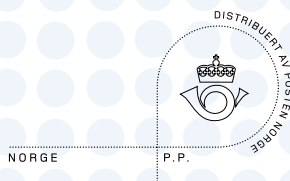




B

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

ISSN 1503-1780



”På lag med deg
for din helse”

HELSE

03/2007 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

KVALITET



Debatt om kvalitet:
**Kan et behandlings-
forløp benchmarkes?**
side 4–7

Rusbehandling
på riktig kurs
side 8–9

Trening som
smertestillende
side 14–16

Kontaktpersoner

Helsepersonell:



Merete Søbstad
Sykepleier
personalkonsulent
merete.sobstad@manpower.no
Tlf: 73 88 44 08
91 51 66 69



Jan Erik Holand
Sykepleier
personalkonsulent
jan.erik.holand@manpower.no
T: 73 88 44 25
M: 97 02 21 04



Kjersti Holt
Sykepleier
personalkonsulent
kjersti.holt@manpower.no
T: 73 88 44 15
M: 98 07 88 55



Oddny Brauteset
Personalkonsulent
oddny.brauteset@manpower.no
T: 73 88 44 19
M: 46 84 48 81

Tradisjonelle tjenester



Nina Stensaas
Kundekonsulent
nina.stensaas@manpower.no
T: 95 11 58 91



Eva Beate Skorstad
Personalkonsulent
eva.beate.skorstad@manpower.no
T: 98 60 03 15

Hvor finner du oss?

Trondheim T: 73 88 44 00
Ålesund T: 22 01 80 00
Kristiansund T: 71 67 89 60
Molde T: 91 35 51 31

What do you do?

Manpower Helse takker for fornyet tillit!

Avtale med alle foretak i Helse Midt-Norge på innleie av:

- Helsepersonell
- Videreføring av avtalen på tradisjonelle vikartjenester

Hva kan vi tilby?

Som samarbeidspartner tilbyr vi personell ved:

- Permisjoner
- Vakante stillinger
- Sykefravær
- Ferieavvikling
- Prosjekter
- Toppbelastning

Stillingskategorier:

- Helsesekretærer/ medisinske sekretærer
- Sykepleiere og spesialsykepleiere
- Radiografer
- Andre grupper som er definert som helsepersonell
- Administrativt personell (IT, personal, økonomi, prosjekt)
- Kantine/renhold

Manpower tar ansvar for:

- Lønnsberegning og lønnsutbetaling i avtalte periode
- Yrkesskadeforsikring og pensjonsforsikring
- Sykelønn ved eventuelt sykefravær
- Sosiale kostnader
- Arbeidsgiveravgift
- Personalansvar
- Manpower Helse tar ikke fortjeneste på overtid



L E D E R :



Jan Eirik Thoresen
Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør

På rett spor

Mens høstmørket senker seg, er det i ferd med å lysne hos oss. Noen ville sikkert kalle det naturstridig. Men noe mirakel er det ikke snakk om. Regnskapet etter åtte måneder av 2007 viser at økonomien utvikler seg i rett retning. Fortsatt ligger vi an til et større underskudd enn det budsjettet vårt bygger på, men avstanden krymper og prognosen er vesentlig forbedret. Dette er resultat av solid arbeid og en erkjennelse av behovet for omstilling.

Å sørge for at spesialisthelsetjenesten ikke bruker mer penger enn det vi har fått tildelt, handler om å akseptere demokratiske spilleregler. Å utnytte ressursene slik at vi får mer pasientbehandling ut av hver helsekrone, er ikke et brudd på medisinsk etikk. Tvert om. Medisinsk praksis handler også om å prioritere riktig og for å kunne gjøre det må du ha tydelig definerte rammer å prioritere innenfor. Er rammen for liten, er det også vår plikt å si fra om det.

Budsjett og økonomi i Helse Midt-Norge blir aldri noe annet enn et virkemiddel for å gi god pasientbehandling. Det samme gjelder vår innsats for å styrke forskning, samhandling og organisasjonsutvikling. Pasientens ve og vel er sluttproduktet vårt i alle henseender.

Derfor er det grunn til å glede seg over at tiltakene som er i verksatt for å få kontroll med vår økonomi, nå ser ut til å bære frukter. Arbeidet med budsjettet for 2008 bygger på en forutsetning om at vi skal unngå underskudd. Målet er å skape det handlingsrommet vi trenger for å bygge og utvikle spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge slik at vi kan møte og innfri morgendagens krav.

Selve snuoperasjonen skal sluttføres i løpet av 2008 og som region har vi store utfordringer framfor oss. Vi skal bygge det som er i ferd med å bli et banebrytende nytt universitetssykehuset i Trondheim. Vi har planer for et nytt og moderne lokalsykehus i Molde, vi ønsker å bygge ny barneavdeling i Ålesund, og i Namsos

kan et mer kompakt sykehus gi oss både økt effektivitet og bedre pasientkvalitet. Ingenting av dette er gratis. Skal vi nå de høye målene vi har satt oss, krever det en solid grunnplanke å stå på og en forståelse for at vi som region må stå sammen.

Det er fullt ut forståelig – ja, det er faktisk ønskelig at våre helseforetak og ansatte aktivt bidrar med å fremme behov og argumenter ut fra sitt lokale eller medisinskfaglige ståsted. I arbeidet med ny fordelingsmodell som blir brukt for å fordele økonomiske rammer for 2008, er det viktig at ulike hensyn brynes mot hverandre. Men når denne prosessen har munnet ut i et vedtak der også de overordnede regionale vurderinger er ivarettatt, må det også være slik at alle forholder seg til og respekterer både økonomiske rammer og de prioriteringer som er gjort.

Vi trenger et engasjement og en offentlig debatt om både somatiske sykehus, psykisk helsevern og rusbehandling. Det er faglig sett stimulerende, og det er nødvendig for at vi som forvaltere av et sentralt velferdsgode, får de nødvendige korrekativer fra samfunnet rundt oss. Det vi ikke trenger er interne dragkamper som gir næring til mistenksomhet og vanskeliggjør samhandling. Uten den nødvendige felles forståelse for hvilke oppgaver som skal løses, vil vi som organisasjon miste både kraft og tempo i forhold til vårt omstillingsbehov. Da blir pasienten den tapende part.

I bunn og grunn er dette et verdivalg der vi kan velge samhold, og det betyr at vi må by på åpenhet og raushet. Jeg mener at det å ta ansvar både for ressursbruk, medarbeidere og kvalitet på behandlingstilbudet, er det samme som å være på lag med pasienten. Dette er grunnleggende for vår virksomhet og i de samarbeidskonstellasjoner vi trer inn i. Det krever noe av oss som ledere og det krever noe av deg som medarbeider. Ta utfordringen, bli med på laget!

HELSE – Et magasin fra Helse Midt-Norge

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv. 1, 7500 STJØRDAL – Telefon: (047) 74 83 99 00 – Telefaks: (047) 74 83 99 01 • www.helse-midt.no
Ansvarlig redaktør: Kst. informasjonssjef Tor Harald Haukås • Tekst og utforming: Bennett AS • Illustrasjon: Ella K. Okstad
Trykk: Trykkpartner Lade AS • Opplag: 16.000

Kan et behandlingsforløp benchmarkes?

Det er lett å bli enig om at norsk helsevesen skal sikre god kvalitet og bidra til trygghet for pasient og pårørende. Men hva mener vi med "god kvalitet" og hvordan kan vi dokumentere at den faktisk er god? Hvordan måler vi, og er vi enige om hva vi skal måle? Er det mulig å benchmarke" liggetid eller et lårhalsbrudd?

