

HELSE

02/2006 – Årgang 5 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

**På turné langs bedringens vei
Bli med til Rehabiliterings-
sentrene**

side 13

**Fokus på demens:
Kommunikasjon gjennom
handling**

side 20–21

Kolbjørn Almlid staker ut kursen

side 10–11





Ordet er virksomhetsportal – og nå finner du den opp på en PC nær deg!

I vinter har du som er ansatt i et av våre helseforetak, fått tilgang til det som skal bli en felles virksomhetsportal for ledere og ansatte i helseforetakene i Helse Midt-Norge.

I løpet av 2006 vil flere lokale intranett bli integrert i løsningen og en felles personalweb er like rundt hjørnet. Vi får bedre mulighet til å samhandle og utveksle informasjon – og det skal bli lettere å finne fram. Flere regionale nettverksgrupper har allerede fått tilgang til egne, skreddersydde arbeidsområder og en prosjektweb er også under oppbygging.

Virksomhetsportalen vil bli det første du møter når du slår på datamaskinen på jobb. Når du logger deg på vil du få tilgang til nye felles innholdstjenester og ”Min Side” som kan skreddersys den enkeltes behov. Du skal slippe å forholde deg til mer enn ett passord når vi etter hvert tar i bruk ”single sign-on”. Det handler om sikker identifikasjon av deg som bruker og enkel tilgang til de datasystemer du har rettigheter til å bruke.

I første fase er virksomhetsportalen avgrenset til administrative funksjoner, men med tida skal du også kunne navigere til IT-systemer som håndterer pasientinformasjon. Det pågår mye spennende utviklingsarbeid for å ta i bruk nye og effektive IT-hjelpemidler på mange steder i regionen. Derfor vil virksomhetsportalen utvikle seg over tid, og den blir en viktig del av vår hverdag i tida som kommer.

Virksomhetsportalen betyr at de lokale intranettene endrer karakter. De kommer ikke bare til å bli et sted man publiserer nyheter og legger ut informasjon på web-sider.

Gjennom virksomhetsportalen vil du også bl.a. få tilgang til

- saksarkiv
- kvalitetssystem (EQS)
- styringssystem
- reiseadministrasjon
- kalender med oversikt aktiviteter lokalt og andre steder i regionen
- arbeidssted for prosjektarbeid
- informasjonsdeling på tvers av helseforetak og avdelinger
- oppslagsverk

Innholdet i virksomhetsportalen vil bli utviklet over tid. Integrasjon av lokale intranett og utvikling av intranett for enheter som ikke har hatt dette før, vil skje utover i 2006. En del av IT-verktøyene er et resultat av arbeidet med å effektivisere administrasjonen av helseforetakene. En del verktøy skal gi støtte i arbeidet med å lede helseforetakene slik at vi når de mål vi har satt oss – og de skal hjelpe oss til å sikre kvalitet i de tjenester vi leverer.

Virksomhetsportalen er et virkemiddel for å samordne IT-investeringer og utvikling av IT-systemer. At en hel helseregion knyttes sammen på denne måten, er unikt og erfaringene våre vil være av interesse for resten av landet.

Hilsen



Tor Harald Haukås
prosjektleder

● L E D E R : ● ● ● ● ● ● ●

Økonomi og kvalitet i fokus



Paul Hellandsvik
adm. dir.

Situasjonen er utfordrende, men definitivt ikke ny. Behovet for omstilling og innsparringstiltak innen helsesektoren kom ikke med kravet om å drive i økonomisk balanse i 2006. Ny medisinsk teknologi og ny kunnskap om behandling av sykdommer og krav om at dette tas i bruk, har hele tiden krevd nytenking og vil fortsatt kreve at vi er tilpasningsdyktige.

Samtidig er det slik at befolkningens krav og forventninger til oss har økt, og det har ført til en kraftig vekst i budsjettene. Antallet kroner vi bruker på helse er fordoblet over relativt få år. Norge er i dag det land i verden som bruker flest offentlige kroner på helseoppgaver. Nå har det også vært en kraftig vekst i helsebudsjettene i andre land, men norsk økonomi smøres av store oljeinntekter og gir oss derfor andre utfordringer i forhold til styring og prioritering.

I løpet av de fire første årene av helse-reformen har vi gjort et løft når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet i Helse Midt-Norge. Vi har hatt pasientens ve og vel i fokus, og vi har klart å gjøre landets lengste ventelister til de korteste. Det er kanskje ikke pengene som i første rekke har stått i fokus, men gjennom de prosessene vi har gjennomført, er det skapt grunnlag for å bygge en strategi for framtida. Her skal vi ha fokus på kvalitet, organisering og ikke minst økonomi.

I vår region er det arbeidet målrettet for å etablere felles kultur og ansvarliggjøre ledere. Det har vi gjort fordi økonomistyring ikke handler om skippertak. Dette er et viktig fundament i forhold til de oppgavene vi står foran. Utfordringsbildet er noe ulikt i helseforetakene. Flere av dem er i ferd med å innfri styringsmålene på økonomi. Helse Nord-Trøndelag melder om overskudd ved utgangen av februar og Helse Nordmøre og Romsdal følger etter. Størst utfordring har storebror, St. Olavs Hospital. Tiltakslista er lang, og kravene om innsparinger kan oppleves belas-

tende og gi grunnlag for utrygghet hos den enkelte ansatte. Det må vi ha forståelse for.

Men mediebildet som forteller oss om krisetilstander, er likevel alt for lite nyanisert. Alle som har fulgt forberedelsene til og utviklingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim, har visst om at vi ville få en krevende situasjon når det skal være parallell drift i nye og gamle bygg. Det er dette vi erfarer nå. Likevel har sykehuset maktet å behandle pasienter i et omfang – og på et nivå, som er det høyeste i sykehusets historie. Dette står det respekt av.

Nå er jobb nummer en å få orden på økonomien, og det er en oppgave jeg opplever at både ledere og ansatte har tatt fatt i ved alle helseforetakene. Dette er en særdeles krevende øvelse. Det gjelder ikke bare for St. Olavs Hospital, men i kraft av sin størrelse har det som skjer her også stor betydning for hvilke økonomiske muskler hele regionen vil ha til å møte uløste, prioriterte oppgaver framover. Derfor er det naturlig at omstillingsarbeidet ved St. Olavs Hospital også følges med interesse fra de andre helseforetakene.

Lykkes vi med dette, kan vi også skape oss handlingsrom for å gå løs på andre prioriterte oppgaver som nytt sykehus i Molde, psykiatrisenter i tilknytning til universitetssykehuset i Trondheim og ny barneavdeling i Ålesund for å nevne noe.

Innsparingstiltak vil alltid gjøres så skånsomme som mulig for å skjerme pasientene våre, men det blir meningsløst å hevde at de innsparingskravene vi står overfor ikke vil ramme noen. Å drive sykehus og annen spesialisthelsetjeneste innenfor de økonomiske rammene vi har, handler om å ta ansvar og få på plass et langsiktig fundament for virksomheten vår. Det er nødvendig for å kunne utvikle kvalitet og et godt tjenestetilbud for pasienten. Økonomien er ikke et mål, men et virkemiddel.

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 Lade AS • Opplag: 16.000.

Er effektivitet god omsorg?

Daglig skjer det over 300 innleggelser og et tilsvarende antall utskrivninger på sykehus og institusjoner i Helse Midt-Norge. I tillegg utføres det over 2000 polikliniske konsultasjoner i snitt hver dag. Det betyr tusenvis av møtepunkter mellom pasient/pårørende og helsearbeidere i Helse Midt-Norge.

På bakgrunn av initiativ fra brukerne rettes nå oppmerksomheten mot kommunikasjon, rutiner, kultur og pasientforløp. Et eget prosjekt er under utforming der målet er bedre pasientopplevd kvalitet gjennom å forbedre innkallingen, mottaket og utskrivningen av pasienter. "Det er mye god omsorg i effektivitet", er undertittelen for prosjektet.

