

HELSE

01/2008 – Årgang 6 – Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE



Dette er Ambulansetjenesten i Midt-Norge!

Side 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 og 17

**Verdens fremste prematur-
eksperter til Ålesund**
side 8-9

**Debatt: Henviser vi for mange
barn til spesialisthelsetjenesten?**
side 18-21



Sykmeldt? Nå finnes det tilbud som kan hjelpe deg raskere tilbake i jobb

Ingen er tjent med sykefravær som varer lenger enn nødvendig. Både ved sykehusene og i regi av NAV er det opprettet nye tilbud for deg som er sykmeldt. Du kan blant annet få tilbud om behandling av spesialisthelsetjenesten, personlig oppfølging, arbeidstrening, hjelp til å kartlegge dine muligheter i arbeidslivet og ulike motivasjonstiltak.

Les mer på nav.no/raskeretilbake for å finne ut om tilbudene kan være aktuelle for deg. Du kan også ta kontakt med NAV eller din fastlege.



LEDER :

Omstilling og vekst



Jan Eirik Thoresen

Jan Eirik Thoresen
Adm. direktør

Helsesektoren har vært og kommer til å være en vekstsektor i Norge. Ikke minst vil et økende antall eldre og det faktum at vi lever lengre, føre til at behandling, pleie og omsorg vil være etterspurte tjenester. Vi trenger mange hender og vi trenger motiverte medarbeidere både i spesialist- og primærhelsetjenesten framover.

I tillegg fører ny kunnskap og medisinske nyvinninger heldigvis til at vi kan gi behandling til nye pasientgrupper. Vi blir utfordret på kvalitet og vi må forholde oss til nye generasjoner av pasienter som med sine rettigheter og sin tilgang på informasjon, vil stille krav og ha høye forventninger til oss.

Behovet for omstilling handler både om å tilpasse våre organisasjoner og våre arbeidsprosesser slik at vi kan tilby kvalitet – og at vi gjør dette innenfor forsvarlige etiske og økonomiske rammer. Jeg har respekt for at det kan være krevende for både ansatte og ledere å gjennomføre slike endringsprosesser. Men hos oss er det i de aller fleste situasjoner slik at nedbemanning ikke resulterer i at ansatte mister jobben. I all hovedsak handler det om å få tildelt nye arbeidsoppgaver.

Snuoperasjonen vi gjennomførte i 2007 er et solid bevis på at selv om vi har redusert med flere hundre årsverk i helseforetakene, så har ikke det resultert i oppsigelser i hopetall. Ved St. Olavs Hospital har ikke reduksjon i antall senger gitt et dårligere behandlingstilbud. I stedet har flere pasienter fått dagbehandling, og et tettere samarbeid med Trondheim kommune har ført til bedre oppfølging av den enkelte pasient. Og sykehuset utnytter etter hvert sine økonomiske ressurser bedre og innenfor en ansvarlig budsjettamme.

Opptappingsplanen for psykisk helsevern fører til at tunge institusjoner erstattes av en åpen og inkluderende tjeneste,

der behandlingstilbudet i størst mulig grad skal desentraliseres. Vi har fortsatt behov for sengeplasser for å kunne gi et godt tilbud når innleggelse er påkrevd, men vi bygger samtidig opp de polikliniske tilbudene og har fått mange nye flotte distriktpsikiatriske sentre. Omstillingen skal både gi oss bedre kvalitet og et tilbud til langt flere.

Helseforetakene er viktige i lokalsamfunnet fordi de gir arbeid til mange mennesker og fordi oppgaven er å levere trygghet for liv og helse til befolkningen. Det er derfor en felles utfordring både for våre styrende organer, ledere på alle nivåer og de ansattes tillitsvalgte å skape forutsigbarhet og trygghet når tjenestetilbud endres og ansatte må omstille seg til andre oppgaver. Ikke minst gjelder dette for situasjonen i de to helseforetakene i Møre og Romsdal. Selv om prosessen til tider har vært turbulent, så er det nå lagt et løp som skal ivareta de ansatte, det økonomiske oppgjøret og først og fremst hensynet til pasientene.

For Helse Midt-Norge som helhet, er vi kommet langt med de målrettede tiltakene som ble iverksatt i 2007. Langt på vei har vi innfridd kravet om å få kontroll med økonomien, og for 2008 er det faktisk lagt til grunn budsjetter som skal gi helseforetakene et overskudd. Dette er historisk, men det betyr ikke at vi kan slakke på kravene om omstilling. Tvert om.

Helse Midt-Norge kommer til å vektlegge stram økonomistyring også i 2008. Vi forventer at økte inntekter gir seg utslag i økt pasientbehandling. Omstillingstiltakene skal ikke svekke tilbudet, men være med på å bygge en trygg økonomisk og organisatorisk plattform for utvikling av behandlingstilbudet.

HELSE – Et magasin fra Helse Midt-Norge

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

– Muritunet drar meg i riktig retning!

– Som sykmeldt er det lett å gi opp og stå på stedet hvil. Etter at jeg kom til behandling på Muritunet, har jeg blitt nødt til å ta standpunkt til min egen situasjon. Her er det hele tiden noen som passer på meg og stiller opp, sier Rune Røsand.

Han har vært 100 prosent sykmeldt fra jobben som vaktmester i en idrettshall i Kristiansund i snart to år. Smerter i rygg, skuldre og nakke har gjort det umulig for ham å gjøre jobben sin.

– Jeg prøvde aktiv sykmelding, men det gikk ikke. Til slutt var det saks-behandleren min i NAV som foreslo tiltak gjennom Raskere tilbake. Dermed kom jeg hit til Muritunet.

Her ble han møtt av et tverrfaglig team av leger, fysioterapeuter og sykepleiere, i tillegg til idrettspedagog og en attførings-konsulent. Behandlingssenteret har også mulighet til å hente inn logopeder og ergoterapeuter. En behandlingsperiode varer i fire uker, og har plass til 16 personer.

Motiverende

Når HELSE snakker med Røsand, er han ferdig med to av de fire ukene sine på Muritunet. Her får han og de andre deltakerne variert fysisk trening, fra styrke- og kondisjonstrening til dans og trening i basseng. Røsand er svært fornøyd med oppholdet.

– Mye av treningen er nokså lik den jeg gjorde på egenhånd før jeg kom hit, men innsatsen blir en helt annen når jeg får så

god oppfølging som jeg gjør her. Jeg merker ikke noen stor forbedring på smertene mine, men jeg har fått massevis av motivasjon. Dette er virkelig noe å bygge videre på, mener han.

Samtalegrupper

På Muritunet legger de stor vekt på å jobbe i samtalegrupper. Her er målet å komme fram til konkrete mål-setninger for behandlingen og tiden etter. For Røsand innebærer det at han i løpet av oppholdet skal ta et standpunkt til sin egen yrkesframtid.

– Det blir noe av det viktigste for meg mens jeg er her. Jeg må finne ut om jeg

ønsker å prøve å gå tilbake til min tidligere jobb, eller om jeg blir nødt til å omskolere meg. Dette er spørsmål som jeg vil få hjelp til å svare på av de ansatte, og jeg kommer til å legge stor vekt på tankene og vurderingene deres, under-streker han.

Røsand mener de aller fleste som er lang-tidssykmeldt ønsker å komme tilbake i jobb, men at det kan være en tung og krevende prosess.

