr. Riiber”

- Bygget i lettvekts aluminium og GRP konstruksjon.
- 16 meter lang og når en hastighet på 36 knop.
- Kan drive syketransport i fem meter høye bølger.
- Utstyrt med blå lys og sirener og gjort mest mulig lik luftambulanse og ambulansebil.
- Bygd i Aukra kommune av Gazelle Technology.
- Prosjektet har resultert i forslag til kravspesifikasjon for ambulansebåttjenester som Sosial- og Helsedirektoratet arbeider videre med.
- Oppkalt etter Doktor Carl Magnus Thaulow Riiber, som var den første legen på Aukra.



Øystein Hukkelberg
og daglig leder
Øyvind Sommer
Hukkelberg, i
selskapet Gazelle
Technology.

Foto: Svein Magne Harnes



Overlege Ove A.
Hagen (t.v.) ved
Akuttmedisinsk
avdeling og helse-
sjef i Aukra
kommune, Roald
Borthne, viser den
håndholdte avan-
serte PC'en som gir
online kommunika-
sjon inn til sykehu-
set og som kan inte-
greres både mot
medisinsk overvåk-
ning og all annen
relevant medisinsk
informasjon.

Foto: Svein Magne Harnes

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt en ny Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften skal bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlig akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Det stilles nå krav til det faglige innholdet, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjeden samt krav til samarbeid med politi, brann og hovedredningssentralene.

De nye forskriftene ble gjort gjeldende fra 1. april i år, og dekker hele spekteret av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

– Nå har vi for første gang fått en forskrift som regulerer både ambulanse-, legevakt- og nødmeldetjenesten i en og samme forskrift. Det er viktig og nødvendig å se sammenhengen i denne tjenesten. Den binder sammen legevakt, ambulanse og nødmeldetjenesten, sier rådgiver Daniel Haga i Helse Midt-Norge.

Tell skrittene

**Kan en skritteller øke den fysiske aktiviteten for de som har type 2 diabetes?
Det er spørsmålet fysiolog John Tore Vik i Trondheim ønsker å finne ut.**

I vinter startet han prosjektet "Økt fysisk aktivitet ved hjelp av pedometer som et pedagogisk redskap for type 2 diabetikere". Prosjektet er finansiert ved midler fra Helse og Rehabilitering. Til daglig er Vik ansatt i 40 prosent stilling ved fysikalsk medisin, St. Olavs Hospital, sykehuset stiller laboratoriet og kontorer til disposisjon for at Vik skal ha muligheter for å jobbe med prosjektet.