Deltagerne i debatten er:

- ▶ Sigmund Eidem, tillitsvalgt ved St. Olavs Hospital
- ▶ Frode Samdal, overlege ved klinikk Stokkan i Trondheim
- ▶ Astrid Mollan, pasientombud i Møre og Romsdal
- ▶ Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo



"Vi MÅ få slutt på at pasienter møter kl 09.00 om morgenen og får hjelp først utpå ettermiddagen, eller i verste fall et par dager senere."
Sigmund Eidem, tillitsvalgt ved St. Olavs Hospital



Hvordan kan krav om kvalitet og effektivitet kombineres slik at pasienten opplever å bli godt ivaretatt?

Sigmund Eidem

Det er helt klare sammenhenger mellom kvalitet og effektivitet, og spesielt hvis vi ser det fra pasientens synspunkt. Helsevesenet må bli langt flinkere til å se hele pasientforløpet med "pasientens øyne". Per i dag er det alt for mye tid som går tapt sett fra pasientenes synspunkt. Den eneste løsningen her er bedre planlegging av pasientforløp internt i sykehuset. Jeg er sikker på at ingen av oss ville være fornøyd med at bilen vår blir reparert tre dager etter avtalt time.

Frode Samdal

Effektivitet og kvalitet er for meg synonyme begreper. Det er ineffektivitet, rot og sommel som senker kvaliteten på tjenestene innen både helsevesenet og andre sektorer. Offentlig helsevesen har med sitt helsemonopol alt for lenge kunne drive ineffektivt og begrunne sine lange ventelister med manglende bevilgninger. Etter helsereformen har private sykehus vist at de bl.a. kan utføre mange ortopediske inngrep til halv pris av hva de samme inngrepene koster på et offentlig sykehus. Og våre undersøkelser viser entydig at pasientene er minst like fornøyd.





”Når kostnadseffektivitet gjøres til målet i stedet for middelet på veien til en kvalitativt bedre helsetjeneste, raseres symbolet om helsetjenesten som et barmhjertighetsorientert og omsorgsrettet foretagende.”

Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo



Astrid Mollan

Det er ingen motsetning mellom kvalitet og effektivitet. Kvalitet sier noe om hvor god en tjeneste eller et produkt er. Effektivitet kan noe forenklet formuleres som god ressursutnyttelse for å nå et gitt mål. Både kvalitet og effektivitet blir likestilte faktorer for å fremme god pasientbehandling. For å oppnå at pasienten opplever god helsehjelp er det viktig at alle rutiner i forhold til innkalning, transport, mottakelse og vurdering/behandling fungerer. I tillegg blir det stadig viktigere at pasientene blir behandlet med respekt og tatt på alvor i alle ledd av pasientbehandlingen. Dette gjelder allerede fra første møte med helsevesenet ved for eksempel bestilling av transport fra kjørekontor, hvordan de blir mottatt på behandlingsstedet og ikke minst under selve behandlingen.

Jan Helge Solbakk

Dagens offentlige helsetjeneste, inkludert driften av våre sykehus, lider under et alvorlig språkproblem: På den ene side forsøker man å holde i hevd gamle og gode idealer som barmhjertighet og omsorg, derav navnet 'helsetjeneste'. Samtidig har den økonomistiske og markedsorienterte tenkingen dreid språkbruken i en retning som fortøner seg stadig mer fremmedgjørende for hjelpetrengende pasienter. Helsetoppene skjønner nok hva som menes når det snakkes om ”effektivitet” og ”produksjon” og ventelister omtales som ”ordrerreserve”, men det er tvilsomt om denne språkbruken gir pasienter følelsen av å bli sett og ivaretatt på annet vis enn hvilken som helst vare. Når kostnadseffektivitet gjøres til målet i stedet for middelet på veien til en kvalitativt bedre helsetjeneste, raseres symbolet om helsetjenesten som et barmhjertighetsorientert og omsorgsrettet foretagende. Og det uansett om kvaliteten objektivt sett øker med en slik økonomistisk innrettet bedriftstenkning.



”Vi får høre ganske ofte at pasienten ikke er blitt hørt på og føler at han/hun ikke er blitt tatt på alvor av helsepersonellet.”

Astrid Mollan, pasientombud i Møre og Romsdal

Er dagens organisering og ansvarsdeling mellom profesjoner innen det offentlige helsevesenet egnet til å gi god pasientopplevd kvalitet?

Sigmund Eidem

Vi må bli flinkere til å tenke helhet i pasientforløpet. Slik det er i dag blir pasientene ofte sendt mellom ulike profesjoner i en diagnoseprosess som i alle fall for pasienten, kan se usammenhengende ut. Vi bør også inkludere primærlegen i starten og rehabilitering i slutten av pasientforløpet for å bedre opplevelsen til pasienten. At dette dreier seg om tre nivå (primærlegen – sykehuset – sykehjem/rehabilitering) gjør jo ikke utfordringen mindre. En del av dette bildet er at ferdigbehandlede pasienter ofte blir liggende å ta opp plass på sykehusene. Det er uverdig for de det gjelder.

Frode Samdal

Det varierer nok mye fra sykehus til sykehus, men det har de siste årene dessverre vært alt for mange eksempler på at profesjonsstrid og fagforeningspolitikk har gått på bekostning av både effektivitet og pasientbehandling. Min erfaring er at små enheter fungerer best når det gjelder å samarbeide om de ulike arbeidsoppgavene. Ved Klinikk Stokkan har for eksempel narkoselegen ansvaret for å bære ned søppelsekkene ved dagens slutt, og ortopedene får ta sin tøm med å hjelpe til å løfte tunge pasienter.

Astrid Mollan

De aller fleste pasienter opplever å bli ivaretatt på en god måte i helsevesenet. Pasienter med sammensatte og kompliserte lidelser derimot føler seg ofte som en kasteball mellom ulike nivå og behandlingsenheter. Organiseringen av behandlingsapparatet ivaretar ikke

denne gruppen på en god nok måte. Kommunikasjon og samarbeid mellom behandlingsenhetene er langt fra optimal, noe som igjen går ut over pasienten.

Jan Helge Solbakk

Svaret på dette spørsmålet er innvevd i mitt neste svar.

Hva er den største utfordringen, slik du ser det, for å skape god og effektiv pasientkommunikasjon i dagens spesialisthelsetjeneste?

Sigmund Eidem

Vi har både kort og lang venting i pasientbehandlingen. Den korte er like uverdig som den lange. Vi MÅ få slutt på at pasienter møter kl. 09.00 om morgenen og får hjelp først utpå ettermiddagen, eller i verste fall et par dager senere. Utfordringen her er at det må en kulturendring til. Det er blitt betydelig bedre enn for få år siden, men det kan fremdeles bli langt bedre. Vi er nok langt flinkere og raskere til å endre på, og ta i bruk ny teknologi, enn vi er til å endre på holdninger til pasientene. Vi har nok en lang vei å gå før pasienten vil oppleve oss som ”service-minded”.

Frode Samdal

Den største utfordringen slik jeg ser det er å realisere intensjonen om en pasientansvarlig lege. På små enheter som ved vår klinikk blir pasientene rutinemessig undersøkt, operert, utskrevet og kontrollert av en og samme kirurg. På store sykehus er dette vanskeligere å organisere, men jeg er likevel overbevist om at det her ligger et stort forbedringspotensial. Når det gjelder kirurgiske epikriser bør disse skrives samme dag som pasienten utskrives. Vi har dette som rutine ved Klinikk Stokkan og jeg

har også jobbet ved et stort offentlig svensk sykehus hvor dette var praksis. Det er kun et spørsmål om kultur og organisering.

For å kunne bedre kommunikasjonen ytterligere er rutinemessig bruk av elektroniske henvisninger og epikriser mellom oss, primærhelsetjenesten og St. Olavs Hospital nødvendig. Vi har det siste året lagt ned store ressurser på å få dette til å fungere. Dessverre er vi ikke spesielt imponert over hjelpen vi har fått fra Norsk Helsenet i Midt-Norge så langt, men vi tillater oss å håpe på at dette vil bedre seg framover.

