

Trening i Sunnmørsalpene

Møt spesialisthelsetjenestens
forlengede arm. Side 8–11

Ambulante team = raskere på banen

Møt psykiatriens lette tropper. Side 24–25

2020: Samfunnet endrer seg – hva gjør vi?

Debatt om helseutfordringene. Side: 20–23

STOR SPØRREUNDERSØKELSE:
Ungdom om helsejobben
Side 4–7

INN H O L D



- 3 Leder
- 4 Vil helst jobbe fra ni til fire
- 8 Når minuttene teller
- 12 Akuttmedisin i praksis
- 14 Rikest – men ikke smartest
- 16 Latterlig bra samhandling
- 19 Talegjenkjenning
- 20 Debatt: Helsevesenet og samfunnet mot 2020
- 24 Psykiatriens lette tropper
- 26 Trygg og god fødselsomsorg
- 28 Fakta: Visste du at...

HELSE  MIDT-NORGE

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

Ansvarlig redaktør: Tor Harald Haukås, kommunikasjonsdirektør i Helse Midt-Norge RHF

Tekst og foto: Røe Kommunikasjon AS ved Bengt Eidem, Frank Jenssen, Knut Røe og Stein Risstad Larssen.

Helse Midt-Norge RHF ved Berit Røflo Indgul, Jostein Listou. Øvrige bidragsyttere: Silje Leirvik og Lena Knutli.

Opplag: 10.000

Grafisk utforming og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim

Tapir Uttrykk  Nasjonalt sertifikat: 1660



Strategi 2020

Helsepersonell er viktige premissgivere for den offentlige debatten om helsetjenesten. Det er vi oss bevisst også når Helse Midt-Norge RHF nå har sendt utkast til Strategi 2020 ut på en bred ekstern høring. Denne spesialutgaven av magasinet HELSE er et bidrag til å fortelle historier som illustrerer utfordringene våre og hvordan vi kan løse oppgaven til beste for pasient og storsamfunn i årene som kommer.

Helseforetakene forvalter store verdier på vegne av samfunnet og vi har ansvar for å sikre tilgang på likeverdige og kvalitetsmessig gode tjenester for befolkningen. Det å ha en velfungerende helsetjeneste er et sentralt velferdsgode. Det er en forutsetning at vi kan være trygge på at vi får den hjelp vi trenger – når vi trenger den. Men av og til er endring nødvendig for å sikre at tryggheten skal opprettholdes.

Krav til omstilling av helsetjenesten og endring av behandlingstilbud, rokker ofte ved gamle «sannheter». Det kan bidra til å skape usikkerhet. En viktig forutsetning for å lykkes med endringsprosesser, er å sikre stor grad av medvirkning og åpen meningsutveksling. Derfor har vi i Strategi 2020 hatt åpne drøftinger i våre styrende organer. Vi har invitert fagmiljøer, brukerutvalg, kommuner og andre til å komme med innspill i forkant av at vi skulle sende forslaget til strategi ut på høring.

Vi har lagt stor vekt på å få fram de sentrale utfordringene vi vil møte i årene som kommer. Også i vårt land vil andelen yrkesaktive synke. Flere av oss blir eldre. Etterspørselen etter helsetjenester vil øke. I dag går hver sjettede elev fra ungdomsskolen med for å dekke behovet for helse- og omsorgsarbeidere. Framskriver vi utviklingen uten å gjøre endringer, vil vi i 2025 ha behov for hver fjerde elev. Og i 2035 hver

tredje. Innen spesialisthelsetjenesten opplever vi allerede i dag problemer med å rekruttere til flere medisinske spesialiteter. Det lar seg ikke gjøre å løse utfordringen med mer penger eller flere ansatte. Det er heller ingen løsning at helsearbeidere skal løpe raskere. Vi må løpe smartere. Tar vi grep, kan vi unngå at kvaliteten svekkes, ventetidene øker og at fundamentet for et sentralt felles velferdsgode smuldrer opp. Men det må gjøres nå. Vi kan ikke vente.

Helse Midt-Norge har som visjon å være på lag med deg for din helse. Våre kjerneverdier er respekt, kvalitet og trygghet. Dette ligger til grunn for vårt arbeid med Strategi 2020. Høringen vi nå gjennomfører skal gi oss grunnlag for å ta nødvendige strategiske valg når styret etter planen skal stake ut kursen i juni. Vi har behov for meningsbryting om tiltak og virkemidler før vi tar en beslutning. Mitt håp er at vi gjennom dette arbeidet skaper forståelse for hvorfor det er nødvendig å tenke nytt.

Målet er ikke full enighet, men vi er ute etter de beste forslagene til hvordan vi kan løse de helt sentrale helseutfordringene i neste tiår. Utfordringene kommer, de blir ikke lettere å løse ved å utsette oppstarten.

*Gunnar Bovim
Adm.dir., Helse Midt-Norge RHF*





Fremtidens arbeidstaker gleder seg til å jobbe med mennesker – Men ikke om natten

Nesten halvparten av elever og studenter som skal inn i helsevesenet mener det er uaktuelt å jobbe nattevakt. 724 elever og studenter i Midt-Norge har svart på spørsmål om fremtidens helsejobb.



Undersøkelsen er utført av Sentio research, blant midtnorske studenter og elever innen medisin, sykepleie og helsearbeid, om forventninger

til helsesektoren som fremtidig arbeidsplass. HR-direktør i Helse Midt-Norge RHF, Sveinung Aune fester seg særlig ved tre av funnene i undersøkelsen.

– For det første er det godt å se at studentene synes arbeidet i helsevesenet er meningsfullt, og at det er grunnen til yrkesvalget. Det er den beste motivasjonsfaktoren vi kan ønske oss for årene som kommer. For det andre synes jeg det er fint å se at studentene ønsker

å utvikle seg faglig i jobben. Den holdningen trenger vi fordi tilgangen på personell vil bli betydelig knappere i tiden fremover. Vi må derfor kunne legge opp karriereveier som krysser de tradisjonelle profesjongrensene.

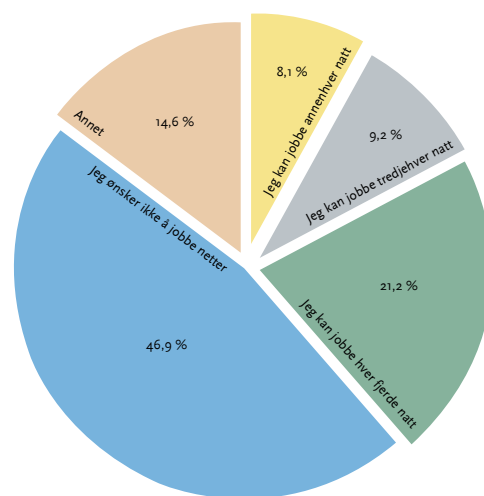
Punkt nummer tre er ikke like gledelig.

– Lysten til å gå de ubekomme vaktene og jobbe om natta er liten. Det bekrefter de utfordringene vi prøver å finne løsninger på i strategiarbeidet: Hvordan skal vi klare å bemanne de funksjonene som må driftes døgnet rundt?

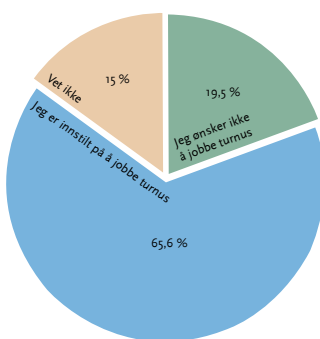
Hvordan stemmer forventningene studentene har til jobben med situasjonen slik den faktisk er på arbeidsplassene i helsetjenesten i dag?

– Det at så mange ønsker å slippe ubekomme vakter, stemmer dårlig med arbeidsvirkelig-

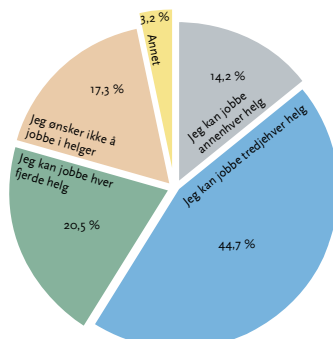
Hvordan stiller du deg til å jobbe natt?



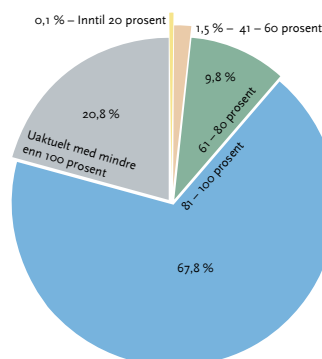
Hva er din holdning til turnusarbeid?



Hvordan stiller du deg til å arbeide i helger?



I hvor stor stillingsprosent ønsker du å jobbe?





heten. Når vi staker ut kursen mot 2020, må derfor mest mulig av ressursinnsatsen vris over fra passiv beredskap til aktiv innsats på dagtid. Vi må fortsette å flytte ressurser over fra sengepost til poliklinikk. Men særlig i kommunene er det naturligvis en grense for hvor langt vi kommer langs den veien. Det blir stadig flere eldre som trenger pleie og omsorg døgnet rundt. Det sier seg selv at det medfører ubekvemme vakter og nattarbeid for noen. Også i fremtiden må nødvendige akuttfunksjoner ivaretas på en god måte.

Hvordan kan helsevesenet imøtekomme forventningene til dagens studenter, slik at de om noen år blir nye, sårt tiltrengte og lojale medarbeidere?

– Vi må ta behovene deres på alvor og legge til rette for trygge jobber med et godt, forutsigbart arbeidsmiljø som samtidig gir mulig-

het for kontinuerlig faglig utvikling. Det siste forutsetter at vi løser opp hierarkiene og i større grad planlegger oppgaver og karriereveger på tvers av profesjonsgrensene. Mange forskrifter er allerede myket opp, og gjør dette mulig. I praksis innebærer dette at hjelpepleier med tilpasset opplæring kan ivareta flere oppgaver som tradisjonelt har vært ivaretatt av sykepleiere. Her kan vi lære mye av Danmark, som er kommet enda lenger i å myke opp gamle strukturer.

I dag utføres mye av arbeidet i helsesektoren av ansatte i deltidsstillinger. Undersøkelsen viser at studenter flest har et ønske om full stilling. Nær halvparten av mennene sier til og med at det er uaktuelt for dem å gå inn i noe mindre enn en full stilling. Hvordan skal helsevesenet møte disse behovene?

– Jeg synes ikke holdningene til deltid er så

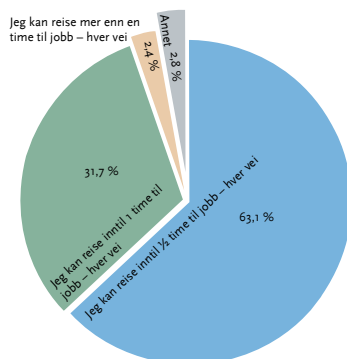
tydelige som man kanskje kunne ha ventet. Mange kan faktisk tenke seg å jobbe deltid, og de ønsker seg fleksible løsninger tilpasset ulike livsfaser. Det vi skal merke oss er at få ønsker seg mindre stillingsbrøker enn 70 prosent. Det betyr at vi så fort som mulig må slutte med «minijobber» på 15-20 prosent, som vi har en del av i dag. Utfordringen er først og fremst å få regnestykket til å gå opp i helgene. De fleste studentene ønsker å jobbe bare hver fjerde helg. Igjen må vi se hvordan vi kan få mest mulig behandling over på dagtid mandag til fredag. Vi kommer heller ikke utenom mer samarbeid klinikkene imellom. I noen tilfeller kan sammenslåing og sentralisering bli eneste vei.