Helse Midt-Norges overordnede strategi for utvikling av kvalitet bygger på at kvalitet skal dokumenteres, og det skal være mulig å sammenligne resultatene med andre. Det foreligger allerede mye informasjon gjennom nasjonale målinger av pasientopplevd kvalitet, rapportering inn til "Fritt sykehusvalg" og oppfølging av ventetid, korridorpasienter, epikrisetid og kvalitetsindikatorer knyttet til ulike former for behandling.

Deltagere i debatten:

- Direktør i Sosial- og helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen
- Leder i Stortingets helse- og sosialkomite, Harald T. Nesvik
- Assisterende generalsekretær i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Jarl Ovesen
- Administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Jan Erik Thoresen.

Bidrar dagens kvalitetsmålinger og kvalitetsindikatorer til å gjøre spesialisthelsetjenesten bedre?

Bjørn-Inge Larsen

Ved valg av tema og indikatorer som er tatt i bruk i Norge hittil, har man fokusert på områder hvor situasjonen ikke er tilfredsstillende, hvor det er potensial for

kvalitetsforbedring, eller der man ønsker å få bedre kunnskap om status på området. Valgene har dessuten vært foretatt ut fra hva som er mulig i dag mht. tilgjengelighet på data.

Med unntak av ventetid på operasjon ved hoftebrudd viser erfaringer fra alle indikatorene stor variasjon mellom sykehusene. Resultatene viser at det er et betydelig forbedringspotensial på flere områder ved mange sykehus som må følges opp. Etter min vurdering er kvalitetsmåling og kvalitetsindikatorer gode verktøy for å sette fokus på viktige områder, gi grunnlag for kvalitetsforbedring og følge effekt av tiltak.

Harald T. Nesvik

FrP mener det er viktig å utføre kvalitetsmålinger etter gitte kvalitetsindikatorer, da dette er instrument for å utvikle tjenesten til å bli enda bedre. FrP vil i tillegg gå enda lengre i form av å inkludere slike målinger i fritt sykehusvalg, etter modell fra for eksempel Danmark. FrP mener det er viktig å vite hva man velger seg til, og hva man kan velge seg fra, når det gjelder valg av behandlingssted i spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten har mest mulig informasjon om tilbudet og kvaliteten som gis på tjenesten.



"Jeg mener sykehuset har et problem dersom pasientene er misfornøyd. Kvalitet må være en ryggmargsrefleks hos alle som har ansvar for pasienter."

Direktør i Sosial- og helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen

Jarl Ovesen

Ja, uten tvil. Kvalitetsmålinger og kvalitetsindikatorer har ført til økt bevissthet i sykehusene om hva som er god kvalitet og hvordan man skal etablere prosedyrer og systemer som sikrer dette. Imidlertid har kvalitetsindikatorer sine begrensninger. Opplevd kvalitet kan være forskjellig fra objektive kvalitetskriterier. Fra et bruker- og pasientperspektiv er det alltid viktig å være bevisst på dette. Utviklingen av kvalitetsindikatorer har også gjort det lettere for pasientene å orientere seg i forhold til Fritt Sykehusvalg. Et slikt verktøy har også ført til at staten som sykehuseier kan være mer spesifikk i sine bestillinger til helseforetakene, noe pasientene nyter godt av.

Jan Erik Thoresen

Ja det bidrar, men det mangler mye før kvalitet er tilgjengelig som styringsindikator og som grunnlag for pasientenes valg. I Helse Midt-Norge har vi utviklet et gjennomgående styringssystem som fanger opp resultater fra avdelingsnivå og opp. Slik ønsker vi å utvikle og synliggjøre kvalitetsmål, samt sikre løpende oppfølging av disse. Dette skal være en støtte for aktiv utøvelse av ledelse og bidra til å skjerpe bevisstheten rundt kvalitetsarbeidet. Det er nødvendig med en helhetlig tilnærming til dette og et kvalitetssystem vil derfor omfatte alt fra pasientbehandling til økonomistyring. Jeg mener at trykket fra pasienter og samfunnet generelt om å dokumentere og synliggjøre kvalitet er en positiv stimulans. Det utfordrer oss som organisasjon og krever stor grad av åpenhet fra vår side. Vi trenger noe å strekke oss etter, og vi må tåle å bli målt.

Hva skal vektlegges – den subjektive pasientopplevelse eller det klinisk målbare resultat? Dersom pasienten er misfornøyd og sykehuset fornøyd – hvem har da problemet?

Bjørn-Inge Larsen

Vi trenger både pasientopplevelser og klinisk målbare resultater for å kunne vurdere og forbedre tjenestene. Pasientene vil på samme måte som fagmiljøene være opptatt av resultatene av ulike behand-

linger og tiltak, men pasienters behov for informasjon er ofte mer individuelle. Behovet gjelder ”meg i min situasjon med min lidelse”.

Jeg mener sykehuset har et problem dersom pasientene er misfornøyd. Kvalitet må være en ryggmargsrefleks hos alle som har ansvar for pasienter. Et av satsingsområdene i kvalitetsstrategien er å styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningen. Formålet er å få helsefaglige utdanninger med betydelig større vektlegging i kvalitet og kontinuerlig forbedring.

Harald T. Nesvik

Pasientens opplevelse av tilbudet som blir gitt trenger ikke nødvendigvis å samsvare med sykehusets oppfatning. Det vil derfor være nødvendig å vektlegge begge sider av saken, slik at man får et best mulig helhetsbilde av situasjonen sett fra begge parter ståsted. Sykehuset vil ofte ha fokus på det medisinske tilbudet, mens pasienten i tillegg vil fokusere på andre faktorer som kommunikasjon med sykehuset, fasiliteter foruten det medisinske og andre faktorer som ikke er av ren medisinsk art.

Jarl Ovesen

For å få et så helhetlig og fullgodt bilde som mulig må man ha både og, men man kan ikke komme bort fra at pasientenes egne opplevelser og erfaringer må veie tyngst. Tross alt er sykehusene til for pasientene. Er pasientene misfornøyd med den behandlingen og oppfølgingen de får, har sykehuset et problem, uansett hvor fornøyd sykehuset selv måtte være med de tjenestene de leverer. I et system med Fritt Sykehusvalg har helseforetak med dårlig pasientomdømme og negativt fokus en stor utfordring. I situasjoner der det er et betydelig misforhold mellom pasientenes og sykehusets opplevelse av kvalitet er dette en situasjon helseforetaket over tid ikke kan leve med. Tiltak må derfor iverksettes i et forsøk på å bygge bro eller redusere dette gapet.

Jan Erik Thoresen

Ja takk begge deler. Kvalitet i klinisk aktivitet må kunne måles og vi må være enige om hva og hvordan vi måler, men det betyr selvsagt ikke at den enkelte

pasientens subjektive opplevelse er av mindre verdi. God pasientbehandling må bygge på respekt for individet og at man føler seg godt ivaretatt. Dette kompliseres av at vurderinger av kvalitet også har betydning for pasienter som ikke har egne erfaringer å bygge på. Vi trenger derfor både systematikk og gode metoder for å kartlegge og presentere relevante kvalitetsindikatorer. Sykehuset kan ikke være fornøyd dersom pasienten ikke er det. Det er viktig å bidra til å avklare forventninger og til å ”oversette” medisinske muligheter og resultater, slik at dette også oppleves som relevant for pasienten.

Har brukere og helsetjeneste samme oppfatning om hva som er god kvalitet?

Bjørn-Inge Larsen

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ”...Og bedre skal det bli!” sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at de er: Virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, samt er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Disse kjennetegnene er fremkommet ved bred prosess med både brukere og utøvere.