Astrid Mollan

Pasientene forventer høy faglighet og effektivitet, forutsigbarhet, respekt og imøtekommenhet i møtet med helse-tjenesten. Den største utfordringen blir å få til en holdningsendring hos helsepersonell mht. viktigheten av god kommunikasjon. Vi får høre ganske ofte at pasienten ikke er blitt hørt på og føler at han/hun ikke er blitt tatt på alvor av helsepersonellet. Servicebegrepet må bli et allment begrep innen helsesektoren. Helsepersonell har krav om å yte for-svarlig helsehjelp, men god kommunikasjon blir det ikke fokusert nok på. Sykehusene som har best kvalitet og service vil bli foretrukket i fremtiden.

Jan Helge Solbakk

Ansvarsfragmentering må erstattes med forutsigbarhet og kontinuitet. Alt for mange pasienters tilbakemeldinger etter innleggelse i sykehus handler om opplevelsen av å bli sendt fra ekspert til ekspert i systemet. De får ingen følelse av at det er noen i systemet som utover et helhetsansvar overfor dem, og må på nytt og på nytt legge ut om sine plager.

”Etter helsereformen har private sykehus vist at de bl.a. kan utføre mange ortopediske inngrep til halv pris av hva de samme inngrepene koster på et offentlig sykehus.”

Frode Samdal, overlege ved klinikk Stokkan i Trondheim





Gerd Ristesund

Individuell plan i praksis:

– Endelig en behandling som ikke går på helsa løs

– Individuell plan har vært en skikkelig oppvåkning for meg. Selv holdt jeg på å gi opp – og jeg anser meg selv som rimelig sterk, men andre som kommer opp i lignende situasjoner er kanskje ikke like godt stilt. Det sier Gerd Ristesund fra Ørsta som nå håper at helsevesenet kan bli flinkere til å informere om individuell plan.

Behandlingen gjorde henne syk

I en lang periode var Gerd Ristesund fra Ørsta plaget av muskelpager. Hun hadde store smerter og var tidvis senge-liggende, men ingen klarte helt å finne ut hva det var. Etter å ha vært kasteball mellom flere helseinstanser begynte det å gå på nervene. Jobben med å holde kontakt med alle spesialister og leger, kombinert med frustrasjonen over at ingen klarte å stille en klar diagnose, førte til at Gerd fikk en psykisk knekk. For henne betydde det i praksis nok en instans å forholde seg til – psykiatrien. Problemene tårnet seg opp.

Familien rammes

– I en slik situasjon er det ikke bare jeg som pasient som blir rammet. Familien blir også med i dragsuget, sier Gerd. – Min mann går på attføring og slik som sykdommen min har utviklet seg har vi blitt mer og mer isolerte. Barna våre følte også et ansvar for å passe på meg, men ingen følte at de fikk utrettet noe. Situasjonen gikk utover økonomien, og vi satt til slutt med en betydelig gjeld. Alt dette førte selvfølgelig til at alle ble oppgitte. Selv satt jeg igjen med en stor skyldfølelse for å ha brakt familien opp i dette uføret, fortsetter Gerd.

Individuell plan ble løsningen

Søsteren til Gerd kom etter hvert i kontakt med en kommunelege som kunne informere om individuell plan. Gerd ble satt i kontakt med en ortoped, og etter noen undersøkelser var konklusjonen at Gerd måtte opereres. – Fastlegen min reagerte med å si at det var dumt han ikke tenke på det, sier Gerd litt oppgitt. Hadde hun fått informasjon om dette tidligere kunne kanskje mange av problemene vært feid av banen før de oppsto.

Konkrete mål for behandlingen

Rett før jul i fjor fikk Gerd sin individuelle plan og en koordinator for denne. Planen har gitt Gerd konkrete mål å jobbe mot. – Jeg skal bli så smertefri som mulig, og slippe den tunge medisineren jeg nå har. I tillegg er det et mål å få familien i normalt gjenge igjen, også økonomisk. Leger, sosialkontor, psykiatrien og ortopediske spesialister skal alle være med å dra lasset sammen med Gerd.

Fornøyd med koordinatoren

– Jeg følte at mine meninger ble tatt alvorlig når planen ble utformet. Jeg fikk selvfølgelig gode råd fra helsepersonellet, men mine ønsker og prioriteringer ble hørt, fortsetter hun.

– Koordinatoren var kanskje den største lettelsen. Nå har jeg bare et punkt å forholde meg til i behandlingen. Jeg har fått en sterk koordinator og er veldig fornøyd med det. Han stiller frister og krav til leger, behandlere og andre institusjoner, og sørger for at de blir holdt, sier Gerd. Koordinator tar kontakt med hele familien minst en dag i uka, og sørger dermed for å følge opp alle fire.

Håper på bedre informasjon

– Jeg har vært oppe i en situasjon jeg ikke unner min verste fiende, sier Gerd. Om flere fikk vite om mulighetene individuell plan gir, er Gerd sikker på at færre hadde oppsøkt leger og sykehus unødvendig, og pasienter kunne vært behandlet raskere, med mindre ressurser. Hennes plan har ikke bare hjulpet henne, det har hjulpet familien også.

Dette er individuell plan:

- Formålet med planen er å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten.
- Før behandling tar til skal pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder vurderes. Deretter koordineres tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.
- Skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Hvor skal vi, Almlid?

Den nye styrelederen i Helse Midt-Norge har selv sitert kaninen fra "Alice i Eventyrland":

"For den som ikke vet hvor han skal, spiller retningen ingen rolle".

Vi spurte Kolbjørn Almlid: "Hvor skal vi?"

Kolbjørn Almlid, seniorrådgiver for
Divisjon Norge i Innovasjon Norge

Foto: Geir Mogen

Det er langt fra noen eventyrverden Almlid skal være veiviser i. Men så har han da også en god porsjon ledererfaring fra den harde virkeligheten med seg inn i styrelederstolen. Han har blant annet vært fylkesordfører i Nord-Trøndelag, statssekretær, divisjonsdirektør i SND og i tillegg hatt en lang rekke tunge styreverv. I dag er han seniorrådgiver for Divisjon Norge i Innovasjon Norge.

– Når min styrelederperiode er over, vil jeg at folk skal si at vi fikk orden på økonomien. Ikke som et mål, men som et viktig middel til å skape et godt helse tilbud. Det er viktig at vi får balanse i budsjettene slik at vi kan konsentrere oss om å utvikle et godt helsetilbud, og slippe å lete etter penger hele tiden. Det gir feil fokus, fastslår Almlid.

Det er et Helse Midt-Norge i omstilling Almlid setter seg i førersetet for. Debatten – og maktkampen – pågår parallelt med at framtidens helsetilbud meisles ut. Oppgaver skal fordeles mellom sykehusene, mellom geografiske områder. Hvordan har han tenkt å håndtere de motstridende interessene?

– Det er åpenbart at alle sykehusene ikke kan ha det samme tilbudet i framtida. Den største utfordringen jeg har som styreleder er å få til god samhandling mellom profesjonene og institusjonene slik at det gagnar pasienten. Det viktigste er at vi har et likt mål for alt arbeidet som gjøres i regionen – alle må gå samme vei og alle våre gjerninger må forankres mot den felles veien.

I løpet av de neste ti årene vil vi se en endring i pasientmønsteret. Eldrebølgen vil merkes på den måten at vi får et større volum av pasienter som trenger hjelp. For å bedre kvaliteten på behandlingen til hver enkelt snakker Almlid om "det sømløse helsetilbudet".

– Det er viktig at stafettpinnen ikke ramler mellom første-, andre-, og tredjelinjen. Vi må i framtida behandle det store volumet av pasienter geografisk så nært pasienten som mulig. De spesielle lidelsene må vi ta på et høyere nivå. Derfor må vi ha et bedre samarbeid med primærhelsetjenesten, sier Almlid.