Nesten halvparten av studentene sier de ikke vil jobbe om natten. Aller størst ser motviljen mot nattarbeid ut til å være blant studentene ved de typiske sykepleierskolene HINT, HIST og høyskolene i Molde og Ålesund. Hva forteller det om muligheten for å fylle nattevaktene i årene som kommer?

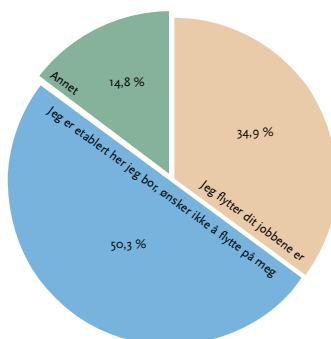
– Dette gir grunn til bekymring. Her kommer vi ikke utenom å prøve å påvirke studentene til å få et mer realistisk bilde av det yrket de har valgt. Det er en realitet at vi trenger medarbeidere som går i turnus, også i fremtiden. Mange pasienter trenger omsorg hele døgnet, hverdag som helg.

Les hele undersøkelsen på www.helse-midt.no/studentundersokelsen_2010

Hvor fleksibel er du med tanke på reisetid til en framtidig arbeidsplass?



Hvor fleksibel er du med tanke på å flytte dit jobbene er?





Vil jobbe ni til fire

– Vi har vært i tvil om yrkesvalg, sier sykepleierstudentene Siv Heidi Griegel (21) og Linn Heidi Fridheim (21). – Men du har noen dager som virkelig gjør det verdt det!

Fremtidens Helse Midt-Norge-arbeider vil gjerne utgjøre en forskjell. Men bare halvparten vil jobbe om natten, viser undersøkelsen.

Å velge et yrke innen helsevesenet gir muligheter for meningsfylt arbeid.

– Å kunne bidra positivt for mennesker som ikke har det så greit er det jeg ser mest frem til, sier Karianne Bergly Aar, i andre klasse helsearbeiderfag ved Brundalen videregående skole i Trondheim. Hun høster flere nikk fra Andreas Stellander (17) og Elise Grøttum (17). Spørsmålet er om forventningene til arbeidslivet kan innfris.

– En helg i ny og ne kan man alltid jobbe, men vi ønsker jo å ha et normalt familieliv i fremtiden vi også, sier Elise Grøttum (17), elev på andre klasse helsearbeiderfag ved Brundalen videregående skole i Trondheim. – Selv om det ikke betyr så mye akkurat nå, er det kanskje bedre å jobbe ni til fire etterhvert som en får familie og slikt,

responderer Andreas Stellander (17).

Krever bedre vilkår

Elisabeth Larsen (22) jobber som sykepleier på St. Olavs Hospital. Etter flere år i helsevesenet vet hun ett og annet om arbeidshverdagen.

– Jeg får tid til å sove tre og en halv time i dag før jeg skal på jobb igjen, forteller hun. Kommer rett fra nattevakt. Svarer at tvilen rundt yrkesvalget har vært der siden dag én. – Helt klart. Å bytte til noe annet har blitt sterkt vurdert, sier hun.

Elisabeth tror bestemt yrkesutøvernes arbeidsvilkår må endres etter hvert som antall pleietrengende skyter i været.

– Det må bli høyere lønn og gunstigere arbeidstider!

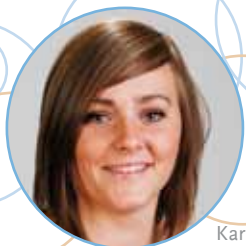
Høyere status, takk!

Siv Heidi Griegel (21) og Linn Heidi Fridheim (21) er studenter på andre året ved HiST i Trondheim. Halve tiden er de i praksis, og medgir at fremtidsutsiktene skremmer litt.

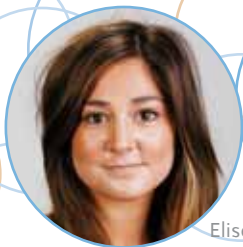
– Arbeidsdagene er ganske hektiske i dag, og skulle vi få enda mer å gjøre går jo rett og slett ikke, sier Linn Heidi.

– Vi har også vært i tvil angående yrkesvalg, sier de to venninnene og ser på hverandre. I likhet med Elisabeth tror både Siv Heidi og Linn Heidi høyere lønn må til for å rekruttere nok folk til sektoren.

– Det er én måte å øke statusen til yrket på, og det er nok nødvendig, tror Siv Heidi.



Karianne Bergly Aar



Elise Grøttum



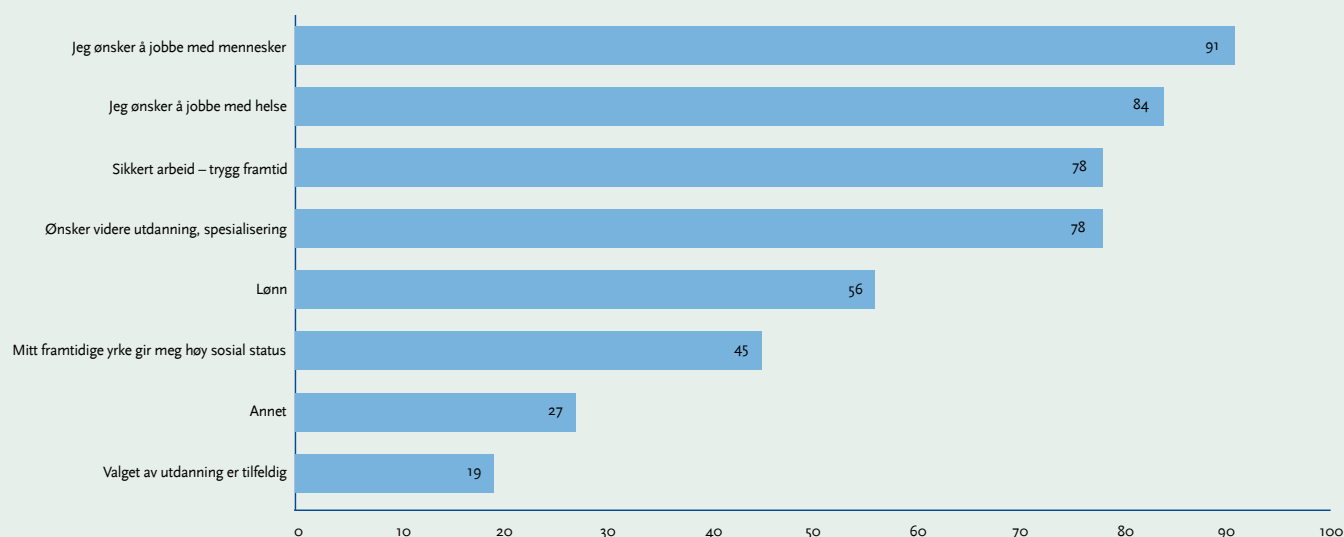
Andreas Stellander



Elisabeth Larsen

I hvilken grad vil du si følgende motiverer deg til en framtid i helsesektoren

Standardisert gjennomsnitt der 0 = «Ingen grad» og 100 = «I stor grad».



Ønsker heltidsstilling

Alle tre ønsker seg faste rammer og heltidsstillinger i fremtiden.

– I dag utlyses 20 prosent her og 18 prosent der, sier Siv Heidi.

Hun tror mest mulig kontinuitet i hverdagen er viktig både for pleier og pasient.

– Vi vet at det er mye fravær over hele linjen i helsesektoren, sier Siv Heidi.

At mange må forholde seg til en urytmisk arbeidshverdag tror de er en av grunnene.

– Å stå oppført som tilkallingsvikar for å fylle opp en deltidstilling, og stadig være uvisst på morgendagen, kan ikke være særlig ok, tror Linn Heidi.

– Når det er så stort behov for oss er det egentlig veldig rart, sier hun.

En givende jobb

Til tross for utfordringene for fremtiden, er de alle tre opptatt av å være positivt innstilt.

– Det er kanskje en generell forestilling om at vi gjør mye «drittarbeid», sier Elisabeth.

– Men du har disse dagene som virkelig gjør det verdt det, og derfor er jeg her fortsatt, forklarer hun.

– Det er voldsomt mye takknemlighet fra både pasienter og pårørende, istemmer Linn Heidi.

– Vi ser at jobben vi gjør gir mennesker veldig mye, sier Siv Heidi.

Kan vi ordne det slik at folk blir syke bare i kontortiden?

Maiken Schulz (22) har lange dager som fjerdeårsstudent på medisins. I tillegg er hun lokallagsleder i Norsk medisinstudentforening i Trondheim.

– Dagene varer stort sett fra åtte til 20, med studier og jobb. Men det er helt greit.

Jeg begynte jo med dette på grunn av variasjonen.

– *Hvordan synes du arbeidslivet i helsevesenet ser ut?*

– Det ser ut som om de jobber mye. Personlig virker det helt ok, så lenge man har en litt selvstendig stilling. Men det er klart, jeg har jo ikke mann, barn, hus og Volvo. Den tid, den sorg. Man vet jo om de lange arbeidsdagene når man begynner på studiet.

Gleder seg

Heller ikke turnustjenesten skremmer Maiken.

– Det er en regelmessighet i uregelmessigheten. Altså, man vet hva man går til når man begynner på studiet. Mennesker blir ikke syke mellom ni og fem. Skal man jobbe med syke, må alle ta tak. Det er en selvfølge at alle skal gå i turnus.

– *Hva med nattarbeid?*

– Det er det samme der. Det spør på ordningen, selvfølgelig. Jeg kunne ikke gått en natt i uka, det må være en uke på nattvakt, for eksempel. Men jeg ser jo at



– Mennesker blir ikke syke mellom ni og fem. Skal man jobbe med syke, må alle ta et tak, sier Maiken Schulz, medisinstudent og lokallagsleder for Norsk medisinstudentforening.

det kan være vanskelig for dem som skal hente i barnehage og slikt. Det er klart det blir interessant å se hvordan arbeidslivet blir etter hvert som alle jentene fra medisinstudiet kommer ut i jobb!

– *Er du klar for arbeidsuker på 70 timer selv?*

– Veldig! Jeg tror det blir artig, jeg!



Tiden – ikke

det tar hvor du er



Luftambulansetjenesten sørger for at pasienten kommer seg dit den beste behandlingen utføres. Så raskt som mulig.

Påskestemningen hadde lagt seg over Sunnmørsalpene. Jeg hadde takket nei til lue, og fått kjøpt av redningsmann Hendrik Bollingmo. Nå kom angeren. Hvem kunne ane at florlette, uskyldshvite snøfnugg kan skjære seg inn i huden på denne måten? Rotorbladene virvler dem opp, pisker dem gjennom den tynne fjellufta og lukter inn i ansiktsporene. Fyller munn og øyne. Ingen skam å snu. Må legge ned kameraet og hente lue opp fra lommen. Peser pusten på plass. Anestesilege Kristen Rasmussen vender ansiktet rolig mot le. Rutinert. Konsentrert om arbeidsoppgaver som måtte ligge foran ham. Denne gangen er det trening. Neste gang kan det være alvor.