– Det skjer lite når man er sykmeldt, og da er det lett å stagnere. Derfor er det godt å komme til et sted hvor det er folk som passer på og drar deg i riktig retning.



Skal bli flinkere til å informere

2400 personer i Midt-Norge ble henvist til Raskere tilbake i fjor. Nå skal bedre informasjon gjøre at enda flere får tilbud i år.

”Raskere tilbake” trådte i kraft 1. mars i fjor, og målet er å få sykmeldte arbeids-takere tilbake i jobb. Ordningen gir syk-meldte tettere oppfølging og tilbud om behandling, rehabilitering og avklaring. Gjennom fastlegen kan de få tilbud om sykehusbehandling, mens NAV kan tilby arbeidstrening, rehabilitering og hjelp til å kartlegge mulighetene i arbeidslivet.

Helse Midt-Norges rolle det siste året har vært å bygge opp et tilbud, slik at mål-gruppa har mulighet til å komme raskere tilbake. Tilbudet er tredelt, og henvender seg til forskjellige pasientgrupper, forklarer seniorrådgiver Reidar Tessem.

– For det første er det enkle lidelser, som for eksempel muskel- eller skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer og lunge-medisinske problemer. Så er det sammen-satte lidelser, som har forskjellige årsaker, og kan være mer komplisert å behandle. Et eksempel på det er smerte. Disse blir i stor grad henvist til sykehus. Den tredje gruppa er rehabilitering med arbeid som mål. Her får pasienten tilbud om opphold på rehabiliteringssentre som for eksempel Muritunet.

Høyt sykefravær

Det var Sykefraværsutvalget som høsten 2006 vedtok å gjennomføre ”Raskere tilbake”, som et ledd i arbeidet for å få

ned sykefraværet. I dag er 120000 arbeids-takere i Norge sykmeldt, det er like mange som det er innbyggere i Stavanger. I tillegg er bortimot 65000 på attføring, og over 45000 på rehabilitering. Sykefraværet utgjør nesten 6 prosent av arbeidsstyrken, og staten betaler hvert år ut over 26 milliarder kroner i sykepenger.

Til sammen ble 2400 personer i Midt-Norge henvist til forskjellige ordninger gjennom Raskere tilbake i fjor.

Dialog og informasjon

Tessem mener Helse Midt-Norge har gjort en god innsats for å få på plass tilbudet til pasientene. Nå blir utfordringen å få ut mer informasjon om tilbudet.

– Vi må gå i dialog med fastlegene, og fortelle dem hva slags tilbud som eksisterer. Det er de som er i kontakt med pasientene, og da er det viktig at de er klar over hvilke muligheter som finnes. I dag ligger det mye informasjon på inter-nett, men det er ikke nok. Vi må satse mer på personlig kontakt, og vil derfor arrangere møter med fastlegene i løpet av de neste månedene. I tillegg skal det gjøres en større nasjonal innsats på informasjonssiden, slik at også arbeids-givere og arbeidstakere blir gjort kjent med tilbudet, forteller Tessem.



Seniorrådgiver Reidar Tessem

Samhandling en sentral utfordring

– Økt samhandling i alle ledd er et gjennomgående budskap. Det har vært interessant å følge med på arbeidet innen samhandling i Helse Midt-Norge. Arbeidet som er nedlagt i samarbeid mellom Trondheim kommune og St.Olavs Hospital om å tilby spesialiserte tilbud og rehabiliteringsopphold til pasientene etter sykehusbehandling er viktige eksempler for hele landet. Samhandlingsutfordringen er en av de mest sentrale i vårt helse-system, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.



Styret for Helse Midt-Norge RHF 2008-2009 fra v.: Styreleder Kolbjørn Almlid, Karl Wesenberg, Kirsti Leirtrø, Ingegjerd S. Sandberg, Ellen Engdahl, Olav Georg Huseby, Merete Storødegård, nestleder Tove Røsstad, Joar Olav Grøtting, Jon Helle (varamedl.), Bjørg Henriksen og Oskar Grimstad. Jan Magne Dahle og Ellen Marie Wøhni hadde forfall fra møtet.

Oppdragsdokumentet for 2008 inneholder bl.a. satsing på organdonasjon, innføring av hørselsscreening av nyfødte og egen ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser er blant oppgaver som beskrives i oppdragsdokumentet. Økt samhandling i alle ledd er et gjennomgående budskap.

Helseforetakene har ansvaret

– Det er et felles ansvar å forvalte det største budsjettet for spesialisthelsetjenesten noen gang best mulig. I oppdragsdokumentet har jeg lagt vekt på at de regionale helseforetakene har det fulle ansvaret for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad.

Oppdragsdokumentet bygger på Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan og statsbudsjettet.

Økonomi og resultatkrav

I tillegg til oppdragsdokumentet fikk Helse Midt-Norge i foretaksmøtet 31. januar bl.a. spesifisert de krav som eier setter til økonomistyring og resultatkrav for 2008. Økte pensjonskostnader som kommer som endret beregningsgrunnlag, inngår ikke i kravet om å drive i økonomisk balanse. Departementet har understreket behovet for god intern kontroll og systemene for risikostyring brukes til å forebygge, hindre og avdekke avvik. Minst en gang i året skal det regionale styret ha en samlet gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen. Dette skal munne ut i en rapport som forelegges departementet når det rapporteres for 2. tertial.

Helse Midt-Norge skal sørge for at det innen 1. mai 2008 er etablert utvalg for hvert helseforetak i regionen som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelses i vakante stillinger i foretaket.

I tråd med det Helse Midt-Norge allerede har iverksatt i 2007, skal helseforetakene ha rutiner for å følge opp planlagte tiltak slik at det kan iverksettes nye når omstillingstiltak ikke gir ønsket økonomisk effekt. Omstilling skal bidra til mer kostnadseffektiv drift på lang sikt, og tiltakene bidra til å nå økonomisk balanse.

Universitetssykehuset fase to

Foretaksmøtet behandlet utbyggingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim spesielt. Konklusjonen er at når fase to gjennomføres, vil Helse Midt-Norge RHF være i en meget krevende økonomisk situasjon fra og med 2010, som det så langt ikke er funnet tilfredsstillende løsninger på. Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF innen 1. mars 2008 oversender langtidsbudsjett som viser hvordan kostnadene blir håndtert innenfor Helse Midt-Norge RHF sine økonomiske rammer.

Foretaksprotokollen omhandler bl.a. også samordning av stabs- og støttefunksjoner (felles nasjonalt prosjekt), oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv, registrering av helsepersonells bierverv, reduksjon av uønskede deltidsstillinger, rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn og språkkrav til utenlandsk helsepersonell.



Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad

Nye oppgaver som blir gitt i Oppdragsdokumentet for 2008:

- Donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon. En egen DRG-refusjon for organdonasjon er innført fra 2008.
- Foretakene skal legge til rette for innføring av ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Blir innført i løpet av 2008.
- De regionale helseforetakene skal følge opp den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering som ble lagt fram i St.prp. nr. 1.
- De regionale helseforetakene skal i 2008 minst opprettholde ressursinnsatsen til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner.
- Hørselsscreening av nyfødte skal innføres ved alle landets fødeinstitusjoner.
- De regionale helseforetakene skal gjennom samarbeid med fylkeskommunene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser – med særlig fokus på ambulansearbeiderutdanningen og den nye helsefagarbeiderutdanningen.
- De regionale helseforetakene skal sørge for at forskjeller i tildeling av retten til nødvendig helsehjelp både innad i egen region og mellom regionene utjevnes.

