



HELSE

02/2010 – Årgang 9. Et magasin fra HELSE MIDT-NORGE

– Skal under hundre!

Kai Flate (36)

De nye, store pasientgruppene
side 11–15

Les også:

Alzheimer og demens

Kvalitet

Overvekt

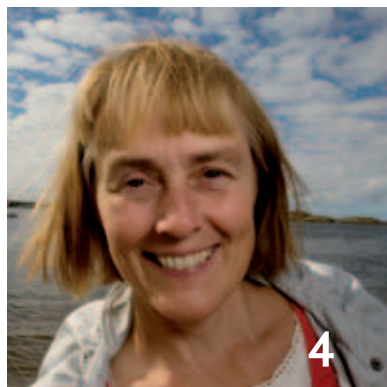
Forebyggende helsearbeid

Sammensatte ruslidelser

Profil: Styreleder Kolbjørn Almlid

Code pasientforløp

STRATEGI
2020



- | | | | |
|----|--|----|--|
| 3 | Gunnar Bovim: – Vi må jobbe smartere | 17 | Tema: Forebyggende helsearbeid |
| 4 | De nye, store pasientgruppene: Alzheimer og demens | 20 | De nye, store pasientgruppene: Sammensatte ruslidelser |
| 8 | Tema: Kvalitet | 25 | Profil: Styreleder Kolbjørn Almlid |
| 12 | De nye, store pasientgruppene: Overvekt | 28 | Tema: Gode pasientforløp |

HELSE  MIDT-NORGE

Utgiver: 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, Knut Hellerud, Anita Grimsrud og Stein Rissstad Larssen. Øvrige bidragsyttere: Marte Hallem, Leif Arne Holme og fotograf Harald Sæterøy.

Opplag: 9.200

Grafisk utforming og trykk: Tapir Uttrykk, Trondheim

Tapir Uttrykk  Nasjonalalt sertifikat: 1660



Gunnar Bovim
Administrerende direktør, Helse Midt-Norge RHF

– Vi må jobbe smartere

Arbeidet med å utforme Helse Midt-Norges Strategi 2020 engasjerte mange mennesker både i vår egen organisasjon, i lokalpolitikken og i media. Det er en styrke for det videre arbeidet at det er bred enighet om utfordringsbildet vi har lagt til grunn for våre strategivalg.

Flere eldre vil leve lenger, og det blir færre yrkesaktive til å bære velferdsgodene våre. Helse- og omsorgsoppgavene vil øke, men spesialisthelsetjenesten kan ikke regne med tilsvarende vekst i årsverk. Vi må jobbe smartere, få til god samhandling med primærhelsetjenesten og gjøre det attraktivt å jobbe hos oss. Kvaliteten skal være god og behovet for å ligge på sykehus skal reduseres. Forebyggende arbeid får økt betydning.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) gir unik dokumentasjon som brukes aktivt til forskning. Vi har i for liten grad bygget helsepolitiske beslutninger på kunnskap om framtidens behov. Valgene vi gjør vil ha konsekvenser for flere tiår, men ofte er det situasjonen her og nå som vektlegges. Helseforetak skal nøye vurdere hva som skal til av endringer slik at vi utnytter ressursene bedre. Vi skal bruke mindre tid til passiv vakt, og mer til aktiv pasientbehandling. Og vi må omfordele for å møte kravet til kvalitet som rettmessig vil bli stilt fra mange og voksende pasientgrupper.

Det regionale helseforetaket skal sørge for både gode og trygge helsetjenester i dag og

i morgen. Skal vi lykkes, må endringene gjøres tidsnok gjennom åpne prosesser der deltakerne har tillit til hverandre. Befolkningen skal ha trygghet for at helsetjenesten ivaretar liv og helse på en god måte, også når den er i endring.

Faglig forankring og medvirkning blir viktig i debattene om prioritering, omstilling og endring i behandlingstilbud og sykehusstruktur. Konsekvensanalyser og vurdering av risiko skal avklare hvordan endringer best kan gjennomføres. Desentralisering av spesialiserte helsetjenester står høyt på aksjonslisten. Mange polikliniske tjenester kan med fordel flyttes nærmere pasientens bosted. Det gir redusert reiseulempe, flere behandlede pasienter og betyr et endret lokalsykehusstilbud.

Med fullføring av universitetssykehuset i Trondheim er en viktig del av regionens helsetilbud på plass. St. Olavs Hospital blir viktig i vårt kvalitetsdrevne endringsarbeid. For å sikre robuste fagmiljøer og effektiv pasientflyt trenger vi samarbeid mellom helseforetak og mellom forvaltningsnivåene. Samhandlingsreformen utfordrer både

oss og kommunene til å ta grep. Dette er sentralt i vår Strategi 2020.

Utredningen om sykehusstruktur for Nordmøre og Romsdal skal gi grunnlag for kloke valg slik at befolkningen sikres et moderne og godt lokalsykehusstilbud. Veien dit handler ikke om stillstand og sementering. Hele helsetjenesten er i betydelig endring. Og et økende tilfang av kunnskap og nyvinninger vil ikke redusere behovet for nytenking.

Helse Midt-Norge har også en jobb å gjøre på kort sikt når det gjelder kvalitet. Det er ikke holdbart at flere tusen pasienter opplever forsinket behandling i forhold til fristen som er satt. Selv om ventetida er på vei ned, er det ingen grunn til at vi skal ha lengst ventetid i landet. Fortsatt forekommer det korridorpasienter på noen av våre sykehus. Og epikrisen som skal følge pasienten når han eller hun reiser hjem, sendes i mange tilfeller for seint. Et fristbrudd eller en forsinket epikrise er aldri god kvalitet! Derfor kommer det nå konkrete virkemidler som skal stimulere til bedre resultat – og det skal pasientene i Midt-Norge ha glede av.

Gunnar Bovim



– Det å kaste bort tiden på å grue seg...nei!
Berit Myskja Drejer har Alzheimer, men vil ikke
la det hindre henne i å leve et godt liv.

Inn i skyen

På overflaten var hun utslitt. Under lurte Alzheimer.

– Se her, sier hun og hefter et bilde ned fra veggen. Viser frem baksiden. «Om det å ikke vite», står det skrevet. Hun snur bildet igjen, og lar fingeren gli over den ru akrylen som former et fjell og en fjord. Ytterst til høyre et hvitt tåkehav, uten konturer eller dybde.

– Her er jeg nå, sier hun om fjellet.
– Jeg er på vei inn i tåken, i det hvite hvor jeg ikke vet noen ting. Men, jeg har et kristent livssyn, som gjør at jeg tror jeg skal komme ut igjen på den andre siden av tåken. Fingeren stryker over det hvite feltet. Beveger seg tvers over rammen, mot stedet der hun kan komme frem, frisk igjen. – Så får vi se da. Om det er en livsløgn eller ikke.

Evig pause

Berit Myskja Drejer hadde vært utslitt lenge da hun gikk til legen. Nå skulle hun ta permisjon for å komme seg igjen, tenkte hun. Nettopp begynt å jobbe hundre prosent – det var tid for det nå som barna hadde blitt voksne. Hun gledet seg til å jobbe fulltid som lærer etter mange års deltidsarbeid.
– Jeg likte så godt å formidle noe til

ungdommene. Det å kunne hjelpe dem noen steg videre i livet.

Så var det ikke bare permisjon hun skulle ha. «Vi kan ikke utelukke at dette kan være Alzheimer», hadde legen sagt. Berit hadde blåst av ham. For noe tull, hun var jo ikke femti år ennå! Men prøvene var etter hvert entydige. For to år siden fikk hun beskjeden. Hun skulle ikke tilbake i jobb, men bli uføretrygdet. Med Alzheimer.

– Jeg hadde ikke merket noe selv, annet enn at jeg var bønn sliten. Men da vi så han fiskeriministeren på tv, hos Grosvold, da kjente vi oss igjen, og jeg ba om å bli henvist. På Ullevål og Rikshospitalet var det etter hvert ikke tvil. Det var klinkende klart at det var «nåkkå feil oppi hauet».

Hva tenker man da? Når man får beskjed om at man er på vei inn i tåkehavet?

– Javel, tenkte jeg. Da er det sånn. Da må vi tenke på en annen måte. Her må jeg ta skjeen i en annen hånd.

– Så enkelt?

– Ja. Jeg har hatt fire venninner, yngre enn meg, som har dødd av kreft. Til dels dødd fra små barn. Jeg har fått se barna mine vokse opp til gagns mennesker. Jeg har jobbet hardt for ikke å bli bitter. Og hvem skal jeg bli bitter på? Jeg ble heller engasjert i ting. Skulle ikke kaste bort tiden – jeg ville få med meg det jeg kunne.

Aktiv

Tre dager i uken hjelper hun til på sykehjemmet i Elnesvågen, med å stille til frokost for beboerne.

– Det er veldig kjekt, altså. Etter endt arbeidsdag går hun de seks kilometerne hjem.

– Det er fint å få litt rutine i hverdagen. Faste rammer er viktig.

Hun er med i boksirkel, driver kristendomsundervisning, og hjelper gamle svigerforeldre. Nå vekselvis sitter og ligger hun avslappet i sofaen. Kroer seg. Stråler av glede når hun forteller om hvordan hun



fyller dagene. Sett bort i fra at hun gjentar seg selv hyppig, og har problem med å huske spesifikke ord og navn, virker hun velfungerende og frisk.

Hva vil det si å være syk?

– Brit Kari, roper hun til datteren. Hun er nitten, og skal flytte hjemmefra om bare noen dager.

– Hvordan arter sykdommen seg?

– Vi har jo vent oss til det, merker det ikke så mye. Men noen ting dukker plutselig opp. Du skulle jo sjekke gradene på ovnen her om dagen, men ble stående og skru på klokka. Hjemme går det ganske bra, men det er verre på nye steder, da kan du bli forvirret.

– Ja, jeg har en veldig artig historie fra Oslo. Jeg skulle ta toget. Men, jeg fant ikke jernbanestasjonen! Det er jo helt utrolig! Til slutt spurte jeg en mann, en asiat. Men han snakket så fort da han skulle forklare meg, at jeg ikke klarte å henge med. Og det oppdaget han. Så han fulgte meg rett bort til stasjonen! Utrolig. En utlending, som viste meg veg. Gjett om jeg tenkte på den fortapte sønn da!

Fortapt?

– Fortapte sønn, spør Brit Karin med en liten latter.

– Nei, svarer Berit. Ler litt hun også.
– Men hva er det da, fra Bibelen....den barmhjertige samaritan, selvfølgelig. Lettelse over å huske, selv om hun blir minnet på.

– Noen ganger er du jo lei deg også, mamma? Da spør vi hva som er i veien. Og da husker du gjerne ikke hvorfor du er lei deg. Da blir det litt ekkelt det også, og da blir du enda mer lei deg.

– Ja. Det er litt ekkelt, det. Men jeg er flink til å huske på de positive tingene. Det negative, stundene der tårene renner – jeg vet at det skjer og har skjedd, men jeg glemmer det. Vil ikke tenke på det.

– Trenger du hjelp i hverdagen?
Hun bekrefter raskt, nesten uten å tenke seg om, før hun vender seg mot datteren igjen. Ber henne fortelle.

– Det kan være nettbank og mail, for eksempel. Du klarer det stort sett selv, men noen ganger trenger du å bli mint på ting.

– Ja. Jeg glemmer jo. Men jeg er flink til å skrive ned hva jeg må huske, og hva som skal skje.

– Men du kjører bil fremdeles?

– Ja, det gjør jeg. Det er ingen som har bedt meg slutte med det. Jeg hadde nok ikke kjørt inn til Trondheim, for eksempel, men rundt her går det helt fint.

Ikke skremt

Hun er i strålende humør, tuller og fjaser med datteren. Forteller at hun har blitt mer fjasete enn før hun ble syk. Vil gjerne fortelle en historie fra en skitur.

– Jeg satt utenfor en hytte og skulle spise nisten. Da kom jeg i prat med en pensjonist, en slags handelsmann fra Molde. Jeg skjønte etter hvert at han så på meg som en søt, ung dame. Så vi satt nå der og pratet så koselig om alt vi kom på. Så begynte jeg å lure da, på om jeg skulle fortelle ham at jeg hadde Alzheimer. Og fristelsen ble for stor – jeg fortalte ham det. Da var han borte du, på to minutter. Det var så ukjent for ham at han ikke kunne takle det. Han ble redd, rett og slett.

– Du virker ikke særlig redd selv?

– Nei. Jeg er ikke det. Jeg ser fremtiden inn i kvitauget. Vi har vært åpne med barna om dette hele tiden. De var med til Ullevål, og stilte sine spørsmål. Og dessuten, hun er skarp og klar nå, nøler ikke, repterer ikke. Her er det ingenting som må huskes.

– Ingen vet hvor lenge de skal leve. Det å bekymre seg.... Jeg kan dø i morgen, i en bilulykke. Alle kan det! Det å kaste bort tid på å grue seg ... nei. Dessuten bor vi jo i verdens beste helseland. Vi gjør det! Forresten har jeg en plan. Kanskje skal jeg skifte litt på jobben, sånn at jeg heller kan jobbe på Bøtunet, der de demente sitter, i stedet for på sykehjemmet der jeg arbeider nå. Jeg skal jo sikkert bo på Bøtunet etter hvert. Sånn kan overgangen bli mykere. Men om jeg skal bo der – da må jeg få en GPS så jeg kan bevege meg fritt. Jeg må ikke sperres inne. Da dør jeg fort. Da visner jeg som et blad om høsten.

Hele skikkelsen, øynene og språket. Alt virker så forsonet med sykdommen, nesten uhindret.

– Selv om jeg ofte går med en følelse av at jeg har glemt noe, noe viktig som jeg burde skrive ned, føler jeg meg ikke syk. Men det er nok fordi jeg er dopet ned på anti-depressiva. Ellers hadde det nok vært mye verre. Jeg protesterte først, ville heller være meg selv. Men etter hvert bestemte jeg meg for å ta hensyn til de jeg bor sammen med.