Reddende engler

Slik det var den gangen for noen år siden. En familie som snekrer sitt eget hjem. Store forventninger. Lykke og glede. En toåring som faller. Slår hodet.





– Hun hadde reist seg opp med en gang, og var tilsynelatende pigg, forteller Rasmussen tidligere på dagen. Vi er trygt plassert i sofaen ned på basen ved Ålesund Sjukehus.

– Da hun ble dårligere etter hvert, kom mistanken om epidural hjerneblødning. Det vil si at en blodåre på utsiden av hjernen utvider seg. Dersom man ikke får lettet på trykket, vil den skade hjernen.

Jenta ble sendt med ambulanse til nærmeste sykehus, i Volda. En CT-scan bekreftet mistanken. Hun måtte til Trondheim, for å få nevrokirurgi. Men så var det været. Kunne de fly? Skulle de heller sende henne til Bergen? Kom hun i det hele tatt til å tåle en så lang flytur? Tiden var i ferd med å renne ut.

– Vi ble usikre på om vi hadde tid til å reise. Da ser jeg at vakthavende ortoped i Ålesund har mulighet til å gjøre en avlastningsoperasjon. Skjære ut en beinlapp av skallen, så hjernen kunne få plass. En nødoperasjon for å lette på trykket.

I helikopteret mellom Volda og Ålesund øker blodtrykket – mens pulsen faller. Et svært dårlig tegn. Helikopteret lander, og jenta hastes inn på operasjonsstuen.

– Jeg sto og så på blodspruten da de åpnet. Akkurat i tide. I dag er hun et velfungerende barn. Hadde vi brukt tretti minutter til hadde hun vært fullstendig pleiepasient resten av livet.

Geografisk utjevning

Dette er målet med luftambulansetjenesten. Å utjevne geografiske ulikheter. Være en akuttmedisinsk forlenget arm.

– Jeg er litt redd for å være plaster på alle sår. Jeg vil helst ikke bli brukt som trumfkort for mange ganger for endringsvillige byråkrater. Men, slik er oppgaven vår. Vi skal ha kompetanse som er med på å støtte lokale sykehus, klargjør Rasmussen.

Livreddende førstehjelp. Sørge for at blod sirkulerer og luft strømmer fritt. Lindre smerte. I tillegg: stille diagnose og finne riktig destinasjon for pasienten. Hvor finnes adekvate ressurser?

– Det er ofte galt å fly en pasient med flere skader til et sykehus med bare delvis kompetanse. Derfor velger vi sjelden Kristiansund eller Molde, men flyr rett til Ålesund. Hvis jeg, som akuttmedisiner og Luftambulansesele, skal kunne ta gode avgjørelser, må jeg ha forutsigbarhet. Jeg kan ikke drive og ringe til alle små sykehus for å høre hva slags kompetanse som er på vakt den dagen. Derfor ser jeg at den strukturen man har begynt med nå, er en god tanke. Fordeling mellom traumesykehus, akuttisykehus og ett eller to nivå under, det er riktig vei å gå.

Hjemme på basen har Kristen nettopp lagt fra seg en av sine tre mobiltelefoner på salongbordet.



– Å være redningsmann er en potetrolle, altså. Du skal være flytekniker i lufta, og ha redningsteknisk og medisinsk kompetanse på bakken. Selv om vi ikke flyr rundt og gjør heltedåder hver dag, og det er mye rutine, tror jeg det er verdens beste jobb. Ja, det tror jeg! Redningsmann Hendrik Bollingmo er ikke i tvil. I bakgrunnen anestesilege Kristen Rasmussen.

– Beklager – det var et spørsmål om frakt på grunn av et fly med tekniske problemer. Om vi kunne frakte en pasient fra Molde til Trondheim med helikopter. Men da ville vi hatt 3 timer hvor vi ikke var i beredskap. Slike vurderinger må jeg gjøre hele tiden.

Tre hovedoppgaver

Luftambulansetjenesten har nemlig tre hovedoppgaver.

– Vi skal primært bistå ved akutte hendelser som for eksempel trafikkulykker. Sekundært skal vi frakte pasienter, men da skal vi frakte dem opp et nivå – til riktig behandlingssted. Ellers skal vi kunne transportere pasienter – dersom det gir en medisinsk gevinst, eller for å hindre vesentlig ulempe for pasienten.

Senere, oppe i fjellet, får fingrene føle på ulempen ved kald snø og bitende vind. Jeg føler dem ikke lenger, bare så vidt. Myser lengtende etter helikopteret som kretser rundt med redningsmann og anestesisykepleier under. De settes ned på bakken. Tar helikopteret ned. Snart har vi fløyet over fjell og fjord, og er tilbake i Ålesund.

OM LUFTAMBULANSETJENESTEN

- Luftambulansetjenesten ANS er statens luftambulansetjeneste. Eies av de 4 regionale helseforetakene. Hovedkontor i Bodø.
- Luftambulansetjenesten ANS har i dag kontrakt med 2 operatører: Lufttransport AS (fly og helikopter) og Norsk Luftambulans AS (helikopter). I tillegg deltar redningstjenesten i en rekke ambulanseoppgaver.
- Totalt har Norge 11 helikopterbasen og 7 flybasen, og i tillegg kommer 6 basen for redningshelikopter.
- Oppdragsmengden er økende. Helikopteroppdragene har økt med 50% på 8 år. Dette skyldes for en stor del nye behandlingsmetoder og en tydeligere oppgavedeling mellom sykehusene.
- Helikoptrene er bemannet med erfaren anestesilege og redningsmann. I Ålesund har de i tillegg spesialsykepleier med.
- Helikoptrene er godt utstyrt for livreddende behandling, og er med rette kalt «sykehusets forlengede arm.»
- Helikopterbasen i Midt-Norge: Trondheim (880 gjennomførte oppdrag i 2008)
Ålesund (650 gjennomførte oppdrag i 2008)
Redningstjenesten på Ørland (350 oppdrag i 2008)
- Flybasen i Midt-Norge: Ålesund (1470 oppdrag i 2008)
- Helikoptertjenesten er mer sårbar for værforhold enn ambulansetjeneste. Ca 10 % av oppdragene må avvises på grunn av værforhold, mer om vinteren enn om sommeren.



Donnas beste minne

Skiheis, traktor og hjelpende hender.

– Jeg husker spesielt en gang vi måtte til Stryn, og hente ei jente som var meget hardt skadet. Hun lå i narkose. Men det var måten vi fraktet henne på som var spesiell. Jeg tror det var tåke på toppen, i hvert fall kunne vi ikke lande der. Derfor måtte vi legge baren hennes over armlenene i stolheisen, mens jeg satt på setet og ventilerte. Hun kunne ikke puste selv, på grunn av narkosen. Etterpå fraktet vi henne bort til helikopteret på en traktor. Vi blir ofte stilt overfor slike logistikkproblemer, men det meste lar seg løse.

Bratte bakker

Veldig mange turer er ren rutine, men plutselig dukker det opp noe som er spesielt. Kanskje bare et ankelbrudd som skal ned fra fjellet, og kanskje er det så bratt at vi ikke kan lande. Det kan være langt å frakte til helikopteret. Men, det er nesten alltid folk der, som kan hjelpe. Folk vil så gjerne hjelpe, bare de får sjansen!

Donna Long
Anestesisykepleier



Akuttarbeid i praksis

Forlenget arm. Akuttkjede.
Tid – ikke rom. Det kan nok høres abstrakt ut. La oss heller se på noen tilfeller fra virkeligheten, og la dem illustrere hvordan akuttkjeden kan fungere.

Hendelsene beskrevet er autentiske. Både personer og steder er anonymisert.

Allerede ved undersøkelser og behandling lokalt gjøres konkrete og kvalifiserte vurderinger av pasientens behov – og hvor de kan dekkes best. Disse vurderingene gjøres av lokalt personell og av spesialisthelsetjenestens utrykningspersonell – gjerne sammen.



TRAFIKKULYKKE

113-alarm går hos lege og ambulanse. Fire personer er involvert i en kollisjon. En er muligens død. Samtidig går alarmer hos ambulanshelikopter, brannvesen og politi. Lokale instanser rykker ut samtidig.

Fremme på skadestedet erklæres 1 person død. 1 person bevisst, og orientert, men med tydelige skader i hode og buk, mulige bruddskader. 1 barn har usikkert skadeomfang. Er ved bevissthet. 1 person er fysisk uskadd.

Vurderinger på skadestedet:

1. Skadet voksen: volumbehandling, smertebehandling. Pasienten trenger transport til akuttssykehus med multitraumekompetanse. Transporteres med helikopter til



akuttssykehus. Senere videre med helikopter til traumesykehus.

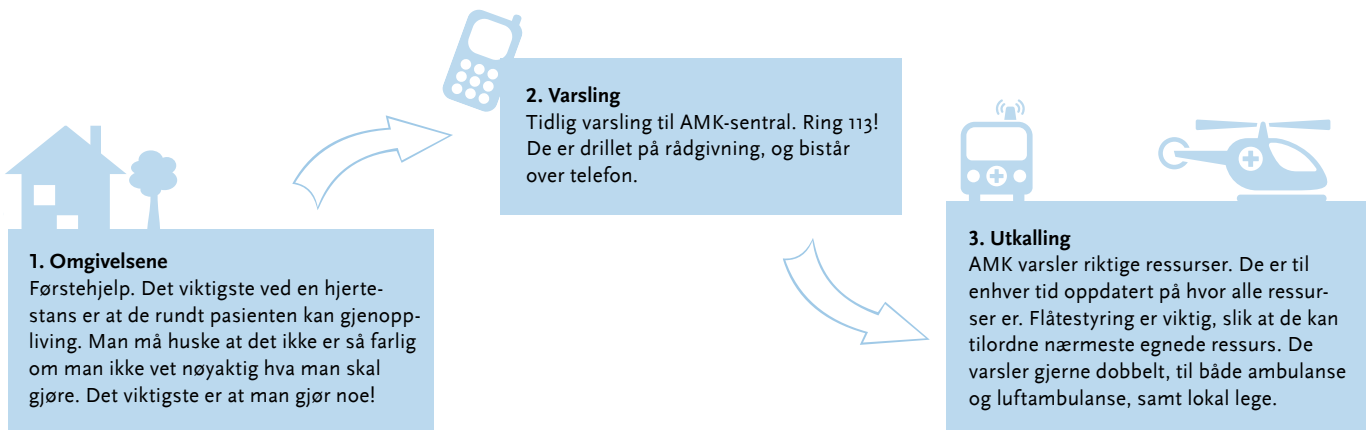
2. Skadet barn: Overvåkes ved bevissthet. Må transporteres til akuttssykehus for avklaring. Pediatrisk kompetanse kan være nødvendig. Transporteres med helikopter.

3. Uskadet voksen: Arbeidsgiver blir varslet. Pasienten blir tatt hånd om av politiet, arbeidsgiver og senere BHT for krisebehandling.



4. Død person: Politiet varsler psykososial krisegruppe. Utrykning av lege og prest til skadestedet. Disse orienterer seg, og oppsøker familie for grundig informasjon og oppfølging. Familien får senere oppfølging gjennom krisegruppe og fastlege. Lokalt personell debriefes.