Ledende fagfolk til Ålesund

I sommer kommer noen av verdens fremste eksperter på behandling av premature barn til Sunnmøre. Da blir den første tverrfaglige kongressen om behandlingsmodellen NIDCAP arrangert. Bak står ildsjeler ved Ålesund Sjukehus.



Arnhild Kongshaug

– Dette er en kjempeinspirasjon for oss, sier Arnhild Kongshaug, som er leder i kongresskomitéen. Hun og resten av komitémedlemmene har knyttet til seg forelesere fra blant annet USA, Sør-Amerika, Tyskland og Sverige.

– Jeg er veldig stolt over det programmet vi kan presentere. Hit kommer blant annet professor K.J.S. Anand, som var en av de første som forsket på smerte og premature barn. Og det gir selvfølgelig kongressen stor tyngde at psykolog Heidelise Als fra barneavdelingen ved Harvard Medical School kommer.

Det er Als som har utviklet NIDCAP, som er en modell for behandling av premature barn. Hun ville finne ut hvorfor barn som er født for tidlig oftere enn andre sliter med å fungere sosialt, har konsentrasjonsvansker og trenger spesiell oppfølging på skolen.

Miljøet påvirker utviklingen

Forskningen hennes viste at årsaken ligger i utviklingen av nervesystemet, som hovedsakelig skjer i siste del av svangerskapet. Hos for tidlig fødte barn er det ikke ferdig utviklet ved fødselen, og prosessen må fortsette utenfor den trygge og beskyttende livmoren. Hvis barna ikke blir beskyttet i denne perioden, kan de bli overveldet av uventede og overveldende sanseinntrykk. Det kan føre til at barna blant annet får problemer med konsentrasjonen senere i livet.

NIDCAP legger derfor vekt på å gi premature barn et miljø som er mest mulig likt livmoren. De ansatte snakker med dempede stemmer, og barna blir beskyttet mot lyd og lys. De skal ikke forstyrres unødig, og blir utsatt for så lite smerte som mulig. Blodprøver blir for eksempel tatt når barnet allerede er våkent og mett.

Lærer å kommunisere med barna

I tillegg fokuserer NIDCAP på å tolke de signalene barna sender ut, og tilpasse pleie og miljø etter det. Det er en stor utfordring, for premature barn gir mye svakere signaler enn andre barn.

– Barna forteller oss om de er slitne eller sultne, men det krever trening å skjønne at det er det de prøver å si. Vi kan lese mye ut fra hvordan de puster eller ved å se på hudfargen. Ikke minst er det viktig at foreldrene lærer seg å tolke disse signalene, påpeker Kongshaug.

NIDCAP har gitt svært gode resultater. Barna som har fått utviklingsstøttet

behandling, trenger mindre hjelp til å puste, de får bedre kontakt med foreldrene og kan reise fortere hjem fra sykehuset.

Sterkt miljø

Kongressen er den første som retter seg både mot nyfødt medisin og oppfølgings-tjenesten innen barne- og ungdomspsykologi. Kongshaug mener det er viktig å samarbeide på tvers av fag når man jobber med denne gruppen.

Til daglig er hun undervisningssykepleier på neonatal intensiv seksjon ved Ålesund Sjukehus. Denne avdelingen har ett av de sterkeste NIDCAP-miljøene her i landet.

– Vi ble tidlig interessert, og sykepleiere herfra var blant de første her i Norge som tok denne utdannelsen. Seksjonsoverlege Lutz Nietsch er den første legen i landet som er i ferd med å utdanne seg innen NIDCAP. Derfor er det spesielt morsomt at vi nå får i stand denne kongressen. Den vil sette avdelingen på kartet og gjøre oss enda mer kjent som en faglig sterk avdeling, mener hun.

NIDCAP

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

- utviklet av den amerikanske psykologen Heidelise Als
- utviklingstilpasset omsorg for premature barn
- gir barna et beskyttet miljø mest mulig likt livmoren
- observerer barnets utvikling og oppførsel
- foreslår pleie og miljøtiltak ut fra barnets signaler

Resultater:

- barna trenger pustehjelp kortere periode
- barna vokser bedre
- barna reiser fortere hjem
- lavere forekomst av hjerneblødning og kronisk lungesykdom
- bedre motorisk utvikling
- bedre kontakt mellom foreldre og barn





Tema: Ambulansetjenesten i Midt-Norge

Sykehus på hjul

– Moderne ambulanser er nesten like godt utstyrt som et akuttmottak på et lite sykehus, og det er med på å gi alle et likt helsetilbud. Nå kan folk som bor langt unna sykehus få diagnose og begynne behandlingen like tidlig som de som bor i byene.

Det sier Erlend Sundland, som er avdelingssjef ved Prehospital avdeling ved St. Olavs Hospital. Han viser til at ambulansene har hjertestarter, EKG-apparat og utstyr til fødsel, i tillegg til diverse utstyr for å behandle sykdommer, brudd og skader.

– Med dette utstyret kan ambulansarbeiderne behandle hjertestans, bistå jordmor ved fødsel i bilen og behandle pasienter som har druknet eller har lav kroppstemperatur, sier Sundland.

– Videre kan de gi medikamentell behandling ved pusteproblemer, brystsmerter, allergi, diabetes, hjerneslag, kramper, smerter og forgiftninger. De behandler skader etter trafikkuhell, fall, brannskader, elektriske skader og øyeskader. I tillegg kan de organisere et skadested og ivareta samarbeidet med brann og politi.

Hjertepasienter

Sundland viser fram EKG-apparatet i bilen. Den registrerer den elektriske aktiviteten i hjertet, og brukes til å diagnostisere blant annet hjerteinfarkt. Det er uhyre viktig at behandlingen starter så raskt som mulig i slike tilfeller.

– Vi sender EKG direkte til hjertespesialist på sykehuset, som umiddelbart gir ambulansarbeiderne beskjed om hva

slags behandling de skal gi. De kan for eksempel få beskjed om å administrere trombolysebehandling, som er en måte å åpne hjertets blodårer på. Når pasienten er kommet til sykehus, står legene klare. De vet allerede hva slags tilstand pasienten er i og hva slags behandling vedkommende skal ha.

Elektronisk oversikt

Inne på kontoret sitt har Sundland en dataskjerm med kart over Sør-Trøndelag. Kartet viser hvor alle ambulansene i fylket til enhver tid befinner seg, om de er ute på oppdrag, og hvor akutt det er. Det samme kartet finnes inne på AMK-sentralen (Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral).

– Ambulansene har et lignende kart, hvor de får opp adressen de skal rykke ut til. Dette systemet har gjort det mye enklere å ha oversikt, og sørger for bedre utnyttelse av ressursene, påpeker han.

Flere utrykninger

Antall oppdrag har økt fra knapt 20000 i 1998 til 27350 i 2006. Tallet på utrykninger øker med 5 prosent hvert eneste år, og det er akutt- og hasteoppdragene det blir flere av.

– Det er trolig flere årsaker til det. Det kan være høyere krav og forventninger fra publikum. AMK-sentralen vil sikre seg, og

senker terskelen for å sende ut ambulanser. I tillegg blir stadig flere legevaksdistrikter slått sammen. Dermed blir det lengre avstander til legen i vakt, og flere pasienter som må kjøres. Til slutt har vi mange oppdrag som går ut på å frakte pasienter mellom sykehus. Vi har for eksempel 1500 turer til Værnes i året, for å hente pasienter som kommer med fly fra Møre og Romsdal, forklarer Sundland.