Taralds historie

Ektemannen forteller

Da jeg satt i bilen, på vei hjem fra intervjuet med Berit, ble jeg usikker. Var det slik det var å ha Alzheimer? Nesten uproblematisk? Kunne vi bruke hennes historie til å illustrere tilværelsen for denne nye, store pasientgruppen? Da ringte Berits mann, Tarald, som selv er lege. Han mente det kunne være nyttig om han også fortalte litt, ettersom Berit gjerne glemte å fortelle det som var vanskelig. At hun kunne skjønnmale virkeligheten litt. Slik de gjerne opplever tilværelsen, mange som har Alzheimer.

Tarald forteller om Berits evne til å tilpasse seg situasjoner som oppstår. Hvor flink hun er til å leve i nuet, og ta en dag om gangen. Det har han måttet lære seg å gjøre selv også.

– Når en lever med en slik diagnose vet en aldri hvor mange gode dager en får. En må fokusere på det positive, på de små gledene en har sammen, i hverdagen.

Slitsomt

De som ikke kjenner henne, kan ikke se at det er noe som feiler henne, forteller han. Funksjonsnivået er godt, og hun klarer mye foreløpig.

– Personlig hygiene, hun tar vare på seg selv og klærne sine. Husarbeid, slikt hun er vant med å gjøre. Men det er vi som bor sammen med henne som merker hvor det svikter. Blant annet har hun veldig dårlig kort-tidshukommelse. Hun kan spørre gang på gang om det samme – hvilken dag det er for eksempel. Og det er klart, når jeg er sliten, så kan det være tungt og slitsomt å forholde seg til. For hun har rett som det er tunge stunder med mye tårer.

Å avtale noe, er omtrent umulig, forteller han.

– Hun husker ikke hva vi har avtalt, og så gjør hun noe helt annet. Selv om hun skriver opp hva vi har avtalt å ha til middag, vet vi aldri hva som står på bordet. Hun lager stort sett ting hun kan, men noen ganger kan det skjære seg litt, for eksempel at hun salter maten to ganger.

– Hun kan glemme å slå av plater, så maten blir brent. Og strykejernet har hun glemt å slå av. Av og til setter hun ting på nye steder, og så finner hun det ikke igjen. Briller, lommebøker og mobiltelefoner glemmer og forlegger hun ofte. Vi måtte sperre bankkontoen fordi hun mistet kortet flere ganger. Det har vi bare gitt opp.

Den erfarne husmoren har blitt impulsiv, og blir lett distraheret. Vasker hun gulvet, kan hun se planter som må vannes, og etterlate vaskebøtta i flere dager.

– Men når vi gjør ting sammen, da går det oftest veldig greit. Vi gjør det mye oftere nå. Sykdommen har på ingen måte ødelagt familien, snarere tvert i mot. Vi har kanskje blitt mer sammensveist. I hvert fall har jeg og Berit blitt det.

Sorg

– Hvordan føles det for deg, å se kona di forsvinne sakte?

– Jeg får en sorg inni meg av og til. Når jeg er sliten etter en lang dag med pasienter, og kommer hjem og merker at Berit også er en slags pasient. Det kan være nokså tøft. Men stort sett går det veldig bra. Berit er ei veldig glad og takknemlig dame. Etter at hun ble syk, har hun begynt å gi meg så mange komplimenter. «Jeg vet ikke hva skulle gjort uten deg, du er så flink og god». Det gir meg veldig mye positivt, jeg kjenner at det er med på å styrke meg. Vi tror jo også begge at det finnes et liv etter dette. Det er en veldig støtte for oss. Da vet vi at dette er ikke slutten, det kommer noe bedre etterpå. Det har nok betydd veldig mye for oss, at vi takler det såpass godt som vi gjør.

Foreløpig er hun den samme, forteller han. Det er godt å merke at personligheten er den samme, holdningen den samme.

– Kanskje de små særegenhetene hennes til og med er litt forsterket – på godt og vondt. Men personen Berit er den samme. Det er funksjonaliteten, det praktiske – hva hun kan mestre av funksjoner, det er der det skorter. Men jeg har fortsatt den samme kjæresten som jeg ble kjent med 15 år gammel, hun trenger bare litt mer av min hjelp. Det vil jeg gjerne gi henne. Hun har hjulpet meg veldig mye når jeg har trengt det i tidligere år.



– Vi trenger

Når befolkningen blir eldre, vil antallet personer med demens øke betraktelig. Forebygging: Aktivitet

Vi blir stadig eldre. En følge av det er at antallet personer med demens og Alzheimer kommer til å stige kraftig de nærmeste årene.

– Vi mangler kompetanse og kapasitet både på utredning, diagnostisering, behandling og tilrettelegging, fastslår Olav Sletvold, avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital.



– Vi har store utfordringer, men mye tyder på at vi kan få et løft i geriatrien, sier Olav Sletvold, avdelingsoverlege ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital.

et kunnskapsløft

I dag er det om lag 66 000 personer med demens i Norge, og de aller fleste av disse er eldre. Vanlige kjennetegn er at de glemmer, noen har angst, andre har vrangforestillinger, og mange føler at de ikke har kontroll på hverdagen.

– Dette medfører store problemer både for pasienten selv, og ikke minst for pårørende. Og fordi betydelige demografiske endringer fører til at vi blir langt flere eldre enn før, da kan vi virkelig komme på hæla, mener Sletvold.

Dobling

Man ventet en dobling i antallet personer med demens frem mot år 2050. Både

samfunnet og Helse Midt-Norge står altså foran store oppgaver for denne pasientgruppen. En ting er selve demenstilstanden. Svært ofte forekommer den sammen med andre sykdommer som trenger behandling.

– Dette kan komplisere vurderingene i betydelig grad. Er det riktig å gå i gang med avansert kirurgi, for eksempel skifting av hjerteklaff hos personer med demens? Hvilke komplikasjoner er påregnelige, og hvordan er mulighetene for å gjennomføre et vellykket rehabiliteringsopplegg postoperativt? Vil tiltakene samlet sett forbedre, eller faktisk forverre tilværelsen for pasienten? – Kortspill, kryssord og deltakelse i kulturelle aktiviteter tror vi kan forebygge noe. Det

finnes også medisiner, men de stopper ikke sykdommen.

Hvordan skal helsevesenet takle bølgen av pasienter med demens?

– Generelt må vi bidra til et kunnskapsløft, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi må sørge for at helsearbeidere som arbeider med demente, har kompetanse på området. Vi bør bygge ut dagsentertilbud, og vi må få flere og mer hensiktsmessige, dvs små demensavdelinger. Vi må også planlegge for at personer med demens i fremtiden også kan bo hjemme, dersom det er ønskelig og mulig. Fremfor alt må vi forske videre.

Kompetansesenter

For å utvikle tilstrekkelig kompetanse og kapasitet er det viktig å sørge for god rekruttering. Fortsatt er det for få geriatriere, og det er derfor viktig å inspirere kommende kolleger til å satse på eldrefeltet allerede tidlig i medisinstudiet.

– Ser en på fagområders prestisje, ligger geriatrien nederst.
– Det er krevende å få folk interessert. Men, vi føler likevel at vi lykkes langt bedre enn for 10 år siden!

– Jeg vil ikke svartmale, men for å komme videre, må ny innsats til, selv om mye har skjedd. I 1993 var det ingen som drev med geriatri ved St. Olavs hospital. Da var vi 4 geriatriere i regionen. Nå er vi vel 13 som jobber for Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge RHF skal ha kreditt for enkelte regionale satsinger slik som pilotprosjektet for flere geriatriere og støtte til regionmøter for geriatri på Hell.

Savner eldreplan

Likevel mener han Helse Midt-Norge RHF må ta enda mer ansvar.

– De må sørge for at det blir utarbeidet en eldreplan for Midt-Norge. Denne bestillingen kom fra sentrale myndigheter i 2008 – den er enda ikke laget.

Forebygging viktig

Likevel står det ikke så verst til i Midt-Norge.

– Vi har gode forskningsmiljøer og gode kliniske miljøer både i Trondheim og i regionen forøvrig. Det etableres demensregistre og biobanker for daglig klinisk arbeid og forskning, og ikke minst har vi HUNT-materialet som bør forvaltes som et nasjonalt og ikke bare regionalt arvesølv, også for demensfeltet. Men det viktigste er forebygging: Å få befolkningen til å være fysisk og mentalt aktive gjennom hele livet.

Pasienter om kvalitet



Ordfører Morten Stene i Namsos er glad for at alt gikk så fort.

– Rask reaksjon

Fra ordfører i Namsos, Morten Stene, kom til fastlegen med intens hodepine til han fikk time til røntgen, tok det 45 minutter. Noen timer senere var han operert for utposing på en blodåre inn til hjernen med akutt fare for hjerneblødning.

18. august i år skulle Morten Stene ønske nye studenter velkommen til namsosavdelingen ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Flere av de ansatte reagerte på at det var noe galt med ham, men selv tenkte ikke Morten så mye over det, annet enn at han hadde intens hodepine. Han bestemte seg likevel for å ringe fastlegen og fikk time med en gang. Fastlegen tok direkte kontakt med røntgenavdelingen på Sykehuset Namsos, og 45 minutter senere var han på røntgen.

Takknemlig for at ting gikk fort

God kommunikasjon mellom legene i Namsos og legene på St. Olav gjorde at den medisinske vurderingen av røntgenbildene gikk raskt, og 40 minutter etter at han ankom sykehuset, var Stene på vei til Trondheim i helikopter for å bli operert.

– Legene i Namsos og i Trondheim sendte

bildene mellom seg digitalt, og så at det var snakk om en utposing på en blodåre i hjernen med fare for en livstruende blødning. Det var en uvirkelig opplevelse at alt gikk så fort, og i etterkant har jeg fått høre at det også var nødvendig at ting skjedde raskt med tanke på hva utfallet kunne vært, sier Morten.

God informasjon

Han synes det var en skremmende opplevelse, men er glad for at han hele tiden fikk god informasjon.

– Jeg fikk veldig god forklaring på hva det dreide seg om, og ble beroliget av fagfolk både i Namsos og i Trondheim, sier Morten. Han har vært gjennom en risikabel operasjon. Oppi alvoret satte Morten Stene pris på ærlighet fra personalet.

– Den gode dia

Da Karen Rotmo fikk høre at hun kanskje hadde ondartet svulst i ryggmargen, var det to ting som var viktig for henne i møtet med helsevesenet: At hun fikk vite alt som var å vite. Og at ting ble fortalt på en god måte.

En dag i påska 2009 var Karen på hyttetur sammen med sine to barn og en venninne. Plutselig mistet hun følelsen i begge føttene.

– Jeg gjorde ikke noe mer med det før de på jobb sa jeg måtte gå på legevakta. Jeg hadde hatt litt smerter i ryggen en periode, men det var følelsetapet i føttene som fikk kollegene mine til å reagere.



Linnea (6) merker at mamma har blitt bedre i ryggen, og synes det er fint at hun kan gjøre litt mer ting sammen med henne igjen.

Legen tok situasjonen på alvor, og Karen fikk time til spesialist allerede dagen etterpå. På nevrologisk poliklinikk i Levanger bestemte de at det skulle tas MR av henne, og resultatet viste en stor kul øverst i ryggmargen.

– Jeg fikk beskjed om at det antagelig var snakk om en ondartet hjernesvulst. Det var selvsagt ingen god beskjed å få. Akkurat måten jeg fikk beskjeden på, synes jeg kanskje kunne vært bedre, sier Karen.

Fokus på relasjon

Tre dager senere gikk turen videre til St. Olavs Hospital, hvor hun ble liggende i fjorten dager for at legene skulle finne ut mer. – Etter hvert ble det klart at det var en godartet svulst i nervesystemet, en såkalt akutt transvers myelitt. Det var en stor lettelse! I løpet av de fjorten dagene jeg var på St. Olav, var det veldig mange leger som jobbet med saken min, og de var veldig flinke til å gi meg trygghet og god informasjon. Spesielt en mannlig sykepleier har jeg et godt minne av, sier Karen.

– Hva var det som var så spesielt med han? – Han spurte om hvordan det var med meg. Han fortalte ikke bare hva som skulle gjøres og at maten sto på bordet, men var interessert i meg og fortalte litt om seg selv. Han hadde fokus på relasjon, og ikke bare på alt det tekniske en helsearbeider skal foreta seg. Det satte jeg stor pris på, sier Karen.

Midlertidig ufør

Kulen i ryggmargen var en slags betennelses-tilstand, og sist Karen var på kontroll, hadde betennelsen gått ned og kulen var blitt mindre. Fremdeles sliter hun imidlertid med smerter og nedsatt følelse i forskjellige deler av kroppen, og hun er spent på hva hun får høre på neste kontroll.

– Klare svar og omtanke

Ingen burde bli utsatt for det å miste et barn i kreft. Når livet likevel farer så hardt med noen, er det viktig at det finnes gode støttepersoner.

Janne Nøst og Svenn Robert Berg fra Ytterøy og Verdal har opplevd alle foreldres mareritt, å miste barnet sitt. I august for to år siden måtte lille Oliver på to år gi tapt for kreften. Bare tre måneder gammel fikk han diagnosen hjernesvulst.

– Det høres kanskje rart ut for noen, men når jeg tenker tilbake til de to årene vi fikk med Oliver, synes jeg at vi var så heldige som fikk ha en utrolig livsglad og sprudlende gutt sammen med oss 24 timer i døgnet i to år. Oliver hoppet av iver og glede i sykesenga til og med de gangene han ble kjørt til stråling. Personalet på barneavdelingene ved både Sykehuset Levanger og St. Olavs Hospital skal ha en stor takk for at de gjorde sitt til at dagene med Oliver ble gode, sier Janne Nøst.

Verst av alt er uvissheten

Lille Oliver var gjennom hele 90 strålinger, hundre narkoser og mange cellegiftkurer, og i perioder var han på stråling hver dag. En stund trodde legene at han skulle bli helt frisk, men så kom tilbakefallet brått og nådeløst i mai 2008. Tre måneder senere døde han.