Den livsviktige kjeden



5. Brannvesen og politi sørger for sikring og rydding av skadestedet, hjelper til med transport og med å ta ut døde og skadete.



Oppsummering:

Medisinsk vurdering og behandling iverksett på skadestedet av: Lokal lege, lokalt ambulansepersonell, spesialist i anestesi og øvrig spesialpersonell i ambulansehelikopter. Til sammen et fagteam på 6 personer. Transportorganisering og varsling av akutt-sykehus foretatt av AMK.

I tillegg: psykososialt kriseteam som sto for informasjon til familie og varsling av barnehage og skoler som har berørte barn. Oppfølging gjennom fastlege og kirke. Debriefing av lokalt personell.

BUKSMERTER



Legevakt blir kontaktet av en eldre mann med kjent aortaaneurisme klokken 23.00. Han har akutte magesmerter diffust utbredt. Ved undersøkelse oppstår mistanke om disseksjon/ruptur, stabil sirkulatorisk. Må transporteres direkte til sykehus med kompetanse på operativ behandling. Ambulanse varsles. I tillegg varsles AMK for helikoptertransport. Volumbehandling etableres, i tillegg til kompetent overvåking og helikoptertransport direkte til akutt-sykehus med karkirurgisk kompetanse.

FALLSKADE



En eldre kvinne faller fra en kjøkkenstol omkring klokken 2100. Hun har smerter i venstre kne og hofte. Klarer ikke reise seg. En ambulanse henter henne.

Behandling: Etablering av intravenøs inngang, sirkulatorisk overvåking. Kvinnen blir undersøkt i ambulansen på legevaktstasjon. Overveiende sannsynlig brudd i venstre lårhals. Dermed får hun volumbehandling og smertebehandling. Vanlig ambulansetransport til nærmeste sykehus med kirurgisk kompetanse. Kvinnen blir bildediagnostisert samme kveld, og operert neste dag.



4. Behandling

Når helsepersonellet kommer frem, tar de over behandlingen. Ved hjerTESTANS gjøres behandlingen ferdig på stedet. Hvis det er traumer gjelder det å komme til riktig sykehus så raskt som mulig og gjøre jobben der.



5. Destinasjon

Hvor skal pasienten? Samarbeid mellom lokal lege, ambulansetjeneren og AMK. Dersom pasienten har en alvorlig skade, skal han til et traumesykehus, det vil si St. Olavs. Ved enklere skader kan de sendes til akutt-sykehus, som vi har ett av i hvert helseforetak. Medisinske tilstander kan behandles på lokale sykehus.



6. Mottak

Ved sykehusankomst står tverrfaglige spesialteam for tilstanden klare til å behandle.



Roald Bergstrøm

DIGITAL KOMMUNIKASJON I HELSEVESENET:

Rikest – men ikke

– Ingen skjønner lenger hvorfor samme kne må røntgenfotograferes fire ganger, ved fire forskjellige institusjoner, fordi dataprogrammene i helsevesenet «ikke snakker sammen».

Roald Bergstrøm (62) er spesialist på digital røntgen, og ivrer for smartere løsninger i helsevesenet. Ikke bare på røntgenavdelinger, men han bruker gjerne det som eksempel:

– Når jeg kan dele familiens feriebilder på allverdens måter, må da den private spesialisten, lokalsykehuset og universitetssykehuset kunne få til å dele det samme røntgenbildet?
– Kvaliteten på pasienttilbudet, og helsevesenets ressursbruk, blir dårlig når dataprogrammene ikke snakker med hverandre. Slikt skaper unødvendig dobbelt- og trippelarbeid, mener Bergstrøm.

Dele informasjon

Norge omtales gjerne som verdens rikeste land. Men om vi er rikest, er vi ifølge Bergstrøm ikke smartest. I hvert fall ikke når det gjelder å dele informasjon i helsevesenet.

– Fremtidens helsevesen krever mer samhandling. Samhandlingsreformen blir ikke mulig uten at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i større grad kan dele informasjon om pasienten, mener Bergstrøm, som til daglig er seniorrådgiver i

KITH (se faktaboks).

– I dag opplever vi at et sykehus som mottar en akutt pasient er helt uten informasjon om pasienten. Livsviktig informasjon om pasientens helse og medisiner, som fastlegen har kunnskap om, er ofte ikke tilgjengelig. Vi tillater dårlige løsninger og lager dobbelt- og trippelarbeid for de som jobber i sektoren. Derfor er myndighetenes planer om en nasjonal kjernejournal et riktig skritt. Dette vil være et av de viktigste tiltakene for en bedre og rimeligere helse i framtida, sier Bergstrøm.

Mer enn røntgen

Digital kommunikasjon blir viktig av flere grunner, mener Bergstrøm.

– Vi lever lenger, og blir flere eldre. Dette vil stille helsevesenet på nye prøver. Skal vi takle disse ligger én av løsningene helt sikkert i å bruke teknologiske hjelpemidler smartere, og i hjemmet. Utstyr i hjemmet som overvåker pasientens helse, og gir både pasienten og legen tilgang til informasjonen, kommer til å bli en ny og svært spennende retning innen teknologibruk, tror han.

– Kombiner så dette med ambulante helse-tjenester, som oppsøker pasienten i hjemmet, ja så er snart ringen sluttet, smiler Bergstrøm – med henvisning til tidligere tiders husleger. Dette er ikke science fiction.
– Teknologien finnes allerede på flere områder, det handler om å kvalitetssikre løsningene og deretter våge å ta dem i bruk. Sperrene ligger ikke i teknologien, men i hodene våre – i viljen til å organisere arbeidet vårt annerledes, mener Bergstrøm.

Legebooking online

Seniorrådgiveren ivrer for å gjøre mer pasientinformasjon tilgjengelig for helsepersonell. Og for pasienten. Han har nylig vært på studietur i blant annet USA, hvor tilgang til pasientinformasjon på tvers av nivåer sparer både tid og kostnader. Viktigst er det likevel at pasienten får raskere hjelp.

– Fremtidens helsevesen må åpne seg opp. Tenk om fastlegen kunne booke time hos sykehusspesialisten online – mens pasienten satt der. Eller at pasienten selv kunne booke time hos fastlegen på samme måte. Det er bare gode grunner for at utviklingen bør gå i en slik retning, mener Bergstrøm. Heller ikke dette er science fiction.

– Men også dette krever at vi legger om måten vi jobber på for å få effekt av den nye teknologien. Vi må ha ledere på alle nivåer – også politisk – som våger å definere tydelige mål og fullføre prosessene.

OM KITH

- KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS) er et aksjeselskap eid av Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet og KS.
- KITH er etablert for å bidra til en koordinert IT-utvikling innen helse- og sosialsektoren.
- Selskapet holder til på Leütenhaven i Trondheim.

NORSK HELSENETT

- Norsk Helsenett SF er etablert av regjeringen som et viktig ledd i realisering av Samhandlingsreformen, hvor staten tar et klarere ansvar i utviklingen og koordineringen på IKT-området i helse- og omsorgssektoren.
- Norsk Helsenett skal bidra til at en standardisert IKT-infrastruktur med felles tjenester blir gjort tilgjengelig på et nasjonalt plan, og gjennom dette medvirke til å oppnå helsepolitiske mål om kvalitet, lik tilgjengelighet til helsetjenester, effektivisering og informasjonssikkerhet.

smartest

– Helse Midt er pådriver



– Vi må ikke glemme at sykdom og medisinske tilstander kan endre seg, sier Bård Helge Hofstad i Helse Midt-Norge RHF.

HELSEREGISTER OG KJERNEJOURNAL

- Et helseregister er en samling av helseopplysninger som er lagret systematisk, slik at opplysninger om den enkelte pasient kan finnes igjen. Registerne har ulike formål og opplysningen kan være personidentifiserbare, pseudonyme, avidentifisert eller anonyme.
- Registerne kan bl.a. benyttes for informasjon om forebygging og behandling.
- Kjernejournal er et sett med pasientopplysninger som i gitte situasjoner skal kunne gjøres tilgjengelig for helsepersonell, for eksempel i akutsituasjoner eller ved administrering av legemidler.
- Journalen består av utvalgte opplysninger om pasienten, for eksempel blodtype, allergier, pasientens legemidler, kontaktoversikt og epikriser.

Skottland

- Innførte nasjonal kjernejournal i 2007. Viktige data om pasientens medisiner og allergier blir automatisk levert hver dag fra primærlegenes systemer til et sentralt register.
- Alle leger, sykehus og akuttmottak har tilgang til samme informasjon.
- Hele befolkningen (5,7 mill) er automatisk inkludert, men med en mulighet for å reservere seg. 0,2 promille har benyttet denne muligheten.

Finland

- Finland bestemte i 2007 at de skulle opprette et sentralt helseregister. Pasienten har både reservasjonsrett samt rett til egen tilgang til sine journalopplysninger

USA

- Kaiser Permanente i USA tilbyr helsetjenester til sine 8,2 mill medlemmer og har et samlet ansvar for medlemmene; dvs både vanlige legekonsultasjoner og spesialistbehandling.
- Kaiser har et felles pasient- og journal-system og gir både pasient og behandler tilgang til alle pasientopplysninger.
- Systemet inkluderer også booking. Pasienten kan gå inn selv og bestille legetime. Pasienten gis også tilgang til alle laboratorieprøver og svar.

Norge

- Norge har 13 sentrale registre (bl.a. Dødsårsaksregistret og Kreftregistret), men totalt har vi antagelig nærmere 250 helseregistre i Norge hvor det blir lagret store mengder pasientinformasjon. Den enkelte lege har begrenset adgang til registerne.
- Helsedirektoratet har på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet utredet utvikling av en nasjonal kjernejournal, og oversendt sine forslag til departementet.
- Utvikling av kjernejournal er forankret i flere helsepolitiske dokumenter.

Kilder: KITH/Roald Bergstrøm; Helsedirektoratet.no

– Klart det kan virke rart at de samme prøvene må tas om igjen. Av og til er det nok unødvendig, men ofte skyldes det medisinske behov, og ikke mangel på menneskelig eller digital kommunikasjon, sier Bård Helge Hofstad i Helse Midt-Norge RHF.

– Vi må ikke bli så teknofikserte at vi glemmer at diagnoser utvikler seg. Dermed kan det være påkrevet med oppdaterte prøver eller bilder.

– I andre tilfeller vil for eksempel St. Olav ønske å benytte en annen prosedyre for billedopptak enn det sykehuset pasienten var ved først, noe som også kan gjøre det riktig å ta nye bilder eller prøver.

Hofstad, som er direktør for stab og prosjektstyring i helseforetaket, ser også forbedringsmulighetene:

– Klart helse-Norge må bli bedre både på bruk av IKT og deling av pasientinformasjon. I Helse Midt-Norge er vi pådriver for begge deler, sier Hofstad, som minner om at foretaket allerede er betydelig «IKT-standardisert» og at ulike sykehus innenfor regionen derfor kan gi hverandre elektronisk tilgang til pasientinformasjon.

– En nasjonal kjernejournal for pasientinformasjon er imidlertid ett av de områdene vi har holdt høyt trykk på, og vi er glade for at denne nå kommer.

Kritikken om at det tar for lang tid for helsepersonell å nyttiggjøre seg ny teknologi er Hofstad enig i, men det finnes også eksempler på at vi lykkes.