Foto: Geir Mogen

Avdelingssjef Erlend Sundland



En ambulanse har samme utstyr som et akuttmottak på et lite sykehus.



Adressen til pasienten kommer opp på et kart, og informasjon om pasienten oppdateres kontinuerlig under utrykning.



Ambulansen er utstyrt med ulike medikamenter for å kunne yte hjelp på stedet og underveis.



Ved mistanke om hjerteinfarkt kan EKG sendes til hjertespesialist direkte fra bilen, og behandling startes. Toveis skriftlig kommunikasjon mellom bil og spesialist.



Utstyr for å kunne yte hjelp på ulykkesstedet. Her finnes blant annet spjelkeutstyr, vakum-madrass, hjertestarter, akuttloffert og diverse beskyttelsesutstyr for ambulansemedarbeiderne.



Måle- hjelpeutstyr for vitale funksjoner: Blodtrykks- og pulsmåler, måleutstyr for oksygenmetning og sugeutstyr.

Dette skjer:



Ulykke

Pasienten ringer Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK).



AMK

Henvendelsen tas i mot av to personer. En som snakker med innringer og gir råd. I tillegg lytter en koordinator til samtalen, og avgjør hastegrad og hvilke ressurser som skal sendes ut.



Alarmeringsfasen

Informasjon om situasjonen sendes elektronisk til ambulansen. Adressen kommer opp på et kart. All informasjon oppdateres etter hvert som AMK får flere opplysninger fra innringer.



På ulykkesstedet

Skadestedet organiseres. Samarbeid med andre aktører som for eksempel politi, brannvesen, lege og ambulanshelikopter.



Tilbakemelding til AMK

Ambulansemedarbeiderne gir tilbakemelding om pasientens tilstand og hvilke ressurser det er nødvendig å ha klart på sykehuset.



Sykehuset forbereder mottak

På bakgrunn av tilbakemelding fra ambulansen avgjøres det hvilke ressurser som skal være klare til pasienten kommer inn – riktig folk til riktig tid.



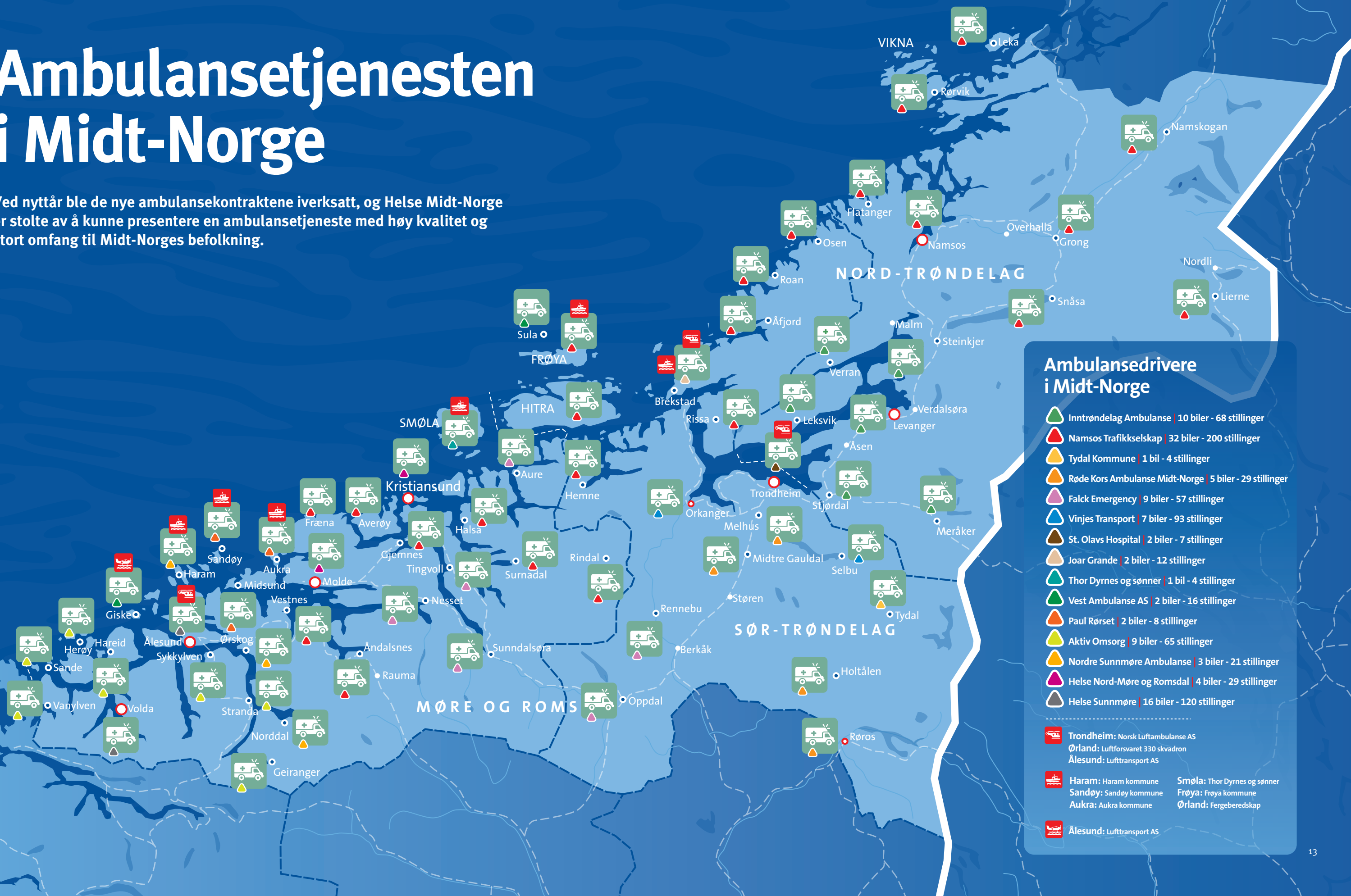
Mottak av pasienten

Når pasienten kommer inn til sykehuset fortsetter behandling og utredning. Alvorlighetsgrad og utredningsbehov vurderes på nytt.



Ambulansetjenesten i Midt-Norge

Ved nyttår ble de nye ambulansekontraktene iverksatt, og Helse Midt-Norge er stolte av å kunne presentere en ambulansetjeneste med høy kvalitet og stort omfang til Midt-Norges befolkning.





Ikke noe for kontorrotter!

– Jeg har verdens beste jobb! Jeg får nye utfordringer hver dag, jeg har gode kolleger og ikke minst, jeg er med på å redde liv. Det sier Paul Bengt Larsen, som er ambulansearbeider i Trondheim.

Dette er ikke en jobb du kan ha hvis du er avhengig av forutsigbarhet og liker deg best inne på kontoret. En ambulansearbeider vet aldri hva slags oppgaver dagen vil bringe. Noen dager er det helt rolig, andre dager kan det gå i ett.

– Det er noe av det jeg liker best ved jobben. Ingen dager er like, det er alltid nye utfordringer og oppgaver, sier Larsen.

