



● KVALITETS- LØFTET

Seks direktører og deres
prioriteringer. Side 4–6

● PASIENTER SETTER KARAKTER

Revmatologisk avdeling prøver ut
Bruker Spør Bruker-modellen. Side 22

● STYRMANN FRA AVERØY

Møt styreleder for Helse Møre og
Romsdal. Side 7

Hvem er sjefen?

Dag Ingebrigtsen overlevde hjerne-
blødning. Forskerstjernen Bent
Indredavik har satt standard for
slagforskning. Hvem bestemmer
hva som er kvalitet i helsetjenesten?



4 Kvalitetsløftet – slik seks administrerende direktører ser det.

7 Ny styreleder i Helse Møre og Romsdal: John Harry Kvalshaug.

8 Er pasienten og avdelingsoverlegen enige om hva kvalitet er?

12 Anne-Grete Strøm-Erichsen: Ingen av oss vil ligge på korridoren.

16 Trondheims klinikken – et symbol på at ruspasienten tas på alvor.

22 Pasienter gir karakterer gjennom Bruker-spør-bruker-undersøkelser.

26 Rett hjelp mot feil medisin på Sykehuset Levanger.

34 Mer kulturbygging, mindre omorganisering.



Litt bedre i dag enn i går!

Å bygge og opprettholde en kvalitetskultur er et ambisiøst arbeid som ikke realiseres gjennom vedtak eller saksutredning. Arbeidet som Helse Midt-Norge nå har iverksatt med Strategi 2020 som ramme, utfordrer oss på alle nivåer i vår virksomhet – og i vår samhandling med samarbeidspartnere, mellom helseforetak og innad i sykehusene våre.

Vi bør først som sist erkjenne at det i Helse Midt-Norge eksisterer kulturforskjeller. Slik vil det være i organisasjoner som består av mennesker med ulik kunnskap og forskjellig erfaringsbakgrunn. Det kan vi velge å se på som en utfordring, eller vi kan se det som en berikelse. Som viktig bidragsyter til velferd, er det en styrke at ledere og ansatte i foretaksgruppen inngår i et flerkulturelt fellesskap.

For å bygge felles kultur er respekt for mangfoldet en forutsetning. Å bygge en kvalitetskultur handler om både ledelse og praktisk konsekvens for den enkelte medarbeider. Vi er tett på kjerne i vår visjon «På lag med deg for din helse» og vårt verdigrunnlag som bygger på verdiene respekt, kvalitet og trygghet.

Vi trenger noen hjelpemidler – og vi trenger ikke minst motivasjon, når vi nå stimulerer et langsiktig arbeid for bedre kvalitet. Vi skal sette oss høye mål. Vi skal utfordre hverandre til å ta eierskap og være med på å klargjøre kvalitetsmål og forbedringspunkter i pasientbehandling, arbeidsmiljø og drift av virksomhetene våre.

Selv om den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som startet ved inngangen til 2011, viser at det er mye å gripe fatt i for å bedre kvaliteten i norsk helsetjeneste, så starter vi på ingen måte på bar bakke. I 2010 er det blant annet arbeidet målrettet med å fjerne fristbrudd, redusere ventetid, unngå korridorpasienter og å få sendt ut epikrisene raskere. På alle disse områdene har vi forbedret oss. Samtidig har vi holdt orden på økonomien og vi leverer et positivt resultat.

Langt på vei lever vi allerede etter parolen «Litt bedre i dag enn i går», slik vi har formulert det i arbeidet med ny kvalitetsstrategi. Men nå skal vi gjøre det på bredere front og gjennom systematisk innsats. Alle ansatte i hele Helse Midt-Norge er viktige bidragsytere når vi sammen skal utvikle gode kvalitetsindikatorer. I denne utgaven av magasinet HELSE er det gode eksempler på hvordan vi kan samarbeide med brukere og pasienter for å utvikle god kvalitet. Det er tross alt de som skal ha nytte av vårt forbedringsarbeid. Jobben starter i dag, for i dag er vi litt bedre enn i går!

HELSE  MIDT-NORGE

Utgiver: Helse Midt-Norge RHF, Strandv.1 7500 Stjørdal – Telefon (047) 7483 99 00

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

Tekst og foto: Røe Kommunikasjon AS ved Kjetil Gotvassli, Knut Hellerud, Knut Røe og Stein Risstad Larssen. **Øvrige bidragsytere:** Håvard Kallestad, Leif Arne Holme, Bjørn Hansen og Salt Studio.

Opplag: 9200

Grafisk utforming: Teft Design AS

Trykk: Tapir Utrykk, Trondheim

Kvalitetsløfter

Hvilke tre områder vil du satse mest på for å heve



ARNE FLAAT
Adm. dir. Helse Nord-Trøndelag

– RETTIGHETER SKAL INNFRIS

– *Mine viktigste prioriteringer i Helse Nord-Trøndelag er legemiddelhåndtering, pasientrettigheter og samhandling, poengterer administrerende direktør Arne Flaata.*

1. – Når det gjelder legemiddelhåndtering, viser jeg konkret til satsningen med rådgivende sykehusfarmasøyer på utvalgte avdelinger i Levanger og Namsos. Vi vet at farmakologisk kunnskap og gode rutiner kan hindre unødvendige innleggelser, reinnleggelser, ubehag for pasientene og dødsfall. Det samme gjelder for sykehushygiene og sykehuspåførte infeksjoner.
2. – Jeg er også svært opptatt av at lovfestede pasientrettigheter skal respekteres og innfris. Dette handler blant annet om at samtlige pasienter får god informasjon i alle faser. I den forbindelse trykker vi for eksempel en innleggelsesbrosjyre på engelsk og samisk, i tillegg til norsk. Videre skal pasientene ha rett til helsehjelp. De skal ha medvirkning og reell rett til å klage. Og ikke minst må vi overholde frister for vurdering og behandling.
3. – Innen samhandling skal det satses både mellom sykehus, mellom sykehusavdelinger og mellom sykehus og kommune-helsetjenesten. Vi vet at pasientenes opplevelse av kvalitet er avhengig av at helsetjenesten framstår som en sammenhengende enhet. Derfor må vi utvikle gjennomgående pasientforløp, felles prosedyrer, smidig utveksling av pasientinformasjon og sørge for at helseaktørene «snakker sammen». Et godt eksempel er samarbeidet om hofteoperasjoner mellom tre nordtrønderske kommuner (Namsos, Overhalla og Verdal) og sykehusene i Levanger og Namsos. Her har vi fellesansvar for pasienten hele veien, fra første møte med fastlegen til utskrivning fra og eventuell rehabilitering. Det samme systemet skal vi snart gjennomføre for KOLS-pasienter.



DAG HÅRSTAD
Adm. dir. for Rusbehandling Midt-Norge

– SAMHANDLING I ALLE LEDD

– *For Rusbehandling Midt-Norge gjelder følgende satsningsområder: styrket samhandling, bedre tilgjengelighet og økt kunnskap, forklarer administrerende direktør Dag Hårstad.*

1. – Bedre kvalitet i samhandlingen er prioritert for å kunne gi pasientene våre et enda bedre tilbud. Dette gjelder samhandling innenfor foretaket, så vel som somatisk og psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Samhandling med de 85 kommunene i regionen er også viktig for pasientene og deres pårørende. Pasientene skal få helhetlig og sammenhengende pasientforløp tilpasset den enkelte både før, under og etter innleggelse.
2. – Tilgjengelige og virksomme tjenester for pasientene som er til behandling, er også viktig for å heve kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er fortsatt lang ventetid for å komme til behandling. Blant annet derfor er rusfeltet omfattet av en nasjonal opptrappingsplan. Her satses det særskilt på å korte ned på ventelister og ventetid ved hjelp av økt poliklinisk virksomhet, rusakutt og bedre integrerte og individuelt tilpassede pasientforløp, for å nevne noe av det viktigste. Disse grepene gir et godt grunnlag for reduksjon av liggetid og dessuten gode overganger mellom døgnet, poliklinikk og kommune. Dette fører igjen til god kvalitet i rusbehandlingen.
3. – Økt kunnskap er viktig på rusfeltet, som er et relativt nytt spesialisthelsetjenestefelt (fra 2004). Derfor økes innsatsen på forskning, utvikling og kunnskapsformidling, både i egne enheter og overfor kommunene.



I Helse Midt-Norge skal all planlegging styrke kvaliteten på tjenestene, og den ærgjerrige 2020-strategien er utpreget kvalitetsorientert. Hvordan forholder foretakslederne seg til dette? Hva vil de gjøre for å bedre kvaliteten i eget foretak? Magasinet HELSE har bedt om svar fra seks administrerende direktører.

kvaliteten på tjenestetilbudet i foretaket du leder?



ASTRID EIDSVIK
Adm. dir. Helse Sunnmøre

– PASIENTFORLØP I DAGLEG DRIFT

– *Helse Sunnmøre vil særleg satse på pasientflyt, legemiddelhandling og meldingsløft for å betre kvaliteten og pasientsikkerheita på tenestetilbodet, seier adm. direktør Astrid Eidsvik.*

1. – Helse Sunnmøre har i dag nærmare 20 pasientforløp som er implementert, eller under implementering. Dette arbeidet vil fortsette også i 2011, og vi er i ferd med å gjennomføre denne metodikken i den daglege drifta etter at prosjektperioden vart avslutta ved utgangen av 2010.
2. – Sikker legemiddelhandling handlar i høgste grad om pasient-sikkerheit. Det er gjennomført eit prosjekt ved medisinsk avdeling i Ålesund, der ein såg på rutineane rundt opptak av legemiddela-namnesen. Hovudmålet var å vurdere avdelinga sine rutiner for innhenting av informasjon om pasienten sitt legemiddelbruk, slik at pasientane i avdelinga kan få rettast mogleg legemiddelbe-handling. Prosjektet viste at praksisen vi har i dag ikkje ivaretek pasientsikkerheita på ein tilfredsstillande måte. Derfor har vi no utarbeidd nye rutiner og prosedyrer som skal sikre at informasjon om pasienten sitt legemiddelbruk er rett og fullstendig, og at verksemda har ein forsvarleg praksis for registrering av legemid-delinformasjon. Implementering av dei nye prosedyrene er eit satsingsområde for inneverande år.
3. – Det er også viktig å få på plass tiltaka som ligg i meldingsløftet, til dømes elektronisk henvisingar og sikker elektronisk sending av epikriser. For å lykkast med samhandlingsreforma må arbeidet knytta til meldingsløftet få stor merkamnd. Vi har etablert tre delprosjekt for dette. Det eine tek seg av elektroniske epikriser og brev og skal fokusere på kommunikasjon frå Helse Sunnmøre til fastlegane/primærlegane. Målsettinga er at vi skal bli i stand til å avvike papirutsending, og gå heilt over til å sende elektronisk. Det andre delprosjektet gjeld mottak av elektroniske henvisingar frå fastlegane, og i tillegg skal det tilretteleggast for elektronisk arbeidsflyt internt i Helse Sunnmøre. I det tredje prosjektet skal vi arbeide med organisering og arbeidsprosesser for å oppfylle kravet i arkivloven og arkivforskriften. Vi ynskjer også full elektronisk saks-behandling av administrative saker. Dette gjeld også arkivtjenesten med postmottak, saksarkivet og pasientarkivet.



GUNN FREDRIKSEN
Adm. dir. Sykehusapotekene i Midt-Norge

– LIKE RUTINER I ALLE FORETAK

– *For å heve kvaliteten på tjenestetilbudet til Sykehusapotekene i Midt-Norge må vi forbedre legemiddelhåndteringen, utvikle gode indikatorer for kvalitet og prioritere automatisk legemiddel-forsyning ved St. Olavs Hospital, forteller adm. direktør Gunn Fredriksen.*

1. – Undersøkelser viser at rundt 50 prosent av uheldige hendel-ser i spesialisthelsetjenesten er knyttet til legemidler. Derfor er det særdeles viktig å forbedre kvaliteten på dette området. Sammen med helseforetakene arbeider vi med ny forskrift for legemiddelhåndtering som skal sikre gode og like rutiner i alle foretak. Videre satser vi på innføring av klinisk farmasi for å kvalitetssikre pasientens legemiddelbruk. Dette gjøres etter en standardisert metode, der det ved innleggelse og utskriving blir gitt en legemiddelavstemming – og under oppholdet en strukturert legemiddelgjennomgang og pasientopplæring. Det er også svært viktig å kvalitetssikre den elektroniske legemid-delkjeden og sørge for høy kvalitet på nye IKT-systemer. De skal støtte gode pasientforløp.
2. – Vi må dessuten utvikle gode kvalitetsindikatorer innen legemiddelområdet for å kunne dokumentere kvaliteten på tjenestene. Det er behov for slike indikatorer for de ulike pros-essene og for å måle effekten av tjenestene.
3. – Automatisk legemiddelforsyning ved St. Olavs Hospital er også en helt sentral oppgave. Sykehusapoteket i Trondheim vil i løpet av året levere legemidler i en automatisert kjede til legemiddellagre ved St. Olavs Hospital. Å sikre kvaliteten i denne leveransekjeden er høyt prioritert, ikke minst må alle IKT-systemer kommunisere med hverandre.





«Vi må legge til rette for det pasienten synes er viktig, og vi må endre oss ut fra hva samfunnet og pasienten forventer av tjenestene våre.»

NILS HERMAN ERIKSSON, ADM. DIR. HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL



NILS KVERNMO
Adm. dir. ved St. Olavs Hospital

– MÅ LÆRE FOR Å FORBEDRE OSS

– *Læring, forebygging og forbedring står helt sentralt ved St. Olavs Hospital, understreker administrerende direktør Nils Kvernmo.*

1. – Det gjøres veldig mye godt arbeid i sykehuset, men vi må bli bedre til å dele erfaringene med hverandre. Et viktig tiltak nå er revisjon av kvalitetssystemet. Det skal bli mer brukervennlig. Jeg mener det er en viktig forutsetning for at ansatte bruker systemet og føler at det er nyttig. I tillegg må vi få mer og bedre kunnskap om kvaliteten på tjenestene våre. Vi må ha like god oversikt over kvaliteten som økonomien. På St. Olav sammenligninger vi oss nå med Helse Bergen for å lære mer. Det er viktig å vite, ikke bare synse. Derfor gir vi også kvalitetsmålene mer plass i rapporteringen. For eksempel er klinikkjefene utfordret på å velge to områder som de selv vil måles på.
2. – Den landsomfattende pasientsikkerhetskampanjen er nettopp lansert, og vi bruker kampanjen bevisst for å bedre sikkerheten. Dette er forebygging, og jeg ønsker at vi skal strekke oss lenger enn det vi forplikter oss til gjennom kampanjen. For det er alvorlig når Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten antar at 8 til 15 prosent av pasientene utsettes for unødig skade som følge av helsetjenestenes ytelser, eller mangel på ytelser. Spesielt ille er det når man også regner med at 50 prosent av disse plagene kunne ha vært unngått. Bedre smittevern og hygiene er løftet frem som viktige områder å jobbe med. Vi har blant annet nullvisjon når det gjelder bruk av smykker. Et annet tiltak for å bedre pasientsikkerheten er samarbeidet vi har med SafeTec Nordic. Vi ønsker å overføre nyutviklet kunnskap fra offshore-bransjen, og har gjennomført et pilotprosjekt for å utvikle metodikk som gir større innsikt i pasientsikkerhetsproblematikken.
3. – Forbedring er det tredje sentrale stikkordet for oss. Styret har nettopp vedtatt et eget hovedprogram for forbedring. Programmet har som mål å heve kvaliteten og bedre produktiviteten. Programmet består av 26 forbedringsområder som spenner over bredden av det vi driver med på St. Olav. Strategiske grep for å lykkes er blant annet standardisering av flere pasientforløp og systematisk arbeid med kvalitetsregistre. Vi må lære for å forbedre oss, og terskelen for å melde om uønskede hendelser skal være veldig lav.