Når Almlid snakker om geografisk nærhet og funksjonsfordeling stikker han hånda inn i et vepsebol. Debatten handler ikke bare om funksjonsfordeling lokalsykehusene seg i mellom, men også mellom lokalsykehusene og Universitetssykehuset St. Olavs Hospital. Almlid utdyper:

– Mot slutten av året kommer vi til å se konturene av et pasienttilbud der det spesielle sykehus tilbudet er sentralisert, og volumtilbudet er desentralisert. Det er altså ikke bare snakk om å samle, men også om å legge ut. Et lokalsykehus skal ha de grunnleggende akutt-funksjonene, men kan ikke ha alle høy-spesialitetene. Mange pasienter er villig til å reise for å få den beste behandlingen fordi det gir den beste kvaliteten på behandlingen. Det er nettopp kvalitet pasientene legger mest vekt på og vi kan ikke kompromisse med kvalitetsbegrepet. Vi er midt inne i en høringsprosess nå, og jeg kommer til å lytte nøye til brukerorganisasjonene når det gjelder funksjonsfordelingen, lover Almlid.

Den største forskjellen fra dagens situasjon, blir at alle sykehus ikke kan drive med det samme. Almlid er overbevist om at han får aksept for denne strategien i pasientgruppene, men frykter motstand fra faggruppene. Mange kan komme til å oppleve at det de driver med i dag, kanskje ikke kan gjøres på samme sted i framtida. Er det en pågående maktkamp i Helse Midt-Norge?

– Nei, jeg opplever ingen maktkamp mellom profesjonene, men jeg opplever at vi noen ganger ikke har en sterk nok felles forståelse for hvordan vi kan etablere et godt felles helsetilbud. Nå opplever jeg at det er en stor frykt for at ressurser "støvsuges" fra lokalsykehusene og inn til St. Olavs Hospital, mens universitetssykehuset i realiteten er en ressurs som tilbyr kompetanse som både regionen og lokalsykehusene trenger. Et sterkt universitetssykehus er bra for alle tre fylkene. Det er noe hele regionen må være stolt av og se som en fordel.

Er det dette du legger i begrepet "et fornuftig St. Olavs Hospital"?

– Ja, når jeg bruker begrepet "et fornuftig St. Olavs Hospital" er det ikke knyttet til penger eller volum, men til et sykehus som leverer helsetjenester på et meget høyt nivå. Vi kommer til å få ett av Nord-Europas beste sykehus – et sykehus som må framstå som en ledestjerne for de andres sykehusene og som vi må være stolte av. St. Olavs Hospital blir et tidsriktig universitetssykehus som skal møte høye forventninger i befolkningen under utviklingen av det totale helsetilbudet. Mye av ansvaret for at St. Olavs Hospital får en slik posisjon i regionen ligger hos dem selv. Det er viktig at sykehuset ikke blir for innadvent i denne prosessen, men er oppmerksom på sin viktige rolle i helseregionen.

På driftsiden står styrelederen overfor store utfordringer. Budsjettene er ikke i balanse og St. Olavs Hospital starter driften med underskudd. Det sier seg selv at noe må gjøres fordi det er, som Almlid selv sier, ikke jakten på penger som skal være fokus i Helse Midt-Norge. Likevel tvinger begrepet effektivitet seg fram. I debatten i denne utgaven av magasinet Helse stiller vi spørsmålet "kan effektivitet være omsorg"?

– Jeg vil snu problemstillingen på hodet. For meg er det slik at hvis de ansatte sparer tid, og kostnadene er under kontroll, vil det gi bedre omsorg. Det er ingen ting som er så ille for både pasienter og ansatte som irrasjonelle og tungvinte løsninger.

Så tilbake til der vi startet: "Hvor skal vi, Almlid?"

– Vi skal bygge og utvikle et helsetilbud i Midt-Norge som er i klasse med det beste i Norge slik at de 640 000 som bor her skal føle seg trygge på at vi tar vare på dem. Hele vår eksistens er knyttet til at vi lager et godt helsetilbud til de som kan bli våre pasienter, avslutter Almlid.

Kolbjørn Almlid

Utdannelse fra Bodø Lærerskole og NTNU (daværende UNIT)
Yrkesbakgrunn
Undervisningsstilling i 20 år
Undervisningsinspektør 2 år
Skolesjef fom. 1989–1995
Ass. rådmann fom. 1995–1996 (tiltrådte ikke)
Direktør SND Nord-Trøndelag, 1996–1998
Divisjonsdirektør SND Innovasjon Norge fra 1998–2005
Jobber i dag som seniorrådgiver i Innovasjon Norge
Politisk løpebane
– 12 år i kommunestyre
– 8 år i formannskap
– 6 år leder i Senterpartiet i Nord-Trøndelag
– 6 år i Senterpartiets landsstyre
– 2 år som 1. nestleder i Senterpartiet
– Statssekretær i olje- og energidepartementet i regjeringen Syse
– 8 år i fylkesutvalget for Nord-Trøndelag fylkeskommune
– 14 år i Nord-Trøndelag fylkesting
– Ledet arbeidet med Stortingsvalgprogrammet for Sp i 1993–1997
– Gruppeleder i KS – landsting 8 år
– Fylkesordfører i Nord-Trøndelag 1992–1995
– Gruppeleder i Senterpartiet i Nord-Trøndelag oktober 1995 til mai 1996

Verv
Har og har hatt en rekke verv som styremedlem eller styreleder, blant annet i NTE, Helse Midt-Norge, MidGas og Kredittilsynet

Behov for relasjonskompetanse

Helsesektoren har tradisjonelt vore opptatt av forskning og utvikling kring den medisinske sida i behandlinga av somatiske og psykiske sjukdomar. Høgskolen i Molde er blant dei fremste i landet på kunnskap om kliniske relasjonar i høve til pasienten, grupper av pasientar og pårørande. Dei kan no i samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdal, tilby eit nytt mastergradsstudie om emnet. Endelig har også ansatte med 3-årig høgskoleutdanning opplevd ei oppgradering av utdanningstilbodet.

Relasjonskompetanse som raud tråd
Målet med studiet er å auke forskingsaktiviteten og heve kompetansen, slik at brukarane får betre tilbod.
– Mastergradsstudiet er eit av få slike studium i landet. Vi var tidleg ute med helse- og sosialfagsmaster og fekk godkjenning fordi vi valde ei nisje – kliniske hjelperelasjonar – der møtet mellom helsepersonell og brukar er ein raud tråd, seier førsteamanuensis Else Lykkeslet ved høgskolen. Lykkeslet legg vekt på at det er stort behov for denne kompetansen, også utanfor helseforetaka. Mellom anna må kompetansen hevast i eldreomsorga i kommunane.

Ikkje alle skal drive med forskning
– Ettersom få tilsette i helseforetaket

med treårig helsefagutdanning har mastergradskompetanse frå før, har vi som mål å få 10 mastergradskandidatar i 2006, framhevar rådgivar i Helse Nordmøre og Romsdal, Leif Nøsen. – Vi ventar likevel ikkje at alle som tek mastergrad, skal drive med forskning. Mastergradsutdanning gir i seg sjølv viktig kompetanse for prosjekt og utviklingsoppdrag, presiserer han.

Godt samarbeid med høgskolen
Spesialisthelsetenesta er lovpålagt å drive med forskning og utvikling, og det var naturleg for oss å velje Høgskolen i



Leif Nøsen, rådgivar ved fag- og organisasjonsavdelinga i Helse Nordmøre og Romsdal. Else Lykkeslet, førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde.

Molde som samarbeidspartnar for å få til eit studium. Gjennom dette og tidlegare samarbeid ser vi at høgskolen har kompetansen som trengst, lytteevna er god, og vi har fått eit studium som er i tråd med det vi har behov for, avsluttar Nøsen.

TV-serie om Helse Sunnmøre

TV-serien er eit samarbeid mellom TVSunnmøre og Helse Sunnmøre. Programma starta 22. mars og blir sendt kvar onsdag framover.

Helse Sunnmøre på TV
TVSunnmøre har i samarbeid med Helse Sunnmøre produsert ein fjernsynsserie på 10 program. Her får sjåarane møte pasientar som ope og ærleg delar si erfaring med publikum.