Han har jobbet som ambulansearbeider i 24 år. I denne perioden har yrket gjennomgått en voldsom forandring. Fra å være nesten en ren transporttjeneste, begynte en rivende utvikling på slutten av 80-tallet. Spesielt mye har skjedd de siste 10 årene. Nå er ambulansene utstyrt med avansert medisinsk utstyr, som kommuniserer direkte med sykehusene.

Behandling i bilen

– Pasientene får et mye bedre tilbud. Nå kan vi begynne behandlingen allerede i bilen på vei til sykehuset, og det gjør det tryggere å behandle dårlige pasienter. Samtidig stiller det mye større krav til oss. Vi får stadig flere oppgaver, og mer og mer utstyr vi skal håndtere. Men det gjør jo bare jobben enda mer interessant, mener Larsen.

Han understreker at det er en forutsetning å være sosial for å trives i dette yrket. Han

møter alle slags mennesker gjennom jobben, og legger vekt på å gjøre det trivelig i bilen.

– Du må ha evnen til å snakke med alle. Vi bruker mye tid på å prate med pasientene, og få dem til å føle seg trygge. Folk skal ha det bra om bord, og det er viktig at stemningen er god.

Sterke opplevelser

Mange ser for seg at alle utrykninger er dramatiske, med stygge skader der sekundene teller. Slik er det innimellom, men heldigvis ikke hele tiden. Rundt halvparten av oppdragene går med til helt udramatisk transport av eldre.

Likevel må ambulansearbeiderne belage seg på sterke opplevelser gjennom jobben. De er ofte blant de første på stedet etter stygge ulykker, drap eller selvmord, og det kan være en stor påkjenning.

– Som en del av kollegastøtteordningen har ambulansetjenesten av beredskapsavtale med en krisepsykiater. Det er samme avtale som politi og brannvesen har. Etter spesielle hendelser, deltar vi på debriefinger sammen med dem, forteller Larsen.

I tillegg til kollegastøtteordningen, er takhøyden for å snakke om vanskelige

opplevelser høy. Tidligere var miljøet til en viss grad preget av en machokultur, men det har endret seg.

Tunge løft

Jobben som ambulansearbeider byr ikke bare på psykiske utfordringer. Bårene i de nye ambulansene har EU-standard, og veier nesten 60 kilo. Med pasienten oppå, kan vekten fort bli både 150 og 160 kilo, og det sliter på rygg, nakke og skuldre. De ansatte blir oppfordret til å trene, men belastningen er likevel stor. I dag er det sjelden å treffe på en ambulansearbeider over 50 år.

– Det blir ikke lettere av at de fleste nye heiser ikke har plass til bærer. For å frakte pasientene, må vi bruke bærestol eller ta beina fatt og bære båren ned trappene, sier Larsen.

Til tross for harde tak og tøffe opplevelser, nøler han ikke med å anbefale yrket.

– Jeg trives veldig godt, og liker at hverdagen er variert og utfordrende. Det som er vanskelig, legger jeg av meg i bilen på vei hjem.

Noen av ambulanse driverne

Aktiv Omsorg AS har drevet ambulansetjeneste siden 1970. De har 9 ambulanser i aktiv tjeneste i kommunene Hareid, Ulstein, Sande, Herøy, Vannylven, Sykkylven, Stranda og Geiranger.

Namsos Trafikkselskap er landets største private ambulansedriver og opererer i 5 fylker. De har totalt ca 50 operative biler, herav 32 i Midt-Norge. Ambulansedriften har ca. 300 ansatte.

Røde Kors Ambulanse Midt-Norge AS betjener Røros, Holtålen, Midtre Gauldal og Melhus med 5 ambulanser

i daglig drift. Røde Kors har drevet med ambulansetjeneste siden starten på 1960-tallet. Selskapet ble stiftet i 1999 ved en sammenslåing av flere Røde Kors-tjenester, og er heleid av lokale Røde Kors-lag.

Thor Dynes og sønner er en familiebedrift som har drevet med ambulanse siden 1966. Nåværende selskap ble stiftet i 1999 som et ANS med fire deltagere. Selskapet betjener Smøla med 1 ambulanse, og har også ansvar for ambulansebåten Øyvakt.



Foto: Aktiv Omsorg



Ny undervisningsmodell

Ved St. Olavs Hospital er det ingen yrkesgrupper som blir testet oftere enn ambulansarbeiderne. Nå skal det faglige nivået heves ytterligere.

Ved nyttår startet sykehuset ambulansedrift med to helt nye biler. De skal fungere som undervisningsbiler for hele fylket, etter en modell som har vært prøvd ut i Bergen i et par år.

– Det er bare i byene det er jevn høy aktivitet for ambulansarbeiderne. I distriktene er det store variasjoner i antall oppdrag avhengig av antall innbyggere. Etter innføring av ny arbeidstidsordning, kan det gå lang tid mellom hver gang de er ute akuttoppdrag. Undervisningsmodellen skal sørge for mengdetrening og faglig

oppdatering også for dem som jobber i distriktene, forteller avdelingssjef Erlend Sundland i Prehospital avdeling.

Undervisningsbiler

Bilene er i beredskap fra mandag til fredag, og målet er at ambulanspersonalet skal bli bedre til å håndtere akutsituasjoner.

– For befolkningen i distriktene betyr det en ekstra trygghet, mener Sundland.

Sykehuset har ansatt sju hovedinstruktører

med lang fartstid fra yrket. Den ene bilen blir bemannet med en hovedinstruktør pluss en ansatt fra en av ambulansestasjoner i fylket. I den andre bilen er det en hovedinstruktør og en andre-års lærling. På denne måten får både ansatte og lærlinger trening og et større erfaringsgrunnlag.

– I løpet av noen vakter her i byen kan de få nesten like mange akuttoppdrag som de får i løpet av en hel måned ved en gjennomsnittsstasjon i distriktet, påpeker han.

Populært fag

Stadig flere vil bli ambulansarbeider. Faget blir mer og mer populært, og både til videregående og lærlingplassene har det vært rekordstor konkurranse om plassene de siste årene.



Foto: Bjørn Tore Ness, Namsdalsvisa

Gunn Mikalsen Øseth

– Vi har aldri hatt så stor søkning som i fjor. Da var det 66 søkere til 15 elevplasser, forteller kursmedarbeider Gunn Mikalsen Øseth ved Olav Duun videregående skole i Namsos. De siste årene har det vært en jevn vekst i søkerallene til faget. Olav Duun videregående skole og private Lukas videregående skole er de eneste som har ambulansfag i hele Midt-Norge. De tar derfor imot elever fra hele regionen.

– I år har vi fire stykker fra Møre og Romsdal, fire fra Sør-Trøndelag mens resten er fra Nord-Trøndelag, sier Øseth.

Høyt utdanningsnivå

Utdanningen for å bli ambulansarbeider er todelt. Elevene må først ta helse- og sosialfag og ambulansfag ved videregående skole. Deretter følger to års læretid ute i bedrift. De fleste ambulansarbeiderne i Midt-Norge har i dag denne utdannelsen. Noen har paramedicutdanning fra høyskole, og noen har tre måneders vikarkurs.

Avdelingssjef Erlend Sundland ved Prehospital avdeling ved St. Olavs Hospital har ansvaret for læreplassene i Sør-Trøndelag. Også han har fått flere søkere de siste årene.

– I fjor var det 70 stykker som søkte på de 9 plassene våre, så det er blitt vanskelig å komme gjennom nåløyet.