– For vi får det jo til også. Digital talegjenkjenning er et godt eksempel, hvor vi kommer til å hente inn betydelige gevinster på redusert epikrisetid, sier Hofstad.



Pasient, ledelse, pleiere og fysioterapeut er fornøyd med tilbudet ved avdeling for observasjon og etterbehandling ved Fosen DMS. Fra venstre: Berit Wiklund, Karin Størseth, Else Nesheim, Leena Stenklov og Liz Raaken.

Lat^tterlig bra samhandling

Kan man spare helsepenger, og samtidig få bedre kvalitet og mer fornøyde pasienter? Ansatte og pasienter ved Fosen Distriktsmedisinske Senter mener det.

Else Koren Nesheim (61) kom hjem fra en reise i Midtøsten med store magesmerter. Så store var smertene at ambulansen måtte hente henne i hjemkommunen Åfjord. På vei til innleggelse ved Orkdal sykehus, ble ambulansen omdirigert til Brekstad og Fosen DMS. Diagnose: Mageinfeksjon. Behandling: Intravenøs antibiotikabehandling i cirka en uke. Behandlende sykehusavdeling: Avdeling for observasjon og etterbehandling, Fosen DMS.



Pasient Else Nesheim var svært fornøyd med måten hun ble tatt i mot og behandlet på ved Fosen DMS.

– Jeg var veldig glad for å være innlagt på Brekstad. Så nære hjemmet, kunne mannen min besøke meg flere ganger. I tillegg var jeg veldig trygg på både lege og sykepleier, sier Else.

Tjue års erfaring

Spesielt en episode glemmer ikke Else så lett. – Sykepleier Elin kom inn til meg med en suppeskål med et tent telys ved siden av. Her ble jeg tatt i mot som «mennesket Else», og ikke «diagnosen mageinfeksjon». De er flinkere, og har sikkert også flere muligheter, til å se folk på et lite sted som her, fremfor på et stort sykehus, mener Else. Else er ingen ukritisk pasient. Hun har 20 års erfaring som helsesøster i Åfjord kommune og har i tillegg erfaring fra sitt internasjonale engasjement i Kirkens Nødhjelp. Ansatte ved Fosen DMS er fornøyde med tilbagemeldingene. De vet at tilbudet fungerer.

– Her har vi egne legeressurser tilgjengelig til enhver tid, enten leger på vakt eller i beredskap. I tillegg har vi videokonferanse med Orkdal eller St. Olavs sykehus hver morgen, der vi går gjennom hver enkelt pasient, forteller Liz Raaken, sykepleier og leder for avdeling for observasjon og etterbehandling ved Fosen DMS. – I tillegg opplever vi at pasientene er fornøyd med tilbudet. Mange er utslitt av bråkete og ståkete sykehus når de kommer hit til etterbehandling. Hos oss finner de roen.

I havn

Intensjonene i Samhandlingsreformen er å bygge opp sentra som Fosen DMS over hele Norge. I Midt-Norge er det kjent at de som planlegger den videre driften av Røros sykehus i Sør-Trøndelag ser nøye på erfaringene som er vunnet ved Fosen DMS. – Vi er allerede i havn med det andre kom-



Kommunelegene Ingvar Berg og Atle Hestnes på Ørland mener Fosen DMS er en modell som medfører vinn-vinn for pasient, kommuner og stat.

muner, i følge Samhandlingsreformen, skal ha på plass i 2012, forteller driftssjef og sykepleier Berit Wiklund på Fosen Distriktsmedisinske Senter.

Fosen DMS et forbilde

Helsetilbudet som er bygget opp på Brekstad i Ørland nevnes i stadig flere sammenhenger som et stjerneeksempel på det Samhandlingsreformen handler om; kommuner som tar større helseansvar, reduksjon i antall sykehusinnleggelser og liggedøgn, et bedre og mer tilpasset tilbud til pasientene. Når politikere og toppbyråkrater snakker om Samhandlingsreformen, effektivisering og kvalitetsutvikling i radio og TV, blir det fort store ord som går inn det ene øret og ut det andre. Ved Fosen DMS har de store ordene måttet vike for handling helt siden 2005. Fungerer det?

Sparer penger

– Vi behandler pasientene til en langt lavere pris enn et vanlig lokalsykehus. Og det som er enda viktigere for oss er at vi for den lave kostnaden klarer å produsere et helhetlig og ikke minst et godt tilbud til pasientene, sier Liz Raaken.

Reduserer antall liggedøgn

Liz forteller at det i observasjonssengene er innlagt pasienter med mange ulike diagnoser. Dette bidrar til å forhindre ordinære sykehusinnleggelser. I etterbehandlingsenheten innlegges pasienter med blant annet infeksjoner, kne- og hofteprotese opererte, slag, etc. Dette tilbudet reduserer antall liggedøgn på sykehuset.

– Av de som legges inn til observasjon fra Fosen Legevaksenter behandles 70% ferdig her for deretter å utskrives til hjemmet. Tidligere måtte disse transporteres til sykehus. En unødvendig belastning for pasienten og lite samfunnsøkonomisk sier Liz.



FOSEN DMS:

«The missing link»

Sammen med distriktslegene Ingvar Berg og Atle Hestnes i Ørland kommune var prosjektleder Leena Stenkløv blant de første som begynte å utvikle «the missing link» mellom sykehustjenesten og den tradisjonelle kommunehelsetjenesten.



SAMHANDLINGSSJEFEN SJØL:

Leena Stenkløv er daglig leder for Fosen DMS. Hun forteller om et enormt engasjement for å lykkes både lokalt på Fosen, på sykehusene og i Helse Midt-Norge.

– Det har nok vært en ubevisst tankegang i enkelte kommuner at det er billigere å sende pasienter til det statlige sykehuset fremfor å belaste kommunebudsjettet ved å ta ansvar for pasienten selv, sier kommunelege Ingvar Berg.

I tillegg ønsket de tre før etableringen av Fosen DMS å sikre gode tjenester i området mellom primærhelsetjenesten og sykehusopphold. Leena Stenkløv forteller at det har vært stort engasjement blant mange krefter for å utvikle tilbudet ved Fosen DMS.

– Iveren etter å få til ting har vært stor, og det samme har iveren etter å få til ting *fort* vært. Dessuten har vi hatt enorm støtte fra Helse Midt-Norge og *St. Olavs*.

Tredeling av utgiftene

Sju fosenkommuner har gått sammen om å danne det interkommunale selskapet Fosen DMS. Stjerneeksempelet på god samhandling mellom stat og kommune ved Fosen DMS, avdelingen for observasjon og etterbehandling, er finansiert tredelt.

1. Helse Midt-Norge
2. St. Olavs
3. Kommunene Ørland, Bjugn, Åfjord og Rissa.

Andre kommuner bruker også avdelingen, og betaler for bruk i de enkelte tilfeller.

Vinn-vinn

Kommunelegene er brennsikker i sin sak.

FAKTA OM FOSSEN DMS OG AVDELING FOR OBSERVASJON OG ETTERBEHANDLING:

- Fosen DMS ble etablert som prosjekt i 2005, og avdelingen 1. mars 2006.
- Gjennomsnittlig liggetid på avdeling er 11,5 døgn.
- Gjennomsnittlig belegg er 95%.
- I perioden 2006-2008 var totalt 969 pasienter lagt inn ved avdelingen. 433 pasienter var inne til observasjon hvorav 70% ble utskrevet til hjemmet. Tidligere ville majoriteten av disse ha blitt innlagt ved et sykehus.
- Snittprisen på et liggedøgn ved Fosen DMS er cirka 2 400 kroner. Dette utgjør rundt halvparten av snittprisen på et liggedøgn ved et sykehus.
- Mottoet til Fosen DMS er:

«Bedre tjenester gjennom samarbeid – rett pasient på rett sted til rett tid.»

– Dette er vinn vinn for pasienter, kommuner og staten. Mer fornuftig bruk av helsekronene, sier de to legene i kor (s. 17). Leena Stenkløv forklarer hva kommunenes incitamenter for å bidra i dette har vært.

– For kommunene handler det om to ting. For det første bidrar det til å skape interessante arbeidsplasser lokalt. For det andre så sparer kommunen penger. Før vi fant «the missing link», brukte kommunen mer penger på for eksempel langvarige hjemmehjelpstjenester til mennesker som var utskrevet fra sykehus, før de var oppe på et tilfredsstillende funksjonsnivå. Nå blir det mindre av det, fordi etterbehandlingstilbudet ved Fosen DMS virker, sier Stenkløv.

PASIENTSIKKERHET

og effektivitet med talegjenkjenning

En ny og mer effektiv arbeidsform i Helse Midt-Norge skal sørge for at både sykehuspersonell og fastlege får rask tilgang til informasjon om pasientens tilstand. Talegjenkjenning er tatt i bruk i alle våre helseforetak, og møtes med en gryende entusiasme.

Før:

Innføring av talegjenkjenning har ført til en ny arbeidsform for leger og sekretærer i sykehusene. Tidligere satte legen seg til med diktafon og leste inn opplysninger om pasienten. Opptaket ble lagt i en skrivekø, inntil en ledig sekretær kunne renskrive det som et notat. Dette ble så sendt til legen til korrektur. Når denne var fornøyd med teksten i notatet ble det lagt inn i journalen, før en epikrise ble laget og sendt til fastlegen. Denne prosessen kunne ta opptil åtte uker. Skulle det skje noe akutt med pasienten, enten rett før utskriving eller i løpet av perioden før epikrisen ble sendt ut, ville ingen verken ved sykehuset eller hos fastlegen ha tilgang til oppdatert informasjon om den behandlingen pasienten hadde fått.

Nå:

Situasjonen er en helt annen. Legen dikterer som før, men i stedet for å sende fra seg diktatet til renskriving får hun nå teksten opp på dataskjermen, og kan gjøre korrigeringer med en gang. Når hun er ferdig med å diktere legges notatet direkte inn i journalen. Sekretæren mottar et ferdig notat som hun omarbeider til en epikrise. Skulle det nå skje noe akutt, enten før utskriving eller at pasienten blir lagt inn på nytt kort tid etter, vil sykehuspersonalet ha full oversikt over den behandlingen som er blitt gitt. Dette gir langt bedre sikkerhet enn tidligere.

Rune Holger Andersen fra Hemit har vært prosjektleder for innføringen av talegjenkjenning. Han forteller at selv om det har vært en del medieomtale rundt prosjektet, har det vært forbausende lite støy internt. – Når dette prosjektet er ferdig har vi gitt 966 leger ni timer obligatorisk opplæring, forteller han.

– Selv om de nå bruker litt mer tid på diktering bruker de nesten ingen tid på etterarbeid. Dette er de aller fleste veldig godt fornøyd med.

– Det som kanskje har generert mest støy, forteller Andersen, er bruken av nynorsk og at fremmedspråklige leger har en annen betoning av norske ord.

– Talegjenkjenning er blitt innført i nesten hele Norge, men Helse Midt-Norge er den første regionen som har så stor andel nynorskbrukere at dette er blitt en utfordring.

Systemet er i stand til å oppfatte nynorsk og dialekter, men teksten som kommer ut er på bokmål. Dette er de fleste brukerne fornøyd med, men enkelte ønsker at det ferdige journalnotatet også skal være på nynorsk. Andersen forteller at inntil videre får disse legene lov til å fortsette med diktering som før, mens det jobbes nasjonalt for å tilpasse systemet til også å produsere nynorsk tekst.