Det er naturlig at ulike brukere og utøvere vil ha ulik opplevelse av hva hvert av disse kjennetegnene innebærer for dem. Brukerundersøkelser og dialog underveis i behandlingen er viktig for å skape omforent oppfatning av hva god kvalitet er.

Harald T. Nesvik

Jeg viser til svar på forrige spørsmål.

Jarl Ovesen

Jeg tror at etter hvert som det har utviklet seg stadig flere arenaer mellom helsetjenesten og brukerne, slik som brukerutvalg i sykehusene, er enigheten om hva som er god kvalitet større en noen gang. Det betyr ikke at vi i noen sammenhenger kan ha ulike oppfatninger om kvalitetsbegrepet, men så er da heller ikke helsetjenesten selv en homogen gruppe med et entydig syn på hva som er god kvalitet. Et område der man fortsatt til dels har en diskusjon om kvalitet er knyttet til sam-



”Fakkeltogene er først og fremst et uttrykk for en grunnleggende utrygghet i befolkningen når omorganiseringer og funksjonsfordelingsdebatter raser.”

Assisterende generalsekretær i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Jarl Ovesen

handling, eller mangel på sådan. Dette gjelder både for pasienter som har behov for samhandling innad på et sykehus, altså mellom avdelinger, men også samhandling på tvers av helsenivåene. Ofte kan en avdeling som har ferdigbehandlet en pasient være godt fornøyd med kvaliteten på sin tjeneste, mens pasienten er misfornøyd fordi samhandlingen eller overgangen til andre avdelinger eller nivåer ikke fungerte. For å rydde opp i dette må sykehusene først og fremst bli bedre på å utvikle samhandlingsstrategier, utarbeide Individuelle Planer (IP) for de pasientene som har krav på dette, og å få systemet med pasientansvarlig lege til å fungere i praksis.

Jan Erik Thoresen

Nei, åpenbart ikke. Dette er en kulturell og praktisk utfordring for oss som leder sykehusene, for våre ansatte som daglig behandler, for pasientene selv som dagens og morgendagens krevende kunder og ikke minst for oss alle som pårørende.

”Alle” har en mening om norske sykehus. Engasjementet er sterkt og i perioder har fakkeltogene vært både mange og lange. Men er det dårlig kvalitet som er årsaken?

Bjørn-Inge Larsen

Det er en vedvarende utfordring å tilpasse tilbudet om hjelp, særlig i en situasjon der stadig nye muligheter utvikles og der samfunnet generelt er preget av økonomisk overflod. Befolkningen blir eldre. De fleste eldre har også et høgt forbruk av sykehustjenester de siste par årene av livet. Sykehuspasienten kommer til å være sykere enn tidligere. Lange avstander kan i den sammenheng oppfattes av innbyggerne som dårlig kvalitet, selv om en lengre reise til et større sykehus kan gi bedre tilgjengelighet til kompetanse og utstyr.

Fakkeltog synliggjør engasjement i viktige saker og trenger ikke å være et uttrykk for dårlig kvalitet.

Harald T. Nesvik

I all hovedsak er kvaliteten på tjenestene som blir gitt ved norske sykehus meget god. Debatten rundt norske sykehus er, slik FrP ser det, ikke i hovedsak en debatt vedrørende kvaliteten som gis, men snarere en debatt om kapasitet og omfang. Med andre ord er det venteliste-problematikken, korridorpasienter, mangel på rehabilitering, geografiske forskjeller, stengte avdelinger, sommerstenging av fødestuer/fødeavdelinger med videre, som er hovedårsaken til “alles” meninger om norske sykehus. FrP deler denne bekymringen, og mener det derfor må gjøres omfattende grep, både organisasjonsmessig og ressursmessig for å bedre situasjonen ved norske sykehus.

Jarl Ovesen

Fakkeltogene er først og fremst et uttrykk for en grunnleggende utrygghet i befolkningen når omorganiseringer og funksjonsfordelingsdebatter raser. Protestogene er framfor alt et tegn på dårlig kommunikasjon og samhandling mellom de som blir berørt og de som beslutter. Nye løsninger som blir foreslått eller valgt kan ofte føre til bedre kvalitet på behandlingen, men mangel på inkludering i endringsprosessene fra brukere, ansatte og nærmiljøet skaper unødig usikkerhet, mistillit og frykt. Dette var også en av konklusjonene i arbeidsgruppa som helseministeren satte ned for å se på lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, og som ble lagt fram 19. mars i år. Arbeidsgruppas råd til statsråden, som jeg selv var med i, var mer reell innflytelse fra berørte parter i utviklings- og omstillingsprosesser i helse-

foretakene. Dessverre har mange helseforetak her syndet med lokalt sinn, opprør og fakkeltog som resultat.

Jan Erik Thoresen

Heldigvis er vi omgitt av interesse og engasjement. Dessverre synes ikke fakkeltogene å dreie seg om kvalitet eller mangel på sådan, men mer om tilgjengelighet og lokale forhold. Det er vår oppgave å bringe denne diskusjonen videre, bidra til framtidens gode valg, både for pasienten og for oss som ledere.



”Debatten rundt norske sykehus er, slik FrP ser det, ikke i hovedsak en debatt vedrørende kvaliteten som gis, men snarere en debatt om kapasitet og omfang.”

Leder i Stortingets helse- og sosialkomite, Harald T. Nesvik



”Jeg mener at trykket fra pasienter og samfunnet generelt om å dokumentere og synliggjøre kvalitet er en positiv stimulans.”

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Jan Erik Thoresen

Rusbehandling på riktig kurs

Rusbehandling Midt-Norge er evaluert, og allerede i tittelen på evalueringsrapporten fra International Research Institute of Stavanger (IRIS) antydes konklusjonen: "Fra bakgårdskatt til utstillingsvindu."

– Evalueringen viser at organiseringen av rusbehandlingen i et helseforetak har vært et godt grep av tre grunner. Vi har fått bedre kapasitet og kvalitet, vi har synliggjort brukerne, og tjenestene vi leverer er godt dokumenterte.

Det sier Dag Hårstad som er administrerende direktør i Rusbehandling Midt-Norge HF. Han ønsker ikke å dvele ved denne rapporten, men understreker at blikket nå er løftet framover. Det er fortsatt et stykke igjen til rusbehandling er bygget opp til å bli likeverdige parter innen spesialisthelsetjenesten. Derfor er det viktig å se framover, sier Hårstad.

Veien framover

– Først og fremst har vi et kapasitetsproblem. Vi er ikke i nærheten av å ha kapasitet til å tilfredstille befolkningens behov for rusbehandling. Det er blant annet vanskelig å rekruttere nok helsefaglig personell som leger og psykologer. Jeg skulle også ønske mer forskningsbasert kunnskap om hva som virker og ikke virker. Vi må løfte både det sosialfaglige og helsefaglige perspektivet til et reelt tverrfaglig behandlingstilbud. Det blir viktig i utviklingen av et effektivt tverrfaglig behandlingstilbud, og er et satsingsområde.

Sosial- og helsedirektoratet har evaluert alle helseregionene, og konkluderer med at rusbehandling har kommet et godt stykke videre, til tross for store regionale forskjeller. Hårstad er forsiktig med å anbefale Helse Midt-Norges modell for rusbehandling til andre.

– Ut fra de utfordringene vi sto, og står overfor, er dette en riktig modell for oss. Det betyr selvsagt ikke at det ikke finnes andre gode måter å løse utfordringene på. For oss var det viktig å få plassert ansvaret på høyt ledernivå, slik at vi ble i stand til å bygge kapasitet og kvalitet i et felles koordinert løft, sier Hårstad.