– Fra vi fikk dødsbudskapet til han døde, var vi på Sykehuset Levanger. Da handlet det om å gi smertelindring. For oss var dette en tung periode fordi Oliver hadde mye vondt. Personalet på barneavdelingen viste en unik medfølelse og varme som betød utrolig mye for oss, sier Svenn Robert. Janne forteller at dette samtidig var en periode der ting var mer avklart, og de ikke gikk og var nervøse for hva slags beskjeder som kunne komme.

– Takk for medfølelse og varme!

– Vi ble møtt av folk som ga oss svar på det vi lurte på, og som hadde god kunnskap. Det viktigste for meg var likevel varmen de ga oss, medmenneskeligheten fra første stund. Da leger og sykepleier på barneavdelingen på Levanger skulle ut i ferie sommeren 2008, visste de at det ville bli siste gang de så Oliver. Det var mange oppriktige tårer som falt fra de ansatte da de tok farvel, og mange kom også oppom selv om de hadde ferie. Det var helt spesielt, sier Svenn Robert.



Janne Nøst og Svenn Robert Berg har mange fine bilder av sønnen Oliver, som døde av kreft da han var bare to år gammel.



Administrerende direktør Gunnar Bovim

– Helse Midt-Norge aksepterer ikke at det skal forekomme fristbrudd. Omfanget av brudd på behandlingsfristen svekker vår troverdighet og krever handling nå. Lover og pasientrettigheter skal etterleves. Tida for bortforklaringer er over, sier administrerende direktør Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge RHF.

Maries kvalitet: — Etikk, takk



– Arbeidsglede fremmer moralsk praksis. Og omvendt: Styrker vi den etiske refleksjonen, vil det bli artigere å jobbe. Derfor er det et kvalitetsmål å skape arbeidsglede, mener Marie Aakre.

– Kvalitet er først og fremst at pasienten opplever å bli møtt og tatt på alvor. Systemet vi arbeider i, gir oss mye makt over pasientene. De er avhengige av vår dømmekraft og at vi forvalter makt på en ansvarlig måte. Sårbarheten i dette møtet er altfor lite vektlagt i kvalitetsarbeidet i Helse Midt-Norge og ellers i spesialisthelsetjenesten, mener Marie Aakre.

– Vi jukser med kvalitetsbegrepet når vi ikke jobber systematisk med den etiske kompetansen og reflekterer over egen innflytelse både faglig og medmenneskelig, sier Marie Aakre, som mener både kunnskap og klokskap må være en del av kvaliteten. Hun er sykepleier, høgskolelærer og veileder, og er blant annet leder i Norsk Sykepleierforbunds etikkråd.

– Men hvordan skal det bli tid til det i en hverdag som allerede er travel nok?
– Det skal egentlig ikke mye tid til, og vi har ikke lov til å la det være. Det hører med til vårt profesjonsansvar å reflektere over egen innflytelse. For meg er det rystende at det fins tause pleie- og behandlingskulturer der de ansatte ikke reflekterer over egen praksis. I Rådet for sykepleieetikk mottar vi altfor

– Null fristbrudd!

Tiltakene som nå iverksettes for å sikre bedre kvalitet, skjer med bakgrunn i Strategi 2020 som er vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF. Her heter det at helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter.

Pasienter med tildelt rett til nødvendig helsehjelp har krav på behandling innen den frist som settes etter en medisinsk vurdering. Høsten 2010 er det over 5000 pasienter i Midt-Norge som har opplevd at denne fristen ikke overholdes. Rundt 500 rettighetspasienter har ventet i over ett år på behandling.

– Jo raskere helseforetakene innfrir kravet

om null fristbrudd, jo mer lønnsomt blir det for dem neste år. Vi arbeider nå med et forslag om å ta i bruk økonomiske virkemidler som skal stimulere til bedre kvalitet, kortere ventetid og bedre pasientbehandling, sier administrerende direktør Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge RHF.

Ved å rette søkelyset mot fristbrudd vil gjennomsnittlig ventetid bli kortere. Bovim sier at han ikke ser noen grunn til at befolkningen i Midt-Norge skal vente lenger på behandling enn andre deler av landet. I arbeidet som nå gjøres, utfordres også praksisen med at langt flere pasienter har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp i Midt-Norge enn i resten av landet. Mer lik praksis vil gi kortere ventelister og bedre

mulighet for å prioritere de som har størst behov.

I tillegg til tiltak rettet mot fristbrudd og ventetid, planlegger Helse Midt-Norge å sette inn virkemidler som skal stimulere til raskere utsendelse av epikriser og redusere forekomsten av korridorpasienter ytterligere. Flere av helseforetakene ligger langt unna det nasjonale målet om at 80 prosent av epikrisene skal være utsendt sju dager etter behandling eller konsultasjon. Helse Midt-Norge forventer at dette kravet blir innfridd innen utgangen av 2010 og setter som mål for 2011 at epikrisen skal følge pasienten når han eller hun skrives ut/reiser hjem. Også her vil det være lønnsomt for helseforetakene å innfri kvalitetskravet.

mange saker om hverdagskulturer der det i praksis ikke er stort nok rom for nødvendig dannelsesarbeid. Gode fagfolk vokser hvis de får tilbakemeldinger og rom for ettertanker om egen og andres erfaringer. Jeg har møtt mange helsearbeidere som sier: «Jeg reflekterer med meg selv, jeg, så jeg trenger ikke å gjøre det med andre.» Det er juks og gir lite læring og vekst. Utvikling av praktisk klokskap er bare mulig der vi både hører hva vi selv sier, og mottar tydelige tilbakemeldinger fra andre

– Hvordan har vilkårene for etisk refleksjon i helsevesenet endret seg på de 40 årene du har vært sykepleier?

– Det har gått fra vondt til verre. Tempoet er blitt bekymringsfullt høyt, og det gjør noe med blikket vårt. Men også markedslogikken og dens mange ringvirkninger stjeler oppmerksomhet og kraft fra pasienten og faget. Travelhet kan bli grusomhet, og det er et lederansvar å sikre forsvarlige rammer for

god praksis. De teknologiske og medisinske fremskrittene har gitt oss fantastiske muligheter, men også nye dilemma. Ny teknologi, opplæring og vedlikehold får ofte mer oppmerksomhet enn utvikling og vedlikehold av den humane kapitalen, de ansatte. Det vi gir oppmerksomhet, gir vi kraft. I kreftomsorgen har jeg sett både teknologiens velsignelse og angsten for overbehandling.

– Helse Midt-Norge måler kvalitet i foretakene på fire prioriterte kvalitetsindikatorer: Ventetid, fristbrudd, korridorpasienter og epikrisetid. Hva synes du om dem?

– Det er viktige kriterier, men er de ikke egentlige produksjonsmål og ikke kvalitetsindikatorer? Ventetid, for eksempel: Hva venter de egentlig på? Og hvem er det som venter i hvilke køer? Vi må kombinere overordnede indikatorer med de kvalitative sider ved virksomheten. En konsekvens av fremskrittene i spesialisthelsetjenesten er at vi kan fortrenge og forsømme det selvfølge-

lige, det alminnelige behovet for helsehjelp i befolkningen. Menneskene med minst makt får minst. Hvor er skrøpelige eldre med sammensatte lidelser ventet og velkommen? Hvor er døende mennesker ventet og velkommen? Hvilke køer er de i? De burde selvfølgelig stått først, for det var for dem helsetjenesten en gang startet.

– Hvis du fikk skrive kapitlet om kvalitet i 2020-strategien, hvilke overskrifter ville du valgt?

– Tilstedeværende, verdibasert lederskap der tjenestene utføres. Styrket kompetanseutvikling med både kunnskap og erfaringsklokenskap for alle yrkesgrupper. Evne til tydeligere prioriteringsdebatt, og kompetanse til å skuffe folk på en etisk måte. Jobbkulturer som er dannende for alle ansatte, som hjelper dem til å etterspørre og lære av brukernes erfaringer.



Treningsopplegget passer meg ypperlig, med basseng, spinning og turer, forteller Kai Flate om behandlingsprosjektet ARRO på Muritunet i Valldal.

Mål: Under hundre

Kai Flate (36) er for første gang motivert til å komme i form. Fjellturform.

– Jeg elsker å fiske. Nå håper jeg å komme i bra nok form til å kunne gå fjelltur og prøve fiskevannene der oppe.

Han drar på høyrefoten på vei opp trappen til treningsrommet. Kneet har vært operert to ganger etter at han kolliderte i 2006, men ikke blitt bra.

– Så lenge jeg har kulemagen, blir ikke kneet bra. Så enkelt er det, konstaterer Flate.

– Det er klart kneet hindrer meg fra fysisk aktivitet, men jeg har vært overvektig lenge, lenge. Siden jeg var 10–12 år, tror jeg. Begynte vel å legge på meg i 10–12-årsalderen. Jeg vet ikke hvorfor, men jeg husker at jeg var syltynn før jeg plutselig begynte å ese ut.

Nå vil han smalne. Fra rundt 130 kilo i dag er målet å komme under 100. Tosifret. En byrde de færreste kan bære alene. Flate skal klare det gjennom ARRO-prosjektet på Muritunet i Valldal.

Først fire uker. Så et år.

Her skal han være i fire uker, med oppfølging i lokalsamfunnet i ett år etterpå. Muritunet samarbeider med arbeidsmarkedsbedriftene Furenes, Troll-Tinn og Brisk for oppfølging i

nærmiljøet den dagen man er hjemme igjen og skal begynne et friskere liv. Disse skal bistå med både motivasjon og kontroller.

– Det tror jeg er helt avgjørende. Jeg synes det er helt genialt. Det er ikke alle av oss som er like sterke. Når det gjelder mat. Eller trening. Det er lett å ta snarveier, medgir Kai. Han beskriver helsetilstanden sin som middels til dårlig. Han har spist sunne måltider, men mye potetgull, og drukket flere liter brus hver dag.

– Jeg gikk ned flere kilo da jeg sluttet med brus. Men du kan trygt si at formen kan beskrives som slapp og sløv. Kondisen har vært helt på trynet. Astma har jeg også – det hjelper heller ikke.

– Har vekten hindret deg fra å utfolde deg?
– Nei, jeg har aldri giddet å drive med noe særlig. Har sittet hjemme og tenkt på det, men du vet – dørstokkmila er lang. Men jeg håper jeg skal gidde mer nå da. Fjellturer – det drømmer jeg om. Komme meg opp på fjellet, og prøve fiskevannene der opp. Ta med kameraet og knipse noen fine bilder.

– Hva med i arbeidslivet?
– Nei, ikke direkte hindret. Men jeg har

vært sykmeldt på grunn av ryggplager et par ganger. Det har vel også med vekta å gjøre, egentlig.

Må spise oftere

I ARRO-prosjektet lærer deltakerne om å spise sunt, og til rette tider. De har organiserte turer til butikken for å lære å lese innholdsdeklarasjoner, og de skal lage mat sammen på kjøkkenet.

– Det vanskeligste denne første uken har vært å spise fire måltider! Det er dobbelt så ofte som jeg er vant med. To store måltider om dagen har vært det vanlige. I tillegg har vi minimåltid innimellom måltidene. Så nå gjør jeg nesten ikke annet enn å spise. Likevel har jeg gått ned ett kilo på første uka. Dessuten har jeg begynt å føle sult – det har jeg ikke gjort før!

Styrkerom, tennisbaner og strandvolleybaner. Omgivelsene inviterer til aktivitet.
– Plassen er helt suveren. Trivelige folk og bare velstand. Treningsopplegget passer meg ypperlig, med basseng, spinning og turer. Alt blir lagt opp sånn at det skal passe best mulig for akkurat meg, jeg er rett og slett motivert for første gang.

– Skal få tilbake arbeidsevnen

Anita Dyb er prosjektleder for Arbeidsrettet rehabilitering for overvektige (ARRO).

– Målgruppen vår er personer som på grunn av overvekt har fått eller står i fare for å få nedsatt arbeidsevne, forteller Dyb.

To faser

– Fase én er et døgnbasert opphold her på Muritunet i inntil fire uker, der deltakerne blir fulgt opp av et tverrfaglig team med lege, sykepleier, fysioterapeut, idrettspedagog og attføringskonsulent. Deretter følger fase to, med oppfølging på arbeidsplass. I denne fasen fulgt opp av HR-konsulent og lokalt hjelpeapparat i dialog med arbeidsgiver eller potensiell arbeidsgiver. Fase én resulterer i en funksjonsvurdering med en konkret hand-

lingsplan, som så skal følges opp i fase to. For at deltakeren skal lykkes, er det viktig med et godt forløp. Dermed er det viktig for Muritunet og ARRO-prosjektet å trekke veksler på andre aktører.

– Vi må samhandle med primærlege, bedriftshelsetjeneste og NAV for å få dette til å fungere. Det har vi fått til så langt, og jeg håper at primærlegene kan bli gode motivasjonsagenter etter hvert, samtidig som vi kan få til enda bedre samarbeid med NAV.

Muritunet drives med 50 årsverk fordelt på 80 ansatte og har driftsavtale med Helse Midt-Norge og NAV.



– Vi er nødt til å samhandle, sier Anita Dyb, prosjektleder for ARRO.



Janne Karlsen har bestemt seg for å vandre 30 km i uka i fem år. Da vil hun ha lagt nesten 800 mil bak seg – for helsas skyld.

– Jeg måtte gjøre noe. Formen var elendig mens kroppen stadig ble tyngre. Etter jobb lå jeg utslått på sofaen, og glad var jeg ikke på sju-åtte år.

I dag trasker Janne Karlsen (43) fornøyd på raske bein i Stjørdalsmarka. Siden påske har hun deltatt på det regionale Vend Risk-kurset (se egen sak) som tilbyr hjelp til overvektige og andre med risiko for å utvikle diabetes 2. Resepten er lystbetont fysisk aktivitet og riktig kosthold.