TVSunnmøre har det redaksjonelle ansvaret for programserien, og Helse Sunnmøre har stilt faghjelp, personell og utstyr til disposisjon slik at innhaldet i serien er korrekt.

Fleire avdelingar i Helse Sunnmøre er med på serien, og eit av måla er å syne

publikum ein del aktivitetar som tidlegare ikkje har vore mykje framme i media. TV-sjåarane vil få eit innblikk i kvardagen til mellom anna distriktspsykiatrisk avdeling, barneavdelinga, kreftavdelinga og Mork Rehabiliteringssenter. TVSunnmøre ser det som ei unik moglegheit til å ta med seg sjåarane innanfor veggane til Sunnmøres største arbeidsplass.

Sjå TVSunnmøre onsdagar kl. 17.30, 18.30 og 23.30 eller reprise laurdag og søndag formiddag.

Grønt lys for Knausensenteret i Molde

Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til planene for utbygging av Knausensenteret i Molde.

Knausensenteret vil bestå av et DPS Molde (distriktspsykiatrisk senter) og et tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. DPS Molde planlegges med poliklinikk, akutteam, døgnerhet og dagbehandling. Tilbudet til barn og unge vil omfatte poliklinikk, akutenhet, familieenhet og skole.

Etableringen betyr at det frigjøres arealer ved Molde sjukehus og at Tingvoll psykiatriske senter, Eide psykiatriske senter, tilbudet ved Sykehotellet på Lundavang, Reknassenteret og skoletilbudet på Sagbakken flytter sammen. Noe av bygningsmassen vurderes solgt, mens annet vil bli tatt i bruk til andre formål. Tiltaket er beregnet å koste 163 millioner kroner.



Rehabilitering – første skritt mot et normalt liv

Operasjonen er fullført og vellykket. En ny hofte er på plass, og en lang periode med smerter og dårlig bevegelighet er over. Det er lett å tro at den verste perioden er over. Men ofte er det etter operasjonen at den virkelig store utfordringen kommer for pasientene.

Rehabiliteringssentrene er et av Helse Midt-Norges verktøy for å sørge for at pasientene kommer seg på beina etter operasjoner. Ofte i bokstavlig forstand. Tilbudet omfatter opptrenings- og rehabiliteringstjenester til 11 pasientgrupper. De største gruppene er pasienter med behov for opptrening og rehabilitering etter ortopediske operasjoner, ved revmatiske lidelser, ved hjerte- og karsykdommer og for pasienter med lungesykdom.

Helse Midt-Norge overtar ansvaret
Et stortingsvedtak i 2003 gjorde det klart at helseregionene skulle overta bestilling og ansvar for rehabiliteringssentrene. Overgangen har skjedd gradvis, med full virkning fra og med i år. I anskaffelsesprosessen gikk Helse Midt-Norge inn i en konkurranse med forhandlinger og har nå en avtale med 7 institusjoner i Midt-Norge. Et godt og dekkende pasienttilbud har blitt lagt til grunn, og ikke minst at rehabiliteringen kunne foregå med gode pasientforløp. I 2006 vil Helse Midt-Norge bruke 140 millioner kroner til pasienter med behov for opptrening og rehabilitering.

Fotos : Torstein Dalemark

Gi svar...

Arbeidsmiljøundersøkelsen 2006 for alle ansatte i foretaksgruppen Helse Midt-Norge gjennomføres i mai.

... bli hørt!

Rehabiliterings- sentrene i Helse Midt-Norge:

Mange av rehabiliteringssentre i Midt-Norge har en lang historie. Ofte er de lagt i landlege omgivelser for å gi pasientene ro og muligheter til å trene seg opp i et variert turterreng. Det skapes arbeidsplasser og både besøkende og pasienter legger igjen penger hos det lokale næringsliv. Startet på initiativ av lokale krefter eller enkeltpersoner, blir de noe lokalmiljøet er stolte over og samles rundt. Magasinet Helse har tatt turen rundt Midt-Norge og besøkt sentrene.



Muritunet Senter for Meistring og Rehabilitering

Muritunet er godkjent som helsesportsanlegg, og er tilrettelagt for rehabilitering av personer med sykdom og skade. De benytter nærmiljøet rundt anlegget og naturen i området som viktige bidrag i rehabiliteringsprosessen.

Tar i et tak sammen

Pasientene definerer sine mål og ønsker med oppholdet i samråd med fagpersonalet. Tiltakene blir nøye vurdert og er i samsvar med ny kunnskap innen fysisk medisin og rehabilitering. Muritunet legger vekt på individet sin vilje og ønske om å bedre egen livssituasjon. Med egeninnsats i trening og behandling får man de mest varige resultatene.

Store deler av treningen skjer i grupper som er planlagt mot ulike diagnosegrupper og funksjonsnivå. Å trene i grupper gir hver enkelt en positiv følelse av å "ta i et tak" sammen med andre.

Omgitt av natur og kultur

Muritunet ligger i Norddalsfjorden ved turistvegen mellom Geiranger og Åndalsnes. Her ligger velkjente vegparti som Trollstigen og Ørnevegen. Området har et aktivt og allsidig kulturliv, og er kjent for sine utmerkede muligheter for friluftaktiviteter både på sjø og land. Sommer som vinter.

Mer informasjon: www.muritunet.no



Selli Rehabiliteringssenter

Omgivelsene legger til rette

– Vi erfarer at både trivsel og muligheter for rehabilitering påvirkes av hvordan pasientene opplever sine omgivelser, sier daglig leder, Jostein Selli. De nyeste rommene er derfor tilrettelagt for pasienter med astma og allergi. I tillegg er også utearealene tilrettelagt med ustrakt bruk av allergivennlig beplantning.

Selli Rehabiliteringssenter har vært leverandør av helsetjenester siden 1965. Senteret er jevnlig bygget ut og restaurert i takt med økende krav til kapasitet og kvalitet. I dag kan de tilby 62 enrom. Alle tilpasset bevegelseshemmede.

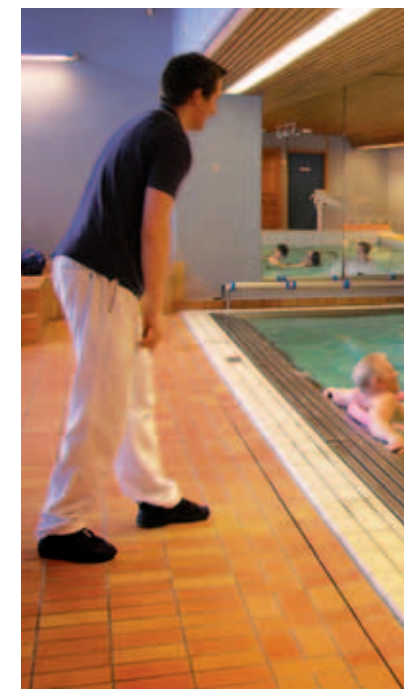
Spesialfeltene til Selli er ortopedi, skader og traumer, lungelidelser som KOLS, og herte-/karlidelser. Alle pasienter får en

individuell tilpasset behandling. Basert på funksjonsnivå setter fysioterapeut, sykepleier og pasienten selv målsettingen for oppholdet. Målet er at pasientene skal få et bedre funksjonsnivå, bedre muligheter til egenomsorg, og å hindre tilbakefall av sykdom.

Kvalitet i alle ledd

Selli Rehabiliteringssenteret satser på kvalitet i alle ledd, og som første helseinstitusjon i Norge er senteret i 1998 ISO 9001 sertifisert av Det Norske Veritas. Kvalitetspolitikken sørger for en systematisk og kontinuerlig forbedring basert på tilbakemeldinger fra pasienter, samarbeidspartnere og egne målsettinger.