NILS HERMAN ERIKSSON
Adm. dir. Helse Nordmøre og Romsdal

– OPPLEVD KVALITET FOR PASIENTENE

– *Faglig kvalitet, godt arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientene er de viktigste prioriteringene i Helse Nordmøre og Romsdal, opplyser administrerende direktør Nils Herman Eriksson.*

1. – Jeg vil først legge vekt på høy grad av faglighet og faglig kvalitet. Vi må alltid tilstrebe oppdatert kunnskap for å drive med høy kompetanse, på nivå med norsk og internasjonal standard. Det er viktig for tryggheten til pasientene og for den faglige stoltheten til helsepersonellet. For å få dette til er vi nødt til å fokusere sterkere på utdanning og forskning i organisasjonen vår. Gjennom forskning blir vi også mer bevisst at det vi gjør skal være vitenskapelig basert. Helse Nordmøre og Romsdal har hatt relativt lav forskningsaktivitet over flere år, og det er nødvendig å styrke dette området selv om vi ser gode eksempler på forskning som har direkte behandlingsrettet betydning. Det er dessuten viktig å skape flere faglige arenaer og gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette er sentralt blant annet i arbeid med pasientforløp.
2. – Opplevd kvalitet for pasientene blir også et viktig satsningsområde, særlig fordi det er så avgjørende for pasientenes trygghet i møte med helsevesenet. Pasientene har forventninger til måten de blir møtt på, at de får en rimelig ventetid til behandling, og at de opplever god flyt gjennom systemet. Vi må legge til rette for det pasienten synes er viktig, og vi må endre oss ut fra hva samfunnet og pasienten forventer av tjenestene våre. Kvalitetsindikatorerne er et av de beste verktøyene vi har for dette. Vi har ennå mye å gjøre for å sikre at epikriser kommer tilbake til kommunehelsetjenesten i rett tid, at pasienten opplever en rimelig ventetid, og andre forhold som vi blir målt på. Vi vil også satse videre på lærings- og mestringsarbeid.
3. – Som det tredje punktet vil jeg fremheve et godt arbeidsmiljø, noe som er et av tre fokusområder for Helse Nordmøre og Romsdal i 2011. Et godt arbeidsmiljø bidrar til trygghet og god dialog, og dette vil innvirke på vår evne til å levere kvalitet. Vi må ha en kultur der vi tør å innrømme feil, våger å ta tak i problemstillinger, men likevel har en positiv grunnholdning til utfordringer som dukker opp. Et godt arbeidsmiljø med sterk vekt på det faglige bidrar også til opplevd kvalitet for pasienten.



NY KURS: John Harry Kvalshaug er styreleder for Helse Møre og Romsdal. – Målet er at ingen pasienter skal merke overgangen, sier han.

Helsekvalitet skal gi bolyst

– Vi skal lage et helseforetak som gir folk lyst til å flytte til Møre og Romsdal på grunn av kvaliteten. Ingen skal ha grunn til å flytte herfra på grunn av kvaliteten i helsetilbudet.

Slik beskriver John Harry Kvalshaug, styreleder for det nye helseforetaket Helse Møre og Romsdal, sin visjon. Han er sterk og klar, samspillet med samfunnet rundt er særdeles viktig for ham.

– Nå skal også samarbeidet med kommunehelsetjenesten bli enda bedre, når samhandlingsreformen blir innført og begynner å virke, lover han.

PASIENTER OG ANSATTE

Den 3. mars ble han oppnevnt som styreleder for det nye foretaket, 14. mars var første styremøte. Senest 1. juli er de gamle foreta-

kene Helse Sunnmøre, og Helse Nordmøre og Romsdal, historie. Videre drift besørges av Helse Møre og Romsdal. Målet er at ingen pasienter skal merke endringen.

Også de ansatte skal tas vare på i overgangen.

– Jeg har stor tiltro til at gruppen som jobber med det, sørger for at hver og en blir ivare tatt i henhold til regelverket, sier Kvalshaug. Samtidig retter han en henstilling til de ansatte om ro i organisasjonen.

– Denne prosessen må ikke gå på bekostning av hovedpersonen: pasienten. Jeg er veldig trygg på at vi får den roen vi trenger. Første positive tegn kom da de ansatte skulle velge sine representanter inn i styret. De ble valgt raskt og effektivt. Det forteller meg at tillitsvalgtapparatet er innstilt på å få til en god prosess. Det var en god start, som gjorde meg optimistisk.

MULIGHETENE

Kvalshaug har blant annet jobbet som skipsfører i Fjord/MRF i Møre og Romsdal i mange

år, og kjenner kysten ut og inn. Farvannet han seiler inn i nå, har ikke bare vært smult. Har han hatt betenkeligheter?

– Ja, det hadde jeg. Derfor har ba jeg i forkant valgkomiteen vurdere dette grundig. Når det gjelder vedtaket om å lage ett foretak, tror jeg folk oppfatter dette som et sunt vedtak. Det er en realisme i Møre og Romsdal: «Slik skal det bli, og det forholder vi oss til.»

– Hva gjorde at du bestemte deg for å ta vervet?

– Jeg har alltid vært opptatt av å være med på å skape nye ting. Jeg ser mulighetene som ligger der, for å skape en god helseregion i Møre og Romsdal. Jeg har et ønske om å være med på å gjøre noe for befolkningen.

– Hva gjør deg godt egnet til å være med på arbeidet?

– Jeg er samfunnsengasjert, og har vært engasjert i mye offentlig gjennom tiden. Anser meg som en fornuftig person, som prøver å ta det beste ut av det som er tilgjengelig. Å se samfunnet i sammenheng, er det som vil være mitt hovedbidrag i styret. ●

Mestermøtet

Dag Ingebrigtsen stiftet nært bekjentskap med St. Olav da han overlevde en hjerneblødning i 2004. Bent Indredavik kjenner sykehuset først og fremst som avdelingsoverlege og forsker i verdensklasse. Er de enige om hva god kvalitet er?

Dag Ingebrigtsen har vanligvis stålkontroll på scenen. Et petimeter. Denne kvelden i 2004 hadde det vært mest tullball. Han hadde begynt på sanger ingen hadde hørt før, og alle skjønte at noe var i veien. Neste dag bar det tilbake til fastlegen. Noen dager tidligere hadde han motstrebende gått dit første gang, og fått med seg en neve tabletter. Infeksjonsdempende og smertestillende. Hadde ikke spurt etter annet - han måtte på scenen, på jobb, selv om han hadde hatt veldig vondt, veldig lenge. 12 Paralgin forte hjalp ikke på smertene.

- Ikke konjakken jeg prøve å spe på med heller, gliser han.

- Jeg var vel hos fastlegen tre turer til sammen. Til slutt, da jeg hadde så sterke smerter at jeg krøp rundt på gulvet hjemme, troppet kona mi opp, og nektet å gå før jeg var sendt til MR-undersøkelse, og det «nuh!», forteller Dag. Resultatet av det ble akutt innleggelse på grunn av hjerneblødning. Nå sitter han åletrangt kledd i svart, fra langhåret topp til tå, og snakker i store ord. Riktig behandling gjorde at Dag fremdeles er umiskjennelig Dag.

STJERNEMØTE

Vi sitter på avdeling for hjerneslag på St. Olav, på kontoret til Bent Indredavik - avdelingsoverlegen som har bragt forskning på, og behandling av, hjerneslag, syvmlssteg fremover. Kan popartisten og slagforskeren enes om hva god kvalitet i helsevesenet er?

- Du var stiv i nakken, da, spør Bent. Han har sittet og nikket gjenkjennende mens Dag har ført ordet.

- Ja. Jeg tenkte vel at «Nå, det var vel en litt drøy tur fra Bergen. Jeg er jo blitt en voksen mann, som har vært ungdom lenge.»

Nå har han en tretti centimeter lang platinastreng, surret sammen som et lite nøste, plantet i en blodåre i hjernen - ført inn gjennom lysken.

- Heldigvis slapp jeg Black&Decker-metoden, sier han. Ikke uten en snev av skrekk i blikk og røst.

- Men jeg forsto det som at metoden som ble brukt på meg heller ikke er risikofri. Det er visst flere som kan å utføre denne operasjonen, men bare én som tør, spør han leende, vendt mot Bent.

- Det er i hvert fall én som leder operasjo-

nene, ja, bekrefter overlegen.

TRYGGE HENDER

Dag fremhever at han er hinsides takknemlig for hvordan det gikk til slutt.

- Når du først kommer inn, har jeg inntrykk av at det er jævla bra, altså. Jeg følte meg i veldig trygge hender, sier han.

- Og hvordan skal en stakkars fastlege vite at det ikke stemmer når jeg, en herjet gammel artist, sier at jeg bare er sliten?

- Dette er vanskelig å plukke ut, bekrefter Bent.

De fleste tilfeller av hjerneslag starter mye mer akutt. For eksempel med plutselig innsettende lammelser eller talevansker. Noen får imidlertid plutselig, og meget intens, hodepine og eventuelt bevissthetstap. Slike symptomer er mest vanlig ved hjerneblødning.

- Jeg har jo ikke hatt noe med behandlingen av deg å gjøre, og har dermed ikke konkret kjennskap til ditt sykdomstilfelle, men ut fra de symptomer du beskriver vil jeg tro at du hadde en mindre sprekk i en blodåre i hinnen som omgir hjernen. Det er som regel voldsomt smertefullt, og de fleste holder det ikke ut i det hele tatt, forklarer han.

- Jeg tror det var veldig vanskelig, bekrefter Dag.

- Men om man først har mistanke, da skal man inn til bildeundersøkelse av hjernen med CT eller MR. Det skal skjedd ... pang!, sier Indredavik og slår et slag med armen i luften.

- Det er klart, hadde ikke jeg vært så syk, satt tilbake mentalt, hadde jeg ordnet opp det der selv, mener Dag. Han er en sånn type.

- Jeg hadde funnet ut hvem jeg skulle snakke med, og ikke gått før det var tatt MR-undersøkelse, insisterer han.

- Og det er jo ikke god kvalitet i helsevesenet, slår Bent fast. - At bare de som roper høyt kommer inn.

- VI MÅ HA KUNNSKAP!

Indredavik utreder flere aspekter av kvalitet.

- Det ene er hva pasienten opplever. Trygghet, og at ens synspunkter blir hørt - spesielt ved kroniske sykdommer, er viktig. I helsetjenesten er vi etter hvert blitt ganske

gode på akutt behandling, men ikke så gode på det man må lære seg å leve med. Der tar per skolemedisinen for alternativ behandling. De lytter nok bedre.

Så kommer han, forskeren og overlegen, inn på det han virkelig brenner for.

- Jeg er opptatt av at når Dag kommer, skal han behandles på bakgrunn av hva vi, ut fra forskningsbasert kunnskap, vet virker. Tidligere har det vært mye synsing i behandling av hjerneslag.

Som et eksempel forklarer han følgende:

- Ved den form for hjerneslag som Dag trolig har hatt er sengeleie i akuttfasen viktig og riktig. I mange år trodde man, uten å ha forsket på det, at sengeleie også var bra ved de to andre og mer vanlige former for hjerneslag (hjerneslag pga blodpropp eller blødning inne i hjernen). Nyere forskning, blant annet utført hos oss, viser at sengeleie i slike tilfeller er direkte skadelig. Synsing fører derfor ofte til behandling av dårlig kvalitet.

Dette vet Bent Indredavik fordi han har forsket. Men han er også opptatt av at det ikke er noen motsetning mellom forskning og det å lytte til pasienter.

- Vårt forskningsprogram på hjerneslag startet med 50 pasientintervjuer for å finne ut hvordan de opplevde sykdommen og hva de syntes var viktig. Det var essensielt.

- Nettopp. Jeg følte det var riktig at fastlegen min hørte på meg også, bryter Dag inn.

- Her er det selvfølgelig lett å være etterpåklok, forklarer Bent.

- Skal vi sende alle med hodepine til MR-undersøkelse, ville vi brukt opp helsebudsjettet på det.

- Er det så veldig dyrt, da?

Lurer Dag. Han har vært opptatt av det. «Er det så vanskelig, i verdens rikeste land, å sende oss til MR?

Da finner man jo ut alt!», har han spurt seg i ettertid.

- Tja. Det koster flere tusen kroner per gang. Det er klart det er et dilemma. Hos deg burde det nok vært gjort, men mange typer hodepine vises ikke i en MR-undersøkelse. Heller ikke MR gir svar på alt. Derfor må vi velge. Evnen til å velge og prioritere ut fra den kunnskapen vi har, så vi bruker våre ressurser optimalt, er også et aspekt av kvalitet. ●

Hjerneslag
skal behandles
RASKT!
Se baksiden for
FAST

EKSPEDISJON

Poliklinikk for slagsykdommer



BENT INDREDAVIK

AVDELINGSOVERLEGE OG PROFESSOR VED
AVDELING FOR HJERNESLAG, ST. OLAV OG NTNU

Alder: 59

Karriere: Indredavik var den første som viste at behandling i slagenheter reduserer både dødelighet og sykkelighet. Modellen er senere adaptert av WHO. Tildelt Kongens fortjenestemedalje i gull for innsats for slagrammede i 2009, Nasjonalforeningens hjertepris i 2006 og Helse Midt-Norges forskningspris i 2005. Han var hovedredaktør for «De nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag», utgitt av Helsedirektoratet i 2010. Det viktigste dokumentet for kvalitet i slagbehandlingen i Norge.



DAG INGEBRIGSTEN

ARTIST OG TIDLIGERE PASIENT

Alder: 52

Artistbakgrunn:

Burn (1973–1975)

Burn II (1975–1977)

Subway Suck (1977–1979)

The Kids (1979–1982, 1996 og 2007)

TNT (1982–1984)

The Grønne Glitrende 3 og Dag

(1986–1995)

TinDrum (1987–1992)

The Traveling Trønders (1990–)

Største hits: *Harley Davidson* (TNT),

Forelska i lærer'n og *Vil du værre me*

mæ hjørn i natt (The Kids)

Medisinsk bakgrunn:

Et utall brudd i kroppen samlet gjennom ski- og splithopp.

Hjerneblødning i 2004.

Litt bedre i dag enn i går

– Det er veien å gå for å øke kvaliteten i Helse Midt-Norge, mener Dag Hårstad, ansvarlig for Helse Midt-Norges kvalitetsprosjekt.

En kvalitetskultur som gjennom-syrer alt man sier og alt man gjør - hver dag, er det overordnede målet for Hårstad, som er eier av kvalitetskulturprosjektet Helse Midt-Norge er i gang med.

- Innebygget i alle fagfolk ligger et ønske om å gjøre sitt beste - hver eneste dag. Det har vi i helsevesenet til felles med sykehus og andre risikobrancher over hele verden, sier Hårstad.

- Vi har også til felles med helsevesen i andre land at en stor andel av pasientene ikke får behandling med dokumentert effekt, og en betydelig andel får behandling som er unødvendig og potensielt skadelig.

Risikobrancher, kaller han det, uten blygsel. Klinkende klart må det være. Mennesker kommer til sykehus fordi de er syke. Mange lidelser og behandlinger er så alvorlige, at uønskede følger og bivirkninger ikke er til å unngå. Dessverre er det også sann at det forekommer både død og alvorlige skader - som kunne vært unngått.