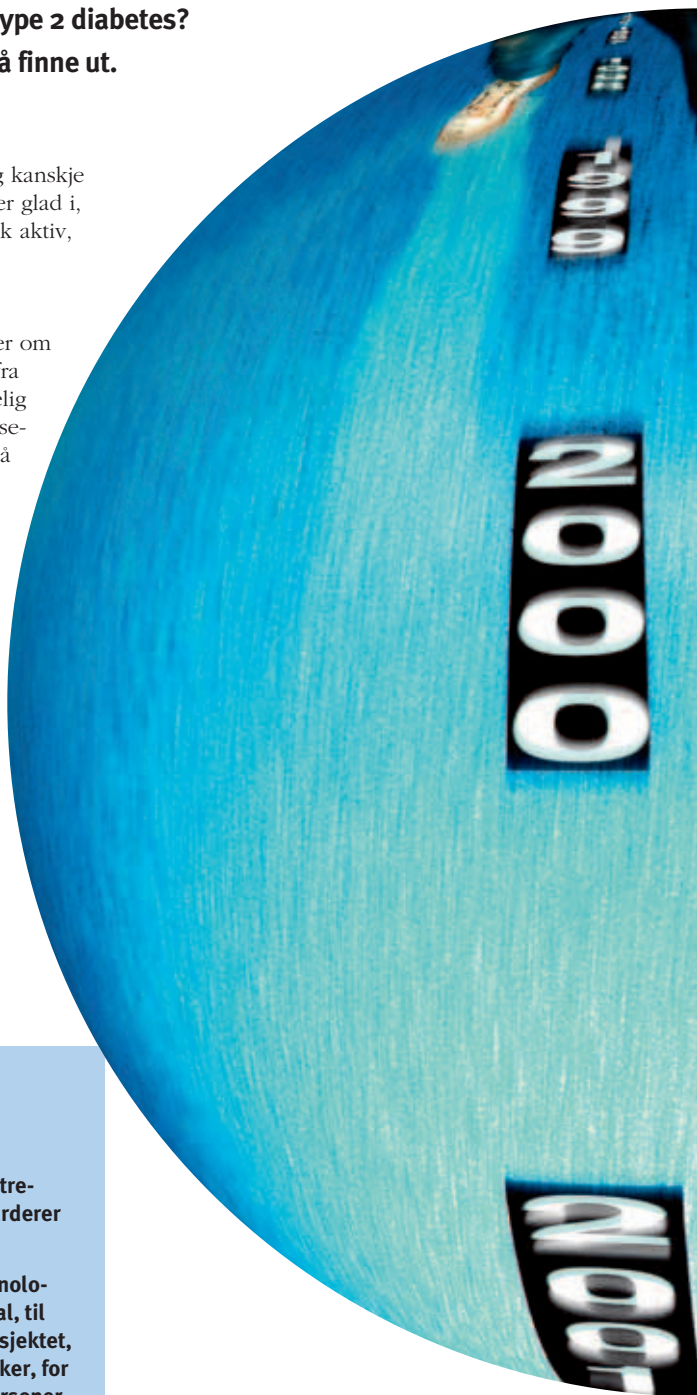
Fysiolog John Tore Vik

– Som fysiolog med hovedfag i idrett samt at jeg også er utdannet spesialpedagog, ønsker jeg å finne hjelpemidler som kan være med på å øke den fysiske aktiviteten for de som har type 2 diabetes. Hvis det viser seg at et pedometer (skritteller) kan hjelpe noen til å øke aktiviteten, er det kjempefint.

Det er en billig investering, og kanskje et tips til en gave til noen en er glad i, som en gjerne ser er mer fysisk aktiv, sier Vik.

Fra tanke til handling

– Det er mange som har planer om å være mer fysisk aktiv. Men fra tanke til handling er et vanskelig steg. Og det er her vi som helsepersonell må være flinkere til å rettlede folk. Det blir nesten som om at fastlegen gir deg en resept, men forteller deg ikke hva du skal gjøre med resepten. En skritteller kan øke motivasjonen til å gå et visst antall skritt hver dag. Jeg tror det er alt for mange som er "støttemedlemmer" på treningssentrene uten at de blir mer aktive av den grunn. Kanskje første steg for mange er å kjøpe seg joggesko, det klarer alle, sier John Tore Vik.



Gjennomføring av prosjektet

- Målsettingen er å øke det fysiske aktivitetsnivået for de som har type 2 diabetes.
- Meltagerne deles i to grupper ved loddrekning, den ene gruppen får et pedometer (skritteller) og en treningsdagbok, den andre gruppen får kun en treningsdagbok.
- For å unngå tilbakefall får hver enkelt en oppfølgingplan som inneholder både telefon/sms og poliklinisk kontakt.
- Etter fire uker blir pedometeret og treningsdagbok sjekket samt at en vurderer nye mål for aktiviteten.
- Pasientene rekrutteres fra endokrinologisk avdeling ved St. Olavs Hospital, til nå er om lag 20 trøndere med i prosjektet, men Vik håper å få med 50-60 stykker, for å få et bredere utvalg av forsøkspersoner.

dine



Trenger et spark bak

Tor Kristian Langaas fra Trondheim går og går, og hvert skritt han tar blir registrert i et pedometer (skritteller). Målet er 10 000 skritt om dagen, det er ikke alltid han når målet. Men etter at han fikk diabetes og ble med i et forsøksprosjekt er han blitt mer fysisk aktiv. Han vet at den beste måten å leve med den kroniske sykdommen er å trene samtidig med at han passer på kostholdet.

I mars i år ble han med på prosjektet til Jon Tore Vik med pedometer som et pedagogisk redskap for type 2 diabetikere. Det var legen på sykehuset som overtalte han til å bli med. I dag er han veldig glad for at han lot seg overtale – Jeg skjønner at det er mitt ansvar å holde sykdommen i sjakk, og det gjør jeg ved å øke den fysiske aktiviteten betraktelig. Siden jeg ble med på forsøket har jeg startet med å trene to ganger i uka på jobb. Skrittelleren fører også til at jeg oftere nå tar en tur ut etter at barna har lagt seg på kvelden. Har jeg ikke nådd de berømmelige skrittene den dagen pedometeret henger i beltespenna, ja da er det bare å ta fram joggeskogene for å gå en rask runde på om lag førti minutter. Jeg har bestemt meg for å leve et godt liv med diabetes, sier 35-åringen.

Motivasjon

Langaas innrømmer at en trenger et spark bark innimellom for å komme seg opp av den berømmelige godstolen. Han synes også det er flott å få en telefon eller en sms for å bli minnet om at kroppen trenger å trene.

– Til nå er vi lovt å bli fulgt opp i seks måneder, jeg håper det blir forlenget i alle fall i ett år. Jeg tror en trenger det for å komme i ordentlig gang med trening. Det har tatt en del år å la kroppen forfalle, slik at en trenger en oppmuntring ei god stund framover for å holde motivasjonen oppe. Jeg ser at skrittelleren er en slik motivasjonsfaktor, det viktigste for meg nå å få trening inn som en del av hverdagen, slår han fast.