Mer informasjon: www.selli.no



“Takk for god behandling. Har vært på fire flotte skiturer i Rondane. Hofta er som ny, trener og er i fin form.”
(Hofteoperert, 75 år)

”Bra treningsforhold, og gode muligheter for trening/egentrening. Bassenget er toppen!”
(Pasient)

“Oppholdet har overgått mine forventninger som i utgangspunktet var høye. Jeg har aldri vært mer motivert for å endre livsstil”
(Hjertesyk mann)



Bjørnang Rehabiliteringssenter

Samarbeid og skreddersøm

Tilbudet på Bjørnang består av et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud der brukermedvirkningen tillegges stor vekt. Alle pasienter får sin egen plan for oppholdet, der det settes en realistisk målsetning, og hvilke tiltak som skal settes i sving for å nå målet. Det legges også stor vekt på å samarbeide med primærhelsetjenesten, slik at hjemmesituasjonen blir best mulig for den enkelte pasient etter rehabiliteringsoppholdet.

Bjørnang spesialiserer seg på rehabilitering av ortopediske pasienter, revmatiske lidelser, kronisk smerte- og utmattelses-tilstander, og hjerte-/karlidelser. Senteret har et stort treningssenter og et varmtvannsbasseng. Ute finnes en stor park med asfalterte gangstier, og det

legges også til rette for turer i miljøet rundt. Bjørnang har samarbeid med kulturformidlere i kommunen.

35 år med historie

Senteret ble grunnlagt i 1973 som Bjørnang Rekonvalesenthjem av Gerda og Johan Melby. Johan var allmennlege i Skogn i til sammen 45 år. Fra å være et rekonvalesenthjem på 70- og 80-tallet, har Bjørnang i dag blitt et moderne rehabiliteringssenter hvor fokus er på utvikling av fagtilbudet. Bygningsmassen har blitt restaurert regelmessig og det foreligger nå konkrete planer om en ny treningsavdeling og nytt basseng.

“Har hatt et utrolig fint opphold. På ny vei til et bedre og triveligere liv”
(Lungesyk dame)

Mer informasjon: www.helserehab.no/institusjoner/bjornang/fasiliteter.htm



Meråker Sanitetsforening kurbad

Lærer å mestere hverdagen

Gjennom individuell behandling med fysioterapi, ergoterapi og logopedbehandling ved behov, gir Meråker kurbad trening i mestring av dagliglivets aktiviteter. Kurbadet har en rekke gruppetilbud: bassenggrupper for rygg- og hofetrening, stoltrim, stavgang og trim- og avspenningsgruppe. Meråker har i tillegg en rekke kurs og informasjonsgrupper for pasienter med spesifikke lidelser, bla. for hofte, hjerte, rygg, slag og revmatikere. For Meråker kurbad er det viktig å kunne tilby andre aktiviteter og opplevelser utover behandlingen som gir oppholdet et utvidet innhold. Kurbadet har spesialisert seg på rehabilitering



av pasienter med ortopediske inngrep, revmatiske lidelser, hjerte- karsykdommer, hjerneslag, kronisk smerte og utmattelse og somatiske pasienter med tillegglidelse rus/psykiatri.

Sprek 80-åring

Meråker sanitetsforening har lang tradisjon på institusjonsdrift. I 1924 ble den første institusjonen bygget – som et tuberkulosehjem. Tuberkulosehjemmet ble senere omgjort, først til sykehjem, og i 1953 til Solfeng Rekreasjonshjem. I tyve år var dette det eneste i sitt slag nord for Dovre. I 1979 ble et nytt bygg oppført: Meråker sanitetsforenings kurbad med stort basseng og 54 plasser. Kurbadet ligger midt i Trøndelag, ca. 45 km fra Stjørdal sentrum.

Mer informasjon: www.meraker-kurbad.no



Meråker Sanitetsforening kurbad



Kastvollen Rehabiliteringssenter

Aktiviteter både ute og inn

Kastvollen ser en utfordring i å kunne tilby et opphold med høy trivselsfaktor og faglig kvalitet. Det legges vekt på å tilby aktiviteter både inne og utendørs. Av uteaktiviteter ligger forholdene til rette for natursti på oppmerkede stier og trening med fysioterapeut. Senteret har også en egen ridebane med rampe som er tilrettelagt for rullestolbrukere, der de tilbyr terapiridning.

I samarbeid med bruker tilrettelegges for et behandlingstilbud som skal gi optimalt utbytte av oppholdet hos oss. Tilbudet omfatter individuell behandling, behandling i diagnosegrupper eller fellesgrupper, ADL (aktiviteter i dagliglivet) testing og vurdering, trening og

tilpasning av tekniske hjelpemidler og rehabiliterende pleie.

På Kastvollen gis det rehabilitering til pasienter med generell kronisk nevrologi, ortopediske operasjoner, hjerte/karsykdommer, lunge- og luftveissykdommer og kronisk smerte/utmattelse.

Variert landskap for variert behandling

Kastvollen Rehabiliteringssenter ligger i naturskjønne omgivelser i Inderøy kommune i Nord – Trøndelag, ca. 12 kilometer sør for Steinkjer. Eiendommen varierer fra plenområde, beplantede og viltvoksende områder til svaberg, knauser og berg. Utearealene er tilrettelagt for bevegelseshemmede. Det er mulig å ta kano- og båtturer på fjorden, samt fiske fra land eller båt.

Mer informasjon: www.helserehab.no/institusjoner/kastvollen/

“Smilende ansikter og gode hender ønsket meg velkommen”
(Pasient)



Kristian Midthjell



Reidun Mangrud

HUNT 3 på trappene

IKS Namdal Rehabilitering

Med humor som redskap

Rehabilitering ved Namdal Rehabilitering skal skje etter Høylands-modellen. Dette innebærer å bruke kultur og humor som redskaper for å lære brukeren å mestre sin nye situasjon. Modellen jakter på ressurser og setter innsats inn for å bygge sterke sider. Brukeren skal lære seg å ta nye sjanser, og i løpet av oppholdet få kjennskap til andre sterke sider ved seg sjøl.

På Høylandet har de tilbud til pasienter som har vært gjennom ortopediske operasjoner, reumatikere, pasienter med hjerneskade etter sykdom eller skade, lungesyke, slagpasienter, kronisk syke

Mer informasjon: www.namdal-rehabilitering.hoylandet.no



med betydelige hjelpebehov, og pasienter med livsstilsykdommer. Trening ved Namdal Rehabilitering går på fysisk, psykisk og sosial trening.

Nyåpnet i år

Namdal Rehabilitering på Høylandet ble åpnet i februar i år. Namdal rehabilitering – Høylandet eies av 15 kommuner. I en tid som preges av ekstremt anstrengt kommuneøkonomi er det gledelig at så mange kommuner har gått sammen om et felles løft for å bygge et rehabiliteringssenter. Senteret har 26 senger, og av disse inngår 10 i avtalen med Helse Midt-Norge.

Røros Rehabiliteringssenter

Ansvar for egen rehabilitering

Målsettingen for Røros Rehabiliteringssenter er å være et fremtidsrettet senter som satser på å hente frem deltakernes egne ressurser og ansvarliggjøre dem i deres egen rehabiliteringsprosess. Senterets overordnede visjon er mestring og livskvalitet. Det er fokus på deltakernes totale livssituasjon og deres individuelle mål og ønsker for fremtiden. Det drives både fysisk aktivitet, undervisning og gruppesamtaler.

Forskning på overvektige

Røros Rehabiliteringssenter har i tillegg til avtalen om rehabiliteringstjenester en FOU-avtale med HMN og St. Olavs Hospital for sykkelig overvektige. Hver deltaker skal følges opp i inntil fem år. Det legges stor vekt på oppfølging når de kommer hjem igjen; både på telefon og kontakt med kompetansepersoner i hjemkommunen. Hovedfokus for denne gruppen blir livsstilsendring med vekt på ernæring – både i teori og praksis – samt fysisk aktivitet.

Tilbudet på Røros omfatter pasienter med hjertesykke, lungesyke, kroniske smerter og ortopediske operasjoner. I tillegg tilbys også kurs, konferanser og overnatting for andre.