- Nå er tiden moden for å fokusere på kvalitet. Vi har hatt et helt nødvendig pengefokus en stund. Når vi nå har fått kontroll på økonomien, er det helt nødvendig å ta grep om dette.

SKAP KVALITETSKULTUR

Kvalitetskulturprosjektet har sett på sykehus og andre risikobrancher for å lære hva de som lykkes best med kvalitet gjør.

Fakta

- 30 – 45 % av får behandling som ikke har dokumentert effekt.
- 20 – 25 % av behandlinger er unødvendige og potensielt skadelige. (Kilde: Dekan Stig Slørdahl, NTNU)
- 4 av ti uønskede hendelser kan unngås.

- De jobber grundig med kultur. De skaper kvalitetskultur, påpeker Hårstad.

Sykehusdrift er komplisert, og kvalitetsproblemer som er synliggjort må møtes på en grundig måte.

- Derfor starter vi dette med å utvikle en helhetlig kvalitetskultur i regionen, hvor alle arbeider for å bli litt bedre i dag enn i går.

- *Hvorfor kultur?*

- Kvalitetskultur omfatter alt vi sier og alt vi gjør som påvirker kvalitet, og innebærer et systematisk og kontinuerlig kvalitetsarbeid basert på felles verdier, holdninger og normer som oppfattes som felleseie, forklarer Hårstad. Essensen skal være opplevelsen av felleseie.

- Da må prosessene i dette arbeidet være slik at de legger til rette for å skape felles eierskap.

BYGGES NEDENFRA

- *Hvordan definerer man kvalitet?*

- Kvaliteten vår vises i møte med den enkelte pasient, men den måles sjelden der, sier Hårstad. Og legger til:

- Kvalitet skapes som resultatet av mange faktorer som gjerne virker sammen med hverandre.

Strategien som nå legges frem bygger på to viktige prinsipper. Bruken av den ledes ovenfra, men bygges nedenfra. Det betyr at fagfolk og brukere, sammen med sin ledelse, skal utforme lokale kvalitetsmål og -indikatorer som gjenspeiler det de mener skaper god kvalitet. - Ledes ovenfra betyr at prosessene med å få frem slike lokale indikatorer koordineres og sammenholdes med utgangspunkt i pasientforløp og samhandlingsbehov. På denne måten blir kvalitetsmål relevante og lettforståelig for den enkelte, samtidig som det henger sammen med de overordnede kravene styrer og ledelse definerer, utdyper Hårstad.

Når naturlige grupper som team, seksjoner og avdelinger er så sterkt delaktige i å utvikle sine egne kvalitetsmål og -indikatorer, får alle ansatte være med på å styre mot en kvalitetskultur som er relevant for dem. Det skaper felleseie, og danner grunnlaget for kontinuerlig forbedring.

- Det er de som vet hvor skoene trykker, understreker Hårstad. Det gjør også pasientene. Derfor skal brukerrepresentanter også være en del av prosessen.

- Ledere, på alle nivå, skal læres opp i metodikk som gjør dem i stand til å lede disse prosessene.

- *Hva er målet med kulturarbeidet?*

- At pasientene skal oppleve pasientbehandling av høy kvalitet, og bli møtt med verdighet og respekt. Ansatte skal gis mulighet for å utøve og bidra til pasientbehandling av høy kvalitet, mens styret og ledere skal sette tydelige mål og utvikle en åpen og lærende organisasjon. Hele poenget er altså at vi ikke «løper etter» topphendelsene, som gjerne slås stort opp i media, men arbeider grundig og møysommelig med de faktorene som skaper kvalitet. På den måten reduserer vi også ulykker og øker pasientsikkerheten. ●

HVA BETYR KVALITET I HELSETJENESTENE FOR DEG?



KARI GJENGSTØ

Enhetsleder Ortopedisk avdeling
Kristiansund Sykehus

● For meg betyr kvalitet god pasientbehandling: at pasienter ivaretas på alle nivå, at de har medvirkning og er tilfreds. Kompetente og motiverte medarbeidere, og god ledelse



BIRGIT JORDET

Enhetsleder Døgnerhet for indremedisin 2
Molde Sykehus

● Kvalitet betyr alt i det vi driver med: pasientbehandling spesielt, men også at det er høy kvalitet i personalet. Kvalitet er alt som følger pasient fra vedkommende kommer inn og til den drar.



KULTUR: – Vi må utarbeide en helhetlig kvalitetskultur, slik at alle arbeider for å være litt bedre i dag, enn i går, sier Dag Hårstad. Han er administrerende direktør i Rusbehandling Midt-Norge HF, og eier av Kvalitetskulturprosjektet.



CECILIE RØLI
Avdelingssykepleier
Lungemedisin
Sykehuset Levanger

● Kvalitet er at pasientene er fornøyde med det tilbudet de får. Det er vanskelig å måle kvalitet, men vi arbeider med å finne kvalitetsindikatorer. Kvalitet er alt.



FRODE LINDSETH
Avdelingssykepleier
Luftambulanse, Helikopter
Ålesund Sykehus

● Kvalitet i helsetjenestene betyr alt egentlig. Det er det vi spisser alt vi jobber med mot: forbedringer av ulikt slag, avvikshåndtering og erfaringsgtilbakeføring

– MENNESKE, IKKJE KASUS

Asbjørn R. Gausdal er nestleiar i «Regionalt Brukerutvalg for Helse Midt-Norge RHF». Korleis definerar han god kvalitet i spesialisthelsetenesta? Her er ti sentrale punkt.



1 Heile menneske – Dei må se heile meg. Vi som er kronikarar kan ha mange medisinske tilstandar. Fagfolka må se meg som menneske, ikke som eit medisinsk kasus.

2 Tida er likeins for alle – Spesialisthelsetenesta må godta at også tida mi er verdfull. Dette har blitt betre, men pasienten har heile tida tilpassa seg dagsorden til legen. Tida til pasienten er også ein knapp ressurs.

3 Unngå stammespråk – Det er vesentleg med god informasjon på eit språk lekfolk oppfattar. Stammespråket, som fagfolk naturleg nok utviklar, må haldast internt.

4 Respekt for vurderinger – Som pasient må eg bli møtt med respekt for synspunkta mine og vurderingene av eigen situasjon. Ikkje at eg skal ta over den medisinske vurderinga, men vi som er erfarne brukarar, har ofte stor innsikt i eigen situasjon. Fagfolk må ta omsyn til det vi seier.

5 Openheit – Helsepersonell må leggje stor vekt på openheit. Dei må uttale seg ærleg om situasjonen og behandlinga. Vi, som eig helsa vår, må få vite kva for vurderinger som ligg til grunn for behandlinga som er anbefalt. Vi må også få informasjon om eventuelle alternativ, og konsekvensane av desse, slik at vi kan vere med og ta avgjersler sjølve.

6 Ansvarlegging – Eg ser det som ein viktig kvalitet at vi er gjort ansvarlege i den situasjonen vi er i. Vi skal drive eigenomsorg og eigenbehandling. Då er det viktig at vi har all informasjon vi treng.

7 Myndigheit – Det er vi som rår over eigen helse. Derfor skal vi vere med på å avgjere. Det kan ikkje vere berre Jehovas vitne som skal ha høve til å seie nei. Vi andre må også kunne ta avgjersler.

8 Lære av feil – Ein må ha vilje til å vedgå at feil kan bli gjort, og at feil blir gjort. Dermed evnar ein å lære av feil.

9 Medikament-info – God informasjon om medikament er svært viktig for god kvalitet. Ikkje minst må vi vite om uønska verknadar av medikamenta.

10 På rett sted til rett tid – Ingen ynskjer å bli lagt inn på sjukehus hvis ein kan få tilfredsstillande behandling lokalt. Eg set stor lit til intensjonane i samhandlingsreformen. At det blir lagt større vekt på at vi kan få behandling hos primærhelsetenesta, gjer at vi kan få bra behandling uten innlegging. Det er ein viktig kvalitet.

– Ingen av oss vil ligge på korridoren

– Det er viktig for meg å gi et veldig klart signal om at vi ikke vil ha korridorpasienter, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.
– Ingen av oss ønsker å ligge på en korridor om vi blir syke.

Vi må vurdere alle virkemidler, også økonomisk press, for å få sykehusene til å slutte med denne praksisen, sier helseministeren, som har bedt Helse Midt-Norge utrede bruk av økonomiske straffetiltak på dette området.

– *Hvorfor ber du Helse Midt-Norge utrede økonomiske straffetiltak for å unngå korridorpasienter?*

– For det første: det er ikke jeg som skal illegge sykehusene bøter for korridorpasienter. Det blir fremstilt sånn av enkelte. Det regionale foretaket skal selv vurdere om de ønsker å legge økonomisk press på sykehusene for å unngå pasienter i korridorene. Man kunne tenke seg at summen sykehusene får overført per pasient, er avhengig av kvaliteten på tilbudet. Da vil plassering på korridoren trekke ned. Vi ville aldri akseptert å betale full hotellpris for å ligge i en hotellkorridor.

At en pasient kan bli liggende på korridoren noen timer etter ankomst om natten fordi det ikke står en seng klar, det får vi akseptere. Men det er langt fra det til bare å akseptere at man har korridorpasienter av effektivitetshensyn. Vi har egentlig god sykehuskapasitet i Norge.

– *Noen vil ha det til at grunnen til at det nye sykehuset i Trondheim er bygd uten korridorer, er at ingen skal bli fristet til å legge pasientene på korridoren.*

– Det er viktig for meg å gi et veldig klart signal om at vi ikke vil ha korridorpasienter. Jeg er glad helseforetakene tar det alvorlig og jobber aktivt for å unngå det. Det er ingen av oss som ønsker å ligge i en korridor om vi blir syke.

– *I oppdragsdokumentet for 2011 skriver du at antall uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge skal registreres. Det kan*

jo høres ut som en selvfølge, iallfall for folk som har arbeidet i luftfarten eller andre bransjer med ansvar for liv og helse. Hvorfor finner du det nødvendig å gjenta en slik selvfølge i et årlig oppdragsdokument?

– Alvorlige hendelser skal selvfølgelig meldes etter loven. Men det er også viktig å registrere nesten-hendelser. All erfaring må brukes til å forbedre helsevesenet. Hvert eneste foretak, inkludert styrene, må være opptatt av kvalitetsarbeidet og ha et like sterkt forhold til det som de har til økonomi. Når vi er syke, skal vi vite at vi får en så god behandling at vi kan være trygge.

– *Noen vil kanskje mene at grunnen til at en slik selvfølge gjentas i det årlige oppdragsdokumentet, er at departementet er ganske lei av at det fortsatt skjer feil som ikke blir rapportert?*

– Det er veldig vanskelig å vite sikkert om det skjer ting som ikke blir rapportert.

– *Det kommer jo av og til historier i media.*

– Ja, det kommer ofte fram historier, og mange av dem er jo allerede rapportert til Helsetilsynet. Hvis noen likevel velger å ikke rapportere, kan det være av frykt for sanksjoner. Derfor er det viktig å få fram at man faktisk lærer av feil som blir registrert. Slik kan vi forebygge at ting skjer igjen. Det bør være unødvendig å gjøre de samme feilene flere ganger.

– *Det nyetablerte regionale helseforetaket Helse Midt-Norge satte seg tre mål i 2002: Få god økonomistyring, få slutt på uverdigg venting for pasientene og at ingen skulle være nødt til å være korridorpasienter. Hva synes du om helse-regionens evne til å nå disse målene?*

– Helse Midt-Norge har gjort en kjempejobb med økonomien. De har gjort store investeringer som de har hatt god styring med. Og god økonomistyring er ikke bare et mål i seg selv, det er en forutsetning for å kunne arbeide med kvalitet. Mitt inntrykk er at regionen jobber veldig aktivt med kvalitetskriterier og setter kvalitetskrav. Et godt eksempel på det er at det er færre korridorpasienter i Helse Midt-Norge enn i resten av landet.

Den samme positive utviklingen ser vi i Helse Midt-Norge også på noen av de kvalitetsmålene vi har satt. Kravet om at epikriser skal sendes fra sykehuset innen 7 dager, ble oppfylt i bare 1/3 av tilfellene i 2005, mens det var steget til 2/3 i 2010. I strykning av planlagte operasjoner har det også vært en

forbedring, selv om det her fortsatt er en vei å gå. Andel barn som har en individuell plan har også økt.

Kort sagt: Helse Midt-Norge gjør det bedre på de fleste områder.

– *Hvilken kvalitetsutfordring mener du Helse Midt-Norge bør gå løs på i 2011?*

– Som resten av landet må Helse Midt-Norge nå jobbe mye mer målrettet for å bedre pasientsikkerheten. Hver eneste avdeling skal delta aktivt i pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» som vi startet nå i år. Vi må styrke bevisstheten om hvor viktig dette arbeidet er. Erfaringen viser at det gir resultater på A-hus og andre steder hvor man jobber systematisk med pasientsikkerhet. Her har vi et klart forbedringspotensial.

– *Er du fornøyd med kampanjen så langt?*

– Jeg var i Bergen på oppstarten. De har et pilotprosjekt på trygg kirurgi. Det var veldig interessant å snakke med dem som jobbet med prosjektet på kvinneklinikken i Bergen. De jobber veldig systematisk med prosedyrer i forbindelse med en operasjon. Det betyr at de holder seg til faste prosedyrer og stiller nesten banale spørsmål. Det ligner på sjekklister som pilotene bruker i cockpiten på et fly før avgang. De gjør det hver eneste gang. I Bergen opplevde de at denne metoden gjorde at de ble bedre og fikk et mye sterkere forhold til kvalitet. De beskrev det som en god aha-opplevelse. Jeg har tro på at dette vil gi oss et bedre helsevesen ved at pasientene slipper å lide unødvendig i forbindelse med sykehusopphold, f. eks i form av infeksjoner i forbindelse med operasjoner. ●

• Anne-Grete Strøm-Erichsen

- **Oktober 2009** Helse- og omsorgsminister
- **2005 – oktober 2009** Forsvarsminister
- **2003** Kommunalråd i Bergen kommune
- **2001** Medlem av sentralstyret i Arbeiderpartiet
- **1999 – oktober 2003** Ordfører / byrådsleder i Bergen
- **1991** Medlem av bystyret i Bergen
- Utdannet EDB-ingeniør



STADIG BEDRE: - Kort sagt: Helse Midt-Norge gjør det bedre på de fleste områder, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Foto: Scanpix

FRA SKJEBNETRO TIL PASIENTRETTIGHETER:

«Iblant helbrede, ofte lindre, alltid trøste»

Helsekvalitet har til alle tider vært en balansegang mellom muligheter og forventninger.

– I dag er mulighetene enorme, men livet som pasient er uansett risikabelt, hevder samfunnsmedisiner Magne Nylenna..

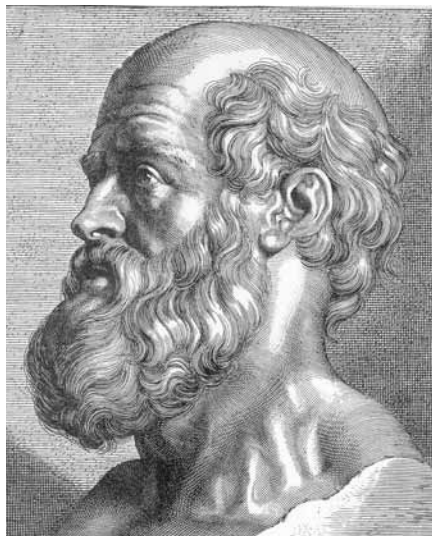
I det meste av menneskehetens historie har det ikke vært noe helsetilbud å ha forventninger til.