Dobbeltdiagnoser

Organiseringen av rusbehandling i et HF har blitt kritisert fordi samarbeidet med psykisk helsevern ikke har vært godt nok. Hårstad er ikke enig i dette.

– Vi har etablert samhandling mellom alle ledere, og dette har utviklet seg på en god måte. Det er tydelig avklart mellom oss og psykisk helsevern om hvilke pasienter som skal hvor. Selvfølgelig kan det oppstå vansker i praksis, men det er langt færre såkalte kasteballer nå enn før. Det er også viktig å vite at planen for utviklingen av tjenestetilbudet er gjort sammen med psykisk helsevern.

Kommunene viktig

Et karakteristisk trekk ved rusavhengige er at en eller flere av de sentrale ankerkjettingene i livet har røket – jobb, familie, venner, eller lignende. Derfor tar det også tid å få til en vellykket rehabilitering, og samarbeidet med kommunene er viktig for at pasienten skal integreres i lokalmiljøet igjen. "Brygga" (se egen sak) er ett eksempel på hvordan dette kan bidra til vellykket rehabilitering.

– Vi har inngått en avtale med kommunenes sentralforbund om samhandling knyttet til hver enkelt pasient mellom oss og de enkelte kommunene. Vi ser at mange kommuner har vansker med å integrere pasienter. "Brygga" er et godt eksempel på vellykket samarbeid mellom oss og Trondheim kommune og en integreringsmodell vi tror kan fungere også for andre kommuner.

Rusbehandling Midt-Norge HF

- Styret i Helse Midt-Norge vedtok i 2003 som eneste helseregion i landet å organisere rusbehandlingen som et helseforetak (HF). Modellen er nå evaluert, og rapporten fra International Research Institute of Stavanger (IRIS) konkluderer med at Rusbehandling Midt-Norge HF er en meget vellykket satsing.
- Årsaken til at HMN valgte denne organiseringen var å få forankret rusomsorgen ledermessig høyt, og få et koordinert felles løft i kapasitet og kvalitet.
- Styret vedtok på bakgrunn av denne rapporten å beholde rusbehandlingen som eget helseforetak, men peker på behovet for å bygge opp kapasiteten og kompetansen videre.



Dag Hårstad.

– Brygga er et unikt tilbud!



– Tilbudet på Brygga er enestående og har vært avgjørende for at jeg har klart å holde meg rusfri. Det sier 30 år gamle ”Petter”. I lokalene i Kjøpsmannsgata i Trondheim får tidligere rusavhengige hjelp til å bygge seg en tilværelse uten rusmiddel.



Kristel Killie.

– Her kan jeg komme for å ta en kaffe, for å møte andre som har vært rusavhengige eller få hjelp av de ansatte til praktiske ting. Det har vært enormt viktig for meg å ha et slikt sted å gå til etter at jeg var ferdig med behandlingen min. ”Petter” har kommet til Brygga i snart to år, og er én av mellom 70 og 80 personer som bruker stedet regelmessig. Lokalene er lyse og hyggelige, og ser ut som et vanlig hjem. Her er det kjøkken, stue med sofakrok og tv og kontor. – Brygga tar over når behandlingen på institusjon er slutt, forteller Kristel Killie, som har jobbet her siden starten.

Viktig med nettverk

– Vi så at mange tidligere rusavhengige slet med å skape seg det livet de ønsket når de var ferdige med behandlingen, fortsetter hun. – De hadde jobbet mye med å legge av seg sin rusavhengige identitet på institusjonene, men når de kom ut, var det ingen der til å hjelpe dem med å bygge opp en ny, rusfri identitet. Derfor var det mange som fikk tilbakefall. Det kan ”Petter” bekrefte. En stor andel av de som fikk behandling sammen med ham har fått tilbakefall. – Mange har ikke noe rusfritt sosialt nettverk. Hvis de eneste vennene du har er avhengige, er det mye lettere å sprekke. Derfor er det veldig viktig at Brygga krever at brukerne er rusfrie, mener han.

Sosialt alternativ

Brygga legger stor vekt på å gi brukerne en arena hvor de kan trene på og få bekreftet sin sosiale kompetanse og sin rusfrie identitet. Her serveres det middag hver tirsdag, og brukerne får tilbud om ulike aktiviteter, kurs og leksehjelp. De ansatte gir også råd og veiledning i forhold til skole, arbeid, bolig og økonomi. – Jeg hadde stor gjeld som jeg ikke var i stand til å betjene, sier ”Petter”. – Tidligere hadde jeg bare gitt opp og lukket øynene for realitetene, men på Brygga fikk jeg

hjelp til å skrive brev til banken, og nå har jeg en avtale jeg kan leve med.

Familie og venner

Brygga er også åpen for pårørende. Familie og andre som ønsker noen å snakke med, får tilbud om det på Brygga. Lokalet har også et eget barnerom, og de ansatte arrangerer turer og juleverksted for barna. Målet er å bidra til at alle familiemedlemmene får et normalt liv med normale rutiner og forventninger.

– Mange må lære seg noe så grunnleggende som å ta sommerferie, forteller Killie. – Alt som bryter med daglige rutiner kan være skremmende for tidligere rusavhengige, og mange er redd for at de vil få tilbakefall hvis de tar seg ferie, påpeker hun.

Utstillingsvindu

Under arbeidet med å utvikle Brygga var Killie helt bestemt på at tilbudet måtte organiseres som et samarbeid mellom to forvaltningsnivåer. – På den måten ville vi oppnå klare ansvarsforhold og unngå at brukerne falt mellom to stoler, forklarer hun. Erfaringene fra Brygga er så positive at de nå stadig får besøk fra andre helse-regioner som vil se hvordan Brygga fungerer. Brygga har også fått honnør fra Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med Det Nytter-prisen for godt tverrfaglig samarbeid og god individuell oppfølging.

Flere tilbud

Brygga retter seg hovedsakelig mot dem som planlegger å bosette seg i Trondheim etter endt behandling. Men nå er det planlagt 10 nye, lignende tiltak i regionen. Det er Killie glad for. – Det må satses enda med på å integrere tidligere rusavhengige i samfunnet. Hvis det ikke skjer noe etter behandlingen, kan man nesten legge ned behandlingen, avslutter hun.



Er brukermedvirkning brukbart?

Vanlig vestlig skolemedisin er basert på at all medisinsk behandling, så langt det er mulig, skal være basert på vitenskapelige studier, og at det bør stilles krav til dokumentasjon både ved helbredende og forebyggende behandling. En ting i helsevesenet benyttes likevel flittig, uten at det er dokumentert noen effekt av det – brukermedvirkning.

– Brukermedvirkning er politisk viktig, og er innført til tross for lite dokumentasjon på effekten, sier Aslak Steinsbekk, forsker ved NTNU. Han er i gang med å bygge opp et forskningsmiljø rundt dette på oppdrag fra Helse Midt-Norge. – Det er gjort en del forskning generelt, så det finnes noe litteratur om hva brukermedvirkning kan være og hvilke erfaringer man har gjort seg. Mange av rapportene sier at det er bra å ha en form for brukermedvirkning, men nesten ingen har gjennomført undersøkelser med metoder som kan avgjøre om det for eksempel gir bedre helse eller tilfredshet hos pasientene. Det finnes noen få artikler, men i forhold til omfanget av brukermedvirkning er det ingenting, sier Steinsbekk.

Ulike former for medvirkning

Det finnes ulike former for brukermedvirkning. På styrenivå er det i Helse Midt-Norge en modell med rådgivende utvalg. I tillegg har brukere med individuell plan en direkte innvirkning på denne. Andre former for medvirkning er at avdelingene inviterer til innspill fra brukere, at brukerne er med i en begrenset del av virksomheten for eksempel ved å utarbeide en informasjonsbrosjyre, eller at de er med i utviklingen av prosedyrer ved sykehuset. Det

er rundt det siste temaet det er gjort flest undersøkelser hvor erfaringer beskrives.