Hva så med effektiviseringsgevinsten talegjenkjenningen skal generere?

– Personalreduksjonene har vært tatt dels gjennom naturlig avgang, dels gjennom omplussing av sekretærer, men også gjennom at innleide sekretærer ikke har fått fornyet kontrakter. Så langt har ingen blitt oppsagt på grunn av talegjenkjenning, sier Rune Holger Andersen

Utfordrende framskritt

Overlege Paul Fuglesang mener talegjenkjenning vil kreve lang oppfølging, men ønsker seg slett ikke tilbake.

Overlegen ved ortopedisk avdeling på Sykehuset Levanger setter nemlig stor pris på at notater kan gjøres ferdig der og da.

– Det er en stor fordel at notatene blir ferdigstilt umiddelbart, sier Fuglesang.

Den fordelene veier opp for ulempene ved talegjenkjenning. For overgang til digital sekretær er ikke utelukkende en dans på roser.

– Selve diktering tar noe lenger tid, særlig i begynnelsen når man skal opparbeide sin profil i systemet. Det blir feil, og det er avgjørende at legene er nøye med korrekturen, sier Fuglesang. Det enkle viser seg å være det beste, også ved talegjenkjenning. Systemet er langt bedre egnet til å gjenkjenne korte og konsise notater som forholder seg til vanlige medisinske formuleringer. I det øyeblikk at notatene blir lange, kompliserte og med formuleringer som ikke er å finne i medisinsk ordbok, øker andelen vanskeligheter.

– Alt i alt mener jeg dette er et klart framskritt, men det er avgjørende at oppfølgingen av oss som bruker talegjenkjenning blir god. Jobben er ikke gjort etter første kurs, sier Fuglesang.

– Alt i alt mener jeg dette er et klart framskritt, men det er avgjørende at oppfølgingen av oss som bruker talegjenkjenning blir god, sier overlege Paul Fuglesang.



Samfunnet endrer seg – hva gjør vi?

Spesialisthelsetjenesten i oppbrudd, som så mange ganger før. For sykehusene er endring og omstilling det normale. Det unormale denne gangen er at kravet om forandring kommer utenfra, fra samfunnet.

Stadig flere eldre, utflating av den økonomiske veksten, knapphet på nye medarbeidere og høyere krav til dokumentert kvalitet er skriften på veggene. Hva gjør vi med det?

Samfunnet endrer seg, og flasketuten peker på spesialisthelsetjenesten: Hva må helseforetakene gjøre for å sikre at helsetjenestene blir et grunnleggende velferdsgode også for fremtidige generasjoner?

Vi har bedt om svar fra ledende representanter for fire aktører som kommer til å ha avgjørende innflytelse på endringene av spesialisthelsetjenesten fram mot 2020: Rikspolitikerne, fagforeningene, spesialisthelsetjenesten selv og kommunene.

Vi stiller dem fem spørsmål og presenterer svarene side ved side. Så kan leseren selv sammenligne.

HELSE MIDT-NORGES VEIKART MOT 2020

- Strategi 2020 skal sikre at fremtidige generasjoner får del i det grunnleggende velferdsgodet som helsetjenestene representerer.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at befolkningen i hele Midt-Norge har tilgang til likeverdige og trygge spesialiserte helsetjenester.
- Det forutsetter en felles plattform og et samhold på tvers av geografiske skiller. Foretakene må samhandle for å sikre gode pasientforløp og at befolkningen føler trygghet i forhold til liv og helse.
- Dette blir en krevende prosess der foretakene også må være villige til å se nærmere på tjenestetilbud og strukturen i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge
- Det legges til rette for en åpen prosess for bred medvirkning, åpenhet og innsyn.
- Strategi 2020 er ute på høring i mars 2010
- Vedtak i juni 2010

SAMFUNNET ENDRER SEG

1. Befolkningens sammensetning og behov endres
2. Den økonomiske veksten for spesialisthelsetjenesten vil bremse
3. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
4. Det stilles tydeligere krav til dokumentert kvalitet

Spørsmål 1:

Eldre utgjør en stadig større del av befolkningen. Dermed kommer behovene for helsetjenester till å endre seg betydelig fram mot 2020. Hvilke grep mener du vi må ta for at helsetjenesten skal makte å møte denne utfordringen?

Spørsmål 2:

Spesialisthelsetjenesten i Norge har hatt en bratt økonomisk vekst de siste tiårene. Det er all grunn til å anta at denne veksten nå vil flate ut. Hvordan skal vi takle det?



Bent Høie,
leder Stortingets helse og omsorgs-
komité

Det er behov for å bygge opp den kommunale helse- og sosialtjenesten. Både kvalitativt og kvantitativt. Det betyr et betydelig bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.



Mette Nord,
Nestleder i Fagforbundet

– Jeg tror samhandlingsreformens grep med mer ressurser til kommunehelsetjenesten og forebyggende jobbing er grunnleggende riktig. Det er viktig at organisasjonenes tillitsvalgte og ansatte både i sykehusene og kommunene er med i utviklingsprosessen slik at kunnskap bygges opp både i sykehusene og i kommunehelsetjenesten.

Tverrfaglig kompetanseutvikling og det å ta i bruk all den kompetansen som går for halv maskin med alle som jobber deltid (75 % av hjelpepleierne i helseforetakene) vil være avgjørende.

Foto: Trond Isaksen



Paul Hellandsvik,
senior rådgiver i Helse Midt-Norge

Selv om «eldrebølgen» for alvor slår inn etter 2020, må nødvendige omstillinger være gjort til da. Det dreier seg i all hovedsak om å ta Samhandlingsreformens intensjoner på alvor. Veksten i sykehusbudsjettene må bremses til fordel for en styrket helsetjeneste utenfor sykehusene. Skal dette skje, må vi være opptatt av at kommunene lykkes med sin del av jobben og bidra ikke minst til det faglige løftet i primærhelsetjenesten som reformen forutsetter.



Tomas Iver Hallem,
varaordfører i Verdal kommune,
Styreleder i KS Nord-Trøndelag

Helsevesenet er godt forberedt på de demografiske endringene fram til 2020. Etter 2020 blir det svært mange flere eldre over 80 år, gruppen som har størst behov for tung og kostnadskreven pleie. Jeg tror folk kommer til å stille tydeligere og mer ulike krav til de ulike helsetjenestene. Noen tjenester vil folk ha nærhet til, som fødeavdelingene. Samtidig vil folk reise langt for å få den best mulige behandlingen av for eksempel kreft eller en hoftelidelse.

Hovedgrunnen til at veksten skal flate ut må være at flere av oppgavene løses før det blir behov for spesialisthelsetjeneste. Det er også slik at oppgavene kan løses på en bedre måte, hvis vi sammenlikner ulike sykehus i Norge så er det stor forskjell på ressursutnyttelsen. Vi mener også at det er mulig å spare penger på å konkurranseutsette ikke-medisinske oppgaver i sykehusene.

– Vi kan ikke ha en diskusjon om økonomi uten å snakke om hva slags helsevesen vi ønsker oss. Vi bruker mye penger på helse i dag, og vi kommer til å fortsette å bruke mye penger på helse. Men vårt helsevesen er mindre ressurskrevende enn et privatisert helsevesen. Vi har noen viktige prinsipper i Norge som sier at alle skal ha rett til helsehjelp uavhengig av inntekt og sosial status. Dette er en av grunnene til at Norge ligger godt an på levekårsundersøkelser sammenliknet med andre land.

Den omstilling som har foregått i norske sykehus i flere år må fortsette. Sammenliknet med andre land er det fortsatt mye å hente på redusert liggetid, bruk av dagbehandling i stedet for innleggelser og en langt mer målrettet bruk av vårt polikliniske tilbud og våre avtalespesialister. I tillegg må vi evne å ta ut effektiviseringspotensialet av de store IT-investeringene som er foretatt.

Det er skapt et inntrykk av at det er mulig å flate ut den økonomiske veksten. Men legger vi den demografiske utviklingen til grunn, er det mye som tyder på at vi ikke klarer det. Spørsmålet blir heller hvordan vi skal greie å styre veksten på en måte som er mest produktiv for samfunnet. I tråd med tankene bak Samhandlingsreformen tror jeg vi må legge mer behandling til kommunene, men uten å organisere denne behandlingen slik at den blir like dyr som på sykehuset.





Spørsmål 3:

År for år blir det vanskeligere å dekke behovet for nye medarbeidere i helsesektoren. Hvilke løsninger ser du på rekrutteringsproblemene fram mot 2020?

Spørsmål 4:

Samfunnet stiller stadig tydeligere krav til dokumentert kvalitet. Hvordan mener du helsetjenesten skal møte dette kravet?

Spørsmål 5:

Hva mener du blir den aller største utfordringen for spesialisthelsetjenesten fram mot 2020?

ENDRING I 100 ÅR

- På 100 år har sykehusene utviklet seg fra fattighus til høyteknologiske service- og kompetansesenter.
- Først med muligheten for å bekjempe infeksjoner effektivt, fikk medisinsk behandling vesentlig betydning for folks levealder. Dermed rykket også legene inn på sykehusene.
- Bruk av laboratorier og røntgen gjorde at legene ble stadig mer knyttet til sykehusene utover på 1900-tallet.
- Ny teknologi og ny medisinsk kunnskap førte til stadig nye spesialavdelinger. Vi fikk det tredelte sykehus.
- Etter hvert fikk vi det mangedelte sykehus, der hver spesialitet ble en egen avdeling.
- Sykehusets syn på pasienten og pasientenes forventninger til sykehuset endret seg mot slutten av 1900-tallet. Pasientforløpet på tvers av de mange avdelingene fikk avgjørende betydning for utvikling av sentermodellen som lå til grunn for byggingen av det nye universitetssykehuset i Trondheim fra midten av 1990-årene.