– Den syke måtte avfinne seg med skjebnen og kunne i beste fall håpe på inngripen fra åndsmakter av ulik kaliber. Legekunsten har jo røtter i antikken da medisin, filosofi og religion var tett sammenvevd. Den gode lege var det lyttende, omsorgsfulle mennesket. Han hadde ytterst få muligheter for aktiv intervensjon, men kunne være til stede for pasienten, slik gamle Hippokrates formante: «Iblant helbrede, ofte lindre, alltid trøste», forteller Nylenna.

VENDEPUNKT PÅ 1700-TALLET

– Når gikk menneskene fra helsemessig skjebnetro til tanker om behandling og kvalitet?

– Opplysningstiden på 1700-tallet utgjorde det store vendepunktet. Det revolusjonerende var tenkningen om å påvirke egen skjebne; at enkeltpersoner kunne endre sine livsvilkår. Da oppdaget folk at det gikk an å forebygge sykdom med rent drikkevann og andre forsiktighetsregler. Dagens helsevesen kan vi spore tilbake til begynnelsen av 1800-tallet. Praktisk sett var det ennå ikke mye effektiv behandling å gi. Årelating og klystér dominerte lenge. Samtidig vokste det fram forskning knyttet til kolera og andre epidemier, med spørsmål om hvor smitten kom fra, og om den kunne unngås? Det tok tid før svarene ble funnet, men man forsto ganske raskt betydningen av å isolere pasienter. Dermed oppsto ulike institusjoner som forløpere til det som skulle komme av moderne sykehus. Men det var først på slutten av 1800-tallet sykehusvesenet ble noe



LEGEFAR: Hippokrates (460 – 377 f. Kr.) fra den greske øya Kos regnes som legeskunstens far.

annet enn oppbevaringsplass for fattige. Da kom det enkle anestesimidler, slik at det gikk an å operere med mindre ubehag. Så kom 1900-tallet som det store århundret for medisinske gjennombrudd, med antibiotika og nye behandlingsmetoder på rekke og rad. Etter 2. verdenskrig har helsetilbudene nærmest eksplodert – og det samme har kvalitetsforventningene fra pasientene, påpeker Nylenna.

FORBRUKERE MED RETTIGHETER

– Finnes det objektive kriterier for helsekvalitet?

– Nei, slik kvalitet er alltid en balansegang mellom det som er mulig og det som er forventet. Det betyr at kriteriene er i kontinuerlig endring og reflekterer samfunnsutviklingen. I dagens Helse-Norge handler det slett ikke bare om å forhindre og behandle sykdom, men minst like mye om gjøre livet lettere for folk med ulike funksjonsnedsettelse. Dette er et resultat av mentaliteten i det moderne samfunnet, der vi forstår oss mer

og mer som forbrukere med klare rettigheter. Da utvikler vi også kvalitetskrav til medisinsk behandling som naturligvis ville vært fullstendig uforståelige for våre forfedre.

– Hva synes du om denne utviklingen?

– Den har gitt fantastiske framskritt, men samtidig forventninger om at helsevesenet kan gjøre noe med alt, selv uunngåelig død. Jeg er skeptisk til en utvikling som er preget av at man alltid skal være nødt til å foreta seg noe – at det er intervensjoner som gjelder uansett. Kvalitetsdebatten bør dreie seg mindre om intervensjoniver og mer om kunnskapsbasert behandling og trygghet.

FARLIGERE ENN FJELLKLATRING

– Hvor trygge er pasientene i dagens norske sykehus?

– I begrunnelsen for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen som nettopp er lansert, heter det at pasientene skal vernes mot «unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser, eller mangel på ytelser». Slike kampanjer illustrerer at livet som pasient, og spesielt som sykehuspasient fortsatt er risikabelt. Ulike beregninger, eller risikoprofiler, forteller da også at man er utsatt for større fare under sykehusopphold enn ved fjellklating og annen ekstremsport.

– Men når alvorlig sykdom rammer, må vi stole på sykehuset?

– Når sykdom rammer, bør vi stole på en helhetlig helsetjeneste. Her er sykehusene viktige, men for de fleste pasienter tross alt et sted der de bare tilbringer korte perioder, selv av et alvorlig sykdomsforløp. Vi er privilegerte i dette landet som stort sett kan forvente effektive og trygge helsetjenester. Som oftest leveres tjenestene også med omsorg og omtanke for den enkelte når vi har behov for det. Det er god kvalitet i dag!

MAGNE NYLENNA:
Samfunnsmedisiner med historisk perspektiv





1911: Ambulansehesten var fortsatt i tjeneste i Trondhjems Sygehus i 1911.

100 ÅRS UTROLIG HELSEREISE

1911: Hestetransport 2011: Hastetransport



2011: Ambulansehelikopteret inn for landing på dagens St. Olavs Hospital.

Helsevesenet har, som samfunnet ellers, gjennomgått en utrolig utvikling de siste hundre år. Her er noen punkter som viser spennet fra Trondhjems Sygehus i 1911 til dagens St. Olavs Hospital.

- I 1911 lå pasientene i gjennomsnitt 40 døgn på sykehuset. Nå ligger de 4,8 døgn (ved utgangen av 2010).
- I 1911 hadde sykehuset på Øya vært i drift i ni år etter en utbygging som kostet rundt 700 000 kroner. Prislappen for det nye universitetssykehuset for Midt-Norge blir ca. 12,6 milliarder

kroner (ca. 55 000 kroner per kvadratmeter, inkludert utstyr).

- I 1911 ble pasientene disiplinert og umyndiggjort i et strengt, autoritært system. I dag er idealet likeverd, medbestemmelse og informerte, krevende pasienter. Slagordet for Helse Midt-Norge er «På lag med deg for din helse».
- I 1911 fantes det ikke effektiv medisin mot utbredte og livstruende infeksjonssykdommer. I dag er tuberkulose og polio så godt som forsvunnet i Norge.
- I 1911 ble pasientene pleiet av ugifte diakoniser med sykehuset som «kall og kloster». I dag er

sykepleierne moderne, selvbevisste yrkesutøvere med stor vekt på utdanning og faglig utvikling.

- I 1911 var sykehuset langt på vei et isolat for underprivilegerte. I dag er St. Olavs Hospital en høyteknologisk medisinsk bydel, der pasientbehandling, undervisning og forskning er tett integrert.
- I 1911 samlet staben seg på sykehustrappa rundt den allmektige overlægen. I dag har universitetssykehuset nær 8000 ansatte og 60 000 innleggelser i året. Driftsbudsjettet er på 7,3 milliarder kroner.



TRONDHEIMSKLINIKKEN: Helseministeren forestår den offisielle åpningen av Trondheimsklinikken, flankert av Kolbjørn Almlid og Greta Herje, styreleder i Rusbehandling Midt-Norge

TRONDHEIMSKLINIKKEN – ET SYMBOL PÅ AT RUSPASIENTEN TAS PÅ ALVOR

Svar til de lavmælte

– Dette er et signalbygg som viser at alle er like mye verdt. De rusavhengige roper ikke alltid høyest, sa helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen i sin åpningstale.

Selv om selve bygget var midtpunktet under seansen var det pasienten det ble satt fokus på blant talerne.

– Dette er et kvantesprang: nå kan vi levere skikkelig til denne pasientgruppen, innledet styreleder i Helse Midt-Norge Kolbjørn Almlid. – Dette er en stor dag for helseforetaket, for Helse Midt-Norge – og vi håper det er det samme for alle pasienter og pårørende også.

Nybygget på Øya er uten tvil et løft for rus-

behandlingen i regionen, men de største oppgavene ligger frem i tid.

– Samlokaliseringen under et tak vil gi betydelige synergieffekter, sa Karl John Am-dahl, sentralstyreleder i Landsforbundet Mot Stoffmisbruk. – Det er greit å flytte inn i et nytt bygg og det er flott å ha flinke ansatte. Men det neste året blir eksamen hvor vi får se hvordan dette gagnar pasientene på sikt.

Før den tradisjonelle snorklippingen som markerte at Trondheimsklinikken offisielt har blitt en del av Helse Midt-Norge entret



LYS OG VARME: Lyse og åpne lokaler preger Trondheimsklinikken som har samlet kompetanse og kunnskap på tvers av fagområder under ett tak. Dette er et fellesareal.



DIALOG: Oppholdsrom og gode designløsninger inviterer til dialog mellom bruker og ansatt.

Fakta

- Trondheimsklinikken er en samorganisering av Rusbehandling Midt-Norges kliniske enheter Ungdomsklinikken, Nidarosklinikken og LAR-Midt og Kompetansesenter rus.
- I tillegg samlokaliseres Psykiatrisk Ungdomsteam i Sør-Trøndelag, St. Olav, i samme bygg. 15.
- Februar åpnet nybygget på Øya i Trondheim med begeistrede gjester og talere.
- Ca. 160 ansatte
- Totalt 38 behandlingsplasser. 19 ved ungdomsavdelingen og 19 ved voksenavdelingen. Dette i tillegg til poliklinikkene.

Helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen talerstolen.

- Dette tilbudet er tilrettelagt for god kvalitet med brukeren i sentrum og Helse Midt-Norge har vært flinke til å ta med brukerne og gjøre dem delaktige. Her har Helse Midt-Norge virkelig tatt tak og tilpasset tilbudet til befolkningens behov, sa Strøm-Erichsen før det røde båndets ugjenkallelige møte med saksens egg.

PASIENTENES BEHOV I SENTRUM

Blant alle smilene på åpningsdagen var klinikkleder Kristin Holum Smedsrud en av de som smilte aller bredest. Med samlingen av enheter som tidligere var spredt for alle vinder vil kvaliteten på tilbudet til pasientene nå forbedres.

- Her har vi et moderne tilbud med all fagkompetanse og kunnskap på tvers av fagområder under et tak. Derfor kan vi behandle hele mennesket, der rus og andre sykdommer skal behandles parallelt. Ut fra dette kan vi utvikle nye tilbud til pasientene, forklarer Smedsrud. - Det er særdeles viktig at psykisk helsevern er med på laget.

SØMLØST

Brukeropplevelsen skal løftes med samor-

ganiseringen og kvalitet på behandlingen er stikkord.

- Vi har tre hovedfokus på klinikken. Det skal være skreddersøm på behandlingsløpet hvor det dras inn kompetanse på tvers av avdelingene der det er behov. Behandlingen skal være integrert slik at rus, psykiske problemer og somatiske plager behandles samtidig. Det tredje punktet er at det skal være sømløse løp slik at det er en glatt overgang og sammenheng i behandlingsløpet. Det er dette vi ønsker å måles på, forteller Smedsrud.

AKTIVE PASIENTER

- Vi må samhandle godt med kommunene og sørge for kontinuitet i behandlerrelasjonen under hele løpet. Det er viktig at pasientene følges opp den dagen de skal starte sine nye, rusfrie liv etter endt opphold her, fortsetter hun.

- Vi må også bruke pasientene aktivt for å få forbedringer, det vil kunne dukke opp behov for justeringer og korrigeringer underveis og da er brukerstemmen vesentlig. Vi skal ha gode møtepunkter for måling og kontinuerlig tilbakemelding. Trondheimsklinikken skal gi et godt møte mellom mennesker preget av kunnskap og pasienter skal mottas med respekt og gis innflytelse over egen behandling, sier Smedsrud. ●



FOR BRUKERNE: Torbjørn, Tore Marius og Frode deler sine tanker om Trondheimsklinikken og en fremtid uten rus.

Veien til et vanlig liv

Klare for å bli rusfrie. På tide å få livet på rett kjøll.
Er Trondheimsklinikken svaret for disse tre?

- Det er greit med alt på et sted, her har vi både lege og psykolog og ikke minst aktiviteter vi kan delta på, forteller Torbjørn.

- Ting fungerer her nå. Alt var ikke helt klart ved innflytting. Men nå vet vi hva som skjer hvor og når, skyter Tore Marius inn.

- Det hjelper å ha alt samlet. Det vi mangler tilbud på, er endring av kriminell atferd og tankegang.

- Og vi kunne ha hatt bedre økonomi under behandlingen slik at man kan lære underveis, dette må vi uansett håndtere den dagen vi skal ut og starte normale liv igjen, sier Frode.

- Men vi har ukentlig oppfølging hvor vi tar opp problemer, ting som kunne vært forandret, ting som plager oss, problemer med ansatte og lignende, forteller Tore Marius.

Etter mange år preget av rusmisbruk, med kun korte rusfrie perioder, er det tydelig hva

som er førsteprioritet for de tre som sitter i sofaen og deler sine erfaringer.

- Vi greier å holde oss rusfrie her inne så vi kan ta tak i andre ting og få hjelp til de problemene vi har, forteller Torbjørn.

- Og det er jo årsaken til at vi er her: å gå ut og rett inn i samfunnet etter å ha blitt rusfrie. Det er en viktig base å bygge på for å kunne fungere etterpå, sier Tore Marius.

- Og med obligatoriske grupper her, kan vi lære av andre og deres erfaringer, mener Frode.

- De har også en veldig fin «ny-på-huset»-gruppe som viser frem fasilitetene som er her. Dette gir et godt utgangspunkt for den videre behandlingen, mener Torbjørn. For de kjenner hverandre rusmisbrukerne: - Er du ruset her inne har du 20 andre på deg som ulver, forklarer Tore Marius.

- Vil du ruse deg er du ute av dansen.

«Er du ruset her inne har du 20 andre på deg som ulver. Vil du ruse deg er du ute av dansen.»

TORE MARIUS

Kvalitet på engelsk

Da National Health Service (NHS) i England så dagens lys i 1948 ble det oppfattet som en selvfølge at helsetjenestene ytte god kvalitet, all den tid godt utdannede mennesker med tilgang til det mest moderne utstyret sto bak. I følge Sir Liam Donaldson fra National Patient Safety Agency (NPSA) har mye forandret seg siden den gang.

Sent på nittitallet publiserte regjeringen en moderniseringsstrategi for NHS. - Ett av hovedmålene var å forbedre kvaliteten i leveransen av klinisk omsorg til pasientene betydelig. Når man gikk nærmere inn på spørsmålet om feilbehandling, så man at uønskede hendelser fant sted i 10 % av innleggelsene - rundt 850 000 tilfeller i året til en kostnad på rundt 2 milliarder pund for sykehusopphold alene, uten å ta med i beregningen menneskelige eller videre økonomiske kostnader, forteller Sir Liam.

Funnene var ikke ulike andre vestlige land, men hvilken lærdom man tar fra slike funn var uklart. Derfor ble det nedsatt et ekspertpanel, ledet av Sir Liam, for å løfte pasientsikkerhet til et av de høyest prioriterte områdene for å oppnå høy kvalitet i helsetjenesten.

- Konklusjonen ble at NHS hadde behov for enhetlige mekanismer for rapportering og analyse når ting går galt; en mer åpen kultur

hvor feil kan rapporteres og diskuteres. Mekanismer som sikrer at nødvendige endringer finner sted, og en mye bredere forståelse for en systematisk tilnærming til å forebygge, analysere og lære fra feil, sier Sir Liam.

FELLES MÅL

Som et resultat av kvalitetsarbeidet i NHS ble NPSA etablert tidlig på 2000-tallet etter at flere rapporter hadde understreket behovet for å øke kvaliteten på helsetjenester ved å redusere antallet alvorlige, uønskede hendelser som hadde funnet sted.