Tor Kristian Langaas

Tilbyr redskapskasse for toppledere

Topplederemner fra helseforetakene i regionene får nå tilbud om å delta i et ledelsesutviklingsprogram, der de vil lære å omforme kunnskap til aktiv, strategisk ledelse.

– Helse- og omsorgsdepartementet har gitt en styringsgruppe i oppdrag å sette i gang nasjonale ledelsesutviklingstiltak i de regionale helseforetakene (RHF). Det finnes to nasjonale ledelsesutviklingsprogram; et nasjonalt topplerprogram for helseforetakene (HF), og et direktørforum, der direktører for HF og RHF møtes to ganger i året, forteller Heidi Stien, programsjef for tiltakene.

Oppstart av topplerprogram

Styringsgruppen har deltakere fra alle regionene, og ledes av Paul Hellandsvik, administrerende direktør i Helse Midt-Norge. En pilot i tilknytning til programmet er gjennomført, og ble avsluttet våren 2004. Med utgangspunkt i erfaringene fra pilotarbeidet, startes det opp et permanent topplerprogram i løpet av

2005, og første kull har oppstart 14. november i år.

– Utgangspunktet for programmet finnes i sykehusreformen. Her ble det lagt til rette for lederutvikling i spesialisthelsetjenesten. Hvert helseforetak er gitt større myndighet, og det stiller større krav til ledelse, sier Stien.

Hun påpeker at behovet for økt ledelseskompetanse i sykehus er anerkjent, og at programmet er en overbygning for å skape felles grunnlag for ledelse i sykehus. Det er særlig viktig å ta utgangspunkt i et felles verdigrunnlag i helse-tjenesten, og å utvikle et felles sett holdninger, ferdigheter og kunnskap hos lederne i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskap og lederfokus

– Det er viktig å se linjen fra Stortinget helt ut til det lokale foretaket. Helseforetakets plass i forhold til øvrige omgivelser som pasientgrupper, politikere og andre aktører utenfor sykehusene er også et sentralt perspektiv. Disse påvirker rammebetingelsene sykehusene jobber innenfor, påpeker Heidi Stien.

Programmet for utvikling av toppler har et blandet fokus; både kunnskapsformidling og personlig lederfokus. En fagplan for programmet er under utarbeidelse, og i øyeblikket rekrutteres det til første kull. Seks personer fra hver region skal i løpet av til sammen 11 uker veksle mellom hjemmearbeid og felles



Heidi Stien, programsjef for ledelsesutviklingen.

samlinger i Oslo. Deltakerne har permisjon fra stillingene sine i denne perioden. Fra 2006 vil programmet gjennomføres to ganger årlig.

– De som deltar er kunnskapsrike mennesker, som skal lære å omforme kunnskapen til aktiv ledelse. Dette vil vi jobbe mye med i programmet, understreker Heidi Stien. Hun forteller at deltakerne vil bli presentert for et knippe metoder og modeller og ulike former for lederskap.

– Vi tilbyr en redskapskasse for toppledere, med hovedblikk på strategisk ledelse, sier programsjefen.



Gerd Vandeskog, prosjektdirektør i Eieravdelingen.

Oppfølging fra departementet

– Vi har store forventninger til ledelsesutviklingstiltakene, og vil følge det nøye, både gjennom deltakelse i styringsgruppa, godkjenning av planene, og rapporter fra både programmet og de regionale helseforetakene, sier Gerd Vandeskog, prosjektdirektør i Eieravdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet.

Vandeskog tilføyer at bakgrunnen for tiltakene er at god ledelse er en forutsetning for at helseforetakene kan drives på en måte som både gir en optimal utnyttelse av de ressursene som er til rådighet og skaper gode arbeidsplasser for de ansatte. Hun understreker også at de kjerneverdier som er utviklet gjennom pilotprogrammet for ledelsesutvikling i helseforetakene i 2003-2004, må implementeres i hele organisasjonen.

Kjerneverdier for programmet

“Spesialisthelsetjenesten skal i sin atferd være preget av kvalitet i prosess og resultat, trygghet for tilgjengelighet og omsorg og respekt i møte med pasienten.”

Virksomhetsportal lanseres i høst

I løpet av høsten vil alle enheter i Helse Midt-Norge bli knyttet sammen gjennom en felles virksomhetsportal. Prosjektet skal gjøre det enklere å få tilgang til IT-verktøy og vil gjøre det mulig å dele informasjon mellom helseforetak og enheter i regionen.