Skal finne effekten av medvirkning

– Forskningsutfordringen er å finne ut hva folk opplever som effekten av dette, og deretter teste om dette er en reell effekt. sier Steinsbekk. Forskningen er i startgropa for øyeblikket, og har begynt med en kartlegging av hvilke avdelinger som mener de har brukermedvirkning, og om brukere har bidratt til å utvikle helsetjenesten.

– De foreløpige resultatene peker mot at ca. 70 % av avdelingene oppgir at de har en eller annen form for brukermedvirkning. Vi har også gått nærmere inn på hvilke typer tiltak dette dreier seg om, og der er det stor variasjon. Ikke minst i hvordan helsepersonell oppfatter hva brukermedvirkning er, fortsetter han. Senere skal det undersøkes hvordan brukerne oppfatter medvirkningen. Vil helsepersonell og brukere ha en felles forståelse?

Vil sammenligne avdelinger

Ifølge det overordnede styrende dokumentet skal brukerne involveres i utviklingen av tjenestetilbudet. Avdelingene er sentrale her, men det er der det pr. i dag er minst systematisk brukermedvirkning.

– Veien videre er å se spesifikt på utvikling av tjenestetilbudet på avdelingsnivå. Håpet er å få til en studie der det ved en avdeling gjennomføres et utviklingsprosjekt som brukerne er involvert i. Så sammenlignes resultatene fra denne avdelingen med andre avdelinger uten systematisk brukermedvirkning. – Hypotesen er at man ved å involvere brukere i utvikling av tjenestetilbudet får mer fornøyde brukere, fordi tjenesten er mer tilpasset pasientenes behov, avslutter Steinsbekk.



Aslak Steinsbekk.

Brukerne om brukermedvirkning



Michael Momyr.

Michael Momyr, leder i regionalt brukerutvalg:

Min erfaring er at brukermedvirkning på systemnivå fungerer meget bra, men at mye kan forbedres på individnivå. Det er viktig at den enkelte bruker må kunne påvirke sin situasjon, og at forholdene legges enda bedre til rette for det. Derfor må vi utvikle systemer som gjør pasientene trygge på at deres stemmer blir hørt.

Utviklingen innen medisinen går mot stadig flere spesialister og mer spisskompetanse. Da er det viktig at vi samtidig beholder fokus på pasientene og deres behov, og i den forbindelse er brukermedvirkning et viktig virkemiddel.

Brukermedvirkning kan også utfordre systemet og bidra til mer samarbeid på tvers av forvaltningsnivå. For brukerne er det uviktig om det er kommune eller stat som tilbyr tjenestene, det viktige er at de får de tjenestene de trenger.



Karl Johan Amdal.

Karl John Amdahl, brukerutvalget for Rusbehandling Midt-Norge:

Jeg har utelukkende positiv erfaring med brukermedvirkning. Brukerne blir hørt, og det har ført til bedre tjenester og mer tilpasset behandling og tiltak. Det er viktig både for brukere og pårørende at de føler at de når fram i prosessen.

Jeg håper også kommunene vil innføre brukermedvirkning. Det kan gi verdifulle innspill på flere områder, for eksempel innen hjemmebasert omsorg, de sosiale tjenestene og for grupper som funksjonshemmede barn.



Dag Øivind Antonsen.

Brukertillitsvalgt Dag Øivind Antonsen ved Tiller Distriktpsykiatriske Senter:

Brukermedvirkning er noe av det viktigste som har skjedd innen psykiatrien. Folk kommer fortere i behandling, behandlingen tar kortere tid, og det fører i neste omgang til at flere nye pasienter kan få behandling.

Medvirkning er også viktig for selvfølelsen til pasientene. Mange psykiatriske pasienter sliter med dårlig selvbilde, men gjennom brukermedvirkning opplever de at de blir tatt på alvor. De føler at de blir mottatt med respekt og har innflytelse på sin egen behandling, og det får dem til å føle seg mer betydningsfulle. Hvis pasientene selv kan spille en større rolle i utformingen av sine individuelle planer, blir de også mer motivert til å nå målene.

Trening som smertestillende



Stikk i strid med allmenn oppfatning har mental og fysisk opptrening vist seg å være den mest effektive behandlingen av pasienter med kroniske smerter. For de fleste pasientene vil slik behandling ha bedre effekt enn medikamentell behandling. Atferden forbedres, smertene minker og pasienten kommer seg raskere tilbake i funksjon og i arbeid.

Sammensatte lidelser:

- ▶ Sammensatte lidelser er lidelser med vesentlige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevet, og som ikke i tilstrekkelig grad kan forklares av noen anerkjent sykdomsdiagnose.
- ▶ Pasienter med uttalte sammensatte lidelser krever behandling innen flere disipliner, og den fysiske og mental opptreningen er den aller viktigste for å øke pasientens livskvalitet.

Smertesenteret ved St. Olavs Hospital, som er Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser (NKSL), tilbyr i dag behandling fra mer enn ti disipliner i skjæringspunktet mellom smerteklinikkvirksomhet, psykosomatikk, primærhelsetjenesten og trygdeetaten.

Den multidisiplinære tilnærmingen der blant andre psykolog, lege og fysioterapeut samarbeider har vist seg svært effektiv for pasienter med sammensatte lidelser (se faktaboks). St. Olavs Hospital har lang erfaring med kombinasjonsbehandling med fysisk og mental opptrening for pasienter med kroniske smertelidelser. Allerede tidlig på nittitallet ble denne tilnærmingen brukt i pasientbehandlingen. Erfaringen og

kompetansen som finnes ved St. Olavs Hospital var bakgrunnen for opprettelsen av NKSL i 2001.

Professor Petter C. Borchgrevink ved NKSL forteller at pasienter med kroniske smerter kan komme inn i en ond sirkel, og at smerten etter hvert kan utgjøre en liten del av pasientens lidelsesbilde.

Onn sirkel

– Smerte oppfattes som et faresignal på at noe er galt fatt med kroppen. Når pasienten har smerter over lengre tid, er det vanlig å få angst og katastrofetanker. Da kan pasienten være på vei inn i en ond sirkel. Med angsten følger gjerne passivitet og bevegelsesvegring og dårlig form som igjen kan gi økte smerter og mer angst. I en slik situasjon blir tanke- og adferdsendrende behandling svært viktig for å komme ut av den onde sirkelen. Å få avdramatisert situasjonen ved å fastslå at det ikke er vevsskader i form av for eksempel kreft, kan bidra til at pasienten legger vekk de verste katastrofefølelsene og kommer ut av den onde sirkelen.

NKSL får ca 700 nye pasienter med kroniske lidelser i året. Kreftpasienter og akutte tilfeller kommer i tillegg. Pasientene som kommer i kontakt med NKSL er så syke at det går utover deres normale hverdag. Ca 20 prosent har nerveskader med konstante smerter som krever medikamentell behandling. Mange av disse pasientene angir å ha dårligere livskvalitet enn man finner hos døende kreftpasienter.

– I tillegg til smerte og angst har noen av disse pasientene utviklet personlighetsforstyrrelser på grunn av avhengighet til smertestillende medikamenter som morfin og Paralgin forte. En riktig og edruelig bruk av medikamenter, samtidig med at man lanserer fysisk og mental opptrening som hovedbehandling vil være avgjørende for denne gruppen. Et av tiltakene er å gi medikamenter etter

klokka, og ikke ved behov. Slik demper man rusopplevelsen og minker faren for avhengighet, sier Borchgrevink.