Overvekt av jenter

Det er flere og flere jenter som utdanner seg til å bli ambulansarbeidere. Ved Olav Duun videregående skole er det i år tre gutter blant elevene, resten er jenter. Skolen tilbyr også ambulansfag for voksne, og her er tendensen den samme; tre av de 12 elevene er menn.

– Vi skulle faktisk ønske oss flere gutter. Det er hardt fysisk å være ambulansarbeider, så vi legger stor vekt på fysisk trening og har både styrketrening og kroppssøving på timeplanen. Likevel tror vi det hadde vært bra med en jevnere fordeling av kjønnene, sier Øseth.

Personlig modenhet

Også til lærlingplassene er det overvekt av jenter. De siste årene har ca 60 prosent av de nye lærlingene i Sør-Trøndelag vært jenter.

– Det henger nok sammen med personlig modenhet, og at jenter generelt gjør det bedre på skolen enn gutter. Når det er høye inntakskrav, blir det en overvekt av jenter som blir utdannet, sier Sundland.

Han mener det er positivt med en høy andel jenter, men påpeker at det er viktig at de klarer de fysiske kravene.

– Hos oss må alle være i stand til å bære 90 kilo 100 meter bortover og tre etasjer opp. Når bærene våre veier 60 kilo, sier det seg selv at ambulansarbeiderne også må være fysisk sterke.

Ambulansehelikoptrene i Helse Midt-Norge



Det er tre ambulansehelikopter i Helse Midt-Norge. Norsk Luftambulans er operatør i Trondheim, Lufttransport er operatør i Ålesund og 330-skvadronen på Ørland er operatør for et Sea King helikopter.

Helikoptrene er bemannet med anestesileger fra en akuttmedisinsk fagavdeling i tillegg til pilot/redningsperson. Helikoptrene har dermed en høyere medisinsk spesialkompetanse og noe mer utstyr enn ambulansbilene. I et ambulansehelikopter finnes blant annet

respirator, mulighet til kuvøsetransport og mulighet til å legge pasienter i narkose.

Mindre enn 5 prosent av pasientene trans-porteres med helikopter. Det er særlig i situasjoner med alvorlig skadde, ustabile pasienter eller på utilgjengelige steder at man benytter helikopter. I noen tilfeller er tid alene grunn til å benytte helikopter. Ved korte avstander og i dårlig vær kan det også rykkes ut med bil for å bistå vanlig ambulanse med spesialisert utstyr eller kompetanse.

Helseklipp

Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal åpnet



Nå kan pasienter fra Stjørdal skrives ut tidligere fra sykehus og fortsette behandlingen der de bor.

Den formelle åpningen av Stjørdal DMS foregikk 28 januar, men sentret har vært i drift for pasienter siden 19 mars. Siden da har belegget på sengeplassene vært på 82 – 85 prosent. DMS Stjørdal er en intermedisær enhet som tar i mot utskrevne pasienter fra sykehuset. Behandlingen på en intermedisær enhet er styrket i forhold til ordinært helsetilbud i kommunehelse-tjenesten. I tillegg finnes det desentraliserte spesialistpoliklinikker i samme bygg. Målet med distriktsmedisinske senter er at spesialisthelse-tjenesten, kommunehelsetjenesten, legen og sykehusene skal samarbeide tettere om pasientene. Bak DMS Stjørdal står Stjørdal kommune, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag.

Samordner rusbehandling i Trondheims klinikken

Hovedmålet med samlokaliseringen av rusbehandlingen er å utvikle et helhetlig og moderne, tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud for rusmiddel-avhengige. Trondheims klinikken skal etableres i leide lokaler i Klostergata/Schwachs gate i Trondheim. Planene for Trondheims klinikken omfatter 2 døgnenheter à 20 senger, 2 poliklinikker, lærings- og mestringssenter, kompetanse-senter og utdanningstilbud.

– En samlokalisering er i tråd med Helse Midt-Norge sine strategier, og blir et viktig virkemiddel for å nå våre mål på rusfeltet. Prosjektet vil bidra til å knytte forskning, utdanning og behandling tettere sammen. I samarbeid med St. Olavs Hospital HF, planlegges også samlokalisering av Psykiatrisk Ungdomsteam inn i Trondheims klinikken, sier adm.dir. Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge RHF.

Opptapping av psykisk helsevern i Helse Sunnmøre

I løpet av 2008 skal to nye tjenestetilbud flyttes fra Helse Nordmøre og Romsdal til Helse Sunnmøre. Dette medfører en betydelig opptapping av tilbudet innen psykisk helsevern på Sunnmøre.

I løpet av våren etablerer Helse Sunnmøre et alderspsykiatrisk døgntilbud, og fra 2009 skal helseforetaket også etablere et forsterket rehabiliteringstilbud for tidligere sikkerhetspsykiatriske pasienter.

Det regionale styret vedtok i 2005 at inn-tekten til helseforetakene skulle gjenspeile den befolkningsmengde helseforetakene hadde i sitt opptaksområde. Konsekvensen av dette ble en omfordeling av knapt 74 millioner fra Helse Nordmøre og Romsdal til de andre foretakene. Vel 50 millioner skulle overføres til Helse Sunnmøre i perioden 2006 til 2010. Omstillingen innen psykisk helsevern er en forutsetning for å kunne nå de faglige målene som ligger i den statlige opptappingsplanen.



Enklere tilgjengelig informasjon om pasienttransport
www.pasienttransport.no er en ny side for pasienter, pårørende og helsepersonell. Her finner du informasjon mye enklere enn før. De nye nettsidene er et samarbeidsprosjekt mellom de fire helse-regionene i Norge. Målet er at pasienter, pårørende og andre skal finne den informasjonen de etterspør på ett sted.

"Imidlertid kan en ikke fastsette en klar ansvarsfordeling, fordi kommunene har så ulike utgangspunkt."

Graham Clifford, RBUP/BUF-etat-prosjekt



Henviser vi for mange barn og unge til spesialisthelsetjenesten?

Tallene på barn og unge som blir henvist til psykiatrisk behandling i spesialisthelsetjenesten har økt. Siden 2002 er antallet henvisninger i Helse Midt-Norge mer enn doblet (107 %). Det er noe høyere enn landsgjennomsnittet (92 %).

På den ene siden kan tallene tyde på en positiv utvikling. Kompetansen har økt og barn og unge med problemer får god og nødvendig hjelp som ikke var tilgjengelig tidligere. På den annen side kan utviklingen oppfattes som negativ. At så mange ender opp med å bli henvist til spesialisthelsetjenesten er et tegn på at det ikke finnes noe alternativ. I dette perspektivet gjøres mange sykere enn de egentlig er og det sløses med ressursene.

Vi inviterte til debatt:

- Arne Holte, direktør, divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet
- Lis Ailin Olsen Landstad, leder i Mental Helse Ungdom Kristiansund
- Manuela Strauss, poliklinikkleder, Poliklinikken i Ålesund (BUP)
- Graham Clifford, RBUP/BUF-etat-prosjekt



Arne Holte



Lis Ailin Olsen Landstad



Manuela Strauss



Graham Clifford

"Etter min mening er det ikke noe som heter at for MANGE barn og unge blir henvist til spesialisthelsetjenesten."

Lis Ailin Olsen Landstad, leder i Mental Helse Ungdom Kristiansund

Jo det har du faktisk!!



