



Framtidas helsetjeneste

Flere eldre og færre hender krever
nye måter å jobbe på | s. 4

Døden

Hvordan snakke om det som er for
vanskelig å sette ord på? | s. 26

Demensgåten

Virtuell skattejakt kan gi
demens-svar | s. 32

Innhold



Kan ikke bare fortsette å springe raskere | s. 4



2030 – hvordan ser framtidens helsetjeneste ut? | s. 6



Skal finne flaskehoalser og tidstyver | s. 8



Helseplattformen. Bedre innsikt – bedre helse | s. 10



Snakker ikke om det aller vondeste | s. 13



– Forbereder oss på å møte den digitale framtida | s. 16



Ny teknologi skal bedre sikkerheten for traumepasienter | s. 20



Langt fra noen «plasterbu» | s. 22



Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet? | s. 26



De vanskelige, men nødvendige beslutningene | s. 29



Virtuell skattejakt kan gi demens-svar | s. 32



Les om Psykiatriløftet og andre saker | s. 35

Leder

Å gjøre en forskjell

Det har skjedd, og det kommer til å skje enda større endringer i helsetjenesten de neste årene. I Midt-Norge vil Helseplattformen, sammen med andre digitale løsninger, gi oss nye muligheter for samhandling og en mer effektiv hverdag for både pasient og helsearbeider.

Den regionale utviklingsplanen som Helse Midt-Norge denne høsten har ute på høring, bygger på vår Strategi 2030 og blir et viktig bidrag inn i arbeidet med rullering av den nasjonale helse- og sykehusplanen som Stortinget får til behandling i 2019.

Magasinet HELSE som du nå holder i hendene, kaster lys over flere sentrale sider av det endringsarbeidet vi står midt oppe i. Helsetjenesten har fått et betydelig kvalitetsløft gjennom arbeidet med pakkeforløp. Pasientens behandlingsforløp planlegges bedre, og vi har større trygghet for at helsetjenesten gir et likeverdig tilbud til befolkningen.

Digitalisering, standardisering og det som skal bli en felles journalløsning for både primær- og spesialisthelsetjeneste, gir oss som region store muligheter til å utnytte ressursene bedre, etablere regionale fellesløsninger og endre oppgavefordelingen der dette er tjenlig. Vi trenger nytenking og endringsvilje for å møte utfordringene og økt behov for helsehjelp i årene framover.

Det kan være lett å la seg blende av teknologiske løsninger, men vi må aldri glemme at for helsetjenesten er det pasientens behov og krav på god behandling som har førsteprioritet. Teknologien er kun et verktøy.

Samtalen og møtet med mennesker som er i sin livskrise, utfordrer oss på en helt annen og personlig måte. Det er i slike situasjoner at helsepersonell kan bidra til å gjøre en forskjell. I Midt-Norge sier vi at vi er på lag med deg for helsa di. Det gjelder for oss på et personlig plan og er rettesnor når vi må gjøre prioriteringer og tunge beslutninger skal tas. Fremragende helsetjeneste er noe vi skaper i dette spennet: Ivaretagelse av det enkelte mennesket – både pasienten og helsearbeideren – og en oppgaveløsning som ivaretar samfunnsansvar og likeverd.



Stig Arild Slørdahl
Adm.dir. – Helse Midt-Norge RHF

Utgiver:

Helse Midt-Norge RHF
Wessels veg 75
7502 Stjørdal

Ansvarlig redaktør:
Tor Harald Haukås
kommunikasjonsdirektør

Redaksjon:
Helse Midt-Norge
Bennett Reklamebyrå AS
Anna Lian

Utforming:
Bennett Reklamebyrå AS

Foto:
Terje Visnes

Illustrasjoner:
Margrete Indahl

Trykk:
Skipnes

Opplag:
11 000



helse-midt.no





– Kan ikke bare fortsette å springe raskere

Vi føder stadig færre barn og lever mye lenger. Så hvordan skal vi unngå at halvparten av oss snart må jobbe i helsesektoren for å kunne passe på den andre halvparten som er syke?

– Helsesektoren står foran en betydelig endring de neste årene. Selv om vi hadde hatt penger nok og politisk vilje til å fortsette som før, så har vi rett og slett ikke hender nok til å fortsette slik vi gjør i dag, sier Nils Kvernmo.

Varig endring

Den tidligere St. Olavs-direktøren tok tidligere i år over jobben som direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge. En av de første oppgavene han tok fatt på var å ferdigstille et høringsutkast til regional utviklingsplan for perioden fram mot 2035. Analysen viser fram en rekke utfordringer vi står overfor i årene som kommer.