FEMÅRSMÅL: i 2015 vil Janne Karlsen ha gått en strekning som tilsvarer Norge på langs tre ganger – og vel så det.



– Jeg stortrives med opplegget og er sjeleglad for at jeg meldte meg på. Dette har rett og slett redda meg, men egentlig hadde jeg ikke noe valg. Prøvene viste at jeg ville fått diabetes om jeg ikke la om livsstilen. Antakelig mange andre lidelser også, som følger med overvekt.

Ut uansett vær

Nesten hver eneste dag, uansett vær, legger Janne ut på tur. Helst i skogen på mykt underlag, men Vend Risk i Værnesregionen tilbyr flere andre aktiviteter i et detaljert ukeprogram: aerobic, vanngym og ... karate! – Karate er ikke noe for meg, og jeg foretrekker å gå på tur aleine. Men fellesskapet på kurset er kjempefint, og nylig hadde vi en flott samling i Meråker. Der trente vi sammen med skiskytterlandslaget og hadde det virkelig artig.

– Janne går og går og forteller at vektproblemene begynte da hun var gravid. Den gang fikk hun fullstendig «Daim-kick». Måtte ha sjokolade og gjemte plater overalt i huset. Siden ble hun typisk jo-jo-slanker som prøvde det meste, men som gikk like fort opp i vekt som ned. Til slutt ga hun mer eller mindre opp la seg på sofaen.

FAREN OVER: Janne Karlsens tid som tungtransport er over, og hun takker Vend Risk.

– Jeg skylder ikke på andre enn meg sjøl, enda det er fristende å anklage mannen min. Han er kokk og serverte nydelige retter døgnet rundt, ha! Nei, kostholdet har det ikke vært noe i veien med hjemme, bare dårlig sjoldisiplin fra min side.

Ingenting å skjule

Den er tilbake for fullt i dag. Og Janne har valgt å være 100 prosent åpen om de svære livsstilsendringene. Det samme gjelder ikke alle i Vend Risk-gruppa. Noen holder kanskje til og med tett om hva de er med på overfor nærmeste familie, sier Janne.

– Det hadde vært helt umulig for meg. Jeg har ingenting å skjule og er bare glad for å snakke om dette som er så viktig for meg. Støtten fra familien betyr også mye. De forstår at «det er min tur nå»!

– Hva sier vekta etter et snaut halvår som milsluker?

– Ingenting. Det er mange år siden jeg kasta ut vekta, og jeg kommer ikke til å kjøpe noen ny heller. Vekt er ikke noe poeng for meg, og jeg sier aldri at jeg skal veie 40 kilo mindre om fem år. Det som teller er å være i form og spise rett. Men jeg har naturligvis ikke noe imot å ta av noen kilo. Det ville være en fin bonus.

– Holder du ut i fem år?

– Det skal jeg! Her om dagen sagde jeg ved i timevis. Da tenkte jeg: «Janne, du é jamen mæ flenk. Og du ska' leva læng!»

Friskliv mot diabetes

– Vi kan ikke bare terpe på «spring mer og spis mindre».

Overlege Bård Kulseng ved St. Olavs Hospital er pådriver og faglig leder for Vend Risk-prosjektet som får stadig flere avleggere i Midt-Norge, nå sist i Værnesregionen. Kulseng rapporterer om stor interesse for tiltaket, og er overbevist om at dette er riktig satsing for å bekjempe diabetes 2.

Tredoblet fedme

– I dag har vi tre ganger så mange med fedme som på 1980-tallet. Dette har medført en dramatisk økning av diabetes. Det er spesielt urovekkende at dette rammer flere og flere unge og gravide. Da må vi tenke

nytt, ta i bruk utradisjonelle metoder og samle gode krefter i kommuner og sykehus. Jeg håper vi kan bygge opp «frisklivssentraler» i hele Midt-Norge!

Med Vend Risk vil Kulseng bygge opp et kommunebasert og effektivt tilbud for folk som står i fare for å bli syke. Motivasjon og fellesskap står sentralt, i likhet med ikke-moraliserende kursing i kosthold og fysisk aktivitet.

Må lykkes sammen

– Alle trenger motivasjon for å lykkes, og de



FRISKDOKTOREN: Overlege Bård Kulseng vil bygge opp «frisklivssentraler» i hele helseregionen.

fleste lykkes bedre hvis de tilhører en gruppe med samme mål, bare se på Rosenborg, humrer Kulseng, som også leder Regionalt senter for sykkelig overvekt, og er en av landets fremste eksperter på overvekt og diabetes.

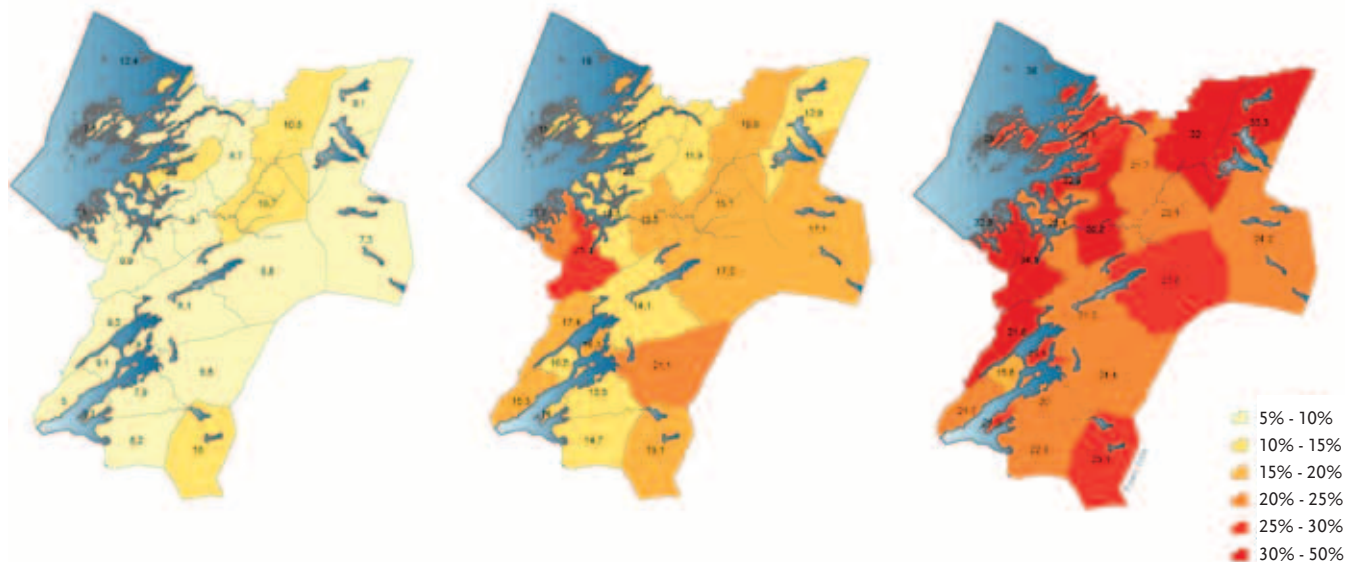
– Dette er også aksjonsforskning, der hensikten er å dokumentere hvilke metoder som gir best effekt når diabetes 2 skal forebygges. Resultatene vil bety mye for folkehelsen, for denne sykdommen koster ikke bare den enkelte dyrt. Den er særdeles kostbar for hele samfunnet. Derfor må vi finne gode helsepolitiske løsninger så raskt som mulig, sier Kulseng.

HVA ER VEND RISK?

- «Aksjonsforskning». Hensikten er å vende risikoen for diabetes 2 og finne ut hvordan sykdommer best kan forebygges.
- Frivillige deltakere som står i fare for å utvikle diabetes, og som ønsker å endre livsstilen varig.
- Tilbyr et femårig kursopplegg med praktisk gjennomføring i kommunene. Deltakerne betaler en svært lav egenandel.
- Legger særlig vekt på fellesskap, lystbetont fysisk aktivitet og riktig kosthold.
- Sorterer under Regionalt senter for sykkelig overvekt ved St. Olavs Hospital.
- Aktivitet i flere deler av Midt-Norge. Planen er å starte grupper i hele helseregionen.
- Gruppene ledes av sykepleiere eller fysioterapeuter. I opplegget inngår medisinske kontroller, samtaler og temamøter.
- Finansiert som del av den nye Samhandlingsreformen og er et fellesprosjekt mellom kommuner, fylkeskommune og Helse Midt-Norge.

Tung, tyngre, tyngst

– Genetisk er vi ikke bygd for dette livet, sier NTNU-professor Kristian Midthjell ved Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT.



RØD FARE: Fedmeutviklingen i Nord-Trøndelag blir stadig rødere, viser kartene fra de tre HUNT-undersøkelsene. Fra venstre: HUNT 1 (1984-86), HUNT 2 (1995-97) og HUNT 3 (2006-08). Kartleggingen omfatter menn fra 30 til 69 år med BMI over 30. Ill: HUNT

I tre tiår har Midthjell studert hvordan nord-trøndernes kroppsvekt utvikler seg. Tallene viser at over to tredjedeler av fylkets befolkning nå er overvektige eller har fedme, det vil si en kroppsmasseindeks, BMI, på over 25.

Nærmer oss USA

Dette betyr at Nord-Trøndelag (og dermed

Norge, se fakta om HUNT) er kommet på linje med USA i denne kategorien. Andelen med fedme, og spesielt de ekstremt overvektige med BMI over 40, er fortsatt langt høyere i USA, men også her kommer nordmenn raskt etter. Ja, den prosentvise økningen av ekstrem overvekt er faktisk større i Norge enn i USA, påpeker Midthjell.

– Er alt dette dramatiske endringer?

– Vi forskere liker ikke slike begreper. Men at det handler om meget store forandringer, er det ingen tvil om. Hele befolkningen beveger seg i tyngre retning, og de fleste av oss er betydelig mer overvektige i dag enn på 80-tallet da vi startet med helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag.

– Hvordan fordeler kiloene seg på kjønn og aldergrupper?
 – Fedmen øker mer blant menn enn blant kvinner. Og de yngre, fra 20 til 40-50 år, har den største vektøkningen. Det er ekstra bekymringsfullt fordi faren dermed er større for at de utvikler fedmerelaterte sykdommer, for eksempel type 2-diabetes som jeg har interessert meg mest for.

Tvilsomt framskritt

Midthjell er nettopp tilbake på HUNT etter et lengre forskningsopphold i Australia. Problemene med overvekt er de samme der som verden over, og ifølge professoren må vi i større grad bruke genetiske forklaringer for å forstå hva som skjer. Fedme-epidemien handler om langt mer enn individuell viljestyrke.

– Genetisk sett er vi ikke bygd for dette livet, men for en tilværelse som jegere og samlere. Da måtte menneskene helst kunne spise mest mulig, og være late når muligheten bød seg. Bare de som hadde noe å tære på kunne overleve når det var dårlig tilgang på mat. I vår tid har vi sørget for en utvikling som går raskere enn det genetiske grunnlaget. Det er selvsagt bra at mye av det gamle slitet er borte; det førte til mye elendighet. Men vi må bort fra forestillingen om at framskrittet består i at vi kan bevege oss stadig mindre. Med bilen, for eksempel, trenger vi nesten ikke røre oss.

– Hva må til, annet enn moraliserende «ta-deg-sammen-appeller»?
 – Vi må sørge for et aktivitetsnivå som er høyere enn det hverdagen krever av oss. Og



HUNTVETERAN: Kristian Midthjell er sentral forsker ved HUNT i Levanger.

da er det to måter å angripe problemet på: individuelt og strukturelt. Det første består i oppfordringer og tilbud til overvektige om livsstilsendring (som Vend Risk, vår anm.). Det andre går ut på å endre hele befolkningens vaner – bedre kosthold, flere gymnastikktimer i skolen, utbygging av idretts- og trimanlegg osv.

Husk tobakkskampen

– Hvor vil du sette inn innsatsen for å bekjempe fedmen mest effektivt?
 – Det gjelder å satse på begge disse sektorene, men de samfunnsmessige endringene har best effekt. Ideelt sett burde sunn mat vært billigere enn usunn, men problemet er at slike reguleringer støter mot næringsfrihet og setter arbeidsplasser i fare. Dessuten er det viktig å satse positivt – god form og sunt kosthold er en glede for alle. Det er jo heller ikke alle som trenger å gå ned i vekt. Ekstrem slanking kan være like helsefarlig som overvekt.

– Er kampen mot kiloene en umulig sak?
 – Nei, husk hvor god effekt kampen mot tobakken har hatt her i landet. Det samme kan oppnås i kampen mot fedmen, men det krever større oppmerksomhet og innsats fra samfunnets beslutningstakere enn det vi har sett så langt, sier Midthjell.

HVA ER HUNT?

- HUNT er forkortelse for Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.
- HUNT kartlegger systematisk helsetilstanden til innbyggerne i fylket.
- HUNT regnes som representativ for hele Norges befolkning fordi Nord-Trøndelag utgjør landet «i miniatyr».
- HUNT gjennomføres hvert tiende år og begynte på 1980-tallet.
- HUNT omfatter nær 60 000 mennesker.
- HUNT er en av verdens største helseundersøkelser.

Helseopprustning på Hysnes

Det rustes opp igjen på Hysnes fort i Rissa kommune, Sør-Trøndelag. Helsefortet tar i mot sine første brukere 4. oktober.



Hysnes Helsefort.

Helsefortet skal drive arbeidsrettet rehabilitering av brukere som på grunn av sammenfattede lidelser, som for eksempel muskelsmerter, utmattelse, og/eller lettere psykiske plager, ikke klarer å delta i arbeidslivet.

Av totalt 2,5 millioner mennesker i yrkesaktiv alder i Norge, er 900 000 mennesker til enhver tid ute av jobb. Hysnes Helseforts samfunnsoppdrag er å bidra til at dette tallet blir mindre. Helsefortets visjon om å bidra til bedre arbeidsevne og livskvalitet gjenspeiler dette.