- NPSAs rolle ble derfor å implementere og følge opp et program for endring på tvers av NHS som skulle redusere antallet alvorlige uønskede hendelser og, som en konsekvens, forbedre pasientsikkerheten, sier Sir Liam.

- Systemet er omfattende: Det inkluderer alle NHS organisasjoner som leverer helsetjenester, samt allmennleger og tannleger i primærhelsetjenesten. Systemet får også rap-

porter fra organisasjoner som leverer tjenester på vegne av NHS, som private sykehus og klinikker. Resultatet er at National Reporting & Learning System (NRLS), en del av NPSA, nå er et av verdens mest omfattende systemer for innsamling av data om pasientsikkerhet, forklarer Sir Liam.

Siden 2004 har NRLS blitt tilknyttet NHS-organisasjoner i Wales og England med over fem millioner rapporterte hendelser fra NHS-ansatte. Selv om systemet er på plass gjenstår en del utfordringer; det har ikke vært tilstrekkelig tilbakemeldinger til de ansatte, kvaliteten på dataene varierer og det er fortsatt en del underrapportering fra nøkkelsatte.

- Å lære hvordan vi best mulig kan omsette rapportene i praksis og klinisk forbedring er en stor utfordring, påpeker Sir Liam.

MILEPÅL ETTER MILEPÅL

NHS har tatt flere initiativ for å bedre kvaliteten på helsetjenestene. I følge en rapport fra 2008 har de nådd flere milepæler: Ventetiden er dramatisk redusert, tilgang til primærhelsetjenestene bedret, betydelig reduksjon i antall infeksjoner med utspring i helsetjenestene, raskere tilgang til nye medisiner og behandlingsformer, etablering av forskningsentre innen helse, forbedret støtte til lokale organisasjoner og førstelinjetjenesten for å sette kvalitet i sentrum og utviklingen av en grunnlov for NHS som stadfester rettighetene og pliktene til både ansatte og pasienter.

Men nye utfordringer venter rundt neste sving.

- NHS i England må spare inn mellom 15 og 20 milliarder pund frem til 2014 som en konsekvens av den globale økonomiske tilbakegangen og den økonomiske situasjonen i England. En omfattende metodikk for å for-

••• Hva er NHS?

- NHS er forkortelsen for The National Health Service.
- NHS driver helsetjenester som sykehus, legekantor, tannleger og apotek.
- Siden NHS ble lansert i 1948 har organisasjonen blitt verdens største offentlig finansierte helsetjeneste.
- NHS består av mer enn 1,7 millioner ansatte og dekker helsetjenester i Storbritannia for mer enn 60 millioner mennesker.

••• Hva er NPSA?

- NPSA er forkortelsen for National Patient Safety Agency.
- NPSA leder arbeidet med bedre og tryggere pasientbehandling gjennom å informere, støtte og påvirke organisasjoner og mennesker i helsesektoren.
- NPSA er underlagt Helsedepartementet og dekker alle helsetjenester i Storbritannia.



«Kvalitet og sikkerhet må være grunnprinsippene i helsetjenestene fra nasjonalt til regionalt til lokalt nivå.»

SIR LIAM DONALDSON, NPSA

SIKKERHET I FOKUS: Sir Liam Donaldson har ledet an i arbeidet med sikkerhet i helsetjenesten i England.

Foto: Scanpix

bedre effektivitet, pasientsikkerhet og kvalitet er nødvendig å få på plass og den må omfatte alle nivåer i helsetjenestene, i følge Sir Liam.

SYNLIGGJØRING AV KVALITET

For å måle kvalitet må leverandører av helsetjenester publisere en redegjørelse for sitt kvalitetsarbeid; en form for årsrapport til alle interessenter om kvaliteten på helsetjenestene. Hensikten med disse rapportene er at de skal være et verktøy for offentlig ansvarlighet og kvalitetsforbedring.

– National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) skal lage om lag 150 kvalitetsindikatorer for å synliggjøre for pasienter, helsetjenesteytere og omverden forøvrig hva kvalitet i helsetjenestene er. Disse indikatorene skal kunne gi en tydelig beskrivelse av hvordan helsetjenester av høy kvalitet skal se ut slik at organisasjonene som leverer helsetjenester kan forbedre kvaliteten, forklarer Sir Liam.

– NPSA har også nylig lansert «Never Events». Dette er alvorlige, i stor grad unngåelige, hendelser som ikke skal forekomme så fremt de tilgjengelige, forebyggende tiltakene

har blitt implementert. Primærhelsetjenesten er pålagt å overvåke forekomsten av «Never Events» og rapportere offentlig en gang i året, sier Sir Liam.

VANSKELIGHETER UNDERVEIS

– Hvilke vanskeligheter har dere møtt underveis?

– Vanskelighetene er felles for alle systemer som tilbyr helsetjenester; det er variasjoner mellom de ulike tjenestetilbyderne, man forsømmer grunnleggende prinsipper som hygiene og infeksjonsfare, treghet i å ta etter beste praksis, risikoer vedvarer, omsorg er ikke pasientorientert og ofte jobber ikke ledere og ansatte sammen slik at det blir en «oss og dem»-kultur som ikke gir grobunn for god kvalitet, forteller Sir Liam.

– Hva har dere lært under denne prosessen?

– Den enkle måten å si det på er at kvalitet og sikkerhet må være grunnprinsippene i helsetjenestene fra nasjonalt til regionalt til lokalt nivå, mener Sir Liam.

– Hvordan bidrar NPSA for å forbedre kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene?

– Først og fremst respekterer vi regjerin-

gens avgjørelse om å flytte kjerneaktiviteter til andre organisasjoner. Selv om vi er skuffet over at NPSA ikke vil fortsette å eksistere i sin nåværende form er vi meget fornøyd med at regjeringen har gjort det klart at pasientsikkerhet er et sentralt element i leveransen av kvalitet i helsetjenestene. Det er viktig at nøkkelfunksjonene for å forbedre pasientsikkerheten i NHS ivaretas. På internasjonalt nivå er bevisene tydelige; i alle helsetjenestesystem blir altfor mange pasienter skadet på grunn av unngåelige feil. Det forblir en prioritet å snu denne trenden, sier Sir Liam.

FØRST OG FREMST; IKKE SKAD

– Sett under ett, hvordan vil innsatsen for å forbedre kvalitet, sikkerhet og pasientopplevelsen være av nytte for sluttbrukeren; pasientene?

– Selv om en del ting har blitt gjort for å sikre tryggere helsetjenester for alle må mer gjøres. Hvis vi ikke helhjertet går inn for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene, vil vi feile i vår plikt til primum non nocere (først og fremst: ikke skad), avslutter Sir Liam. ●



DYBDE OG FORSTÅELSE:

– Vi ønsket å måle kvalitet med mer dybde og forståelse, sier Hege Svean Koksvik (til høyre) og Eva Lyngvær ved revmatologisk avdeling, St. Olav.

Pasienter gir karakterer

– Dette måtte vi være med på, sier forskningssykepleier Hege Svean Koksvik ved Revmatologisk avdeling, St. Olav.

Hvordan kritiserer en den som skal sørge for ens ve og vel resten av livet? Hvordan vil en forurettet lege eller sykepleier reagere neste gang man trenger hjelp? Rettet eller ikke, slike tanker kan en pasient bære på.

– Pasientene våre gir ofte uttrykk for at de står i takknemlighetsgjeld til oss. Derfor er det viktig at ingen av oss har vært til stede under intervjuene, forklarer seksjonsleder Eva Lyngvær.

– De går jo her og er prisgitt oss. Da vil de gjerne ikke klage.

Med den selvinnsikten på plass var det ikke vanskelig å si ja til å la Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenestutvikling (KBT) slippe til med sin bruker spør brukerundersøkelse da brukertilfredsheten på avdelingen skulle måles. Senteret har gjennomført 35 Bruker Spør Bruker-undersøkelser i løpet av de siste årene. Den siste ble gjennomført på Revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital.

– Vi oppnår en helt annen tillit hos pasientene ettersom vi har pasientbakgrunn selv, mener Heidi Westerlund, fagkoordinator hos KBT.

TVILTE ALDRI

– Vi visste med en gang, at dette måtte vi være med på, sier forskningssykepleier Hege Svean Koksvik ved Revmatologisk avdeling, St. Olav.

– Vi ønsket å måle kvalitet med mer dybde og forståelse. Vi spurte brukerne våre hvordan de oppfattet at vi leverte i henhold til kjerneverdiene våre. Dermed har vi fått et direkte svar på kvaliteten ved avdelingen.

– På en mye mer nyansert måte enn vi hadde fått gjennom at de krysset av på et

skjema, legger Eva til. Vi var aldri i tvil om at vi skulle være med. Det er litt av kulturen vår – at vi skal være nyskapende.

OFTEN NERVØST

Slik er det ikke alltid, forteller prosjektleder i KBT, Dagfinn Bjørgen.

– Mange er skeptiske i starten. De ytrer seg mye om metode og validitet. Men det dreier seg nok mye om å bli kikket i kortene. Spesielt med tanke på at vi er et brukerstyrt senter, de er nok litt redde for å bli hengt ut.

– Samtidig er de nok lite vant med kvalitative undersøkelser, legger Heidi til.

– Vi må ofte jobbe med forståelsen av kvalitative data. De er vant med å ha undersøkelser med store utvalg. I en Bruker spør bruker-undersøkelse er det viktigere hva som blir sagt enn hvor mange som sier det.

– Metoden tar genuint tak i brukerperspektivet, og setter søkelys på hva brukerne opplever som viktig. Vi får en åpen tilnærming til at også det vi ikke tenker på når vi utvikler brosjyrer og guider er relevant. Når folk med brukererfaring er med på prosessene fanger vi nyansene mye bedre, forklarer Dagfinn.

Bruker spør bruker-metoden ble utviklet for bruk i psykiatrien. Gjennom undersøkelsen på St. Olav kom det frem at den er en nyttig måte å undersøke kvalitet på også på andre felt.

– Vi ser at det fungerer like godt for grupper med kroniske lidelser. Kvaliteten på møtet med tjenestene har naturligvis stor betydning for dem som møter helsevesenet ofte og over lang tid. Det å kunne leve med ting handler om mye mer enn å få diagnose og medisiner, utdypes Dagfinn.

GOD KVALITET AVGJØRENDE

Det hersker noe uenighet om hvordan stemningen var på Revmatologisk av-





«For oss er det helt avgjørende at vi har god kvalitet på tjenestene våre.»

KIKKER DEG I KORTENE Hva skjer når Bruker spør bruker? – Vi finner nyanser og gjør det lett å ta affære, mener KBT Midt-Norge.



deling da brukerorganisasjonen KBT skulle inn og kikke etter skapskjeletter og begravde hunder. En snev av engstelse, som raskt gikk over i fruktbare målbeskrivelser, mener Dagfinn og Heidi fra KBT.

– Nei, vi var egentlig ikke engstelige, sier Eva og Hege.

– Dere var ikke redde for å bli kikket i kortene, uten å ha kontroll selv?

– Nei. For oss er det helt avgjørende at vi har god kvalitet på tjenestene våre – da vil vi gjerne bruke ulike metoder for å oppnå det. Vi var jo også med på å utforme intervjuguiden, forklarer Eva.

– Vi skulle gjennomføre en brukerundersøkelse likevel, og det beste er å få belyst ting på litt ulike måter – vi gjennomfører ofte randomiserte, kvantitative undersøkelser. Kombinasjonen har vært veldig fruktbar.

I GANG MED TILTAK

Så fruktbar, at flere tiltak allerede er satt i gang, bare dager etter at rapporten fra undersøkelsen er levert.

– Vi skal få på plass en brukerrepresentant som skal være med på å ta flere viktige avgjørelser på avdelingsnivå, vi sørger for at «nysyke» får oppfølging av en og samme lege

i hvert fall ett til to år etter diagnose og vi starter opp med nye former for lærings- og mestringskurs for brukerne, for blant annet å informere bedre om tverrfagligheten i tjenestene våre. Alt dette er direkte konsekvenser av undersøkelsen, forteller Eva.

KOMMUNISERTE IKKE GODT NOK

Undersøkelsen ga dem nemlig noen overraskelser, i følge Eva.

– Vi trodde vi hadde informert godt om det tverrfaglige tilbudet om fysioterapi, ergoterapeut og sosionomtjenesten – men der kom vi til kort.

– Vi merker at det ofte er der vi mangler kvalitet – vi kommuniserer ikke godt nok, medgir Hege. Som gjerne vil konkludere.

– For det første har undersøkelsen absolutt bidratt til å heve kvaliteten i avdelingen. For det andre mener vi denne metoden i høyeste grad egner seg for somatikk. Vi oppfordrer andre avdelinger til å benytte både BSB og KBT. Det gir oss mer å tenke på enn et tall på for eksempel infeksjonsrate eller antall liggesår.

– Vi skal heller ikke glemme at de ansatte ved avdelingen mente de fikk svært mye ut av prosjektet under dialogkonferansen. Den fant de meget nyttig, avslutter Eva. ●

BSB

- «Bruker spør bruker» er et metodeverktøy utviklet for å involvere brukerne i arbeidet med å samle inn og analysere data for å få til kvalitetsforbedringer av ulike tiltak innen helse- og sosialetaten.
- Tidligere brukere utfører evalueringen for å få en form for brukerstyrt evaluering.
- Gir både likemanneffekt og myndiggjøring.
- Utviklet for psykiatri, prøves nå ut i somatikk.

KBT

- Startet i 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Mental Helse i Midt-Norge, Organisasjonen Voksne for barn og landsforeningen for pårørende innen psykiatri.
- Utviklet Bruker spør bruker.
- Utførte vinteren 2010/2011 BSB-undersøkelse på Revmatologisk avdeling, St. Olav.

Undersøkelsen

- Gjennomført av KBT i samarbeid med Revmatologisk avdeling ved Heidi Westerlund, Margareth Berg Vårvik og Dagfinn Bjørgen.

Målsettinger:

- Prøve ut Bruker spør bruker-modellen for tilbakeføring av bruker/pasienterfaringer i revmatologisk avdeling ved dagenhet, poliklinikk og sengepost.
- Bidra til utvikling av tilbudet ved avdelingen med basis i erfaringer fra avdelingens pasienter/brukere.
- Involvere brukere/pasienter i gjennomføring av brukerundersøkelse. Bidra til dialog mellom fagpersoner og brukere/pasienter gjennom dialogbasert metode.
- 8 intervjuer med 25 pasienter gjennomført av Westerlund og Berg Vårvik. Sistnevnte har erfaring med revmatiske lidelser og avdelingen. Fungerer som likemann.





SAMME SPRÅK: – En likemann snakker samme språk som pasienten, mener May Liss Vesterdal, pasient ved revmatologisk avdeling St. Olav.

Delaktighet øker livskvaliteten

– Å få være med og bestemme, å påvirke sitt eget liv, er behandling i seg selv for en kroniker, sier May Liss Vesterdal etter å ha vært med på Bruker spør brukerundersøkelsen.

May Liss har hatt leddgikt og Sjøgrens syndrom i over tjue år, og vært uførepensjonert nesten like lenge. – Jeg har ikke vært i arbeid siden jeg var politisk rådgiver for Gunnhild Øyangen i landbruksdepartementet, forteller hun.

Det å akseptere at en har en kronisk sykdom er vanskelig nok i seg selv, forteller hun.