Røros Rehabiliteringssenter er et nytt rehabiliteringssenter fra 2003 eiet av LHL og Røros kommune. Senteret har 80 plasser hvorav 31 inngår i avtalen med Helse Midt-Norge.

Mer informasjon: www.lhl.no/roros



Røros Rehabiliteringssenter

To helseundersøkelser har blitt gjennomført i Nord-Trøndelag – HUNT 1 og 2 – og en tredje er nå på vei. Resultatet har blitt en unik databank med opplysninger om nordtrøndernes helse gjennom en hel generasjon. Men undersøkelsene har også brakt med seg andre resultater som er like viktige.

– HUNT er et viktig grunnlag for medisinsk forskning i Nord-Trøndelag. HUNT forskningssenter ligger i Verdal og HUNT biobank i Levanger, noe som styrker fagmiljøet i fylket. Vi har sett at det har blitt lettere å rekruttere ansatte til helsevesenet i Nord-Trøndelag, og dette tror vi er en konsekvens av dette, sier informasjonsleder ved HUNT, Reidun Mangrud. – Forskningssentret og biobanken representerer arbeidsplasser innefor akademiske og høykompetanseyrker som tradisjonelt sett har vært lite representert i fylket, sier hun.

Forskningen og allmennleger hånd i hånd

Etter den første helseundersøkelsen på midten av 80-tallet, ble det skrevet flere handlingsprogrammer for allmennleger. – Handlingsprogrammene gir anbefalinger om hvordan man finner fram til, behandler og følger opp pasienter med en del kroniske sykdommer, sier en av forskerne ved HUNT, Kristian Midthjell. Han var hovedansvarlig for det første handlingsprogrammet som omhandlet diabetes. Bak programmet sto en gruppe interesserte allmennpraktikere supplert med enkelte spesialister. – Målet var at handlingsprogrammene skulle sikre at allmennlegene fikk et godt kunnskapsnivå om ulike livsstilssykdommer, og slik unngå at allmenn-

legene kun ble et kontaktpunkt som henviste pasienter til spesialister. Jeg mener klart at dette har hatt mye å si for kvaliteten hos allmennpraktikere, sier Midthjell. Det var viktig at dette var et handlingsprogram som allmennlegene oppfattet som sitt eget, og at det ikke bare var basert på uttalelser fra diabetesspesialister. Handlingsprogrammet for diabetes har vært oppdatert jevnlig etter som ny kunnskap har kommet til.

HUNT 3 – gjennomføringen

HUNT vil fra oktober 2006 gå som en stafett gjennom de 24 kommunene i Nord-Trøndelag. I de største kommunene blir det satt opp en egen stasjon der undersøkelsene blir utført. I de mindre kommunene brukes en spesialinnredet buss i tilslutning til et leide lokaler. Alle stasjonene blir bemannet med kvalifisert helsepersonell. For å gjøre ventetiden så kort som mulig, vil deltakerne få et brev i posten der det er angitt et anbefalt tidspunkt for oppmøte. Det er likevel fullt mulig å møte til andre tidspunkter. Alle deltakere får også et skriv som de må signere for å gi sitt samtykke til at data og blodprøver kan brukes i forskning. Deltakelsen er som før frivillig.

Enkle undersøkelser

På stasjonene utføres det enkle kliniske undersøkelser, blant annet måling av høyde, vekt, puls og blodtrykk. Deltakerne bes i tillegg avgi blodprøve og fylle ut flere spørreskjema. Hele undersøkelsen vil ta rundt en halv time, og noen vil bli invitert til å delta i mer spesielle undersøkelser, for eksempel pusteprobe eller ultralydundersøkelse. Ingen av undersøkelsene vil medføre smerte eller spesielt ubehag. Deltakerne får tilbakemelding om resultatene på utvalgte undersøkelser. Det er mulig å reservere seg mot denne informasjonen.

Samarbeid sørger for god gjennomføring

HUNT har blitt et vellykket samarbeidsprosjekt. Nord-Trøndelag fylkeskommune har støttet prosjektet både politisk og økonomisk. Kommunene på sin side har stilt lokaler til rådighet og drevet informasjonsarbeid, og dermed medvirket til en god gjennomføring av de to første helseundersøkelsene. – Vår nærhet til helsetjeneste, politisk ledelse og befolkning i Nord-Trøndelag gjør den lokale forankringen sterk, og dette er nok mye av årsaken til at undersøkelsene har hatt en så høy oppmøteprosent som de har hatt. Nå håper vi at oppmøtet på HUNT 3 blir like bra som de foregående undersøkelsene, avslutter Mangrud.

Kunsten å skape en håndterbar virkelighet

– I møte med personer med demens er det viktig å forenkle slik at informasjonen blir håndterbar for pasienten. Kommunikasjonen krever årvåkenhet for å forstå hva pasienten har på hjertet og hva vedkommende virkelig har fått med seg. Du kan sjelden dekke hele behovet for hjelp ved bare å snakke med pasienten. Vi må alltid tenke på pasient og pårørende som en enhet.

Det sier Anne Marie Mork Rokstad som er leder ved Alderspsykiatrisk enhet ved Helse Nordmøre og Romsdal og har bakgrunn som psykiatrisk sykepleier og forfatter av praktisk rettede fagbøker for helsearbeidere som jobber med personer med demens.

Bedre kunnskap

Typiske symptomer er adferdsendringer som motorisk uro, rastløshet og i noen tilfeller fysisk eller verbal aggresjon. Lenger ut i sykdomsforløpet kan pasienten miste språk og må rope eller lage lyder for å påkalle oppmerksomhet.

– Det er klart at personer med demens i gitte situasjoner kan representere en betydelig utfordring for oss som jobber med dem. På en institusjon kan det bli mye uro og være vanskelig å skape trivsel hvis noen lager mye lyd og er aggressive. Det kan også by på vansker å få utført undersøkelser og få utført stell av pasienten. For å takle utfordringene og møte behovene til denne pasientgruppen kreves kunnskap, kunnskap og atter kunnskap, fastslår Mork Rokstad.

Hun forteller at det har vært et økende fokus på demens de siste årene. De som blir syke opplever at det er mer åpenhet omkring sykdommen nå enn tidligere.

– Det er ikke lenger noe å skamme seg over. Demens har fått større anerkjennelse som sykdom. Det finnes mer tilgjengelig kunnskap både for pasienter og pårørende. Vi er på rett vei med andre ord, men det er fortsatt et stykke igjen. Heldigvis er det stor interesse blant helsepersonell. Mange ønsker å lære mer for å kunne gjøre en god jobb.

Adferd som kommunikasjon

Mork Rokstad er opptatt av at helsearbeidere er kjent med ulike bakgrunnsfaktorer som kan ha betydning og for pasientens adferd og anvender forskjellige innfallsvinkler til problematikken. Det kan være alt fra somatiske lidelser som kompliserer og i seg selv kan skape ubehag og forvirring. I andre tilfeller kan angst, depresjon eller hallusinasjoner bidra til pasientens oppførsel.

– Adferd er en måte å kommunisere på. Pasienten er avhengig av at de som er i nærheten skjønner at det ligger en mening bak handlingene. Det er av stor betydning at helsepersonell kjenner til hvilket menneske vedkommende var før sykdommen. For eksempel kan hendelser gjennom et langt liv bidra til å forklare tilsynelatende merkelige rutiner og handlinger. Da er det viktig at de som skal pleie pasienten kjenner til historien, forteller Mork Rokstad.

Tverrfaglig tilnærming

For å kunne gi mennesker med hukommelsesvansker, kognitiv svikt og demens en kvalitetsikret utredning og et tilbud om god behandling, må det samarbeides på tvers av faggrensene. For eksempel er Hukommelsessenteret som Helse Nordmøre og Romsdal etablerte i fjor, et samarbeid mellom Alderspsykiatrisk enhet i Molde, Geriatrike seksjoner i Molde og Kristiansund og Nevrologisk avdeling i Molde.



Anne Marie Mork Rokstad

Hvorfor er det viktig med et tverrfaglig tilbud til demente?