Bent Høie, leder Stortingets helse og omsorgs- komité	Mette Nord, Nestleder i Fagforbundet	Paul Hellandsvik, senior rådgiver i Helse Midt-Norge	Tomas Iver Hallem, varaordfører i Verdal kommune, Styreleder i KS Nord-Trøndelag
Bedre organisering og ansvarsfor- deling vil redusere det totale behovet for ansatte i forhold til å videreføre dagens system. Så må det blir mer attraktivt å jobbe i sektoren. Derfor går Høyre inn for en kompetanse- pott som skal heve lønnsnivået for utdanningsgruppene i offentlig sektor. Vi må også gjennomføre et kompetanseløft og dermed redusere antallet ufaglærte.	– Flere hele faste stillinger, bedre lønn - men ikke minst bedre arbeids- forholdene slik at ansatte både får bruke fagkompetansen, utvikle ny kompetanse og blir verdsettet er en god begynnelse. Omgjøring av stillinger og sluttpakker bidrar ikke til å skape godt omdømme. Heller ikke at det er en sektor med høyt sykefra- vær, tidligpensjon og utstøting fra arbeidslivet bidrar i positiv retning.	Dette er ikke bare et spørsmål om hvor mange vi kan rekruttere, men hvor mange vi bør rekruttere. Faren med å være rik i denne sammenheng, er at mer penger til sykehusene i all hovedsak går til flere stillinger. Erfaringene eksempelvis fra Holland bør vise oss at en for ensidig satsning på offentlig sektor kan være en trus- sel for ønsket om et velfungerende næringsliv. Velferden kan i en gitt situasjon true velferdsstaten. Vi må ikke bare rope på mer ressurser, men hele tiden spørre om vi bruker de vi har godt nok. 2020 strategien dreier seg om nettopp dette.	Vi må fortsette å fortelle ungdom- mene at dette er utdanninger og yrker som samfunnet har stort behov for. I tillegg må vi rekruttere medarbeid- ere fra Norden. Det er økonomisk fordelaktig å arbeide i Norge. Den viktigste innsatsen vil likevel ligge i å ta ut det store potensialet som ligger i å gjøre om alle deltidsstillingene i helsevesenet til fulltidsstillinger, både i kommunene og i spesialisthelse- tjenesten. Kombinerer vi dette med utstrakt bruk av ny teknologi som automatiserer en del av rutinearbei- det, vil vi kunne møte rekrutterings- utfordringen.
Med et mye mer systematisk kvalitetsarbeid. Det må skje på tre måter: bedre systemer, at kvalitet (ikke bare økonomi) prioriteres fra ledelsen som styringsbarometer og gjennom en holdnings- og kulturend- ring. Det er først når en får åpenhet, måling og diskusjon omkring kvalitet og feil at en kan kontinuerlig forbedre seg og hindre feil.	Dagens kvalitetsstrategi - og bedre skal det bli, ble vedtatt i 2005 og gjelder frem til 2015. Her har helse- arbeiderne vært med på å utarbeide en veileder med praksisfeltets egne råd og anbefalinger. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, som ble opp- rettet i 2007, og Nasjonal helseplan følger også opp kvalitetsstrategiene. Det er imidlertid vanskelig å måle mange av disse tjenestene, og en viktig oppgave er å utvikle evalueringsverktøy. Dette handler om å bli bedre. Helsearbeidere har alltid vært opptatt av å forbedre tjenestene og gjennom det bidratt til at våre helsetjenester er blant de beste i verden, og det vil de fortsette med.	Dette er en trend i tiden som bare vil forsterke seg. HMN har hele tiden etter sykehusreformen bevilget mer penger til forskning for nettopp å kunne dokumentere kvalitet i egne behandlingstilbud eller søke etter avvik som grunnlag for forbedringer. Men mest av alt dreier dette seg om å utvikle kulturer som setter kvalitet i høysetet, og utvikle sykehusene i åpen dialog med den befolkning vi er satt til å tjene. Folk er opptatt av sykehus- tilbudet sitt og forslag til endringer vekker ofte betydelig engasjement og emosjoner. Vi må møte dette på en åpen og inviterende måte uten å tildekke at vi har et stykke vei å gå.	Det må bli større åpenhet om kvaliteten på ulike behandlinger på de enkelte sykehusene. Folk må i større grad få et reelt valg basert på tilgjengelig kunnskap om hvilke sykehus som er best på å behandle ulike diagnoser. Den som skal ta en hofteoperasjon, må få full oversikt over hvilke sykehus som best og raskest kan utføre operasjonen, og sykehusene må konkurrere seg imellom. Når det gjelder fødeavdelin- ger og poliklinikker, blir nærhetsprin- sippet ofte like viktig.
Bidra til at vi samlet sett får mer kvalitet og resultater ut av de ressur- sene vi bruker i helsevesenet. Norge er på andreplass i ressursbruk, men kommer i mange sammenhenger ut med resultater midt på treet i forhold til andre land.	Den største utfordringen er styrings- systemet med foretaksorganisering, og et markedsbasert økonomisystem. Opprettholdelse av lokalsykehusene er også en viktig utfordring. Så stiller Samhandlingsreformen krav til at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal være likeverdige i utviklingen av helsetjenestene. Med mange små kommuner er vi bekymret for prosess- ene fremover, og vil fokusere på med- virkning og partsarbeidet i utviklingen av helsetjenestene.	Å kunne omstille seg. Dette forut- setter selvsagt også en nasjonal helsepolitikk som trekker opp en tydelig retning for de omstillinger helseforetakene skal gjennomføre.	Den største utfordringen blir å få opinionen med på tenkemåten som legges til grunn for veivalgene. Helsevesenet og politikerne må få folk til å forstå og akseptere den nye måten å organisere behandlingen på, ikke minst geografisk. Det er viktig at selve samfunnskontrakten ikke blir brutt, men at den tvert imot blir for- sterket. Så må vi få de ansatte både i 2. og 3. linje til å se seg som del av den samme behandlingstjenesten. Og som et grunnlag for dette må vi selvsagt sikre at helsevesenet får en bærekraftig økonomi. Akkurat det tror jeg tross alt ikke blir den største utfordringen.





– Vi er psykiatriens lette

**Mobilitet og fleksibilitet. Hjemmebesøk og null ventetid.
Akutt ambulantteam er på pletten når og hvor det er nødvendig.**

Inne på et lite kontor på Tiller i Trondheim sitter en liten gruppe mennesker rundt et lite bord. På veggen: klokke, kalender og en korktavle med de forskjelligste oversikter. Kaffe og te vann på kanner. De planlegger dager. (Ikke uker!) Noen er psykiatriske sykepleiere. Noen er psykologer. En sekretær. En psykiater.

– Hvem skal være med å møte denne pasienten? Trenger vi din legekompentanse?
– Klokken 12 skal vi kjøre og møte noen på Havstein. Hvem kjører med meg?
– Husk jeg skal på seminar fredag i neste uke! Det kunne vært et hvilket som helst distriktpsykiatrisk senter, hvor som helst i landet. Nesten. Det ene som skiller dem har den skarpøyde leser allerede observert. Kjøre ut? Vi kommer tilbake til det.

Tilgjengelighet

Det andre er ventetiden. Her går ingen hjemme og trækker i månedvis før de endelig får komme inn. Bare dager etter henvisning, møtes pasient og behandler.
– Vi skal alltid være raskt på banen. Lett tilgjengelige for primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende, forteller psykiatrisk sykepleier Torill Sallaup. Hun har vært med siden starten i september 2008.
– Oppgaven vår er ikke å følge pasienter over lang tid. Når fastlegen ringer, kan pasienten få time allerede samme dag.
– Et ambulant akutteam høres ut som en utrykningsenhet?
– De fleste kommer hit. Men vi er ofte ute også. Hjemme hos folk, hos fastlegen og på

videregående skoler, utdyper Sallaup.

– Vi hjelper til med å løse det akutte behovet, og så henviser vi til poliklinikk hvis langsiktig behandling er nødvendig.

Høy aktivitet

Planleggingsrunden er over. Noen er ute og behandler. Andre forbereder seg til å møte pasienter, eller skriver på journaler. Det er aldri stille. Konsultasjonen dem i mellom pågår kontinuerlig, om alt fra rettskriving til faglige spørsmål. En så umiddelbar arbeidsform krever god logistikk. Hilde Irene Wiggen er sekretæren. Styrer med korte tømmer. Hun forteller om stadig stigende aktivitet.

– Pasientmassen har skutt i været i det siste. Både på grunn av at vi er blitt flere behandlere etter hvert, men også at vi har blitt mer kjent som tilbud.

Tegn i tiden

Inne på sjefskontoret sitter psykiater Øyvind Watne, leder for ambulant akutteam. Han kaller seg selv spillende manager:

– Jeg driver mye behandling. Det ville blitt kjedelig med bare ledelse.

Dette er ikke en beretning om et samfunn i forfall. Watne forteller likevel om samfunnsstrukturer i endring, som er med på å skape tilstrømning til psykiatrien.

– Noen av dem vi har kontakt med, har et relativt lite nettverk, de har gjerne kommet flyttende. Andre har kompliserte familiestrukturer. Felles barn og særkullsbarn. Kompliserte relasjoner som krever mye av mange. Man må forholde seg til mennesker

som står en nært, men som man har en konflikt med. Eldrebølgen vil også påvirke psykiatrien – det er mye ugjørt innen psykogeriatr. Vi må heller ikke glemme rus, et betydelig problem for en stor del av pasientene våre

Psykiatriens forstørrelsesglass

Da Helse Midt-Norge arrangerte sine samhandlingskonferanser våren 2009, ble behovet for å bli flinkere til å snakke sammen, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten seg i mellom, tydelig identifisert. «Vi må bli flinkere til å se hverandre!», var omkvedet. Mon om ikke ambulante team har noe å bidra med her.

– Vi jobber tett mot fastleger og kommunale tjenester, og flytter spesialisthelsetjenesten mot primærhelsetjenesten, med svært lav terskel både for råd og vurdering, mener Watne.
– Avklaringer skjer i de fleste tilfeller mye raskere enn tidligere. Vi tar hånd om mye av de uklare problemstillingene. Vi er kjapt på banen. Du kan si vi er psykiatriens lette tropper.

Som et forstørrelsesglass gjør ambulant akutteam det ikke bare lettere å se hverandre. Som glasset samler solstråler i et konsentrert, brennende punkt, samler de ulike nivåer av behandling. Folk som sliter med både rus og psykiatri, og ofte faller mellom to stoler. Andre som går igjennom vanskelige faser i livet.
– Noen ganger er vi også et godt alternativ til akutt innleggelse. Når vi klarer det, synes vi at vi har oppnådd noe.

– Kan det innebære noen risiko?



tropper

– Dette er avgjørelser vi må ta hele tiden. Vi gjør de samme vurderingene på det feltet som man gjør andre steder i psykiatrien hver dag.

– Også for pasienter som kan være en fare for andre?

– Jeg vil si vi fanger opp en del alvorlig psykoseproblematikk som kunne ledet til situasjoner med fare for andre. For noen uker siden var vi i kontakt med en ung mann som følte seg forfulgt, av to spesifikke instanser i samfunnet. Han var psykotisk. Fastlegen sendte ham hit. Han fortalte at han var tidligere rusmisbruker, og hadde kontakter som kunne skaffe ham våpen for å ta dem som forfulgte ham. Dette hadde ikke andre fanget opp tidligere.

AMBULANT AKUTTEAM TILLER DPS

I drift fra september 2008

Ansatte: 7

Behandlinger i 2009: 439, hvorav 308 betegnet som Krise, og 129 som Tidlig avklaring

Henvissende instans:

Fastlege: 146. Annen førstelinje: 33

Østmarka: 45. Legevakt: 11. Intern viderehenvisning: 140. Andre speshelsetjenesten: 23.

Pasient/pårørende: 39

Henvissningsgrunn:

Suicidalitet: 115. Psykose: 52.

Depresjon: 237. Angst: 126. Mani: 7. PF: 12.

Rus: 56. Spiseforstyrrelse: 11. Livshendelse: 164

Gjennomsnittlig responstid: 5,6 dager.

Samme dag: 21,7 %

I løpet av 3 dager: 31,4 %



– Jeg gråter ikke lenger på tunge dager

Hun hadde ikke vært hos legen på tjue år da hun falt sammen. Angsten sto alltid i veien. Heldigvis kunne Ambulant akutteam fra Tiller DPS komme på hjemmebesøk.

– Det har betydd alt. Hvis ikke hadde jeg aldri kommet til behandling, mener hun. Hun er i gang med behandling. Fremdeles plaget av angst, men ser veien ut.