Smerte, en normaltillstand

Mellom 20 og 30 prosent av befolkningen svarer ja på spørsmål om de har hatt smerter som har vart over et halvt år. I de fleste tilfellene må kroniske smerter sies å være en en form for normaltillstand, noe som reiser nye spørsmål, mener Borchgrevink. Et av spørsmålene er hvor grensen går for når smerten er en sak for helsevesenet eller ikke. De fleste langvarige smertelidelser skyldes en kombinasjon av muskelsmerter og engstelse. Muskel- og skjelettsmerter er den vanligste årsaken til uføretrygd og langvarige sykemeldinger.

– Før var holdningen i befolkningen at medisiner og operasjon var løsningen. I dag er folk mer klar over at det er vel så viktig å takle egen helse gjennom læring og mestring. Helsetilbudet er bedre enn noen gang. Samtidig er folk mer opptatt av sine egne helseplager. I en slik situasjon vil det være fare for en oppblåsning av helsevesenet. Derfor vil det være en meget viktig oppgave for oss å drive forebyggende virksomhet i tillegg til behandling.



Smerte

- ▶ Smerte er en følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsskade eller opplevd som dette. Det kan være store forskjeller på hvordan folk opplever smerte. Smerteopplevelsen er subjektiv og kan ikke overprøves.



Professor Petter C. Borchgrevink

Den største styrkeprøven

Synnøve Haug fra Volda syklet i år den lille styrkeprøven fra Lillehammer til Oslo på 7 timer og 43 minutter. Den store styrkeprøven har vært å komme seg ut av smertene. Det tok flere år.

Synnøve Haug levde et liv styrt av smerter i rygg og hofter. Hun hadde gitt opp å bli helt frisk, før hun kom i kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser (NKSL) ved St. Olavs Hospital.

– Det meste handlet om å ha det vondt. Jeg tilbrakte mange timer på sofaen, og gjorde minst mulig. Uansett hva jeg gjorde, fikk jeg vondt etterpå. Jeg følte meg som en klump av smerte.

Haug hadde ingen tro på at hun kunne bli helt frisk, men forventet nok en kur som gjorde henne litt bedre for en periode. Så fikk hun beskjed om at hun måtte gjøre jobben selv.

– Jeg tenkte: Ja, ja – det skal du ha meg til å tro! Jeg ble med på opplegget nesten bare for å bevise at de tok feil.

Det tok nesten et år før Haug merket noen bedring. Men sakte men sikkert begynte tankegangen hennes å endre seg.

– Plutselig en dag uttalte jeg høyt at jeg ville gjøre endringer i livet mitt. Da hadde det gått et år med både bevisst og ubevisst jobbing med mine egne holdninger og tanker. Det ble starten på min snuoperasjon!

I tillegg til egen innsats og hjelpen fra NKSL fikk Haug god oppfølging av fastlegen sin, noe som er helt avgjørende i forhold til pasienter med kroniske smerter.

– Fastlegen min var fantastisk, og samarbeidet med St. Olavs Hospital gjorde han i stand til å gi meg oppfølging i etterkant.

Sakte men sikkert begynte et nytt, smertefritt liv for Haug. Gjennom jobben på Høgskulen i Volda og god støtte fra venner og familie kom hun tilbake ”på innsida” av det sosiale livet. Men høydepunktet kom i sommer.

– Det var en del som syklet på jobben, og jeg ble inspirert. Derfor utfordret jeg legen og fysioterapeuten min til å sykle den lille styrkeprøven fra Lillehammer til Oslo. Det var gøy!

**Og hvis du var i tvil
– det var Synnøve som vant.**



Synnøve Haug.



Statsråd Sylvia Brustad flankert av styreleder Kolbjørn Almlid (t.h.) og adm.dir. Jan Eirik Thoresen under besøket hos Helse Midt-Norge i Stjørdal i går.

Brustad roste Helse Midt-Norge

– God dialog er viktig for å lykkes. Det opplever jeg at vi har med Helse Midt-Norge, sa helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad da hun besøkte Helse Midt-Norge 20. august. Statsråden ga signal om at både rehabilitering av kreftbygget og ferdigstilling av helsedelen av Kunnskapssenteret vil bli gjennomført i tråd med de planene som foreligger. Bakgrunnen er både rapporten etter den eksterne gjennomgangen av prosjektet som ble levert på forsommeren i år, og ikke minst den måten Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF har tatt tak

i de økonomiske utfordringene knyttet til drift. Brustad slo også fast at planleggingen og utredningen for nytt sykehus i Molde kan fortsette. Byggestart for ny barneavdeling i Ålesund kan komme i gang når grunnlaget er på plass og Helse Sunnmøre har fått kontroll med driftsøkonomien. Styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge var glad for den klare beskjeden fra Brustad.

– Vi kommer til å jobbe hardt for å lykkes med den snuoperasjonen vi har startet. Forutsetningen for å kunne investere og utvikle en fremtidsrettet spesialisthelsetjeneste for innbyggerne i Midt-Norge, er at vi har kontroll på økonomien og opptrer ansvarsbevisst. Avklaringene vi har fått i dag gir oss et godt grunnlag å arbeide ut fra, mener Almlid.

Helse Sunnmøre med eigen flytransport



Måndag 3. september starta Helse Sunnmøre opp si eiga flyrute. Flyet fraktar pasientar, pårørende og tilsette tur/retur Ålesund – Trondheim. Helse Sunnmøre er det første helseforetaket i landet som prøver ei slik ordning.

For å gjere reisa mest mogleg komfortabel, har helseforetaket inngått ei avtale med Avinor om at dei kan køyre pasientane heilt ut til flyet. Dei reisande treng ikkje å gå gjennom den vanlege tryggings-sjekken verken på Vigra eller Værnes.

Dermed sparer dei mellom ein halvtime og tre kvarter kvar veg.

Flyet har daglege avgangar frå Vigra måndag til fredag kl 08:30 med retur frå Værnes kl 17.

6 millioner til lokalsykehusprosjekter i Helse Midt-Norge

Fem prosjekter i Helse Midt-Norge får til sammen 6 millioner kroner fra helse- og omsorgsdepartementet for å utvikle lokalsykehusene. – Regjeringen er opptatt av å legge til rette for livskraftige lokalsykehus, sa minister Sylvia Brustad da hun offentliggjorde listen.

Ved tildelingen har departementet lagt vekt på prosjekter som skal bedre samhandlingen innen spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene, eller prosjekter som prøver ut nye modeller for organisering.

Helse Nordmøre og Romsdal, St. Olavs Hospital og kommunene Surnadal og Trondheim har til sammen fått 2,5 mill. kroner til å etablere en samhandlingskjede for kronisk syke (slag, hjertesvikt, KOLS/emfysem).

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune får 0,5 mill. kroner til prosjekt for å samordne tilbud til pasienter henvist til DPS som har behov for tjenester fra flere instanser.

Helse Sunnmøre får 1,5 mill. kroner til å etablere en intermediær avdeling i Ålesund som skal ivareta utskrivingsklare pasienter med kommunalt pleie- og omsorgsbehov. Helse Nord-Trøndelag tildeles 0,5 mill. kroner til et forprosjekt som skal utrede behovet for en tilsvarende ordning for befolkningen i Namdalsregionen.

Helse Nordmøre og Romsdal får 1 mill. kroner til et prosjekt for å etablere video-basert samarbeid med utvalgte kommuner (Sunnadal og Surnadal).