– Den store utfordringen, som vi ikke klarer å ta helt inn over oss, er at vi ser en varig endring i demografi. Vi lever mye lenger enn tidligere og antallet barn som fødes går ned. Det vil si at vi får langt flere eldre, samtidig som den yrkesaktive andelen av befolkningen minker ganske betydelig. Og dette er ikke noe som går over, sier han.

Må endre måten vi jobber på

Siden andre verdenskrig har kostnadene til spesialisthelsetjenesten blitt doblet hvert tiende år, og de utfordringene som har dukket opp har stort

sett blitt møtt med politisk vilje til å bevilge mer penger. Det har, sammen med stort fokus på forskning og utdanning, sendt Norge i verdenstoppen når det gjelder helsetjenester. Men det har også bidratt til en befolkning med høye krav og forventinger.

– Ambisjonen vår er fremragende helsetjeneste, og det betyr at vi fortsatt skal yte behandling i verdensklasse for absolutt alt og for alle. Dette er det bred politisk enighet om. Men når vi blir stadig færre til å gjøre jobben er vi nødt til å utnytte ressursene bedre, og det har det ikke vært snakket så mye om i debatten så langt, sier Kvernmo, og legger til:

– Til nå har det vært få strukturendringer i helsesektoren. I stedet har folk hele tiden måttet springe raskere. Det kan vi ikke fortsette med. Skal vi opprettholde ambisjonsnivået må vi finne nye måter å jobbe på.

– Men må vi belage oss på å springe like raskt som i dag?

– Ja, det tror jeg. Det er nok en del av prisen vi betaler for levestandarden vi har. Det merkes også i samfunnet for øvrig med et stadig større arbeidspress i alle typer bransjer, påpeker han.

Digital pasientjournal

Helseplattformen blir et sentralt verktøy for å utvikle og endre helsetjenesten framover. Det nye digitale journalsystemet skal sørge for en mer helhetlig og effektiv helsetjeneste.



«Veldig mye av sykdomsbyrden som kommer skyldes livsstil. I Midt-Norge alene er tilleggskostnadene i spesialisthelsetjenesten knyttet til fedme på 350–400 millioner i året.»

– Undersøkelser viser at noe av det pasientene er minst fornøyd med er at de ikke føler at de er del av et sammenhengende system. Helseplattformen er viktig nettopp fordi den gir oss mulighet til å samhandle bedre, blant annet gjennom informasjonsdeling mellom spesialist og fastlege. I tillegg gir den pasienten et helt annet innsyn i egen journal enn det vi har i dag og vil bli tidsbesparende for ansatte, sier Kvernmo.

Flere pakkeforløp på vei

«Standardisering» er et annet begrep som vil dukke opp stadig oftere når vi snakker om helsesektoren framover, og da gjerne hånd i hånd med «pakkeforløp». Helt konkret handler det om å unngå uønsket variasjon gjennom å få på plass felles retningslinjer for diagnostisering og behandling.

– Vi har uforklarlig mye variasjon på enkelte behandlinger og sykdomsforløp. Vi ser for eksempel at det noen steder i landet gjøres langt flere menisk- eller mandeloperasjoner enn andre steder, uten at det er noen klar årsak til det, forteller han.

Et pakkeforløp inneholder tydelige frister og beskriver hvordan oppfølgingen videre skal være for ulike sykdommer eller behandlinger. Dette er allerede etablert for kreftpasienter, og de positive erfaringene derfra gjør at flere standardiserte forløp er på vei, blant annet innen psykisk helse og rusfeltet.

– Erfaringene med pakkeforløp for kreft er at pasientene er mer fornøyde. Vi har fått ned ventetidene og opp ressursutnyttelsen. I tillegg legger det til rette for et mer helhetlig løp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og det setter pasientene pris på, sier helselederen.

Samler fagkompetanse

Et annet sentralt tema i helsedebatten har vært hvor mange sykehus vi skal ha, hvor de skal ligge og hva de skal inneholde. Denne debatten blir heller ikke mindre aktuell i årene framover, og Kvernmo peker spesielt på utfordringene i det å skulle ha en desentralisert sykehusstruktur samtidig som vi skal opprettholde spesialiserte fagmiljø.

– En stor del av de gode resultatene vi har oppnådd skyldes at vi har en veldig spesialisering av kunnskap. Skal vi kunne kombinere dette med et ønske om en desentralisert sykehusstruktur må vi ha en mer nettverksorientert funksjonsfordeling, sier han og kommer med eksempler på hvordan dette kan organiseres framover:

– Vi jobber allerede med å få på plass en felles klinikk for bildediagnostikk i Trøndelag. Det betyr at vi kan ha eksperter på forskjellige felter innen radiologi som sitter på ulike steder i regionen, men med en felles ledelse. På sikt kan vi kanskje også få det samme for laboratorievirksomhet og patologi.