NTNU engasjerer seg også i opprettelsen av dette rehabiliteringstilbudet, og vil følge virksomheten med flere forskningsprosjekter. Håpet er å kunne gi svar på et viktig og ubesvart spørsmål: Hva har, og hva har ikke, effekt i en arbeidsrettet rehabiliteringsprosess?



Psykiatrien inn i videregående

Sykehuset Levanger vil flytte deler av barne- og ungdomspsykiatrien ut i videregående skole. Målet er at ungdom med psykososiale vansker skal få tidlig hjelp, før de har utviklet problemer som spesialisthelsetjenesten må behandle.

– I første omgang er dette et prøveprosjekt som vi håper skal danne mønster for arbeid med psykisk helse i videregående skole, sier Åsmund Bang, leder ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved HNT (Helse Nord-Trøndelag).

Det ferske prosjektet «Skolehelsetjenesten i Nord-Trøndelag en tverretattlig utfordring» er et samarbeid mellom BUP, HNT, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Levanger og Verdal kommuner.

Planen er at ungdommene i fylket skal få et høyt kompetent lavterskel BUP-tilbud gjennom tre delprosjekter:



Leder ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved HNT, Åsmund Bang

1. TIDLIG HJELP TIL PSYKOSOSIALE VANSKER

Lavterskel, korttids samtaletilbud til ungdom som strever.

Mål: Oppdage elever med psykososiale problemer så tidlig som mulig, gi tilbud om vurdering og behandling i skolehelsetjenesten, eventuelt henvise til spesialisthelsetjenesten.

2. FOREBYGGING OG TRIVSEL I DEN VIDERE GÅENDE SKOLE

Måltrett, kunnskapsbasert tilbud til ungdom som er i ferd med å utvikle psykiske lidelser, men som ennå ikke har et problem som må behandles i spesialisthelsetjenesten.

3. KOMPETANSE OG OPPDAGELSE

Tilbud om kunnskap til ansatte og elever ved skolene om rus og psykisk helse, og hvordan dette bør møtes.

Mål: Øke oppdager- og tilretteleggingskompetansen blant ansatte ved videregående skoler. Gi elever en bedre forståelse og hjelpe dem til å hjelpe hverandre på en god og forsvarlig måte.

– Det er delprosjekt 3 vi søker om støtte til i denne omgangen, forteller Åsmund Bang, som ønsker å utvikle et kompetanseprogram om sentrale tema i barne- og ungdomspsykiatrien for kontaktlærere og andre som jobber nært elevene.

Følgende tema er aktuelle:

- Angst og angstlidelser
- Depresjon og suicidalitet
- Rus og rusmisbruk
- Traumer og selvskading
- De urolige barna/ Barn uten fungerende foreldre
- ADHD/ konsentrasjonsvansker
- Spiseforstyrrelser/ ME
- Barn og ungdommers digitale verden

Kartlegging er god forebygging

HUNT på sporet av folkesykdom

Da 75 000 nordtrøndere møtte opp til HUNT 2, fikk 269 påvist sykdommen hemokromatose, det vil si for mye jern i blodet. Torgeir Langåssve (38) var en av dem. Fortsatt diskuteres det om screening av større befolkningsgrupper er lønnsom forebygging.



Torgeir Langåssve fra Verdal var en av 269 nordtrøndere som fikk påvist hemokromatose under HUNT 2 (1995–1997).

Han følte seg kanskje litt ekstra sliten på den tiden, uten at han var sikker på hva det skyldtes.

– Det kunne ha med mange andre ting å gjøre. Jeg hadde blant annet kjøpt min egen gård og jobbet mye, så jeg tenkte ikke på at det kunne være noe galt med helsa, sier Torgeir Langåssve fra Leksdal i Verdal. I starten tappet han blod en dag i uka, siden ble det omtrent fire ganger i året.

– Det må jeg fortsette med hele livet. Det er helt greit så lenge jeg vet at det kanskje er med på å holde meg frisk! Jeg føler jeg har god helse, sier Langåssve. Han er veldig fornøyd med at han dro på HUNT 2.

– Jeg husker at jeg tenkte at dit skal jeg dra for å sjekke hvordan alt står til. Det er jeg veldig glad for at jeg gjorde. Det er ikke så artig å tenke på hvordan ting kunne vært hvis de ikke hadde funnet noe, sier han.

Fant 269 med hemokromatose

Arne Åsberg var en av legene på hemokromatose-screeningen gjennom HUNT 2 (1995–1997). Totalt 65 238 personer ble screenet for hemokromatose, og blant dem fant de 92 kvinner og 177 menn som hadde sykdommen. Åsberg har forsket mye på dataene fra screeningen i ettertid, og har tatt doktorgraden sin på dette materialet.

– De fleste hemokromatose-pasientene viste seg å være mindre syke enn vi trodde på forhånd. Likevel er det grunnlag for å si at screening vil kunne gi gevinst i form av økt antall leveår, sier Åsberg. Han nevner et



eksempel: Screener vi 10 000 menn når de er 30 år gamle, vil vi finne 70 med arvelig hemokromatose. Blant disse 70 er det 4 som ubehandlet ville fått alvorlig leversykdom og i verste fall mistet 10-20 leveår.

– Det er relativt lett å påvise om en person er disponert for sykdommen, i god tid før den bryter ut, og forebyggende behandling er billig og effektivt. Hvis screening foretas i forbindelse med en allerede etablert helseundersøkelse, trenger det ikke være så store kostnader med det, mener Åsberg. Han og to av hans kolleger, Kristian Hveem og Ketil Thorstensen, fikk i fjor Forskerprisen til Helse Midt-Norge for arbeidet som er gjort med hemokromatose-materialet.

Forsker på pasientenes livskvalitet

En ting er gevinst i antall leveår, noe annet er sparte samfunnsutgifter, hemokromatose-

pasientenes helsetilstand ellers og deres generelle livskvalitet. Om lag tredjeparten av alle som fikk diagnosen arvelig hemokromatose under HUNT 2, hadde tegn til unormal leverfunksjon i en blodprøve. Ca. 15 % klaget over tretthet og 15-20 % hadde leddsmerter. Nesten halvparten hadde ingen plager som er typiske for tilstanden.

– Det er forsket altfor lite på livskvaliteten til disse pasientene. Vi er nå i gang med en oppfølgingsundersøkelse fra HUNT 2, der vi har spurt hemokromatose-pasientene om hvordan det går med dem i dag. I tillegg forsker vi på hvorfor noen hemokromatose-pasienter blir syke og noen ikke blir det, sier Åsberg.

- Arvelig hemokromatose er en av våre mest vanlige genetiske sykdommer. Begge foreldrene må være bærere av genet for at en person skal kunne utvikle hemokromatose.
- Sykdommen fører til økt opptak av jern fra maten, slik at kroppen får tilført mer jern enn den trenger.
- Overskuddsjernet avleires i flere organer, mest uttalt i leveren. Etter hvert kan jern-avleiringene bli så store at organene skades.
- Sykdommen kan medføre svakhet og trøtthet, leddsmerter, økt hudpigmentering, sukkersyke, impotens, hjerterytmeforstyrrelser og skrumplever. Alvorlige leverskader ses kun hos en liten brøkdel av dem som har diagnosen.
- Menn tåler sykdommen dårligere enn kvinner. Det kan ha med å gjøre at kvinnene har en slags naturlig årelating gjennom menstruasjon og fødsler.
- Behandling: Pasienten årelates for omtrent en halvliter blod hver eller annen uke inntil jerninnholdet er normalisert. Deretter holdes sykdommen i sjakk ved 3-4 årelatninger per år. Hvis behandlingen settes inn før leveren er alvorlig skadet, er levetidene normale.

Trim gir bedre mental helse

At fysisk aktivitet kan forebygge utvikling av fysiske lidelser, er kjent. Men fordi alvorlige fysiske sykdommer også gir økt risiko for psykiske lidelser, bør fysisk aktivitet få en større plass i behandlingen av psykiske lidelser og plager, mener Helsedirektoratet. Selv en begrenset mengde fysisk aktivitet gir helsegevinst, både fysisk og psykisk.

– Det er dokumentert at fysisk aktivitet har positive effekter på vår psykiske helse. Likevel har helsetjenesten i relativt liten grad benyttet seg av denne kunnskapen i behandlingen av psykiske lidelser, sier avdelingsdirektør Henriette Øien i Helsedirektoratet på Helsedirektoratets hjemmesider.

- For lite brukt som behandling, mener Helsedirektoratet.
- For enkelt for yrkesstoltheten? spør hefteforfatter.

Bedre selvfølelse

Forskning viser at fysisk aktivitet blant annet gir glede, økt velvære, mer overskudd og energi, bedre søvnkvalitet, økt optimisme, mer pågangsmot og dessuten bedre selvfølelse og et bedre forhold til sin egen kropp. Helsedirektoratet har utviklet et tipshefte om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det kan bestilles på www.helsedirektoratet.no.

Liten del av utdanningen

– Fysisk aktivitet har i liten grad vært en faglig del av utdanningen til helsepersonell. Medikamenter og samtaleterapi har tradisjonelt vært behandlingsformen. Å anbefale noe så enkelt som fysisk aktivitet, kan se ut til å gå litt ut over yrkesstoltheten for enkelte behandlere, sier Toril Moe, helseterapeut ved Oslo Universitetssykehus og medforfatter av heftet.



Erlings rusblues

Tilværelsens enkeltheter kunne begynne å ramle sammen. Negative tanker om fremtiden dukket gjerne opp. Om å avslutte det hele. Depresjonen la seg på, kunne trykke ham ned mot marken. Da var veien til selvmedisinering med benzopreparater som sobril og valium kort. Opiater er dårlig egnet for en som har legeassistert rehabilitering (LAR).

– Slik selvmedisinering skled selvfølgelig lett over mot rus, det. Og da begynte jeg å kjøre meg lenger og lenger ned, på en måte. I stedet for å holde meg oppe. Det er ofte akkurat der det svikter. Da forskyves og forverres problemet.

Depressiv ungdom

Erling Wammer (47) hadde ingen dårlig

barndom. Ikke problemer hjemme, ingenting spesielt i veien på skolen. En nokså ordinær oppvekst ute mot havet i Kristiansund. Frem til tenårene kom. Da ga han seg rusen i vold. Den vanlige ruten, fra hasj, marihuana og piller, sammen med alkohol. I siste halvdel av tjuårene traff han nåla, etter å ha flakket rundt i forskjellige byer, prøvd ulike jobber og utdanninger som løste seg opp i rus. Morfin, heroin, amfetamin – alt var en del av selve livet.

– Med nåla og tyngre stoffer kom erkjennelsen av at jeg var narkoman. Jeg begynte nok allerede da å lure på hvordan det skulle gå.

– Hadde du mistanke om at du skulle hatt psykiatrisk behandling?

– Nei. Jeg var vel ikke interessert i behandling,

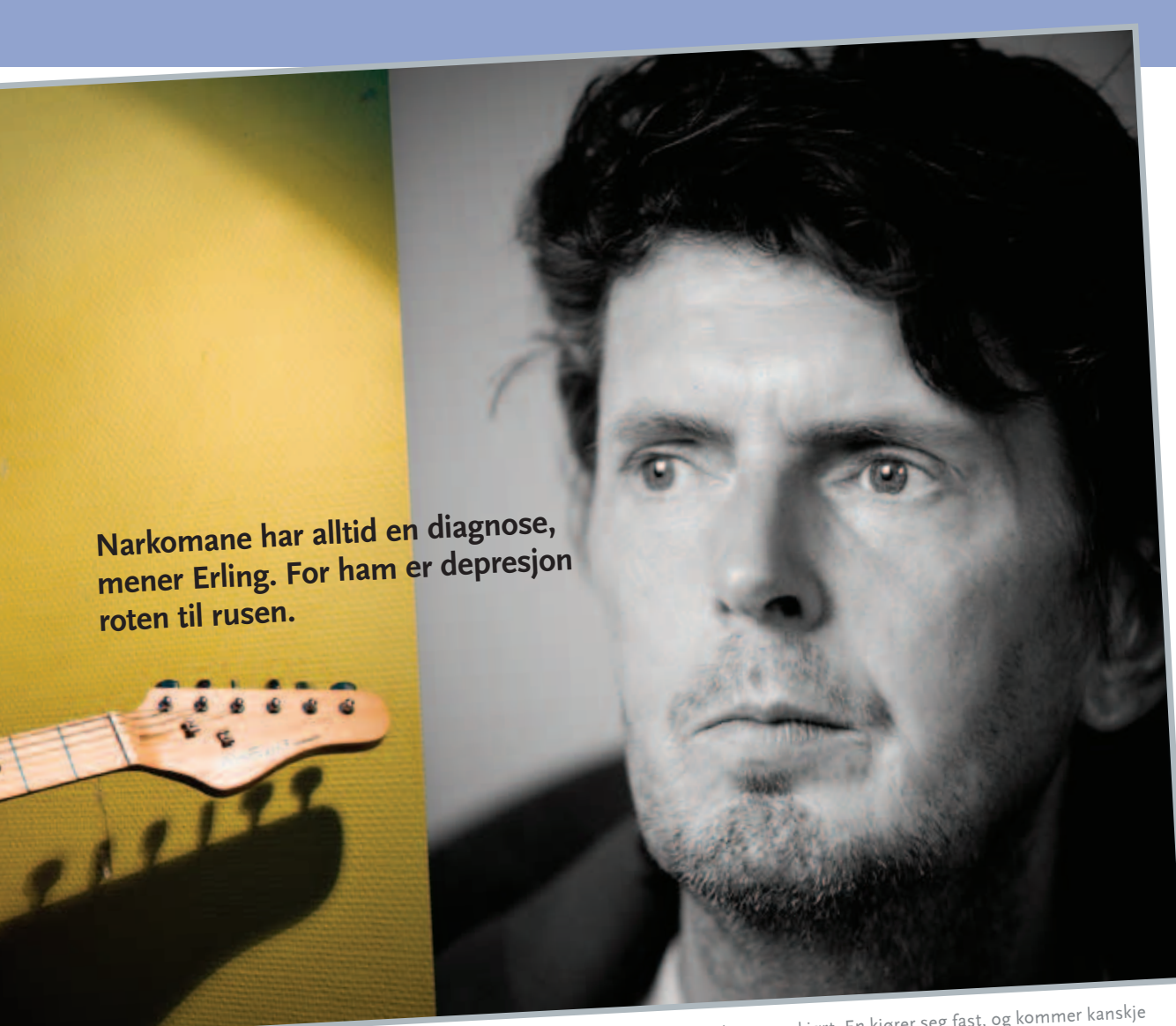
egentlig. Det var det der som var livet. Jeg levde så sterkt, alt gikk så fort at jeg ikke rakk å tenke. Det er mer når man begynner å bli sliten at man blir interessert i behandling.