– Vi opplever at stadig yngre mennesker kommer inn til oss. Yngre i denne sammenhengen kan være helt ned i femtiåra. Da er det viktig at vi anvender metoder som bygger på nevrologisk spesialkompetanse for å bidra til å finne forklaring på symptomene. Når det er snakk om eldre mennesker er geriatrik kunnskap viktig for å forstå situasjonen til pasienten. Det kan eksempelvis dreie seg om somatiske lidelser og de utfordringene dette fører med seg.

Tilbud til yngre demente

Mork Rokstad forteller at det er viktig å møte de yngste pasientene på en annen måte enn de eldste, og at det legges vekt på andre ting i behandlingen av de yngste.

– Er du i femti- sekstiåra er du helt klart i en annen livssituasjon enn de eldste. Både pasienten og pårørende opplever at det tradisjonelle tilbudet ikke er laget for dem. Med hukommelsessenteret håper vi å kunne møte denne gruppa på en god måte og overføre kunnskap gjennom eksempelvis samtalegrupper.

I løpet av de månedene senteret har vært i drift har Mork Rokstad fått bekreftet at det er behov for et slikt senter.

– Etterspørselen er stor. Vi opplever også at vi får pasienter tidligere i sykdomsforløpet, noe som gjør det enklere for pasient og pårørende å planlegge hvordan en kan møte og mestre sykdommen bedre. Vi får også inn tilfeller der hukommelsesproblemer har andre årsaker enn demens. Da er det selvfølgelig en lettelse å få avklart situasjonen.

Hukommelsessenteret ved Helse Nordmøre og Romsdal

- Et samarbeid mellom Alderspsykiatrisk enhet i Molde, Geriatrike seksjoner i Molde og Kristiansund og Nevrologisk avdeling i Molde.
- Skal gi en tverrfaglig og kvalitetsikret utredning og behandling til personer med hukommelsessvikt, kognitiv svikt og demens.
- Adferdsendringer og eventuelle psykiatriske tilleggsproblemer kartlegges og utredningen skal føre fram til diagnose, eventuelt en avkrefting.
- Informasjon, opplæring og støttegrupper for pårørende er en del av senterets virksomhet.

”Kommunikasjon på kollisjonskurs”

- Setter fokus på demens og hvordan vi som helsearbeidere møter personer med demens.
- Praktisk rettet bok for hjelpeapparatet i førstelinjetjenesten.
- Tar for seg adferdsendringer hos demente og gir ulike innfallsvinkler til å forstå pasientens adferd som kommunikasjon.
- Gir hjelp i å møte de utfordringene det innebærer å forholde seg til demente.
- Boka kom første gang ut i 1996, men er oppdatert med ny kunnskap.



Å prioritere er *ikke* å forsømme

Avdelingssjef for "Kreft- og hudsykdommer" ved St. Olavs Hospital, Helge Haarstad, vil ikke akseptere grunnlaget for debatten i forrige nummer av "Helse". Der tok vi utgangspunkt i uttalelsen om at "å prioritere er å forsømme i riktig rekkefølge". – Tvert om! Å ikke prioritere, er å forsømme, sier Haarstad.

Helge Haarstad leder strategiarbeidet med hvordan St. Olavs Hospital tilnærmer seg prioriteringsproblematikken i framtiden. Han tar avstand fra framstillingen at det å prioritere også innebærer forsømmelse.

– Vi er satt av våre eiere til å forvalte de samfunnsmidlene som er allokert til sykehusdrift på en best mulig måte. Da er det vår plikt å lete etter aktiviteter som kan prioriteres bort. Nye aktiviteter og kostnader må nødvendigvis sees i en prioriteringssammenheng. Finner vi ut at sykehuset holder på med uhensiktsmessige oppgaver må de velges bort. Hvis ikke vil antall arbeidsoppgaver og tilhørende utgifter akkumuleres. Derfor er det å prioritere ikke ensbetydende med forsømmelse. Det handler om å gjøre nødvendige og riktige valg.

Haarstad tar utgangspunkt i prioriteringsarbeid langs to akser – en horisontal og en vertikal. Den vertikaleaksen handler om å tenke prioritering mellom

de ulike nivå i helsetjenesten. Den horisontaleaksen handler om prioriteringer internt, mellom avdelingene på St. Olavs Hospital, men også mellom sykehusene og regionene. Utfordringen er å skape systemer for hvordan prioriteringene utøves, også mellom ulike fagområder.

– Prioriteringsarbeidet må gjennomsyre kulturen i hverdagen. Det er de daglige beslutninger som i stor grad bestemmer hvordan kostnader genereres. Særlig overlegene har myndighet til å fatte medisinske beslutninger som kan ha store økonomiske konsekvenser, som oftest tilligger det denne myndigheten ikke noe tydelig økonomiske ansvar. Det tilligger alle ledemivå i sykehusene et ansvar for å skape en god kultur for "hverdagsprioriteringer".



Helge Haarstad, avdelingssjef for "kreft- og hudsykdommer"

Prioriteringsarbeidet har også en etisk side – handler det heller ikke der om å "forsømme"?

– Nei, det er særlig ut i fra en etisk synsvinkel at jeg reagerer på begrepet "forsømme". Jeg føler at vi som jobber med prioriteringsarbeidet stemples som uetiske. Vi står hele tiden under press fra ulike interessegrupper, og prioriteringsarbeidet blir derfor ekstremt viktig i framtiden, sier Haarstad.



Høgskolen i Molde

HiMolde Master

Mastergrad/videreutdanninger i helse- og sosialfag

Høgskolen i Molde tilbyr følgende høyere grads studier i helse- og sosialfag (alle på deltid):

- Mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper (4 år *)
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid (2 år)
- Videreutdanning i aldring og eldreomsorg (2 år)

Videreutdanningene kan på visse vilkår inngå i mastergraden.

*) Med mulighet for opptak både til hele studiet (4 år) og til studiets 2 halvdel (2 år)

Opptakskrav:

- Til videreutdanningene og mastergrad 1. år: Bachelor i helse- og sosialfag el. tilsv. og min. 1 års klinisk praksis.
- Til mastergrad 2. halvdel: Se www.himolde.no

Tlf: 71 21 40 00 • post@himolde.no

www.HiMolde.no

lforsial.no

Helseklipp

Helse- og omsorgskomiteen på besøk



Helse- og omsorgskomiteens leder Harald T. Nesvik (Frp) sammen med styreleder Kolbjørn Almid og adm.dir. Paul Hellandsvik i Helse Midt-Norge RHF.

Stortingets helse- og omsorgskomite var 20. og 21. februar på besøk i Helse Midt-Norge. På programmet stod blant annet utfordringer knyttet til kravet om økonomisk balanse og utbygging av det nye universitetssykehuset i Trondheim.

I løpet av de to dagene besøket varte gjestet komiteen Helse Nordmøre og Romsdal i Molde og Vestmo Behandlingssenter i Ålesund.

Gunnar Bovim til rors ved St. Olavs Hospital

Etter at Roar Arntzen gikk av som administrerende direktør ved St. Olavs Hospital er Gunnar Bovim (45) konstituert som ny adm. direktør. Bovim kommer fra stillingen som viseadministrerende direktør der han har hatt ansvaret for den strategiske utviklingen ved universitetssykehuset.



Gunnar Bovim

Stillingen som adm. direktør ved sykehuset vil bli lyst ut.

Kort om Gunnar Bovim, dr. med.

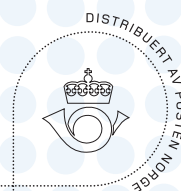
Dekanus ved Det medisinske fakultet NTNU 1999-2005
Prodekanus Det medisinske fakultet NTNU 1996-1999
Professor ved NTNU fra 1995
Spesialist i nevrologi 1993

Styreverv i bl.a.:

Ullevål Universitetssykehus fra 2005
Divisjonsstyret for vitenskap i Norges Forskningsråd fra 2003



B



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

NORGE

P.P.

ISSN 1503-1780



“På lag med deg
for din helse”