BARNDOMSMINNER

Vi kaller henne Gunvor. Hun har båret på en fryktelig hemmelighet hele livet. Det med moren visste alle. At moren slo, skjelte henne ut og avskrev henne enhver fremtid. Tok fra henne verdigheten så ofte hun kunne.

– Deg blir det aldri noe av, brukte hun å fortelle meg, sier Gunvor. Andre gjorde dagene enda mørkere.

– Vi hadde et naust, nede ved sjøen, hvor vi brukte å være om sommeren. Skjermet for innsyn. Det står for meg som et torturkammer. Jeg hadde nemlig en far også, og en onkel. De gjorde som de ville med meg, fra jeg var åtte-ni år. Nede ved naustet hadde de fritt spillerom hele sommeren. Hver sommer.

Antakelig visste omgivelsene. Bygda.

Når store båter passerte, hendte det sjømenn knyttet neven og hyttet mot naustet, forteller Gunvor. På loftet. I robåten, under kaia. Hvor ingen hadde innsyn, var hun utrygg.

– Jeg har ikke fortalt dette til noen. Ikke en gang til mannen min.

Om somrene, ute på benken i borettslaget, har hun hørt naboene snakke om at de skulle til legen på «årlig kontroll».

– Tenk om jeg også kunne gjort det?! Blitt

undersøkt og tatt blodprøver av. Jeg skjønnte jo at noe var galt og at jeg trengte hjelp. Men jeg torde ikke. Av og til håpet jeg noe skulle skje så jeg kunne bli hentet av ambulanse.

ØNSKERS KRAFT

Mørke har det med å presse på, når lyset uteblir. Til slutt, da september bikket oktober, tåler hun ikke mer. På tur med hunden faller hun om. Hun blir tatt med til fastlegen, som raskt skjønner at Gunvor har angst.

– Han ville sende meg til distriktpsikiatriske senter. Men jeg nektet, jeg har både klaustrofobi og angst. For meg var det et stort skritt bare det å være hos legen. Javel, da kommer vi til deg, sa de hos ambulant akutteam.

– Jeg var spent, men det gikk kjempefint.

De som kom var veldig flinke. Helt enestående, og har vært en utrolig hjelp for meg. De presset meg også litt, og fikk meg til å komme til dem etter jul. Og det gikk faktisk fint.

FREM GANG

Etter at Ambulant akutteam hjalp henne over dørstokkmila, er hun nå overført til ordinær poliklinisk behandling hos Tiller DPS.

– De er flinke der også. At jeg har fått komme i behandling, det har alt å si. Det skulle skjedd for mange år siden. Men jeg kunne ikke. Var så redd for hva som skulle skje på legekantoret, og venteværelset. Jeg husker nesten ikke jula som var, fordi jeg gruet meg sånn til å dra opp på Tiller. Jeg bare gråt. Men siden det hadde gått så fint da de var her, skjønnte jeg at jeg måtte dra. Og det gikk fint. Jeg har det bedre nå, og gråter ikke lenger på vanskelige dager.

Trygg og god fødselsomsorg



Få begivenheter i livet har mer spenning og forventning knyttet til seg enn en fødsel! En ny person kommer til og skal finne sin plass. Omgivelsene er spente: Gikk fødselen bra? Ble det gutt eller jente? Er barnet blåøyd som far og langbeint som mor?



Christian Bjelke

Under svangerskapet blir mor jevnlig fulgt opp, både på helsestasjonen og på sykehuset. Hun går til kontroller og oppfølging som passer med hennes svangerskap. Hun får kanskje tilbud om å delta i en svangerskapsgruppe, der andre vordende mødre åpent diskuterer alle aspekter rundt svangerskapet og fødselen. Her deles erfaringer og opplevelser fra tidligere svangerskap, og forventninger til den kommende fødselen. Selv om svangerskap og fødsel er en privat begivenhet, deles detaljer gladelig med alle! Dette gjør at både mor, far og omgivelsene er godt rustet til den store begivenheten.

Hele svangerskapet er et samspill mellom mor, primær- og spesialisthelsetjenesten. Kontroller og oppfølging foregår hos fastlege og på helsestasjonen, mens ultralyd og fødsel foregår på sykehus. Fødselsomsorgen er basert på at den gravide skal følges opp systematisk gjennom svangerskapet, og at eventuell risiko skal kartlegges for at det tidligst mulig skal legges planer for oppfølging under svangerskap og fødsel.

Når rammene rundt svangerskap og fødsel kjennes trygge, kan oppmerksomheten rettes mot opplevelsen rundt selve fødselen

og de følelsesmessige sidene rundt den nye verdensborgeren.

Utfordringer

– I dag er det ingen fødeavdelinger i Helse Midt-Norge som ikke driver forvarlig. Men det vil bli vanskelig å drive forsvarlig med de utfordringene vi står overfor i spesialisthelsetjenesten fram mot 2020, sier Christian Bjelke, leder i Nasjonalt råd for fødselsomsorg og fagdirektør ved Helse Nordmøre og Romsdal HF. For å kunne møte framtidens utfordringer bør en fødeavdeling bemannes av minimum 6 gynekologer i en vaktordning.

– Da forutsettes det en stabilitet i bemanningen og et visst antall fødsler i løpet av et år, fortsetter Bjelke.

Det er fødeavdelinger ved alle de åtte sykehusene i Helse Midt-Norge i dag. Grunnlaget for gode medisinskfaglige fødselstilbud vil øke dersom fødeavdelingene slås sammen til større enheter. De siste tiårene er en rekke fødestuer sentralisert til fødeavdelinger ved små sykehus, som igjen er sentralisert til større sykehus (Kunnskapsenteret.no).

De minste fødeavdelingene i Helse Midt-Norge har relativt lave fødselstall. Vedlikehold av tilstrekkelig kompetanse krever et minimum av både normale og kompliserte fødsler. Antall fødsler ved en avdeling vil derfor ha betydning for kvalitet og attraktivitet. Det kan være mer attraktivt å søke jobber ved større avdelinger/enheter for å få

tilstrekkelig erfaring som gynekolog. Når gynekologene på fødeavdelingene i tillegg har tung vaktbelastning, og legebemanningen er sårbar og ustabil, kan samkjørte og godt trent team svekkes over tid.

Et alternativt svar på utfordringene rundt rekruttering og lavt antall fødsler kan være å legge om fødeavdelinger til fødestuer. En fødestue er et tilbud til fødende der mor og barn er friske, og det forventes normal fødsel. Da kan omsorg vektlegges i større grad enn medisinske utfordringer.

I dag har tre norske sykehus fødestuer. Ingen av dem ligger i Helse Midt-Norge. Fødestuene har vaktberedskap bestående av jordmødre, men ikke gynekolog. God oppfølging under svangerskapet, gjør at mulige risikofødsler blir oppdaget tidlig. Dermed kan en plan legge slik at fødselen kan foregå på fødeavdeling, i stedet for på en fødestue. Det utarbeides rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjonene skal samarbeide.

I dag har opptil en firedel av fødeavdelingene i Norge færre enn 400 fødsler i året. Ifølge Statens helsetilsyns definisjon (Stortingsmelding nr 12: «En gledelig begivenhet») har det tidligere vært et krav at en fødeavdeling skal ha minimum 400–500 fødsler i året. Likevel unngår vi ikke å diskutere kvalitetskravene ved de enkelte fødeavdelingene. Det pågår nå et arbeid med å definere kvalitetskravene ved fødeavdelingene i regionen, og når kravene er definert, må vi ha en diskusjon om fødeavdelingene er i stand til å er i stand til å innfri kravene.



Trygghet og kvalitet

– Vi er nødt til å ta hensyn til de geografiske forholdene i Norge, og legge til rette for trygg oppfølging og behandling der vi bor. Helseforetakene står overfor ulike geografiske utfordringer, slik at løsningene og tilbudene vil måtte variere i de enkelte foretakene. Reiseavstand og reisemåte til fødested, uavhengig av kompetansenivå, skal være trygt og oppleves som trygt for den vordende mor, sier Christian Bjelke.

God svangerskaps- og fødselsomsorg er viktig både for enkeltpersoner og samfunnet som helhet. Fødselsomsorgen skal ha en kvalitet som reduserer risiko forbundet med fødsel mest mulig, og som sikrer trygghet og forutsigbarhet for den fødende. Kravene til kvalitet på de tjenestene som skal utføres skal være høye. Vi skal kjenne trygghet for at Helse Midt-Norge etablerer fødetilbud som er godt tilpasset både friske gravide og de som har behov for høyspesialisert kompetanse. Vårt mål er at alle gravide skal føle trygghet for at de får et tilpasset tilbud. Slik kan mors og fars forventninger til svangerskap og fødsel også i framtida knyttes til omsorgen for selve barnet.

FØDSELSOMSORG

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet av Helsedepartementet i 2002. Rådet skal bistå helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i omstillingsprosesser gjennom rådgiving vedrørende faglige, administrative og organisatoriske forhold. Rådet skal komme med anbefalinger om forhold som kan påvirke omstillingsprosesser og sikre kontakt mot eksisterende fagmiljø på området.

Visste du at:

I en undersøkelse fra 2008 utført for arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, analyserte selskapet Deloitte bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste i noen utvalgte nord-europeiske land.

De fant følgende:

Norge har høyest ressursbruk og dekningsgrad av leger og pleiere i forhold til befolkningsmengde, både i helse-sektoren samlet og i somatisk spesialisthelsetjeneste. Samtidig har Norge lavest antall pasienter utskrevet fra offentlige somatiske sykehus, målt per 1.000 innbyggere.

Norge har høy legedekning i offentlige somatiske sykehus, men fremstår med lavest legeproduktivitet (målt i antall utskrevne pasienter og polikliniske konsultasjoner og dagbehandling) per lege.

Finland har lavest legedekning, høyest legeproduktivitet og lavest prosentandel leger av totale årsverk ved somatiske sykehus. Samtidig har Finland det høyeste antall pleiere per lege.

Tyskland har lavest pleierdekning per 100.000 innbyggere, og høyest pleierproduktivitet målt i antall liggedager og antall utskrevne pasienter per pleier.

(Gjengitt fra «Analyse av bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste. – En sammenligning av Norge, Danmark, Finland, Tyskland og Skottland. (Deloitte 2008)»).

I dag går hver 6. elev fra ungdomsskolen inn i helse- og omsorgsarbeid.

Hvis vi fryser tjenestetilbudet på nåværende nivå, vil vi i 2025 ha behov for at hver 4. fra ungdomsskolen blir helse- og sosialarbeider. I 2035 må hver 3. elev velge helse- og sosialutdanning.

Kilde: SSB



«Antall mennesker i verden med diabetes vil øke fra omkring 130 millioner i 2003, til over 300 millioner i 2025. Sykdommen kan forkrøple dagens helsesystemer.»

– Verdens helseorganisasjon

I arbeidet med samhandlingsreformen, ble følgende hovedutfordringer identifisert av Helse- og omsorgsdepartementet:

1. Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.
- a. I følge Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger (SSB 2006) vil folketallet fortsette å stige jevnt til 5,4 millioner i 2030 og 5,8 millioner i 2050. Antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og over 500 000 i 2050.
- b. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for alderbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.
- c. Verdens helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i 2020.
- d. Hver tredje som er uføretrygdet, og hver fjerde nye som blir uføretrygdet i Norge, har en psykisk primærdiagnose.

(Gjengitt fra «Stortingsmelding nummer 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen»)