Hva er årsaken til økningen i antall henvisninger?

Arne Holte

Opptrappingsplanens mål for behandlingskapasitet, spesialisthelsetilbud til 5 prosent er nær nådd. Aldri har så mange fått behandling. Aldri har så mange fått så god behandling. Aldri har køene vært så lange. Og, de øker. Forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge har ikke økt. Flere henvendelser skyldes: (1) Bedre kartlegging av psykiske lidelser. (2) Bedre aksept for psykiske lidelser. (3) Omfattende opplysningsvirksomhet. (4) Gigantisk utbygging av spesialisthelsetjenesten, folk får nå hjelp. (5) Mer effektiv behandling. Folk tror nå at det går an å få hjelp. De som før ikke ville søkt hjelp, gjør det nå. Flott!

Lis Ailin Olsen Landstad

Etter min mening er det ikke noe som heter at for MANGE barn og unge blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Jeg vil tro at når barn og unge blir henvist, så er det vanligvis en god grunn til det. Grunnen til at det er en økning tror jeg har med at psykiske lidelser og adferdsvansker er blitt mindre tabu og mer synlig og vanlig å søke hjelp for. I tillegg er helsepersonell og skolepersonell blitt mer informert og obs på disse problemene blant barn og unge. Det er bedre at det blir henvist litt for mange enn for få.

Manuela Strauss

Først og fremst bør førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten få til et godt samarbeid om ansvaret for barn og unge med adferdsvansker og psykiske lidelser. Førstelinjetjenesten er de som møter barnet/ungdommen først, og de har dermed ansvar for å etablere en trygg kontakt og god informasjon til de unge som trenger hjelp og deres pårørende. De har også ansvaret for å gjøre en vurdering om videre henvendelse til spesialisthelsetjenesten når det er behov. Spesialisthelsetjenesten har dermed ansvaret for å ta førstelinjetjenesten alvorlig, hjelpe dem og barnet/ungdommen videre og behandle problemene/lidelsene som det er søkt hjelp for. Men først og fremst, godt samarbeid er elementært for å få til et godt ansvar og behandlingstilbud for barn og unge med behov for hjelp.

Graham Clifford

Økning i tallet på henvisninger til BUP har vært et sentralt mål ved opptrappingen fra 1998 og utover. Ut fra forskningsresultater i Norge regner en

med at ca. 9 prosent av befolkningen fra 0-17 år kan ha behov for utredning, behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Pågangen har vært noe større i enkelte områder i landet, for eksempel i Nord-Norge der sosiale faktorer (levestandard) ofte er ugunstige. Forskning fra flere land har vist at omfanget av psykiske vansker blant barn og unge kan være større når familier har dårligere vilkår (arbeidsledighet, lav inntekt, foreldre med psykiske vansker, rusproblemer og vold i nærmiljøet mv.) Henvisning av såpass mange barn og unge som er blitt tilfellet nå, kan utgjøre en stor belastning på BUP i flere helseforetak. Dette fordi bemanningen i poliklinikker er ujevn og i noen foretak avgjort for liten.

Hvor går grensen mellom adferdsvansker og psykisk lidelse, og er denne grensen flyttet de siste årene?

Arne Holte

Nei. Grensen er ikke flyttet de siste årene. Kriteriene i diagnosesystemene som ligger til grunn for å telle forekomster er ikke vesentlig endret. Skal vi kunne vite om det skjer slik grenseflytting over tid, er det avgjørende at vi har klare og uttrykkelige kriterier som gjør det mulig å sammenligne forekomster over tid.

Lis Ailin Olsen Landstad

Det er ikke noen helt klar grense mellom adferdsvansker og psykiske lidelser. Disse problemtypene kan fort gå over i hverandre. Det virker ofte som om psykiske lidelser hos barn og unge kan forveksles med adferdsforstyrrelser pga barnet/ungdommens måte å takle/agere ut de psykiske problemene. Det virker som grensen for å diagnostisere barn/unge for disse lidelsene svinger litt. I noen perioder er det mer fokus på f.eks adferdsforstyrrelser, mens andre perioder er det mer fokus på psykiske lidelser. Men jeg går ut fra at fagpersonellet gjør sine vurderinger og at de setter rett diagnose når det er tilfelle. Men igjen bør man jo være obs på at barn er barn og at det ikke alltid er snakk om lidelser/forstyrrelser.

Manuela Strauss

"Det er vanskelig å trekke en klar grense" – typisk for alt som har med mennesker å gjøre og et typisk psykologsvar!

Adferdsvansker er definert som avvikende oppførsel i forhold til gjeldende sosiale normer, mens psykiske lidelser er knyttet opp mot vår tanke- og følelsesverden. Vi ser oftere en "mer-eller-mindre" enn en "enten-eller". Jeg tror at grensen flytter seg. I poliklinikken erfarer vi ofte at noe som vi anser som helt normale reaksjoner på vanskelige ytre omstendigheter sykelig-gjøres og skal behandles vekk. Barn som viser problematisk adferd har ofte en meget god grunn for dette. De er i utgangspunktet verken psykisk syke eller mistilpasset.

Graham Clifford

Det er ingen helt tydelig grense. En rekke arvelige, konstitusjonelle og relasjonelle/sosiale faktorer kan forårsake/utløse adferdsvansker hos barn og unge. Psykososiale intervensjoner basert på opplæring av foreldre og koordinering/styrking av hjelpeapparatets og nærmiljøets innsats har vist positive resultater. Psykisk helsevern har en sentral rolle uansett fordi godt diagnose-arbeid og bred kartlegging er viktig. Adferdsforstyrrelser opptrer ofte hos unge som også er rammet av andre psykiske tilstander og påkjenninger.

Hvordan bør ansvaret for barn og unge med adferdsvansker eller psykiske lidelser fordeles mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten?

Arne Holte

De beste tall vi har, tyder på at 7-8 prosent av barn og unge har såpass alvorlige psykiske problemer at de ville fått en diagnose. Men, at de er behandlingstrengende betyr ikke at de må behandles i spesialisthelsetjenesten! Først må vi få på plass en landsdekkende kommunal lavterskels psykisk helsehjelp for barn og unge, som med høy kompetanse betjener helsestasjonene, barnehagene og skolene. Fagfolkene må gis de redskaper de trenger for å gjøre jobben, f. eks. må psykologer kunne henvise. Først da er det meningsfylt å snakke om hvordan ansvaret bør fordeles. Da kan tiltak iverksettes på lavest mulig omsorgsnivå også for barn og unge med adferdsvansker. Da blir førstelinjens oppgave særlig: Forebygging, tidlig intervensjon, sortering for og oppfølging etter spesialisthelsetjenestebehandling. Husk! De fleste tiltak trenger ikke omfattende utredning!

Lis Ailin Olsen Landstad

Først og fremst bør førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten få til et godt samarbeid om ansvaret for barn og unge med adferdsvansker og psykiske lidelser. Førstelinjetjenesten er de som møter barnet/ungdommen først og de har dermed ansvar for å etablere en trygg kontakt og god informasjon til de unge som trenger hjelp og deres pårørende. De har også ansvaret for å gjøre en vurdering om videre henvendelse til spesialisthelsetjenesten når det er behov. Spesialisthelsetjenesten har dermed ansvaret for å ta førstelinjetjenesten alvorlig, hjelpe dem og barnet/ungdommen videre og behandle problemene/lidelsene som det er søkt hjelp for. Men først og fremst, godt samarbeid er elementært for å få til et godt ansvar og behandlingstilbud for barn og unge med behov for hjelp.