Det pågår en rekke prosjekter for å effektivisere administrative rutiner i helseforetakene. Samtidig er vi i ferd med å ta i bruk et nytt styringssystem som vil gi oppdatert informasjon om aktivitet og utvikling ned på avdelingsnivå. Det er under planlegging en egen personalweb og det arbeides bl.a. med å gjøre beredskapsplaner og annen viktig informasjon tilgjengelig gjennom virksomhetsportalen. En egen prosjekt-web basert på Sharepoint Portal Server, vil gi helt nye muligheter å samarbeide på. Virksomhetsportalen skal gjøre det enkelt å finne fram til og dele informa-

sjon. Den vil i første omgang ta opp i seg lokale intranett og internett og samtidig sikre tilgang til administrative systemer. Det arbeides med løsninger for "single-sign-on", noe som innebærer at den enkelt ansatte ikke skal ha behov for å logge seg på med passord og brukernavn mer enn en gang. Og det gjør du når du slår på datamaskinen og logger deg på – en gang for alle.

– Virksomhetsportalen åpner mange nye muligheter for oss. Gjennom bruk av felles servere, web-hotell og helsenettet kan vi mer effektivt kommunisere med hverandre og samarbeidspartnere

som er knyttet til helsenettet. Vi må ta dette i bruk skritt for skritt og vi vil ganske sikkert lære oss nye og smartere



Prosjektleder Tor Harald Haukås



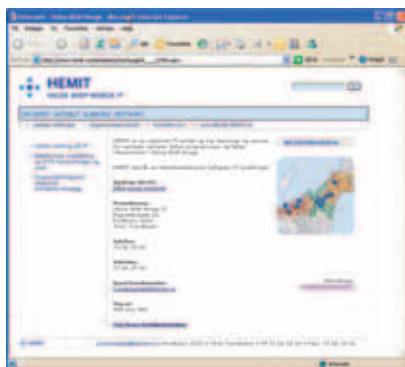


måter å løse våre oppgaver på etter hvert. Fordi vi nå får felles verktøy har vi også mulighet til å lære av hverandre og bygge opp felles kompetanse, sier prosjektleder Tor Harald Haukås. Han er kommunikasjonsrådgiver i Helse Midt-Norge RHF.

Sammen med virksomhetsportalen får foretaksgruppen felles verktøy for internett og intranett. I løpet av mai og juni har Helse Midt-Norge, Sykehusapotekene i Midt-Norge, Rusbehandling Midt-Norge, Hemit og Helse Nord-Trøndelag tatt i bruk Episerver for å publisere nyheter og annen informasjon på internett.

I løpet av 2005 planlegger også St. Olavs Hospital, Helsebygg Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal å ta i bruk den nye løsningen. Helse Sunnmøre har foreløpig ikke tatt stilling til tidspunkt for å ta i bruk Episerver.

Episerver vil bli brukt både for å publisere på internett og intranett.



Betydelig styrket tilbud for rusavhengige i Midt-Norge: Nå behandler vi dobbelt så mange

Siden årsskiftet i fjor har rusavhengige i Midt-Norge kommet under tverrfaglig, spesialisert behandling. Nå ser vi at omleggingen har gitt hjelp til dobbelt så mange som før.

– Vi er meget fornøyd med at vi i dag kan gi hjelp til flere rusmiddelavhengige som ønsker å få behandling, sier administrerende direktør Dag Hårstad i Rusbehandling Midt-Norge HF.

Som eneste helseregion har Midt-Norge etablert et eget helseforetak for rusbehandling. Dette ble gjort bl.a. for å synliggjøre brukerne og behandlingen bedre, og det kan vi nå slå fast at vi har lyktes godt med, mener Hårstad.

I tillegg til institusjonsbehandling, gis et betydelig antall mennesker poliklinisk behandling innenfor psykisk helsevern. Et eget senter for LAR (Legemiddel Assistert Rehabilitering) i Rusbehandling Midt-Norge har nå 185 brukere i behandling med Metadon og Subutex. Ventetiden for LAR er kraftig redusert. Til sammen utgjør dette et helhetlig og godt regionalt tilbud.

Rusmiddelavhengige har nå fått de samme rettigheter som andre pasientgrupper. Dette innebærer bl.a. retten til: Vurdering av egnet behandling, individuell frist, fritt sykehusvalg, medvirkning, god informasjon og rett til å klage. Som i annen behandling er samhandling mellom kommunens primære tjenester og de regionale, spesialiserte behandlingstjenestene viktig for et godt behandlingsresultat. I tillegg vil a-etat, trygdekantor, barnevern, fengselsvesen, frivillige organisasjoner og andre kunne ha en viktig rolle

Den økte satsningen fra Midt-Norge HF innebærer at videre økning i tilbudet, kvalitetsforbedrende tiltak, opplæring av pårørende, forskning og bedre samhandling også er under utvikling.



B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg
for din helse”