– Det tok meg fem år fra jeg fikk diagnosen til jeg innså at jeg ikke kunne delta i arbeidslivet. Det var helt forferdelig. En svært tung tid. Da jeg ble syk hadde man ikke særlig god behandling heller. Malariamedisin

og gullsprøyter – det ødela jo kroppen min.

Heldigvis har behandlingsmetodene hatt en rivende utvikling siden da. Nå er hun inne på Revmatologisk avdeling ved St. Olav en gang i måneden, og får biologisk medisin intravenøst. Her har hun vært pasient siden 2004.

– Jeg må få si at avdelingen er eminent. Jeg er svært fornøyd både med den og behandlingen jeg får i dag.

RIKTIGE SPØRSMÅL

At avdelingen prøvde ut Bruker spør brukermetodikken for å heve kvaliteten, mener hun har mange positive effekter.

– Jeg har veldig tro på å involvere brukere i utvikling av kvalitet. At intervjuerne hadde bakgrunn som pasienter selv, gjorde at de stilte de riktige spørsmålene, og veldig raskt forsto hva vi mente.

Som mangeårig kroniker har hun vært med på flere kvantitative brukerundersøkelser tidligere.

– Da har det vært skjema, og avkryssing av ja, nei og vet ikke. Det blir på en helt annen måte. Med dialog kommer realitetene frem. Dette er en undersøkelse som bør ha

stor betydning for veivalg og prioriteringer i en avdeling.

SLIPPER Å HOLDE TILBAKE

Hun støtter dem som mener pasienter kan være reserverte i sine svar til ansatte ved en institusjon.

– Man holder uten tvil ting tilbake og legger bånd på seg i samtale med en fagperson. En likemann snakker samme språk, vet du. Noen kan nok også ha vanskelig for å fremføre klager til dem som skal stå for behandlingen.

May Liss har snakket med flere av deltakerne i undersøkelsen. Enigheten er stor om at bare deltakelsen har mye for seg.

– Vi føler alle sammen at vi har fått hevet status. At vi er blitt litt friere, når vi kan være med å påvirke egen behandling. Vi får rett og slett større innvirkning på våre egne liv. Det er ikke lite for en kroniker, presiserer hun.

– En blir mer tilfreds, mer verdsatt og mer verd. Kanskje får man også en liten piff til å tilegne seg kunnskap fra seriøse kilder.

– Mener du at det er en liten behandlings-effekt i det å få være med på å bestemme?

– Ja, det er akkurat det jeg vil frem til! ●

2011 – 2013

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» er innledet. Kampanjen går over tre år, og målet er å redusere tallet på pasientskader. Kampanjen skal dessuten bygge opp varige systemer og kompetanse – og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjens første fase er trygg kirurgi (særlig postoperative sårinfeksjoner), riktig legemiddelbruk, slagbehandling og psykisk helse.

Rett hjelp mot feil medisin

– Vi møter pasienter som tar opp til 20 legemidler daglig. Da trenger de vår kvalitetssikring, sier Kristine Lundereng og Heidi Hansbakk Skjetne.

Blåkleddede og effektive går de rundt i Sykehuset Levanger. I tre år har de vært knyttet til sykehuset som kliniske farmasøytter. Jobben går ut på å finne og løse problemer med legemidler. En svær og viktig oppgave når statistikken viser at rundt halvparten av alle uønskede hendelser i sykehus er knyttet til legemiddelbruk – med tragiske følger for urovekkende mange pasienter.

INGEN TVIL OM BEHOVET

– Legene har det travelt og har liten kapasitet til å fokusere på det vi kaller følgefeil ved legemidler. Sykepleierne har det også travelt og har ikke samme kunnskaper om farmakologi. Vi har 5-6 års fagutdanning og er spesialistutdannet til å bedømme bruk og virkninger av de ulike preparatene. Vi tror ingen er uenige i at det er behov for oss, og egentlig burde vi vært ti farmasøytter på et sykehus som dette. Men på landsbasis ligger vi langt framme her i Levanger. Det skal Sykehusapotekene og Helse Midt-Norge ha ros for.

På hjerteavdelingen oppsøker Lundereng og Hansbakk Skjetne den nyinnlagte Odd Saus (65) fra Vanvikan i Nord-Trøndelag. Han sliter med pusteproblemer og vann i lungene etter en hjerteoperasjon for noen år siden.

INTERVJUER PASIENTENE

– Jeg bruker seks medisiner daglig og kan navnet på alle sammen. Men det er første gang fagfolk spør meg om medisinerbruken på denne måten mens jeg er innlagt. Det tror jeg er viktig og nyttig, sier Saus, før han imponeren-

de stødig gir svar på en rekke standardiserte spørsmål: Hva slags medisiner bruker du? Husker du navnene? Vet du hva du får dem for? Hvordan tar du medisinen? Bruker du dosett? Håndterer du medisinen sjøl? Og så videre.

Sammen med journalopplysninger (særlig legemiddelkurven) er svarene fra pasienten av vesentlig betydning for farmasøytens neste arbeidsoppgave: legemiddelgjennomgangen. Her vurderer de om medisinalvalget er riktig for den enkelte pasient, og om doseringen/bruken er korrekt. I tillegg kartlegges bivirkninger og hvilke medisiner som passer sammen. Etter at alt dette er diskutert med legen, får pasientene med seg et legemiddelkort med informasjon om videre medisinbruk.

FORVIRRENDE PREPARATER

Langt fra alle pasienter har like godt oversikt.

– Mange har problemer med å gjøre rede for seg, og det har vi full forståelse for. I Norge fins det ca. 1450 tilgjengelige legemidler, og mange av dem har ikke bare uforståelige navn. Systemet med at apotekene er pålagt å bytte til billigste preparat, fører også til at samme legemiddel har ulike navn avhengig av hvilket apotek som leverer det når. Zocor (kolesterolsenkende) kan plutselig hete Simvastatin i «billigversjon» Og hvis Furix (vanndrivende) er utsolgt ett sted, kan det dukke opp igjen som Diural i et annet apotek. Alt dette skaper selvsagt forvirring, og enklere blir det ikke av at stadig flere bruker mange ulike legemidler. Det er ikke uvanlig at vi møter pasienter som tar 20 preparater

daglig. I slike situasjoner kjenner vi virkelig at vi gjør en god jobb med intervjuene og legemiddelgjennomgangen. Da fyller vi et hull i behandlingsskjeden.

CODE TILBAKEMELDINGER

– Får dere anerkjennelse for dette?

– Vi får stadig gode tilbakemeldinger fra pasienter som føler seg sett og ivarettatt. Dessuten er pårørende til pasientene ekstra glade for å få forståelig medisininformasjon. Også faggruppene i sykehuset tar nå imot oss med åpne armer. Til å begynne med ble vi tatt for å være sykepleiere, men den misforståelsen forsvant da vi gikk fra hvitt til blått tøy. Når det gjelder legene, er samarbeidet blitt veldig bra. De vet at vi jobber for pasientens beste, og de ser at vår systematiske



GJENNOMGANG: Under legemiddelgjennomgangen har Odd



Saus full oversikt over medisinene han bruker. Intervjuere: Kristine Lundereng (t.h.) og Heidi Hansbakk Skjetne.

legemiddelgjennomgang letter deres jobb. Samtidig må det aldri være tvil om at vi farmasøyter driver rådgivende virksomhet. Det medisinske ansvaret tilhører legene, ingen andre.

Blant de ansvarlige i Sykehuset Levanger er Carl Platou. Han er konstituert overlege ved hjerteavdelingen og gir Lundereng og Hansbakk Skjetne de beste skussmål.

- Arbeidet de gjør er svært nyttig. Ikke minst for å avklare hvordan pasientene bruker medisinene før innleggelsen, og på hvilken måte de skal benyttes etter utskriving. Farmasøytene gjør en stor jobb med å sikre faglig kvalitet. De utfyller helheten og er på ingen måte noe fremmedelement i sykehusmiljøet. Dessuten er de positive og hyggelige. Det trekker heller ikke ned, sier Platou

Lundereng og Hansbakk Skjetne setter på sin side stor pris på det tverrfaglige arbeidet og mener farmasøyter bør inn i alle sykehus på linje med fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, prester og annet «støttepersonell». Helst ville de også deltatt på både previsitt og visitter for å få et mer komplett bilde av pasientene, slik at kommunikasjonen blir bedre.

- Apotekfolk har ofte sterke kommersielle bindinger. Hvordan er det med dere?

- Vi er ansatt ved Sykehusapotekene i Midt-Norge som drives helt uavhengig av de store apotek-kjedene. For oss går det faglige alltid foran det kommersielle, og vi har bevisst valgt å jobbe i dette systemet framfor den private legemiddelbransjen. Der kunne vi sikkert tjent bedre, men det er her det er interessant å være. Her får vi gjort mest for pasientene! ●



LEGEROS: Konst. overlege Carl Platou setter stor pris på farmasiinnsatsen fra Kristine Lundereng (t.v.) og Heidi Hansbakk Skjetne.

Legemiddelbruk

- Ca. 50 prosent av alle uønskede hendelser i sykehus er knyttet til legemiddelbruk.
- Feil legemiddelbruk er helt eller delvis skyld i hvert femte dødsfall i sykehus. Fagfolk regner med at rundt halvparten av disse kunne vært unngått.
- I alt 1450 legemidler er tilgjengelige i Norge.
- 90 prosent av nordmenn over 70 år bruker reseptbelagte legemidler daglig. Det er ikke uvanlig at han/hun bruker 20 ulike preparater hver dag.
- Innen klinisk farmakologi ligger Norge etter land vi kan sammenlikne oss med. De fremste på dette området er Storbritannia og Sverige.

Sykehusapotekene

- Sykehusapotekene i Midt-Norge er en del av spesialisthelsetjenesten og eies av Helse Midt-Norge.
- leverer legemidler til sykehusenes pasienter.
- sørger for at pasienter får medisinformasjon og nødvendige legemidler/utstyr ved hjemreise.
- bidrar til å sikre riktig legemiddelbruk.
- vil ha klinisk farmasi inn i alle midt-norske sykehus i år.





– Må få medisinkontroll

– Klinisk farmasi skal inn i alle midtnorske sykehus i år, og vi er på god vei, sier styreleder Anne-Brit Skjetne i Sykehusapotekene Midt-Norge.

Ifølge Skjetne er dette en ekstremt viktig oppgave fordi mulighetene for kvalitetsforbedring er så store, både i sykehusene og i helsesektoren ellers. Det er verdt å merke seg at rundt 20 prosent av alle dødsfall i sykehus, helt eller delvis skyldes feil legemiddelbruk, påpeker styrelederen.

TOTALANSVAR MANGLER

– De demografiske og sykdomsmessige endringene i samfunnet gir stadig flere av det vi kaller multifarmasipasienter, det vil si folk som bruker et stort antall legemidler fordi de har mange og sammensatte lidelser. Ja, ved sykehusinnleggelse er det ikke sjelden pasienter kommer med plastposer fulle av medisiner. Det gjelder særlig eldre og kronikere, sier Skjetne. Eldre pasienter i denne kategorien er ofte «svingdørpasienter» som vandrer mellom helsenivåene. Skjetne mener derfor det bør være en klar rettighet at disse pasientgruppene får en systematisk legemiddelgjennomgang, utført av Sykehusapotekenes kliniske farmasøyter. Altfor lenge har kontrollen med legemiddelbruken, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, vært fragmen-



UTÅLMODIG: Det haster å få systematisk kontroll med legemiddelbruken, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, mener styreleder Anne-Brit Skjetne.

tert og tilfeldig. Ingen har hatt totalansvaret, og det er betydelig kommunikasjonsvikt mellom de ulike helsenivåene med alt dette innebærer av feilmedisinering.

REFORMEN KREVER FORTGANG

– Denne situasjonen kan ikke fortsette, og vi har det travelt på grunn av samhandlingsreformen som innføres neste år. Før den tid må vi ta lærdom av lovende prøveprosjekt mellom kommuner og sykehus, særlig

i Levanger og Trondheim, og utarbeide gode modeller for medikamentsjekk i hele Midt-Norge. Jeg venter ikke at små kommuner kan holde seg med egen farmasikompetanse, og det er langt fra alle pasientgrupper som trenger legemiddelgjennomgang. Men vi må finne et system som fanger opp og hjelper storforbrukerne av de utrolig mange medisinerne som er i bruk, sier Skjetne. Hun understreker at sykehusapotekene, med sin kompetanse i klinisk farmasi, kan yte faglig hjelp til kommunene i helseregionen.

MANGE FEILKILDER

– Hvorfor er det så mye feil legemiddelbruk? – Det er mange årsaker. Feil kan oppstå når legene ordinerer medisinerne, eller når de håndteres av annet helsepersonell. Dessuten hender det at pasientene bruker medisinerne feil. Likevel dreier avviksrapporteringen til Helsetilsynet seg stort sett om feil håndtering, men det er god grunn til å tro det er en underrapportering ved alle feilkilder. Betydelige mørketall er det nok også. Som styreleder for sykehusapotekene, håper jeg vi lykkes med å få klinisk farmasi inn som en del av pasientforløpet for definerte grupper i sykehus, og at vi får hensiktsmessige samarbeidsmodeller med kommunehelsetjenesten. Jeg er overbevist om at dette vil gi betydelig kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Så langt er klinisk farmasi godt mottatt i sykehusene, både av sykepleiere og leger. Men det er nok fortsatt noen som spør om nytten, og det tolker jeg som tegn på faglig arroganse. Den skal vi møte med å dokumentere effekten av klinisk farmasi, lover Skjetne. ●

– Forbilledlig hjelp

I august i fjor ble Leiv Ramfjord (bildet) fra Levanger knallhardt rammet av lymfekreft. Nå er han på vei tilbake til normallivet og takker alle gode hjelpere. Ikke minst farmasøytene på sykehuset.

– De gjorde en fantastisk innsats og greide å løse meg gjennom en fremmed verden av medikamenter med mer eller mindre umulige navn. Cellegift slår ulikt ut, og jeg fikk kraftig svekket korttidshukommelse. Da var det godt å få tydelig informasjon fra vennlige og tålmodige folk som kunne faget, sier Leiv Ramfjord (69).

Og kona, Liv Vivian, følger opp:

– Sykehusfarmasøytene i Levanger var forbilledlige, rolige og høflige. Det var også flott å se at de henvendte seg til pasienten, og ikke til meg som pårørende, selv om det var åpenbart at Leiv ikke greide å ta til seg alle opplysninger. Jeg var også imponert over det lettfattelige medisinkortet vi mottok, sier Liv Vivian Ramfjord.



Vil gjøre helsestasjoner mer tilgjengelige – fikk samhandlingspris

En prosjektgruppe i Værnes-regionen mener kommunenes helsestasjoner har behov for fornyelse i sin kontakt med publikum.

– Vi må åpne for større grad av dialog med brukere og pasienter. Det nytter ikke kun å være utstyrt med brosjyrer og begrenset åpningstid. Da vil folk søke opplysninger andre steder, sier Bodil Dyrstad, kommuneoverlege i Stjørdal og leder for dette prosjektet.

For å øke tilgjengeligheten, dialogmuligheten og styrke den generelle kvaliteten i helsestasjonene, har prosjektgruppen pekt på tre innsatsområder.

– Det ene er å lage en felles nettside for helsestasjonene i fire av kommunene i Værnes-regionen. Det andre er et løpende faglig samarbeid helsestasjonene i mellom.

Det tredje er å styrke samarbeidet med fødeavdelingene på St. Olav og Sykehuset Levanger.

– Vi må lage gode rutine sammen med sykehusene, slik at helsestasjonene vet når foreldre og barn har reist hjem.