Manuela Strauss

LEON-prinsippet: Tilbud på lavest mulig omsorgsnivå! Ingen bør henvises videre uten at en har en grunnleggende vurdering i 1.linje, samt at det er prøvd ut tiltak for å bedre barnets fungering og velvære. Her må 2.linje være tilgjengelig for råd og veiledning, uten at vi får hele saken i fanget med en gang og alle andre melder seg ut. Samme prinsipp som i somatikken: Ingen med uklar mageverk henvises vel umiddelbart til operasjon uten grunnleggende kartlegging! Vi ser at det er mye å hente bare gjennom samordning innen 1.linje, som mange er godt i gang med. På den måten kan vi i 2.linje frigjøre ressurser til virkelig å bli spesialisthelsetjeneste.

Graham Clifford

Adferdsvansker kan forårsake store problemer i familie og nærmiljøet og er en betydelig risikofaktor for pasientens familie, både voksne og søsken. I lys av dette er det viktig med god hjelp på lokalt plan. På sikt må en bygge opp behandlingsskapasitet lokalt. Unge med alvorlige adferdsvansker må også følges opp kontinuerlig, noe som også krever innsats lokalt. Imidlertid kan en ikke fastsette en klar ansvarsfordeling, fordi kommunene har så ulike utgangspunkt. De minste kommunene kan trenge mer hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

”Vi skal sentralisere det vi må, og desentralisere det vi kan.”

Mange pasienter som kunne fått behandling ved sitt lokalsykehus kommer likevel til St. Olavs Hospital. Dette gjelder særlig pasienter i randsonen av foretaket. Derfor har Helse Midt-Norge nå jobbet med å identifisere oppgaver som med fordel kan flyttes til lokalsykehusene.

Målet med prosjektet er å sikre at lokalsykehusene får attraktive tilleggsfunksjoner som bidrar til å skape gode fagmiljøer, interessante arbeidsoppgaver og sikre rekruttering av kritisk kompetanse.

– Styret i Helse Midt-Norge ønsker å få til en god fordeling av oppgavene mellom lokalsykehusene. Det er viktig at de ikke mister grunnlaget for virksomheten sin. Derfor er det sagt at vi skal sentralisere det vi må, og desentralisere det vi kan. Det sier Daniel Haga, som er Medisinsk direktør i Helse Midt-Norge.

Nytt er attraktivt

Haga tror St. Olavs Hospital framstår som ekstra attraktivt fordi det er nytt. Det er også en utbredt oppfatning at St. Olavs har den høyeste kompetansen på alle områder.

– Jeg tror mange pasienter vil få et minst like godt tilbud ved lokalsykehuset sitt. St. Olavs Hospital er organisert i mange avdelinger med hver sine spesialiteter.

Pasienter med vanlige sykdommer vil være tjent med å bli behandlet på sykehus med mer generell kompetanse.

Å fordele oppgaver er en utfordring. Å faktisk få folk til å velge lokalsykehuset er noe helt annet. Med ”Fritt sykehusvalg” har pasientene lovfestet rett til å velge det sykehuset de ønsker. Fritt Sykehusvalg medfører at lokalsykehusene må bli langt flinkere til å synliggjøre tilbudet og kompetansen sin.

Må påvirke pasientens valg

– Prosjektet har sett på hvordan lokalsykehusene kan framstå som et attraktivt alternativ. Dette handler først og fremst om kommunikasjon. Pasientene bruker ofte rykte og ventetid som valg-kriterium i tillegg til råd fra fagpersonell. Befolkningen må derfor få god og riktig informasjon om hvilke tjenester og kvalitet man faktisk får på sitt lokalsykehus. Dernest må pasientens diskusjons-partnere i valg av sykehus, for eksempel fastlegen eller pleie- og omsorgstjenesten,

kjenne godt til det lokale tilbudet, og anbefale lokalsykehuset i de tilfeller det er riktig, sier Haga.

Faglige nettverk

Selv om oppgaver i større grad enn tidligere skal fordeles mellom sykehusene, er samordningen enda viktigere enn tidligere. Det er et uttalt mål at pasienten skal føle trygghet på at behandlingen og kompetansen er like god, uansett hvor man legges inn. Haga mener at et av de viktigste tiltakene for å skape gode behandlingsforløp er etableringen av faglige nettverk.

– Pasienter vil i økende grad ha behov for hjelp både på lokalsykehuset og regionsykehuset. Oppgavedelingen handler derfor mye om hvordan vi samarbeider på tvers av institusjonene. I praksis betyr det at fagfolk innenfor



samme område på ulike måter skal møtes og kommunisere om prosedyrer og oppgavefordeling. Disse faglige nettverkene vil også få en rolle som rådgivere inn mot styret i Helse Midt-Norge.

Ingen liste

Når kommer så lista over hvilke tjenester som skal flyttes hvor? Haga skjønner spørsmålet, men liker det ikke.

– Det er en utbredt misforståelse at det foreligger en liste. Prosjektgruppen konkluderer med noen få konkrete vedtak, men det aller meste av arbeidsfordelingen skal skje i de faglige nettverkene. Dette er altså en pågående prosess. Prosjektrapporten understreker at det ikke nødvendigvis er snakk om å flytte hele funksjoner ut fra St. Olavs Hospital, men å flytte deler av tilbudet. Et eksempel som allerede er i gang er fedmeoperasjoner, der sykehusene i Namsos og Ålesund skal dele på oppgavene sammen med St. Olavs Hospital.

Viktig for lokalsykehusene med tilleggsoppgaver



- Det er svært viktig med tilleggsoppgaver, særlig på grunn av rekruttering og for å opprettholde en utdanningsmulighet for assistentleger. Vi har mange spesialister hos oss, som vi ikke ville hatt her om vi ikke hadde tilleggsoppgaver av denne typen. Det sier klinikkleder Robin Gaupset ved sykehuset i Namsos.

Sykehuset i Namsos utfører sammen med sykehuset i Ålesund flere fedmeoperasjoner. St. Olavs Hospital gjør fortsatt en stor del av operasjonene, men denne oppgaven deles nå i større grad.

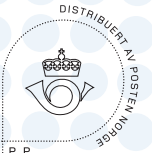
– Vi har kapasitet til å utføre slike inngrep, og behovet er til stede. Vi har eksempelvis langt kortere ventetid enn Helse Nord. Gitt at de økonomiske rammene er til stede kan vi bidra til å møte et behov som er vesentlig større enn tilbudet. Også innen generell kirurgi finnes det oppgaver som er godt egnet for lokalsykehusene, mener Gaupset.

Han ser at Fritt sykehusvalg kan by på utfordringer.

– Uten den nødvendige kunnskapen er det lett å forstå at både publikum og fastleger foretrekker det store, nye sykehuset, framfor det lokale. Derfor må vi bli flinkere til å synliggjøre vår kvalitet og tilgjengelighet gjennom media, fagtidsskrifter og Internett. Det er imidlertid ingen grunn til å tvile på kvaliteten på lokalsykehusene. Vi har for eksempel like mange fedmeoperasjoner hos oss som det St. Olavs Hospital har.



B



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

ISSN 1503-1780

**”På lag med deg
for din helse”**

Trygghet Respekt Kvalitet