Ansvar for nasjonalt samarbeid

De regionale helseforetakene i Norge skal videreføre samarbeidet om psykisk helsevern og rusbehandling. Mandag 3. september var det oppstart, og Helse Midt-Norge har nå overtatt ansvaret for å organisere og legge til rette for arbeidet. Opptappingsplanen for psykisk helse blir avsluttet neste år, men satsingen blir videreført og vil fokusere på forbedringsarbeid, kompetansebygging, tilgjengelighet og kvalitet. I tillegg til representanter fra helseregionene, vil Sosial- og helsedirektoratet,

kommune, primærhelsetjeneste og brukerrepresentanter delta i strategiarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge arbeidet som observatør.

– Målet er å skape et like godt tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling uavhengig av hvor i Norge pasientene bor, sier adm.dir. Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF. – For å lykkes med det må vi klargjøre roller, få felles forståelse og lik bruk av begreper og tydeliggjøre mål og ambisjoner for behandlingstilbudet over hele landet.



Jan Erik Thoresen.

Intern husleie

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å innføre intern husleie i foretaksgruppen fra og med budsjettåret 2008. Det blir etablert eiendomsenheter og/eller drifts- og vedlikeholdsenheter på helseforetaksnivå. Ordningen skal evalueres etter tre år.

Styret forutsetter også at helseforetakene skal samarbeide, og dermed sikre enhetlige løsninger innen eiendomsforvaltningen og en best mulig utnyttning av de samlede ressursene.

Får økt investeringsramme

Helse Midt-Norge får 229 millioner kroner mer i årlige investeringsmidler fra og med 2008. Økningen er større og kommer tidligere enn det som ble varslet i Statsbudsjettet for 2007.

Helse- og omsorgsdepartementet har tidligere signalisert at Helse Midt-Norge skulle få økt sine årlige investeringsrammer med 140 millioner kroner innen 2009. Nå er det klart at Helse Midt-Norge får nesten 90 millioner mer enn tidligere lovet, og at pengene bevilges i sin helhet neste år.

► Vi er glade for at bevilgningene kommer i 2008, og vi er også tilfreds med at rammen ligger høyere enn tidligere forespeilet, sier styreleder Kolbjørn Almlid i Helse Midt-Norge RHF. - Dette påvirker imidlertid ikke behovet for å gjennomføre den snuoperasjonen vi har startet. Vi må fortsatt få på plass et langtidsbudsjett som kan forsvare de framtidige kapitalkostnadene vi får når utbyggingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim er gjennomført, sier han.

Nyttig tilbakemelding fra primærlegene

Primærlegene i Helse Midt-Norge er mer fornøyd med sitt nærmeste sykehus enn leger i andre helseregioner. Det viser en spørreundersøkelse Helse Midt-Norge gjennomførte i mai i år. Men legene mener også at det er behov for å bedre samarbeidet på flere områder.

Ifølge primærlegene kan sykehusene gi bedre informasjon om lokalsykehusets behandlingstilbud, epikriser kan formidles raskere og samhandlingen mellom sykehus og primærlege kan bli betydelig bedre.

► Tilbakemeldingene er et godt utgangspunkt for å kunne gi god pasientbehandling og sikre gode behandlingsforløp, sier konstituert fagdirektør Daniel Haga i Helse Midt-Norge RHF.

Hvordan spjelkes en brukket verdighet?

– Rehabilitering har tre perspektiv. Det første er selve betydningen av ordet. Å rehabilitere betyr å gjeninnsette i verdighet. Det sier seg selv at det er noe mer enn å trene opp en kroppslig funksjon. Rehabilitering er å føre en pasient tilbake i en situasjon som er verdig for den personen. Det sier Dagfinn Thorsvik ved rehabiliteringsklinikken i Levanger.

Rehabilitering – en del av vår kultur

– Det andre perspektivet er det som ligger i vår etiske plattform med røtter langt tilbake i kulturnasjonen. Faktisk tør jeg påstå at vi finner den første omtalen av rehabilitering i Hávamál. Der sies det; "Er du halt, kan du ride, handlaus gjæte, er du dauv, kan du duga i strid. Blind er betre enn brend á vera. Daud mun ein lita duga", kveder Thorsvik. – I dette ser vi to

ting. Det ene er at ethvert menneske har evner og muligheter som kan benyttes. Det andre er at samfunnet har bruk for deg. Det handler om menneskeverd, fortsetter han.

Det tredje perspektivet på rehabilitering kommer fra det offentlige. I Stortingsmelding 21 fra 2000 om ansvar og mestring defineres rehabilitering som "tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

Skiller seg ut i spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering skiller seg fra resten av helsevesenets oppgaver på flere områder. Individet selv er i særlig grad involvert, mens helsevesenet er rådgivere, trenere og konsulenter. Som oftest er langt flere faggrupper involvert i rehabilitering enn i tradisjonell behandling. – Det er viktig at rehabiliteringen likevel blir godt integrert i behandlingen. I spesialisthelsetjenesten er det en stor fordel å komme i gang så fort som mulig. Der kan vi trekke på kompetansen fra flere typer spesialister, og det er mye medisinsk og medikamentell behandling. I neste omgang er det derimot

viktig at pasientene får behandlingen nært sine normale sosiale forhold. Slik blir de lettere i stand til å koordinere aktivitetene med skole, jobb, bolig og andre ting vi ikke tenker over til vanlig, forteller Thorsvik.

Fortsatt utfordringer

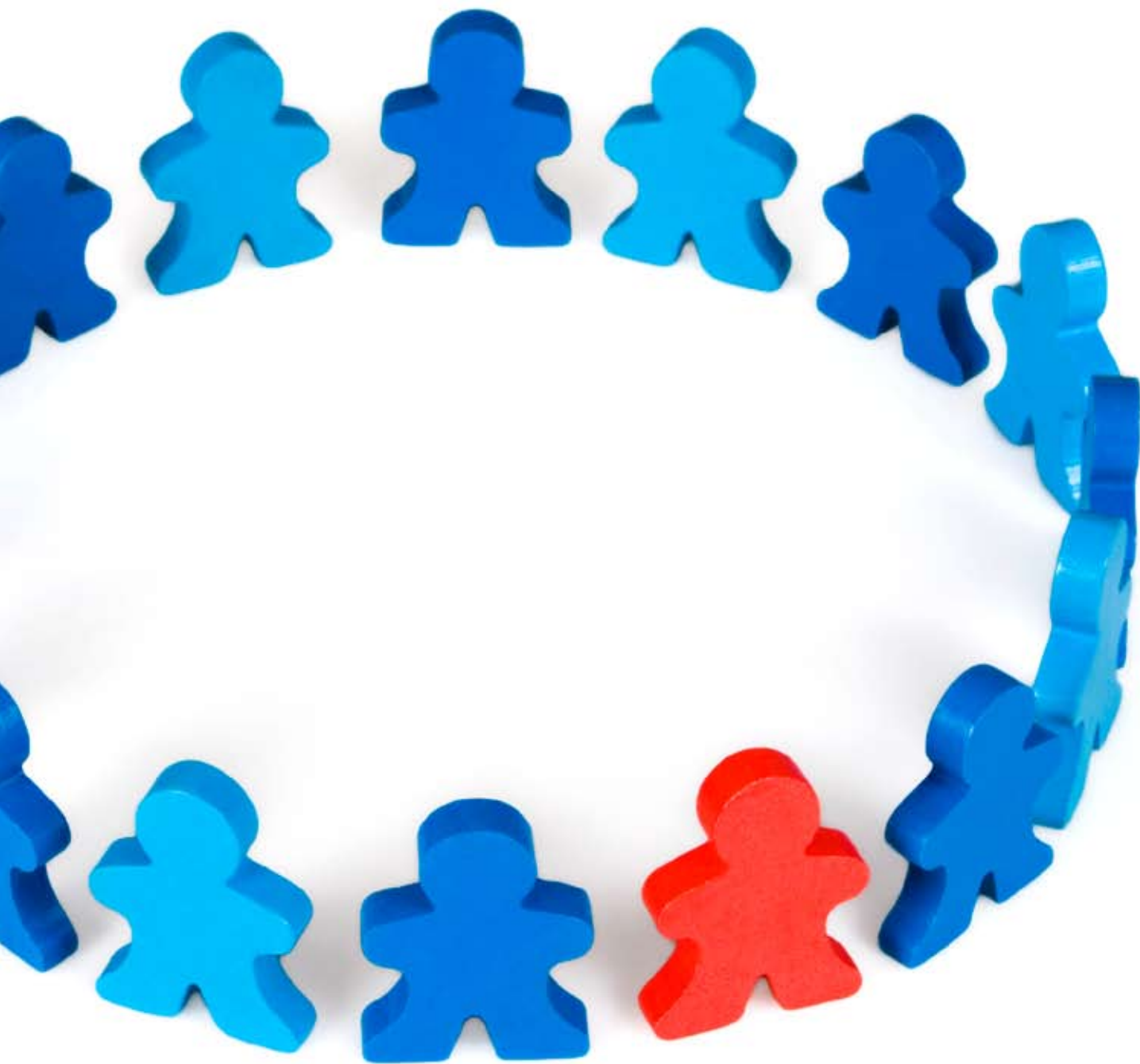
Det skjer en spennende utvikling i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er hvordan vi skal få brukt opptreningsinstitusjonene best, og hvordan vi kan integrere dem godt i spesialisthelsetjenesten. Det er et behov for å klargjøre og fordele oppgavene mellom sykehus og institusjonene. – Det er lite forskning på effekten av rehabiliteringen, men de fleste mener at det ikke bare er lønnsomt i kroner og øre, men også i livskvalitet. – Dette er jo vanskelig å måle, og det er kanskje en liten svakhet i faget. I motsetning til annen medisin der man støtter seg på erfaringsbasert kunnskap, har ikke vi den samme muligheten. Det kan også være årsaken til at vi ikke har en sterk rekruttering i faget. Det er en realitet at forskning gir faglig status, og her kommer vi i skyggen av blålumsmedisinen. Det er ønskelig at vi får mer erfaringsbasert kunnskap gjennom forskning også innen rehabilitering, avslutter Thorsvik.