Prosjektet har også omhandlet et samarbeid kommuneoverlegene i Værnes-regionen i mellom.

Prosjektet ble belønnet med Samhandlingsprisen 2010, som ble overrakt av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i februar. ●

Samhandlingsklart i Nordmøre og Romsdal

Sammen med Høgskolen i Molde og Helse Nordmøre og Romsdal satte kommunene Averøy, Gjemnes, Kristiansund, Tingvoll og Smøla våren 2010 i gang i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke.

– Her har alle parter felles interesser. Dette dreier seg om hvordan vi skal behandle kommunenes pasienter for at de skal slippe å bli lagt inn, hvilken behandling skal man få i kommunene når man er skrevet ut for å bli skrevet ut raskere – den type ting, forklarer Einar Myklebust, assisterende direktør og samhandlingssjef i Helse Nordmøre og Romsdal.

– Kommunene må bygge opp sin kompetanse, slik at pasientene kan få mer behandling hos dem. Samtidig må vi som sitter i HF-ene endre på våre prosesser, og bidra som konsulenter. Vi må også endre våre holdninger til for eksempel operasjonsmetoder, og hvor raskt pasienter starter på opptrening og rehabilitering. Slik kan vi jobbe mer med det vi er gode til, nemlig spesialistbehandling, og mindre med kontroller.

– Hva er avgjørende for å implementere etter hvert?

– Vi må erkjenne at vi er inne i en samhandlingsreform. Og så må vi først og fremst tenke på at dette dreier seg om pasienter, som skal komme seg raskt, og få et bedre liv. Til slutt må vi også innstille oss på å sørge for sikker informasjonsflyt i ulike IKT-systemer.

Ti raske HMN-spørsmål

Har du lest denne utgaven av magasinet «Helse»? Da skulle det gå greit å svare på disse spørsmålene:

- 1 Hvem er adm. dir. direktør i Helse Midt-Norge?
a) Gunnar Staalesen
b) Gunnar Bovim
c) Patrick Bovim
- 2 Hvem regnes som legekunstens far?
a) Hippocampus
b) Hippippuratus
c) Hippokrates
- 3 Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal skal slå sammen til ett foretak. Hvor plasseres hovedkontoret?
a) Batnfjordsøra
b) Stjørdal
c) Ålesund
- 4 Hva heter den viktige langtidsplanen til Helse Midt-Norge?
a) Fokustert implementering
b) På lag med framtida
c) Strategi 2020
- 5 Under hvilket slagord skal kvalitetskulturen i HMN styrkes?
a) Bedre og bedre dag for dag
b) Litt bedre i dag enn i går
c) Kvalitet i sentrum
- 6 Et gammelt medisinsk ideal lyder: «Primum non nocere.» Hva betyr det?
a) Primærhelsetjenesten er basis for alt
b) Først og fremst – ikke skad!
c) Første bud for nattevakter
- 7 Hvem sier: «Ingen av oss vil ligge på korridoren!»
a) Anne Grete Preus
b) Florence Nightingale
c) Anne-Grete Strøm-Erichsen
- 8 Hvem sier: «Sykehusledere må drive mer kulturbygging og mindre omorganisering!»
a) Jan Ole Vanebo
b) Arve Tellefsen
c) Nils Kvernmo
- 9 Helse Nord-Trøndelag gir ut en ny, tospråklig pasientbrosjyre. På hvilke språk?
a) Urdu og svensk
b) Russisk og verdaling
c) Engelsk og sørsamisk
- 10 Siste sykehussenter ved St. Olavs Hospital har snart byggestart. Hva heter det?
a) Sentralsenteret
b) Alternativsenteret
c) Kunnskapssenteret



Riktige svar:

1. b, 2. c, 3. c, 4. c, 5. b, 6. b, 7. c, 8. a, 9. c, 10. c

VENTETID:

Sunnmøre kutter mest

I 2010 har den gjennomsnittlige ventetiden i hele Helse Midt-Norge blitt redusert med 20 dager til 79 dager. Helse Sunnmøre lå ved ut 2010 på 56 dager.

Vi har også hatt våre utfordringer med å få ned ventetiden, forteller Arvid Lange, avdelingssjef ved øre-, nese-, halsavdelingen ved Ålesund sjukehus.

- Vi har hatt stor mangel på leger gjennom mange år. Dette har skapt lange ventelister, men nå er bemanningen bedre. Det vil likevel ta tid å komme å jour. Vårt fag har et stort innslag av vanlige problemstillinger som fjerning av mandler og behandling av barn med øreproblemer. Vi har valgt å arbeide med forenkling av disse store pasientgruppene først for å oppnå størst gevinst for befolkningen.



Arvid Lange, avdelingssjef ved Ålesund sjukehus

HENSIKTSMESSIGE PASIENTFORLØP

De ansatte ved avdelingen ble inkludert i en gjennomgang av alle aktiviteter. Konsekvensen ble en vesentlig rasjonalisering.

- Rasjonalisering er en kontinuerlig prosess. Som leder ved avdelingen er mitt bi-

drag å holde oppmerksomheten på dette, forteller Lange. - Vi skal ikke ha det slik at pasienten står på den ene ventelisten etter den andre og surrer rundt i gangene på sykehuset i påvente av operasjon. Fokus på det gode pasientforløp vil være helt avgjørende i fremtidens helsevesen.

- Derfor har vi forsøkt å redusere antall kontakter med spesialister. Eksempelvis får pasienten all informasjon om fjerning av mandler allerede i første møte med spesialisten da avgjørelsen om operasjon fattes. Så lenge vi får unna operasjonen før to måneder er gått, trenger vi ikke kalle pasienten inn til nye informasjonssamtaler og innskriving i journalene, forklarer Lange.

- Vi tror at denne måten å drive på, med kun nødvendig kontakt med spesialister gir god kvalitet og sparer plass og ressurser. Vi vil gjennomføre dette på alle områder i løpet av 2011. Poenget er at når du skal gjøre noe med ventelister, må du gjøre ting mer effektivt. Det er viktig at slike rasjonaliseringstiltak får gro opp internt fra bunnen av organisasjonen, der kunnskapen sitter, samtidig som det er viktig at ledelsen deltar aktivt og tar ansvar, sier Lange.

HOLDER SEG OPPDATERT

Harriet Gissegjerde, kontorleder ved kirurgisk klinikk, er tungt inne i arbeidet med å få ned ventelistene.

- Det vi har gjort i kontorseksjonen er å oppdatere oss i registrering i PAS-systemet. Det er en nødvendighet fordi det er et gammelt system som stadig oppgraderes. Er du ny i luka så har vi en oppskrift for nye ansatte siden det gjerne blir stressende situasjo-

ner med lange køer. Dette luker bort mange menneskelige feil, forteller Gissegjerde.

- Vi har informert mer om registreringsprosedyrer og realistisk setting av frister som er medisinsk forsvarlige. Nå ser vi i forkant hvor mange man må sette opp timer for, slik at planleggingen er enklere. Listene skal ned og kvaliteten skal opp, fortsetter hun.

VELLYKKET TILTAK

Ventelister varierer fra avdeling til avdeling. Ved Helse Sunnmøre har de fokusert på de områdene der behovet har vært størst og blant annet sett til St Olav og hvordan de jobber.

- Av konkrete tiltak har leger, sykepleiere og sekretærer holdt kveldspoliklinikk for å få ned ventetiden. Vi har prioritert å gi rettighetspasienter time innen fristen, men også kveldspoliklinikk for langtidsventende uten rett til helsehjelp vurderes, forteller Gissegjerde.

Hvorfor har dere lyktes så bra?

- Vi har fått på plass nye strukturer med mer dialog mellom avdelingene. Funnet metoder som fungerer, og gått nye veier for å nå målene som er satt, forteller Gissegjerde.

- Med gode rutiner blir det enklere å ta fatt på nye utfordringer. Totalt sett har de som jobber med å få ned ventelistene her gjort en kjempegod jobb vil jeg si. ●



Harriet Gissegjerde, kontorleder ved kirurgisk klinikk

Rett i lomma

Helse Sunnmøre har tatt sjumilssteg for å nå målet om utsending av epikrise innen en uke i 2010.

Det virker kanskje logisk at så snart pasienten har fått sin diagnose kan vedkommende stikke epikrisen i lomma når han forlater sykehuset. Så enkelt er det ikke alltid.

MÅ HA CODE RUTINER

- Selv om vi er en av de somatiske avdelingene som er best på epikrise, skal det lite til for at det synker, forteller Arvid Lange. - Om den som skal signere har fri

eller ikke er tilgjengelig av andre årsaker blir det forsinket så vi må sørge for å ha flinke folk på alle kanter slik at det følges opp. Det har vi!

FOKUS PÅ BEHANDLINGEN

- Epikrisene lages før pasienten drar, etter operasjon. Hvis det oppstår avvik fra det forventede forløp rettes dette ved utskriving, slik at epikrisen er korrekt. Når det

er sagt, vil jeg gjerne legge til at vi ikke uten videre tror at epikrisetid alene er noen god kvalitetsindikator. Det fanger bare en liten del av den medisinske virkeligheten. En må ikke bli for opptatt av enkeltparametre som epikrisetid. Det kan gi vridningseffekter som tar fokus bort fra enda viktigere oppgaver, mener Lange og understreker at det er kvaliteten på behandlingen som må være førsteprioritet.

40 år i utvikling

Tusen senger skulle dekke det framtidige behovet da sykehuset ble bygget. Nå bruker man godt under halvparten, men behandler langt flere pasienter.

Førtiårsjubilanten Ålesund sjukehus ble åpnet i januar 1971. Førti år senere står jubilanten støtt ved Nordens flotteste tomt, i følge arkitekten som i sin tid tegnet sykehuset. Aktiviteten på området tyder på at utviklingen vil fortsette i de kommende årene.

- Gjennom de siste førti årene har det vært gjort et formidabelt kvalitetsarbeid ved sykehuset. Antall ansatte leger har økt fra 35 i 1971 til nærmere 300 i dag, samtidig som utviklingen har vært enorm på ulike fagområder med økt spesialisering. Og økt spesialisering gir i sin tur økt kvalitet, forteller administrerende direktør i Helse Sunnmøre, Astrid J. Eidsvik.

- Dette er igjen knyttet opp mot den medisinske teknologiske utviklingen som har funnet sted i samme periode, for eksempel på det diagnostiske området med bl.a. CT og MR som nye hjelpemidler.

BRUKERRETTIGHETER

Mulighetene er helt andre nå enn i 1971.

- Fokus på brukerrettigheter har også økt, det har blitt mer omfattende krav til dokumentasjon og det handler om kvalitet i alle ledd fra tilsyn på pasientbehandlingen til tilsyn med maten vi serverer - tilsynsvirksomheten har blitt en helt annen og mye mer omfattende de siste 40 år.

- Da sykehuset ble bygget ble det designet med en fleksibilitet som kunne gi over tusen sengeplasser som man trodde ville bli behovet i fremtiden. I dag brukes 371 senger men vi behandler langt flere pasienter - dette er en direkte konsekvens av utviklingen siden sykehuset ble bygd. Fokuset har skiftet fra sengeliggende pasienter til poliklinisk behandling og dagbehandling.

NYBYGG FOR FREMTIDEN

I jubileumsåret åpner en flunkende ny barneavdeling ved sykehuset. En gangbro i multifarget glass leder veien fra det gamle sykehuset over i den nye barneavdelingen som åpnes i mars.

- Dette er et svært etterlenget bygget, dagens løsning møter ikke de nødvendige kravene per i dag. Blant annet er ikke sykehuset godt nok fysisk tilrettelagt for, eksempelvis, ivaretagelse av foreldre og søsken; den nye avdelingen løser dette slik at syke barn og deres familier blir bedre ivarettatt.

- Den nye barneavdelingen er med andre ord en flott førtiårs gave?

- Ja, det kan vi absolutt si, sier en smilende Eidsvik. ●



Astrid J. Eidsvik,
administrerende direktør i Helse Sunnmøre



FØRTIÅRS GAVE: Ålesund sjukehus har tatt i bruk sin nye Barne- og ungdomsavdeling – med utsmykking i alle etasjer.



TOMME KORRIDORER: Ingen skjerm Brett eller senger å se i korridorene ved St. Olavs Hospital.

PASIENTER PÅ KORRIDOR:

En forgangen tid

– Når de fysiske forutsetningene ikke er til stede blir det ingen korridorpasienter, sier Liv Haugen, medisinsk sjef i Helsebygg Midt-Norge.

Liv Haugen,
medisinsk sjef
i Helsebygg
Midt-Norge



Ved St Olav har de sett på utfordringene på en ny måte og planlagt sykehuset deretter. Dermed er den enkle forklaringen på nedgangen i antall korridorpasienter at det rett og slett ikke er plass på korridorene lengre.

– Det ble avgjort tidlig at sykehuset skulle bygges uten plass til korridorpasienter. Det forutsetter en tilpasning i sykehuset, og St. Olav har tatt den utfordringen. Folk ligger generelt kortere, det er mer utstrakt bruk av pa-

sienthotell og den medisinske utviklingen har gjort store fremskritt som reduserer ligge- og behandlingstid, forteller Liv Haugen, medisinsk sjef/sjef plan- og programmering i Helsebygg Midt-Norge.

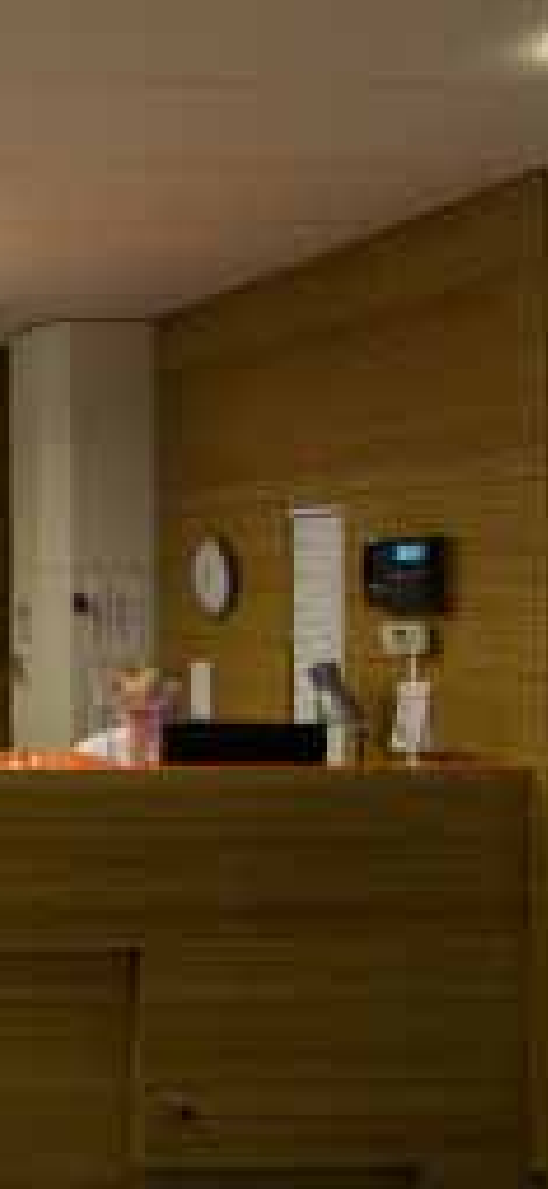
– Det har blitt satset mye på pasientlogistikk de siste årene. Blant annet legges pasientene inn tettere opp mot operasjonstidspunkt. Om 10 personer tidligere kom inn 3 dager før operasjon ble det totalt 30 sengeplasser som måtte brukes - slik er det ikke lengre, sier hun.