– Har du tenkt på hva det var som gjorde at du begynte på det livet?

– De siste årene har jeg vært i gang med psykiatriske utredninger, samtidig som jeg har hatt LAR-behandling. Nå har vi funnet ut at det kanskje hadde med depresjoner å gjøre. Spesielt LAR har hjulpet på det. Det er i hverdagen depresjoner kommer frem i lyset.

Mange lange løp

I begynnelsen av det nye årtusenet så Erling at han ikke kunne fortsette. Han kunne ikke leve det livet. Ville ikke tåle kjøret og utgiftene. Siden har han vært ut og inn av



Narkomane har alltid en diagnose, mener Erling. For ham er depresjon roten til rusen.

– Det oppleves forvirrende og frustrerende når psykiatri og rusbehandling ikke er samkjørt. En kjører seg fast, og kommer kanskje aldri til fase 2. Erling Wammer er på god vei til å bli rusfri.

mange behandlingsopplegg. Sprukket igjen og igjen. Både psykiatriske institusjoner og rusbehandling. Men ikke noe samkjørt løp.

– De forskjellige institusjonene har ikke hatt kontakt med hverandre. De har kjørt forskjellige løp. Noen har oppdaget noe, andre noe annet. De møttes aldri, på en måte. Det ble veldig forvirrende og frustrerende. Jeg har vært nødt til å gjøre det samme om og om igjen. Fortelle den samme historien på nytt og på nytt, til forskjellige folk. Stadige utredninger. Hver instans har visst vært nødt til å ha sin egen personlige utredning av det samme som andre har gjort. Det blir så lett å stagnere. Aldri å komme til del to. Jeg tror det har vært ekstra frustrerende for familien min også – å se på at jeg ikke har fått rett behandling.

Mot mål

– Hvor viktig er det at man har begynt å se hele pasienten samtidig, at man kan behandles for både rusproblemer og psykiatriske lidelser?

– Jeg tror det betyr det meste. At det henger sammen. De fleste som lever et slikt liv har ting som kan brukes i psykiatrien. Det er kanskje ikke så populært å si, men jeg tror de fleste narkomane har en psykiatrisk diagnose som årsak. I hvert fall mange. For meg er det åpenbart at man trenger en behandlingsform som tar hånd om begge deler.

– Hva skjer når du kommer ut herfra?

– Har ikke tenkt så mye på det ennå, men det begynner å bli tid for å tenke på det. Jeg må finne meg bolig, og det er litt usikkert om det blir hjemme i Kristiansund eller her i Trondheim.

Han tenker på hvordan han skal fylle dagene når han kommer ut, og skal være seg selv. For seg selv.

– Jeg er nødt til å ha noen aktiviteter. Rutiner. Ikke bare tomhet.

Han snakker om å male. Viser frem bilder på rommet. Var i gang med kunstutdanning en gang, men det gikk ikke det heller. Kunstnermyten lot seg ikke leve.

– Man må ha en strukturert hverdag for å produsere noe. Å leve det søte kunstnerliv funker ikke. Det er ingen seriøse som holder på sånn. Myte, det der.

Rusbehandling med skreddersøm

– Når pasienten har mange ulike behov, blir det vår jobb å sy sammen en behandling som passer for den enkelte.

– Vi forsøker å være mest mulig fleksible, og sjonglerer behandlinger for å få helheten til å passe den enkeltes behov, forklarer Kirsten Braatveit, psykolog ved Nidarosklinikken.

– Vi har en god tverrfaglig stab. For å gi individuelt tilrettelagt behandling til en så sammensatt pasientgruppe, er det helt nødvendig. Og vi ser at vi ofte lykkes, med gode, tverrfaglige behandlingsopplegg.

Braatveit har sett en utvikling av ulike psykiske lidelser blant pasientene på Nidarosklinikken.

– For noen år siden var det veldig få som hadde tunge psykiske lidelser. De siste årene har vi blant annet sett mye mer av personlighetsforstyrrelser, bipolare lidelser og schizofreni. Tidligere ble psykiatrien ansett som riktig behandlingssted for slike lidelser. Pasienter med både rus og alvorlig psykisk lidelse ble tidligere omtalt som dobbeldiagnosepasienter. Nå omtales de som pasienter med rus og psykisk lidelse, ROP-pasienter.

– Hva er årsaken til at dere har fått flere slike pasienter?
– Tidligere ble de ofte avvist på grunn av alvorlige psykiske lidelser. Nå tar vi i mot alle, så lenge vi har et adekvat tilbud. Ofte samarbeider vi også med psykiatrien for å gi et skreddersydd tilbud til pasienten. Vi strekker oss langt, men ser noen ganger at pasienten for eksempel hadde hatt det bedre på en mindre klinikk.

Det finnes ingen fasit når en skal behandle ROP-pasienter, hele mennesker. De fleste lærebøker, teorier og behandlinger konsentrerer seg om én lidelse.

– Vi må prøve og feile sammen med pasienten. En må være litt kreativ i å sy sammen individuelt tilpassede opplegg.

– Lykkes dere?

– Ja. I stor grad føler jeg at vi har klart å hjelpe de som tidligere har falt mellom to stoler, som ingen har villet tatt i.

Må lære å holde ut symptomene

Om de er ivrige sjonglører med behandlinger, er de opptatt av å skape trygge rammer for pasientene sine. Behandlingen bygger på miljøterapi, struktur, aktiv tilbakemelding og rammer, forteller Braatveit

– Disse pasientene har levd flytende i mange år, helt uten rammer av noe slag. De har sovet når de har villet, vært oppe om natta. Det å få inn en vanlig døgnrytme og hverdagsliv, kan være et stort arbeid for dem. Rammer og struktur er med på å skape trygghet for dem.

– Er det slik at de fleste rusmisbrukere også har en psykiatrisk diagnose?

– Ofte er det slik at rus og psykiske lidelser opprettholder hverandre. Mange ruser seg for eksempel for å unngå angst. Når rusen går ut, kommer angsten tilbake. Lidelsen returnerer og blusser opp når rusen er ute. Det er viktig for oss å lære pasienten å holde ut symptomene sine uten rus. For mange kan det være tung og krevende prosess å lære nye mestringsstrategier.

Viktige ansvarsgrupper

Hva er jeg nå? Hva skal jeg? Må jeg? Kan jeg? Spørsmål som popper opp igjen og igjen hos friskmeldte. Før, etter og under lange behandlinger finnes mange truende tomrom. Nidarosklinikken arbeider etter en ansvarsgruppemodell. Alle som har ansvar for pasienten, for eksempel NAV, LAR, pårørende og fastlege, møtes hver tredje måned.

– Det gode med en slik modell, er at det lokale hjelpeapparatet ikke hviler mens pasienten er her. De er med, og klare til å ta over arbeidet med individuell plan når

pasienten er ferdig med døgnbehandling. Da har de folk de kjenner godt, som har vært med på hele løpet, å forholde seg til når de kommer ut.

Braatveit mener de nye poliklinikkene rundt i de ulike institusjonene i Rusbehandling Midt-Norge også vil bety mye.

– Dermed får pasienten en enda mer gradvis overgang fra døgninstitusjon til å stå på egen ben.

– Hjelper det mot tilbakefall?

– Det hjelper. Vi har selvsagt noen tilbakefall, men fordelene er at de som får sjokk når de kommer ut og skal klare seg på egen hånd, lettere blir fanget opp og kan få hjelp.

Det står mer enn 4000 rusmisbrukere i kø for å få behandling. Hvordan skal vi klare å hjelpe alle disse i tiden fremover?

– Vi har mange på videreutdanning for å øke kompetansen på sammensatte lidelser, blant annet har det kommet en videreutdanning i rus og psykiske lidelser for sosionomer. Når Trondheimsklinikken snart åpner, der Nidarosklinikken skal flytte inn, får vi mange typer behandling under ett og samme tak. Det vil skape et stort, levende fagmiljø med mye kompetanse. Der vil vi også ligge nært Rusbehandling Midt-Norges forskningsenhet. Muligheten for klinikknær forskning kan bety mye for videreutvikling av et godt behandlingstilbud.

FAKTA

Nidarosklinikken behandler ca. 50 pasienter i løpet av et år. Gjennomsnittlig ventetid er tre måneder. Rusbehandling Midt-Norge har fått doblet kapasitet siden 2004.



– Jeg føler at vi har klart å hjelpe de som tidligere har falt mellom to stoler, som ingen har villet tatt i, sier Kirsten Braatveit om Nidarosklinikken i Trondheim.

– VARME HJERTER MÅ VI HA.
MEN FOR Å SE FRAMOVER TRENGER VI OGSÅ KALDE HJERNER!

Kolbjørn den kaldvarme

Under Kolbjørn Almlids hvite manke befinner nok hjernen seg nærmere frysepunktet. Men tro ikke at helseregionens myndige styreleder mangler hjertevarme. Det gløder godt der inne, ikke minst for midtnorske pasienter. Og for Strategi 2020.

– Husk at vi har ansvar for 670 000 potensielle pasienter, og alle disse har én aksje hver i Helse Midt-Norge. Hvis vi ikke sørger for nødvendige omstillinger, får pasientene et dårligere tilbud om ti år. Da vil de si: Hvorfor gjorde dere ikke jobben? Dere visste hvordan sykdomsutviklingen ville arte seg, og dere kjente jo til de svære befolkningsendringene. Likevel lot dere være å handle når dere hadde muligheten! Hvorfor?

Tydelighet og tøv

Kolbjørn Almlid snakker høyt, fort og klart og trommer med fingrene i bordet så kaffen skvetter. Han har det travelt som alltid, men tar seg tid til å møte oss på kafé i Malm, det gamle nordtrønderske samfunnet som lever videre etter beinhard omstilling da gruvedriften tok slutt. Hit kom han og kona som lærere i 1969, og siden er de blitt boende. Men i alle år har Almlid vært på farten, i et utall roller innen skole, politikk, nærings- og samfunnsliv. I 2006 overtok han som styreleder for Helse Midt-Norge, regionens største offentlige virksomhet med en årlig omsetning på 15 milliarder kroner.

– Du er en uvanlig offensiv styreleder. Kan det bli i meste laget?
– Spørsmålet er relevant. Men da jeg begynte hadde vi 714 millioner i underskudd, og omdømmet var elendig i departementet. Derfor måtte jeg være tydelig og drive mer konsernstyring de første årene enn mange ventet av en styreleder. Nå har vi orden på økonomien, og strategien er lagt. Da kan vi finne en ny grenseoppgang mellom styret og administrasjonen og mellom RHF- og HF-nivået. Men et godt styre er et tydelig styre.

Jeg kommer aldri til å skjøtte vervet som slapp møteleder. Det er ikke min stil.

– Hva blir din stil nå når den «retnings-givende» 2020-strategien skal gjennomføres?
– Det blir å si tydelig fra at vi ikke kan fortsette som i dag, og at vi må gjøre en del drastiske endringer for å sikre et godt framtidig helsetilbud. Noe annet ville være ren feighet! La meg nevne tre konkrete tiltak. For det første skal alle sykehus gå gjennom vaktssystemene for å gå fra passiv beredskap til aktiv pasientbehandling. Videre forventer jeg betydelig mer desentralisert poliklinisk aktivitet, der sykehuslegene reiser ut til pasientene og ikke omvendt. Siste eksempel gjelder fødselsomsorgen. Her må helseforetakene avklare forholdet mellom føde-avdelinger og fødestuer. Og jeg legger til grunn at det blir færre avdelinger.

– Inkludert ditt eget fylke, Nord-Trøndelag?
– Min oppgave er å se regionen under ett, men hvis Helse Nord-Trøndelag sier at det er bra som det er, så har ikke foretaket gjort jobben. Her som ellers må utfordringene møtes. De kan ikke velges vekk. Samtidig har jeg stor respekt for lokaldemokratiet og kommer ikke til å sitte på skulderen til HNT eller andre helseforetak. De skal etter hvert få bestemme mer selv innenfor de rammer og krav RHF-styret har trukket opp.

– En representant for sanitetslagene i Nord-Trøndelag ville ha det til at Almlid egentlig er ute etter et stjerner i boka til helsestatsråden?
– Det er bare tøv! Stjerner interesser meg ikke. Likevel ble det samlet inn 8 400 underskrifter mot endring av fødetilbudet

ved Namdal sykehus. Og det er nettopp derfor vi legger opp til konsekvensanalyser i 2020-strategien.

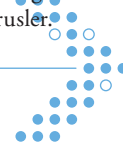
Kilevinker og trusler

«Tøv» er et gjengangerord hos Almlid. Han er ingen avslepet diplomat og slår kontant tilbake hvis angrepene oppfattes for urimelige. Som da senterpartilederen sang Pengegalloppen på et møte og hånte partifelle Almlid fordi han hadde brukt uttrykket «helsebransje». Over kafébordet i Malm betyr den angrepne at han ikke er langsint, men etterlater ingen tvil om hva han mener om refsen fra Navarsete. Den var ikke bare tøvet; den var også svært uheldig fordi den forsøkte å stanse et helt nødvendig utviklingsarbeid i helsesektoren. Om dette utspillet skulle få gjennomslag i regjeringen, ville det virkelig gått ut over pasientene, ifølge Almlid.