Nils Kvernmo

- Direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge
- Utdannet sykepleier og har hatt en rekke lederstillinger i helsesektoren blant annet som administrerende direktør St. Olavs hospital fra 2009-2018

Forebygging blir avgjørende

Mye kan effektiviseres gjennom digitalisering og nye måter å organisere seg på, men skal vi fortsatt ha en helsetjeneste i verdensklasse, må vi som befolkning også brette opp ermene – og ta i et tak.

– Veldig mye av sykdomsbyrden som kommer skyldes livsstil og er knyttet til overvekt, rus og røyking. De faktorene forklarer veldig mye. Hvis vi ser på BMI for eksempel, så har den økt dramatisk de siste 30 årene. I spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge alene er tilleggskostnadene knyttet til fedme på 350-400 millioner i året.

– Betyr det at vi i framtida er nødt til å ta større ansvar for egen helse?

– Ja. Det betyr ikke at du ikke skal få behandling for livsstilsrelaterte helseplager og sykdommer, men at vi må jobbe enda mer med å dempe behovene gjennom forebygging. Det er både et politisk og et individuelt ansvar, sier han.

At helsetjenesten står foran en periode med store endringer er udiskutabelt, og selv om knappere økonomiske og menneskelige ressurser kan tegne et litt dystert bilde, er det grunn til å minne om at det aldri har vært bedre å være pasient enn det er i dag.

– Totalbildet er veldig positivt. For eksempel så er dødeligheten av hjerteinfarkt halvert siden 1990, og kreft, som tidligere var en dødsdom, har 70 % overlevelse. I tillegg skjer det veldig mye innen forskning og ny teknologi som gjør at de medisinske mulighetene vokser raskere enn noen gang, avslutter Kvernmo.

Regional utviklingsplan

- Alle helseforetak skal ha utviklingsplaner som skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket.
- Det er gitt nasjonale og regionale føringer for dette arbeidet.
- Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet en samlet plan for vår region som er lagt ut til høring.
- Høringsfrist er 15. oktober 2018. Høringen er åpen for alle og innspill vil publiseres på nett.

2030

Hvordan ser framtidens helsetjeneste ut?

Hjem

Forutsetningene for god helse skapes i hverdagen til hver og en av oss. Digitale hjelpemidler gir deg muligheten til å ta aktivt del i din egen behandling, gir deg personlige råd og veiledning for å unngå livsstilssykdom. Blir du syk vil mange kunne behandles hjemme.

- Forebygging og opptrening etter sykdom
- Personlige oppdaterte helsedata i sanntid
- Egenbehandling av kronisk sykdom
- Digitale konsultasjoner og oppfølging

Kommune og fastlege

I stedet for å reise inn til sykehuset får pasienter ved hjelp av ny teknologi oppfølging via fastlegen. Helsetjenestene er organisert rundt pasienten og Helseplattformen bidrar med sømløs kommunikasjon og lett tilgang til medisinsk informasjon i sanntid.

- Digitale møteplasser for lege og pasient
- Fastlegen får digital støtte i sin medisinske praksis
- Tverrfaglig kommunikasjon sikrer god digital samhandling
- Forenkling i hverdagen gir bedre tid til menneskelig kontakt

Spesialisthelsetjenesten

Digitalisert medisinsk informasjon og muligheten til å håndtere og analysere store datamengder, gir grunnlag for personlig tilpasset behandling og medisinske framskritt gjennom forskning og innovasjon. Standardisering gir effektiv samhandling, bedre pasientsikkerhet og likeverdig helsetilbud.

- Nettverksorganisert samarbeid mellom spesialister på sykehus.
- Digitale løsninger gir effektiv kommunikasjon, forenkling i hverdagen og tilgang på informasjon i sanntid.
- Avansert medisinsk behandling kan i økende grad tilbys hjemme hos pasienten.
- Tett samarbeid med fastlege og primærhelsetjeneste rundt den enkelte pasient.

Helseplattformen samler helsetjenesten

Skal finne flaskehalser og tidstyver

Unødvendig telefonkø, dobbeltføring og systemer som ikke snakker sammen. Det er noe av det de ansatte håper forsvinner når det nye journalsystemet Helseplattformen kommer på plass.

På et møterom i Jarleveien i Trondheim legger de ansatte ved enhet for rustjenester hodene i bløt. De er på jakt etter flaskehalser og tidstyver i måten de jobber på i dag.