Dagfinn Thorsvik.

Hjelp på pasientens banehalvdel

Akuttbehandling av psykiatriske pasienter i deres egne omgivelser kan redusere antallet innleggelser, lengden på sykehusoppholdet og gi riktig hjelp raskere. Det viser erfaringer fra Birmingham i England.



Disse erfaringene skal vi nå gjøre nytte av i Sør-Trøndelag, forteller prosjektleder og seniorrådgiver Åse Riaunet ved St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern.

– Kunnskapen og inspirasjonen vi henter fra England er et ledd i et systematisk arbeid som startet med opptrappingsplanen for psykisk helsevern i 1999. I Helse Midt-Norge har det vært jobbet mye med å utvikle gode tjenester og gjøre dem tilgjengelige samt å utjevne geografiske forskjeller. Det har hele tiden vært en forutsetning at det også skulle utvikles ambulante funksjoner, men vi vil utvikle vår egen modell, understreker Riaunet.

Et alternativ til innleggelse

Erfaringene fra England er ikke direkte overførbare. Norge bruker betydelig flere ressurser til psykiske helsevern enn England og har bygd opp lokalbaserte tjenester ved DPS i de siste 8 årene. Dessuten har kommunene også hatt en tilsvarende opptrapping som i hovedsak har gått til tilrettelagte boliger og dagtilbud. Riaunet mener det likevel er nødvendig å øke tilgjengeligheten for hjelp i krisesituasjoner for alle aldersgrupper.

– Det er viktig å tilby et alternativ til akuttinnleggelse i sykehus og redusere antall uønskede reinnleggelser. De som kjenner pasienten fra før, som primærhelsetjenesten og det lokale DPS'et, skal involveres tidlig når en krise er under

oppseiling. For nye pasienter vil det også kunne være mer hensiktsmessig å bli møtt av team med høy psykiatrifaglig kompetanse og god systemforståelse i stedet for å bli henvist til akutt innleggelse via legevakten. I løpet av de siste ti årene er det derfor jobbet systematisk med å utvikle en felles tenking i samarbeid med kommunene.

Bedre tilbud

Et pågående prosjekt i St. Olavs Hospital, Divisjon Psykisk Helsevern skal sørge for etablering av ambulante akutt-team/ambulante funksjoner i Sør-Trøndelag. Det utarbeides en modell for Trondheim og bynære kommuner og en annen modell for distriktkommunene. Endringene gjennomføres for at brukere og deres familier skal oppleve økt tilgjengelighet og bedre sammenheng i tjenestetilbudene i kriser og akutte situasjoner. I tillegg til ivaretagelse av den lovpålagte øyeblikkelig hjelp plikten, skal tilgjengeligheten til Psykisk Helsevern økes i større deler av døgnet. En døgnpost i sykehuset skal legges ned og bidra til å finansiere de nye tilbudene.

– Vi ønsker at våre samarbeidspartnere i kommunene etter omleggingen skal oppleve at Psykisk Helseverns tjenester er styrket og tilfredsstillende organisert. Brukere og pårørende skal oppleve økt tilfredshet. Våre helsemyndigheter skal se konkrete resultater bla. i form av færre uønskede reinnleggelser. Endringene skal kunne dokumenteres gjennom evaluering, sier Riaunet.

Dette er Birmingham-modellen

Et tverrfaglig akutteam (Crisis resolution team) tilbyr hjelp 24 timer i døgnet. Det er teamet som kommer til pasienten og yter hjelp i pasientens egne omgivelser. Teamet følger pasienten, familie og nettverk gjennom krisen.

England har 335 slike akutt-team og 220 psykiatriske ambulante rehabiliteringsteam (Assertive outreach team). Hvert team dekker en befolkning på 150.000 mennesker.

Erfaringer fra England viser at ambulante team tilbyr trygge og effektive tjenester. Et viktig prinsipp er at brukere kan tilbys alternativ til innleggelse i sykehus. En undersøkelse publisert i British Journal of Psychiatry (2006) viste:

- ▶ Reduksjon i bruk av sykehusplasser på 22 % i 130 områder som hadde akutt-team 24 timer i døgnet.
- ▶ Reduksjon var 10 % i 34 områder der teamene ikke hadde full døgntjeneste.

Endringen i England er basert på erkennelsen av at sentraliserte sykehusavdelinger ikke møter behovene til store brukergrupper. Modellen forutsetter at de ambulante teamene samarbeider målrettet med lokalbaserte tjenester (primary care team), med akuttavdelingene og andre helsetjenester. Akutteamene rykker ut så mange ganger det er behov for, til krisen er over. Dette gir pasienten en ekstra trygghet i den vanskelige situasjonen.



Mål i etableringen av ambulante funksjoner i St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern

- ▶ Mer varierte tilbud, styrke frivillighet og alternativ til akuttinnleggelser i sykehus der dette er mulig og ønskelig.
- ▶ Forutsigbare og effektive tjenester til mennesker med langvarige psykiske lidelser.
- ▶ Tjenester og systemer som sikrer primærhelsetjenesten nødvendig bistand i form av vurdering, kriseintervensjon og rådgivning.
- ▶ Utvidet åpningstid for poliklinikker.
- ▶ Ambulerende polikliniske tjenester og differensierte døgntilbud i DPS for akutte tilstander.