– Hvorfor utsetter du deg for en hoggestabbejobb som dette, der det stadig venter kjeft og ubehageligheter?
– Det handler vel om å skape noe. Forbedringer i samfunnet, løsninger og omstillinger. Alt dette trigger meg, og da må jeg tåle at det blåser. Noen kilevinker må jeg også være forberedt på.

– Som i ambulansesaken?
– Ja, den inneholdt alt, og når jeg får tid, skal jeg skrive ned historien fra mitt ståsted. I ettertid ser jeg at burde vært tydeligere underveis og forlangt skriftlige rapporter.

Mer sier ikke styrelederen om den desidert verste enkeltsaken i hans tid i Helse Midt-Norge. Den ellers så ordrike Almlid blir også tilbakeholden når vi spør om hets og trusler.



*Vi må gjøre en del drastiske endringer
for å sikre et godt framtidig helsetilbud.
Noe annet ville være ren feighet!*



SAMFUNN: – Det er de små samfunn som bygger de store, slår Almlid fast i fjæra i Malm.

Det skal nemlig ikke mange nettsøk til for å finne de ufysiske innlegg om styrelederen, men Almlid forsikrer at han ikke lar seg skremme av slikt. Han er oppnevnt for å gjøre en jobb og kan ikke la seg lede av hets.

– Heller ikke direkte trusler mot egen person?
– Nei. Så langt har jeg har mottatt to draps-trusler og én trussel om selvmord. Hvis den slags margstjal meg, måtte jeg slutte. Dette er ikke en sektor å være redd i!

– Navarsete til tross: Det hadde ikke vært bedre å holde seg i politikken?
– Nei, nå betaler jeg bare kontingenten til Senterpartiet. Det er viktig for meg å ha ryggen fri.

Yte for å nyte

Selv om Almlid er bondesønn fra Beitstad rett over fjorden for Malm, er det muligens et paradoks at han gjorde karriere i Senterpartiet, både på fylkes- og rikspan. For i over førti år har han jo levd blant sosialister i det en gang så klassedelte gruvesamfunnet. Forklaringen er EU-kampen i 1972. Det var da han valgte partiet som sto (og fortsatt står) usedvanlig sterkt i Nord-Trøndelag. Men Almlid har aldri tilhørt «landbruksma-

Aldri har helse-Norge gjennomført en så omfattende helsedemokratisk prosess. Aldri!

fiaen». Han er senterpartist av den prinsipielle typen med klippetetro på kraftfulle småsamfunn i samspill med større. Slagordet «Det er de små samfunn som bygger de store», stammer fra Almlid som fortsatt gløder for lokalutvikling på mange plan.

– Småsamfunn har altfor ofte passivt ventet på overføringer. Det er jeg sterkt imot fordi det må være balanse mellom å yte og nyte. Først da kan småsamfunn bli legitime mottakere av ulike støtteordninger. De må altså gjøre seg fortjent. Og det må stilles krav! Det samme gjelder i skolen, der jeg var i over 20 år. Stadig diskuterte vi hva som skulle gjøres med svake elever. Jeg holdt på at vi skulle stille krav, men at kravene måtte være relevante. Når vi gjorde det, kom også resultatene. Det var virkelig artig å jobbe med elever som falt utenfor.

– I 2020-strategien handler det kanskje om å sørge for at pasientene ikke faller uten-

for. Men styrets endelige vedtak er solid moderert sammenliknet med administrasjonens forslag?

– Ja, men vi har fått et bedre dokument! Jeg hadde stor respekt for det som først ble lagt fram. Det var faglig sterkt. Men strategien måtte forankres blant folk, bredt og demokratisk. Den kunne ikke trumfes gjennom. Og hør: Aldri har helse-Norge gjennomført en så omfattende helsedemokratisk prosess. Aldri! Det har jeg også sagt til statsråden.

– Selv om du er gammel lærer, er vel ikke 2020-strategien bare et pedagogisk prosjekt. Her er det også strid og politikk?

– Det er riktig, men alle skal ha anledning til å bli hørt og si sitt. Likevel kommer det aldri til å bli enstemmighet. Til det er saken altfor kompleks og følsom. Og på ett tidspunkt skal vedtak treffes. Da er det slutt på krangelen!

– Er det? Helse-Norge har solid tradisjon for omkamper?

– Ja, men der kan jeg være tøff. Vi kan ikke lage et samfunn med bare utredninger! Rekkefølgen er utredning, beslutning, realisering. Men Strategi 2020 skal jo ikke gjennomføres «over natta». Vi opererer med

Jeg har mottatt to drapstrusler og én trussel om selvmord. Hvis den slags margstjal meg, måtte jeg slutte.

LÆRING: Almlid tror på pedagogikkens kraft. Her begynte karrieren i 1969.



en horisont på ti år, og planene skal iverksettes på logisk riktig tidspunkt og fases inn i fornuftig rekkefølge. I 2012 kommer samhandlingsformen. Da må vi ha gjort mange viktige beslutninger.

– Langtidsplanlegging er ikke lett i et land der kortsiktigheten rå?
– Nei, problemet i Norge er nettopp at vi tenker altfor kortsiktig. Selve beskyttelsesmekanismen for departementene er de årlige budsjettene. Men vi er avhengige av å se utviklingen i et langt perspektiv. Derfor gjør vi som vi gjør – læll. Og vi merker stor nysgjerrighet og god respons i statsapparatet.

– Og de andre RHF-ene, hva sier de?
– Jeg hører stadig oftere: Look to Midt-Norge. Det sier seg selv at de andre kommer etter. De ser med stor spenning på om vi kommer i mål.

Paradokser og endringer

– Hvor sikker kan du være på at spådommene slår til? 10 år er lenge i en så omskiftelig sektor som helse?

– Vi vet det blir korrigeringer underveis. Men det er ekstremt viktig at vi tar inn over oss alle endringene som kommer – demografisk, medisinsk og teknologisk. Vi vet også mye om samferdselsutviklingen og kan ikke overse de store strukturendringene i samfunnet. Det er et paradoks at de fleste norske sykehus ble bygd for hundre år siden da samferdsel til sjøs bandt folk sammen. Men stadig står sykehusene på samme sted, selv om nesten alt annet i samfunnet er endret. Derfor må vi spørre om vi har en optimal struktur, og vi må ha mot å stikke hånda inn i vepsebolet.

– Det er legene som tradisjonelt har styrt helseutviklingen. Har det vært uheldig?
– Det er et vesentlig spørsmål. Leger og annet helsepersonell har opplagt en meget viktig rolle å spille, men noen må ta beslutninger over faggrensene. Vi kan ikke forlange at helseprofesjonene har kunnskap om alle samfunnsendringer. Ta nye St. Olavs Hospital. Da vi skulle realisere det, opprettet vi Helsebygg fordi vi måtte ha eksperter på planlegging og bygging. Resultatet er et kvalitetssykehus oppført til rett tid og til og med under budsjett! Dette viser hvor viktig det er å hyre inn og kople relevant kunnskap for å nå målene. Her har jeg og administrerende direktør en av våre viktigste oppgaver.

– Har du savnet helsefaglig bakgrunn for å forstå mer av sykehuslivet?
– Ikke én dag! Min erfaring fra politikk og

næringsliv gir meg kompetanse til å løse samfunnsproblemer og lede prosesser fram til beslutninger. Her er medisinsk kunnskap selsvagt viktig, men bare ett av mange felt. Det er min oppgave å se helheten i det helsestatsråden bestiller av oss. Og det er bare statsråden som er min oppdragsgiver. Hvis jeg hadde vært lege for eksempel, kunne jeg lett blitt beskyldt for å være ute i andre ærend. Det er særdeles viktig å unngå.



Avganger og feighet

Siden oppnevningen i 2006 har Almlid tjent under tre helseministre, og forholdet har vært godt til alle sammen, forsikrer han. I samme periode har toppsjefer kommet og godt i HMN-administrasjonen. Det har skjedd med mye spektakkel, men styrelederen avviser at direktørskiftene har vært uttrykk for svakhet i organisasjonen.

– Generelt må vi regne med at også toppledere i helsesektoren må gå, eller skifte jobb. Hvis de skal ha betalt som næringslivsledere, må de finne seg i de samme resultatkrav og utfordringer. Og til enhver tid må vi gjøre det som gir størst virksamhet. Det samme svarte jeg da dette kom opp som et spørsmål i Stortinget.

– Der har også helselederlønningene blitt kraftig kritisert. Hvordan reagerer du på det?

– Det er ren feighet. For da helsereformen ble innført, vedtok Stortinget samtidig å sette opp lønningene for at gode private ledere skulle kunne kjøpes ut av et marked. Men på et eller annet tidspunkt ble dette et moralspørsmål, og nå greier ikke de folkevalgte å bestemme seg for hva de vil. For egen del vil jeg si at lønningene er høye nok, og Helse Midt-Norge skal ikke være lønnsledende. Derfor mottar Gunnar Bovim samme lønn som han hadde ved St. Olav, og han har ikke andre pensjonsbetingelser enn vanlig statspensjon.

Selv honoreres Almlid med 240 000 kroner for styrevervet. Dividert på antall arbeidstimer blir vel dette helseregionens laveste satser. Men han klager ikke og har så det rekke ved hjelp av andre inntekstkilder. For det er ikke mange som er mer ettertraktet i styret, råd og utvalg enn Kolbjørn Almlid.

Hvorfor?

– Tja, dette blir lett pretensøst. Men jeg

leverer det jeg blir spurt om. Jeg larver ikke og har stor respekt for dem som bestiller. Dessuten evner jeg få folk til å samhandle. Og jeg står som en stolpe på det vi kommer fram til i fellesskap. Men mange av dem som vi ha meg med, får nei. Jeg er tross alt 65 år og noen ganger så sliten at det er ufattelig.

Frisk og skrivende

Det vises ikke i dag. Mannen over kafébordet er rank og slank og mer vital enn de fleste av yngre årgang. Almlid er da også helt friskmeldt etter kreftsykdommen for tre år siden, og har en strøm av «prosjekter som må fullføres». Ikke minst skal det skrives, og nylig kom Almlids lokalhistoriske bok om hjembygda (Beitstad og Bartnes) fra 1870 til 1970. Her portretterer han både oldefar og bestefar og benytter seg av enestående etterlatte brev.

Håpet er også å få gitt ut barnebok. Den skal baseres på fabelhelten Maxi Faxi som Almlid i årevis har levet og gjort for barn og barnebarn. Fra sitt skjulested i trestubben legger Maxi Faxi stadig ut på nye eventyr, snarlig, optimistisk og løsningsorientert. Som historiefortelleren selv.

– Hvor stammer denne oppfinnsomme energien din fra?

– Da jeg vokste opp, ble vi lært opp til å klare oss selv. En søskenflokk på sju kunne ikke bli sett hele tida. I dag skal jo alle bli sett! En annen viktig lærdom var at vi måtte yte og arbeide, og flere av oss har jo havnet i ledende posisjoner. Men snobber er ingen i familien. Jeg har ikke inntrykk av at vi blir utsatt for misunnelse heller.

– Det er det vel relativt liten grunn til også når det gjelder styreledervervet i Helse Midt-Norge. Hvor lenge blir du sittende?

– Den siste gjenoppnevningen går fram til 2012. Ut over det har jeg ingen planer.

– Kanskje sitter du til strategien er fullført i 2020?

– Nei!

KOLBJØRN ALMLID

Født: 2. juni 1945

Sivil status: Gift, to voksne sønner, to barnebarn

Bakgrunn: Oppvokst i Beitstad, bosatt i Malm, Nord-Trøndelag. Skolemann, byråkrat, næringslivsleder og politiker (Sp) med en rekke verv lokalt og sentralt. Seniorrådgiver i Innovasjon Norge. Styreleder i Helse Midt-Norge siden 2006.

Aktuell: Strategi 2020 skal gjennomføres under Almlids styreledelse.

Bedre flyt

– Kan du, så skal du!

Der noen bare ser slitsomme endringer og omstilling, så handler gode pasientforløp for Arnt-Egil Hasfjord først og fremst om bedre pasientkvalitet. Sykepleieren har i tjue år jobbet etter visjonen «å gjøre en positiv forskjell».

Men hans måte å oppfylle visjonen på har ikke alltid vært ukontroversiell. For alle har ikke like lett latt seg overbevise av Hasfjords mantra «Kan du, så skal du».

– Endring og omstilling er vanskelig, og setter følelser i sving. Det må vi ta på alvor, sier Hasfjord.

Det er nettopp endring og omstilling han har jobbet med helt siden han startet som assistent på Ringvål sykehjem utenfor Trondheim. Også den gangen var det økt pasientkvalitet sunnmøringen var opptatt av. Mer aktivitet for de eldre på sykehjemmet var det han mente måtte til den gang, og pasientene ble trillet ut i godværet i stedet for å sitte inne.

Verdiskapende tid

To tiår og flere helsejobber senere er Hasfjord nå helsebyråkrat i Helse Midt-Norge. Endring og omstilling er fortsatt hovedfokus.

– Jobben min er å lete etter verdiskapende tid for pasienten. At pasienten ligger og venter i ei seng, er bortkastet tid for pasienten, og bortkastede ressurser for helsevesenet. Vi kan ikke lenger ha det slik at pasienter legges inn fordi det er bekvemt for behandleren å ha pasienten tilgjengelig. Derfor utviklet vi mantraet «Kan du, så skal du» da jeg arbeidet på nevrokirurgisk avdeling ved St. Olav.

Mantraet er like enkelt som det er klart: Kan du vente med å legge inn en pasient, så venter du. Kan du skrive ut en pasient, så skal du skrive ham ut.