FLERE FAKTORER PÅVIRKER

– Når vi bare har enerom betyr det blant annet at vi ikke lenger får utfordringer med kjønnsfordeling mellom rommene. Logistikken blir en helt annen med enerom, sier hun.

– Det finnes fortsatt muligheter i nødsfall. Det er enkelte rom som i utgangspunktet ikke er pasientrom hvor senger kan settes inn ved behov. Uansett er det viktig å understreke at nedgangen i liggetid ville ha kommet med eller uten nytt sykehus, fortsetter Haugen.

– Det nye sykehuset har en observasjonspost med 16 senger hvor pasienter med uavklart diagnose kan observeres i opptil ett døgn for vurdering av innleggelse. Disse pasientene kom-



LYDEN AV TRIVSEL: Oppfordrer til involvering i Helse Nord-Trøndelag.

Et spørsmål om ære

Det er langt igjen til Royal Albert Hall. Skal du dit må kvaliteten høres i hver note. Det er målet til Helse Midt-Norge i 2011 – null fristbrudd.

Helse Nord-Trøndelag innfridde i januar 2011. *Lyden av Trivsel*, Helse Nord-Trøndelags versjon av korslaget, innleder vårt møte med administrerende direktør Arne Flaata og kommunikasjonssjef Trond Skillingstad. De drar i gang den gamle hiten til Prudence - Det er langt igjen til Royal Albert Hall. Målet med prosjektet er å involvere de ansatte.

ENGASJEMENT PÅ ALLE NIVÅ

- Når vi jobber med kvalitet involverer vi de ansatte. Hva er mitt bidrag til å løse dette? Det er slik vi må tenke for at innsatsen for å unngå fristbrudd ikke blir et stunt, forteller en engasjert Flaata.

- Fristbrudd forekommer i to varianter: forsinket vurdering av henvisning og mangel på behandling innen frist. Vi har startet med å erkjenne dette. Da har vi den rette holdningen. Jeg tror at et eget fristbruddkontor ville gjort at erkjennelsen hadde forsvunnet i byråkratiet. Nå er det innarbeidet på alle plan og det har blitt en ærssak for de ansatte. Jeg tror vi har lyktes bra, fortsetter Flaata.

STATISTIKK OG PRAKSIS

I Nord-Trøndelag har fristbrudd ofte vært en konsekvens av registreringsfeil.

- Vi kan ikke bare tippe at det er feilregistrering når statistikken viser mange fristbrudd. Noe er statistikk og

teknikk, noe er reelle fristbrudd som pasienten ikke skal oppleve. Derfor gjør vi minst tre ting: fjerner feil, unngår at systemet mates med nye feil og, ikke minst, gir behandling til pasienter som er i ferd med å oppleve fristbrudd, sier Skillingstad.

- Vi er ikke så opptatt av prosenttallet for foretaket. For å få gjort noe med dette, er det nemlig sentralt å vise antall pasienter og hvilken avdeling disse pasientene hører hjemme i. Da først handler det om folk, både når det gjelder medarbeidere og pasienter, forklarer Flaata.

KONKURRANSEINSTINKT

- Alle sekretærer og en del sykepleiere har fått opplæring i PAS. Pasientene har jo forandret seg de også, nå sjekker de ståa i alle foretak når de shopper sykehusplass. Dermed blir det konkurranse mellom både avdelinger og sykehus. Rundt regnet 100 ansatte har vært til opplæring, sier opplæringsansvarlig Hanne Rønning, før hun forsvinner ut døra for å holde et nytt kurs.

- Vi har etablert et ønske om å bli best på fristbrudd på de enkelte avdelingene; løser du en oppgave øker troen på å løse nye oppgaver. Vi kan bruke erfaringene på andre kvalitetsindikatorer, tilføyer Skillingstad.

- Vi har klart å møte fristen i barne- og ungdomspsykiatrien på 10 dager og er meget fornøyd med det. Videre er det viktig at vi viser fastlegene som henviser til oss respekt ved å følge opp pasientene innen fristene som er satt, sier Flaata.

- Pasientene må føle seg trygge på å få god behandling innen rimelig tid. Dermed er null fristbrudd en god kvalitetsindikator. I neste fase skal vi kanalisere innsatsen over på ventetid. Når vi har fått til det første skal vi også få til det andre. ●

mer ikke inn i spesialavdelingene og tar opp senger i påvente av diagnose. Enten blir pasienten da skrevet inn eller sendt hjem. Dette reduserer presset på senger i spesialavdelingene.

Ved å ha pasienter på korridorene har det ikke alltid vært like tydelig å se at pasientene har vært førsteprioritet. Som universitetssykehus har det også gitt utfordringer ikke å ha pasientene på enmannshånd.

- For NTNU er det en fordel med enerom for samtaler og undersøkelser av pasienter uten bruk av skjermbrett eller å måtte flytte pasienten ut av sengerommet. Den delen av brudd på taushetsplikten som har vært en konsekvens av å ha pasienter på flersengsrom og på korridorene er nå eliminert, forteller Haugen.

- At pasientene er borte fra korridorene og ligger i enerom betyr at risikoen for sykehusinfeksjoner går ned, sier Haugen og viser til studier gjort ved andre sykehus.

- I tillegg bedrer det søvnkvalitet som i sin tur kan bety at liggetiden reduseres. Med enerom bevares mye mer integritet og verdighet for pasientene. Dette har også pasientorganisasjonene kommet frem til at er den beste løsningen.

- For meg er enerom synonymt med bedre kvalitet, avslutter Haugen. ●

LEDERGURUENS RESEPT:

Mer kulturbygging, mindre omorganisering

I unge år ble også professor Jan Ole Vanebo fristet ut i ledelse. 35 år gammel var han den første rektoren på Distriktshøgskolen i Nord-Trøndelag. 28 år og en hyllemeter ledelsesbøker senere, jakter han på framtidens ledertype i offentlig sektor.

Da kommer det godt med at Vanebo er jurymedlem i Europamesterskapet i offentlig ledelse. Professoren ved Høgskolen i Nord-Trøndelag råder sykehusledere til å bruke mer tid på kulturbygging og mindre på omorganisering.

- Sykehus er institusjoner, ikke organisasjoner, forklarer professoren.

- Du våget deg tidlig utpå som lederutvikler for sykehusene?

- Ja, på 80-tallet med seminaret «Effektiv ledelse av sykehus». Det satt åtti deltakere i salen, mange leger, en krevende forsamling sterke personligheter som stirret opp på meg. Hva har jeg begitt meg ut på, tenkte jeg. Da vi kom til temaet konfliktløsning, gikk strømmen. Da ble det småampert i salen. Jeg kan le av det i dag.

Professor Vanebo ser ut av vinduet.

- Jeg var inspirert av bestselgeren til Peters og Waterman «In Search Of Excellence» fra 1982. De prediket at ledere som lykkes, bygger kultur.

- Det sies at leger er umulige å lede?

- Nja. De lar seg ikke styre og kontrollere av administrativ logikk eller av folk med en annen bakgrunn enn dem selv. Men sånn er det med alle som er profesjonelle på kjernevirksomheten i et foretak.

- Mange sterke personligheter, sa du. Så sterke at en som kommer utenfra, uansett kvalitet, ikke har en sjanse som leder på et sykehus?

- «Sykehus er alle atferdsviteres mareritt, inklusive meg selv. For styring av sykehus kan ikke skje ved tradisjonelle management-teknikker.» Det sa en amerikansk gjesteprofessor jeg traff på NTNU, en disippel av Kurt Lewin, organisasjonsutviklingens far. Grunnen er, sa amerikaneren, at sykehus har veldig sammensatte mål, og da lar det seg ikke gjøre å etablere en tradisjonell autoritet ovenfra og ned. Da innså jeg hvor naivt det er å tro at man kan knipse og fikse lederutfordringene på sykehusene med tradisjonell styring.

- Så du blir ikke overrasket når det står strid om hva slags lederskap som gir best kvalitet på sykehusene?

- Doktorgraden min handlet om ledelse og endring av sykehus. På nært hold fulgte jeg sammenslåingen av Hamar sykehus og Fylkes sykehuset i Elverum på 90-tallet. Etter at jeg

var ferdig, ringte Hamar Dagblad og spurte om jeg ville kommentere at sykehuskrigen nå var avblåst. De to sykehusene hadde nemlig ikke flyttet seg en meter, politikerne ga opp til slutt. Jeg sa til journalisten at vi kunne ha spart oss mye bry om vi på forhånd hadde tatt turen inn til Legeforeningen i Oslo og spurt dem hvor store forandringer vi fikk lov til å gjøre.

- Hva synes du om at en fagforening styrer spesialisthelsetjenesten i Norge?

- Det at Legeforeningen i stor grad styrer norsk helsevesen, gjør at både leger og sykehusledere bør lese Karl Weicks bok «The social psychology of organizing.»

Weick beskriver hvordan meninger dannes i en organisasjon: Alle parter jakter hele tiden på løsninger, det vil si koblinger mellom mål og midler. Og når en gruppe ser en løsning, så lagrer de den. Den blir deres Løsning med stor L, uansett om de senere får ny informasjon eller hva andre grupper måtte mene.

- Slik du framstiller det, er eneste måte å endre sykehusene på å få legene til å gjennomføre de forandringene de selv foreslår.

Jan Ole Vanebo ser ut av vinduet igjen. Når han etter noen sekunder vender tilbake til intervjuet, har han med seg Philip Selznick.

- Sykehus er ikke organisasjoner, de er institusjoner. Selznick beskriver hvordan organisasjoner blir institusjoner, «infused with values», impregneret med verdier, med etablerte praksiser, måter å gjøre ting på. Jeg tror politikere og direktører undervurderer kraften i et institusjonalisert system som et sykehus er.

- Betyr det at du må skrive et eget kapittel om ledelse av sykehus i den neste boka di om ledelse i offentlig sektor?

- Det er annerledes å lede sykehus, fordi det handler om liv og død. Forresten gjør jo fotball også det, da.

- Så sykehus og fotballklubber ligner mer på hverandre enn sykehus og ligningskontor?

- Hvis du studerer konfliktnivået i en del fotballklubber, så er det nok like høyt som i sykehusene. Sykehus er så politisert og har så mye med identitet å gjøre at det er vanskeligere å legge ned en fødeavdeling enn en grendaskole. Folk opplever at det er selve eksistensgrunnlaget som trues.

Når det er sagt, så trenger man ikke dermed være vaksinert mot effektivisering. På 1980-tallet sto det en overskrift over fire spal-

ter i Namdal Arbeiderblad: «Hvorfor får alle pasienter på Namdal sykehus time klokka halv ti?» Svaret var: Da kom bussen fra Brønnøysund.

Jan Ole Vanebo ler så øynene blir borte inni ansiktet.

- Det er blitt noe bedre, men her har sykehusene fortsatt en vei å gå.

- Når det gjelder pasientforløp ser det ut til at noen sykehus får til endring, med høyere kvalitet som resultat.

- Det burde vært satset mye mer på pasientforløp enn på struktur- og organisasjonsendringer. Pasientforløpet appellerer til profesjonene.

Problemet er at mange endringer i strukturer og organisasjonskart ikke har resultert i ønsket endring i atferd og kultur. Jeg tror vi nå ser en motreaksjon, det er det vi kaller Ny offentlig ledelse. Ledelse er et relasjonelt fenomen, forhold mellom mennesker knyttet til kjernevirksomheten. Det har vært for mye styring. Lederskapet er blitt forsømt.

Samhandlingsreformen krever en ledelse som er nyskapende på relasjonsbygging. Nettverk og partnerskap på tvers av forvaltningsnivåene, effektiv på brukermedvirkning og forhold mellom mennesker knyttet til kjernevirksomheten. Hvis du tror kommunikasjon blir en nøkkelkompetanse for ledere i framtida, har du rett.

Les hele intervjuet med Jan Ole Vanebo på http://www.helse-midt.no/Magasinet_Helse_1-2011. ●

Jan Ole Vanebo

- Professor ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Siviløkonom fra Norges Handelshøyskole.
- Doktorgrad på ledelse i store endringsprosesser.
- 35 år gammel: første rektor ved Distrikthøgskolen i Nord-Trøndelag.
- En av Norges fremste forskere på ledelse i offentlig sektor.
- Har skrevet en rekke lærebøker. De fleste om offentlig ledelse.



Sikrer vikarpraksis

I lys av sakene med Adecco Helse den siste tiden går Helse Midt-Norge gjennom interne forhold for ytterligere å sikre at lov og forskrift følges. Helseforetakene er bedt om å dokumentere at det ikke forekommer brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser. Vikarer registreres inn i foretakenes personalsystemer som andre tilsatte, slik at dette vil kunne dokumenteres. Videre har Helse Midt-Norge noen regionale avtaler knyttet til annet personell, hvor leverandørene vil bli avkrevd samme dokumentasjonsplikt som de nasjonale.

Åpen netthøring

Utkast til revidert prehospital plan er lagt ut på åpen netthøring.
– Det er viktig at befolkningen kan få uttale seg om de viktigste prinsipielle spørsmålene rundt hvordan akuttilbudet skal være i de nærmeste årene, sier Gunnar Bovim, administrerende direktør for HMN.

Høringssvar sendes inn via Helse Midt-Norges nettsted. Det har vært gjort et betydelig forarbeid forut for høringen, der en blant annet har kartlagt hvordan tjenestene er organisert i dag, evaluert hvordan dagens organisasjon fungerer, og kartlagt alternative organisasjonsmåter. Dette er summert opp i en rapport som ble framlagt for styret i Helse Midt-Norge 3. februar. Rapporten vil bli vurdert sammen med høringsuttalelser fra KS, de lokale helseforetakene og befolkningen i regionen.

Høringsfrist er satt til 15. april.

Høyblokka lever videre i Sierra Leone

Under tømning og utflytting av høyblokka, ble en del utstyr samlet med tanke på gjenbruk. En hel container med «høyblokkavfall» har nå nådd Sierra Leone.

– Vi er en gruppe fra St. Olav som har startet et kirurgisk opptrappingsprogram for Clinical Health Officers i Sierra Leone. Formålet er å trene denne gruppen til å gjøre enkle, men livreddende operasjoner. Landets ti kirurger har ikke kapasitet til å dekke behovet hos en befolkning på seks millioner, forteller lege ved Kirurgisk klinikk på St. Olav, Håkon Angell Bolkan.

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



Hjerneslag

– raskt til sykehus!

Hvis ett
eller flere
av disse
symptomene
plutselig
oppstår:

**Ring
113**

F



FJES

- Ansiktslammelse
- Smiler skjevt

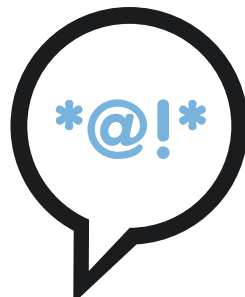
A



ARM

- Lammelse
i arm eller bein

S



SPRÅK

- Språkvansker
- Finner ikke ord

T



TALE

- Taleproblem
- Utydelig tale

Ved hjerneslag teller hvert minutt!

- Rask identifisering muliggjør rask innleggelse i slagenhet for behandling som kan begrense hjerneskaden.
- Symptomene oppstår vanligvis akutt, oftest uten smerte og i en kroppshalvdel.
- 15 000 personer i Norge får hjerneslag hvert år.
- Ved rask og riktig behandling kan en stor andel av disse leve et aktivt liv også etter hjerneslaget.