Det skulle vise seg å være en suksessoppskrift for nevrokirurgiavdelingen. I de gamle lokalene hadde de 24 senger pluss korridorpasienter, og behandlet 850 pasienter i året. I det nye sykehuset hadde de 16 senger og ingen korridorpasienter, men økte likevel antallet behandlede pasienter til 1300 pr år. For eksempel ble den preoperative liggetiden redusert fra i snitt 1-2 døgn ned til 0,4 døgn.

– Økt pasienthåndtering var mulig fordi vi jobbet aktivt med prosessforbedring. Henvisningsprosessen, vurderingsprosessen, innleggingsprosessen – alt som skjer før, under og etter operasjon. Vi gikk inn i prosessene og lette etter dårlig tidsutnyttelse. Gjennom bedre planlegging kunne vi korte ned unødvendig tidsforbruk, øke kvaliteten for pasienten, og utnytte helseressursene mer effektivt, sier Hasfjord.

Standardiserte forløp

I Helse Midt-Norge kalles arbeidet med forbedring av pasientforløp for «standardiserte pasientforløp». Målet er å redusere antall liggedøgn, utnytte tid og ressurser bedre, og ikke minst skape mer forutsigbarhet både for pasienter og helsearbeidere.





Mindre unødvendig liggetid og bedre flyt er målet til Arnt-Egil Hasfjord i Helse Midt-Norge.

– Vi er helt i startgropa i dette arbeidet i det norske helsevesenet. Fremdeles blir for eksempel mange pasienter lagt inn uten at det er nødvendig, forteller Hasfjord.

Det er mange grunner til at arbeidet med standardiserte pasientforløp ikke er enkelt.

– Utførerleddet har mange krav hengende over seg. Økonomiske målsettinger og aktivitetsmål skal innfris samtidig som det skal drives forbedringsarbeid. Dette er en kjempeutfordring for alle avdelinger. Særlig blir det vanskelig å sette av ressurser til forbedringsarbeid.

Arnt-Egil Hasfjord fant etter hvert ut hvor stor betydning helsevesenets informasjonsteknologiske verden har for jakten på unødvendig tidsbruk.

– Jeg har fordypet meg i ulike IT-systemer fordi dette er en viktig del av det å utvikle gode pasientforløp. Vi mister så vanvittig mye tid i postgang og treg informasjons-overflytting. Helse Midt-Norge har kartlagt 15-20 data-applikasjoner som har direkte eller indirekte betydning for et godt pasientforløp. Og de fleste av disse applikasjonene snakker ikke sammen. Det fører til tidssløsing og mye ressursbruk.

Hasfjord forteller at dette også handler om å spare tid på banale aktiviteter, som for eksempel det å få tak i pasienten.

– Jeg aner ikke hvor mange ganger jeg har sittet og lett etter kontaktinformasjon til pasienten. Noe så elementært som telefonnummer skaper altså mye hodebry for de som skal planlegge innleggelse.

«Bedre elektronisk pasientflyt» ser ut til å ha blitt et nytt mantra for sykepleier Hasfjord.

– Gode pasientforløp forutsetter god flyt i IT-systemene våre. Slik kan vi få tilgang til henvisningsinformasjon tidlig, og deretter foreta en tidlig vurdering av den slik at pasienten tidligere får innkalling og behandling.

Pasientene må klage mer

– Selv om behandlingen i Norge jevnt over er veldig god, er det likevel slik at folk klager for lite på den behandlingen de får. Folk skulle klaget mer! Først da kan vi forbedre systemet. For å skape en positiv forskjell må misfornøyde pasienter ta saken opp, men dette er det ingen kultur for.

Hasfjord forteller at alle helseforetakene i Helse Midt-Norge arbeider veldig godt med

utvikling av standardiserte og gode pasientforløp. Det er regional kursing og mange gode prosesser som er satt i gang. I følge Hasfjord er suksesskriteriene å få en organisasjon der det er kultur for endring, og en ledelse som bidrar til forankring i organisasjonen. I denne sammenhengen trekker han frem sykehuset i Ålesund.

– Nøkkelen til effektivt arbeid med pasientforløp der har vært en solid forankring i organisasjonen. Men de har også vært veldig flinke til å markedsføre seg selv. Det er kanskje noe sunnmørsk over det, sier sunnmøringen – og vet antagelig hva han snakker om. Utfordringsbildet for alle HF'ene ligger nå i implementeringen i utførerleddet. Vi må få til varig og ikke bare kortvarig endring, sier han.

– Vi skal jobbe smartere, ikke fortere, avslutter sykepleier Arnt-Egil Hasfjord.

Gode forløp på Sunnmøre

God pasientflyt gir både økt kvalitet og effektiv ressursutnyttelse.

Det er konklusjonen etter at Helse Sunnmøre har fått på pass 12 prosjekter for bedre pasientflyt i Volda og Ålesund. 5 nye prosjekter blir planlagt.

Det er stor bredde i hvilke pasientgrupper prosjektene retter seg mot, alt fra CPAP-, lungekreft- og prostatakreftpasienter, til barn med cøliaki.

Det var i 2007 en delegasjon fra Helse Sunnmøre reiste til Aker sykehus i Oslo for å lære om standardiserte pasientforløp. Helse Sunnmøre dømte dette raskt om til Pasientflytprosjektet, og dermed var de som første helseforetak i Midt-Norge i gang, et hestehode foran de andre midtnorske foretakene.

KRONISK SCHIZOFRENI:

Vil halvere ligge

– Vi håper at det nye pasientforløpet kan bidra til økt livskvalitet og forlenget levetid for noen av de aller verst stilte psykiatripasientene, forteller avdelingssjef Pål Sandvik ved psykiatrisk avdeling Østmarka i Trondheim.

Psykiater Pål Sandvik er ingen mann av store ord. Men sammen med kvalitetsrådgiver Anne Dina Haslene har han store planer for pasienter med kronisk schizofreni, en av pasientgruppene innen psykiatrien med tyngst problematikk. Målet er å halvere innleggningstida for denne pasientgruppen.

– Før de når frem hos oss, er boligen nedsarvet, forholdet til familien er ofte dårlig, og samarbeidet med andre deler av helsevesenet brutt sammen. Dette er en pasientgruppe som har en forventet levetid som er tjue år kortere enn et friskt menneske, forteller Sandvik.

Det stopper ikke der.

– Kronisk schizofreni går gjerne sammen med høyt inntak av rusmidler, dårlig kost-

hold, røyking og mindre mosjon. Alt dette gir større risiko for kreftsykdom og hjerte- og karsykdom. I tillegg har denne pasientgruppen økt selvmordsrisiko. Vi har derfor alt å tjene på å forbedre innsatsen overfor disse pasientene. Ved å gripe inn før de når bunnen, kan vi redde liv, forteller kvalitetsutvikler Anne Dina Haslene.

Lang innleggelse enorm belastning

I dag er pasientene sikret god oppfølging når de er innlagt på Østmarka. Men etter utskriving er det ikke sikkert at de sykeste schizofrene har et effektivt hjelpeapparat rundt seg.

– Fordi disse pasientene ofte aktivt unngår å få hjelp og oppfølging, kan de bli dårligere og dårligere, helt til de har rasert alt rundt seg. Det være seg nettverk, bolig og



egen helse. Fastlege, ambulante team og spesialisthelsetjeneste samhandler for dårlig, og vi når ikke inn til pasienten. Dette ender ofte i politiinngrep og akuttinnleggelse på Østmarka, forteller Sandvik.

En pasient som har blitt så dårlig, trenger massiv og langvarig hjelp. Det er normalt med innleggelser på 200 døgn. Én ting er at dette er en enorm belastning på knappe helseressurser. Men det som svir mest for personalet på Østmarka, er belastningene den lange innleggelsen medfører for pasienten.

– Dette er ikke bra for pasientene. I tillegg til at mye rundt dem er ødelagt før de blir lagt inn hos oss, risikerer vi at de blir institusjonalisert med så lange innleggelser. Det er ikke bra for deres evne til å ta vare på seg selv den dagen de skal skrives ut, sier Haslene.

Ansvarsgrupper istedenfor lang liggetid
Nok er nok. Psykiatrien har bestemt seg for

HVA ER SCHIZOFRENI?

Schizofrene lidelser kjennetegnes av grunnleggende endringer av tenking (vrangforestillinger) og sansing (hallusinasjoner), og ved tilbaketrekking eller avflatet følelsesliv. Det vil være varierende grad av mental funksjonshemming. Det finnes flere undergrupper av schizofrenier avhengig av hvordan symptomene arter seg. Diagnosen schizofreni er i dag knyttet til psykotiske symptomer. Schizofreni er en hjerneorganisk sykdom med feilfungeringer i hjernen.

Hva utløser schizofreni?

Manglende kunnskap om hva som utløser sykdommen, gjør det vanskelig å forebygge den. Sannsynligvis er det en kombinasjon av flere faktorer som til sammen utløser schizofreni. Det synes å være en genetisk disposisjon (schizofreni i nærmeste familie) som gir en arvelig sårbarhet, men dette er utslagsgivende bare i 15 % av tilfellene. Stressfaktorer som kan utløse sykdommen hos genetisk sårbare individer, kan være uheldige oppvekstvilkår, rusmiddelbruk og traumatiske opplevelser.

Hvordan går det med de schizofrene?

Omtrent en tredjedel går det bra med, en tredjedel går det tålelig bra med, og en tredjedel går det dårlig med. Det er den tredjedelen det går dårlig med, som kalles kronisk schizofrene, og som Østmarka nå utvikler et nytt pasientforløp for.

Kilde: www.sinnetshelse.no m.fl.

tida



Pål Sandvik og Anne Dina Haslene bygger ansvarsgrupper rundt hver enkelt pasient.

å ta grep. Målet er å følge opp pasienten så godt at man kan halvere samlet innleggelses-tid for denne pasientgruppen.

– Det viktigste grepet vi gjør i det nye forløpet er å bygge opp ansvarsgrupper rundt hver enkelt pasient. Gruppene må ha myndighet til å gripe inn hvis de har grunnlag for å tro at pasienten er i ferd med å bli så syk at innleggelse er påkrevet for å stoppe sykdomsutviklingen. En ansvarsgruppe uten myndighet og evne til handling blir en gruppe som bare prater om pasienten. Slike grupper trenger vi ikke, sier Sandvik.

Disse pasientene er underlagt tvungen psykisk helsevern, noe som gjør at politi og helsevesen i gitte tilfeller har rett og plikt til å ta seg inn til en pasient.

Anne Dina Haslene har vært prosessveileder i et tverrfaglig team som har utviklet pasientforløpet «Schizofreni med varig funksjons-svikt». Dette gjelder ei pasientgruppe på rundt

40-50 mennesker i Sør-Trøndelag. Fra tilfeldig og usystematisk oppfølging skal ansvarsgruppene nå sørge for at pasientene blir omgitt av et finmasket nett av hjelpere som evner å fange dem opp før nedoverbakken blir for bratt. På denne måten håper helperne at de ikke lenger møter utslitte og svært syke pasienter på akuttposten, men at de møter dem i en litt kvikkere tilstand, og i en kortere periode, på spesialpost 6 eller 7 på Østmarka.

– I løpet av høsten setter vi i gang med det nye oppfølgingsregimet. Det har vært noe skepsis internt hos oss, fordi det vil bli krevende å få til den samhandlingen som er påkrevet mellom spesialisthelsetjeneste, ambulante team og fastleger for at dette skal bli en suksess. Men etter grundig dialog med samhandlingspartnerne, blant annet kommuneoverlegen i Trondheim, føler vi oss trygge på at vi skal få det til. I tillegg er det gledelig at brukerforumet vårt som består av tidligere pasienter, er positive til endringene, sier Haslene.

Sør-Trøndelag langt fremme

I nasjonal sammenheng er psykiatrien i Sør-Trøndelag tidlig ute i arbeidet for å få på plass bedre pasientforløp for denne pasientgruppen. Men Pål Sandvik advarer mot å tro at dette er en «quick fix».

– Det er langsiktig og systematisk arbeid over tid som vil gi oss resultater. Om noen år håper jeg vi kan se at disse forbedringene gir effekt, slik at pasientene våre får et bedre liv, med færre og kortere innleggelser, avslutter Sandvik.

Et år etter implementeringen vil det bli gjennomført en sammenligningsstudie. Den vil ta utgangspunkt i liggetid, antall reinnleggelser i akutt-/spesialpost, opplevd kvalitet for pasient/pårørende og samarbeidspartnere, før og etter det nye pasientforløpet.

B

DISTRIBUERT AV POSTEN NORGE
posten

NORGE P.P. PORTO BETALT

Returadresse: Helse Midt-Norge RHF,
Postboks 464, 7501 STJØRDAL
ISSN 1503-1780

2010 – 2020: Sykdoms- og befolkningsutviklingen er i rask endring. Dette tar Helse Midt-Norge konsekvensen av og legger om kursen på sentrale områder. Denne kursendringen er oppsummert i Strategi 2020 som du kan lese på nettsidene til alle våre foretak. En kortversjon av strategien følger også som vedlegg i dette magasinet.



Vi tar spranget!

2020
STRATEGI

Sommeren 2010 vedtok Helse Midt-Norge en ambisiøs endringsplan for det neste tiåret. Strategi 2020 har følgende hovedmål:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Robuste fagmiljøer og sunn økonomi

Når strategien nå skal settes ut i livet, trenger vi din innsats til beste for pasientene. Bli med på 2020-laget!

HELSE MIDT-NORGE
HELSE MIDT-NORGE

Valgt Service
virksomhet
bedrifter og
Nokas er v

Vi søker
Ser
og !

Til vår f
søker
område
Avdeli
ing av
opplys

Til vår
medarbe
baser, n
Avdelin
nettver
konsernet
For ytte
2336891 i
Søknad

St. Olavs Hospi
med NTNU, og
behandlingen. I
men har også fler
virksomheten ligg
i bruk våren 2010
Helse Midt-Norge

ST. OLAVS
UNIVERSITY

KIRURGISK
Intensiv

• 70-100 %
Kontaktper
tif. 41 66 61
Søknad sel
ledige stillin
Søknadsfrist

Adresse
JOB
For