Innspillene som kommer skal brukes i utviklingen av det nye helsejournalssystemet – Helseplattformen. Et system som drastisk vil endre måten hele helsevesenet jobber sammen på.

Legger til rette for samhandling

– I dag finnes det rundt 17 forskjellige journalsystemer i helsevesenet. Fastlegen har tre systemer, helsestasjonen har ett og sykehusene et annet. Det fører til at vi får en fragmentert helsetjeneste som stopper opp når vi skal samhandle, sier Sylvi Sand, fagleder i Trondheim kommune.

Hun har vært med på å lede omlag 70 workshops med alle enhetsområder innen helse i Trondheim kommune. Målet er å kartlegge dagens arbeidsprosesser for å finne svar på hva som kan gjøres bedre i den nye løsningen.

– Vi prøver å finne svar på hvordan vi vil ha det i framtida. Hva er det som fungerer i dag og hvor er flaskehalsene i dagens system. Hva slags tekniske dingser trenger vi for å gjøre jobben vår og hvilke krav stilles til nytt utstyr? Det er noen av spørsmålene de ansatte har fått vært med og svare på, sier hun.

Involvering er nøkkelen

Sand mener involvering er nøkkelen for å lykkes med det enorme prosjektet. Bare i Trondheim kommune skal minst 4000 ansatte få opplæring når det nye systemet etter hvert skal innføres. Da er det viktig at prosessen ikke har vært «ovenfra og ned».

– Det er derfor det er så viktig at de som faktisk jobber med det skal få si hva de mener. Det er jo de som kjenner arbeidsprosessene best. Mange ansatte har vært med på slike workshops, og vi har også utviklet en nettside der de kan komme med innspill, forteller hun.

Janne Bergamelli er sosionom i enhet for rustjenester, uteteamet, og hun setter pris på å få bidra med sine innspill.

– Jeg synes det er spennende å få være med og utvikle den nye løsningen. Et godt journalsystem er viktig for oss for å kunne gjøre en god nok jobb, og det vi har i dag er et irritasjonsmoment, innrømmer hun.

Bergamelli mener den største fordelen med det nye systemet der hun jobber er at de ansatte får frigjort mer tid til brukerne.

– Dagens system er tungrodd og vanskelig å lete i, og det er mye dobbeltføring av informasjon. Med det nye systemet kan vi bruke mindre tid i telefonkø og mer tid på brukerne, og vi vil også få et bedre helhetsbilde av situasjonen til brukerne slik at vi kan gi bedre oppfølging til hver enkelt, mener hun.



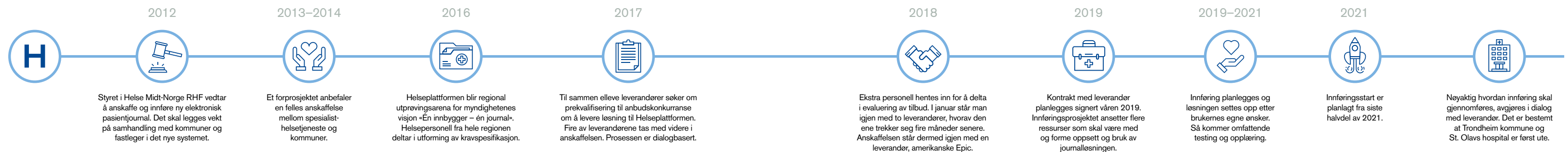
Sylvi Sand,
fagleder i Trondheim kommune



Workshop. Sosionom Janne Bergamelli setter pris på å få bidra med innspill til Helseplattformen.

Helseplattformen

- Helseplattformen eies av Helse Midt-Norge og Trondheim kommune.
- Programmet skal anskaffe og innføre ny felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge.
- Det er første gang det etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjenesten, fastleger og avtalespesialister.
- 84 kommuner i Midt-Norge har signert opsjonsavtale som gjør at de kan koble seg på løsningen. Det samme gjelder for alle fastleger og avtalespesialister.
- 40 000 helsearbeidere i 84 kommuner og ved tre helseforetak (åtte sykehus) får nytt arbeidsverktøy.
- 720 000 innbyggere får muligheten til en mer aktiv rolle gjennom en egen pasientportal. Det gir enklere muligheter for blant annet egenregistreringer, timeavtaler og innsyn i journal.
- Helseplattformen er bygd opp som et program delt i tre prosjekter: Anskaffelse, innføring og gevinstrealisering.



H



Store forventninger

«Vi skal endre helsetjenesten» er blitt et gjennomgangstema for Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF. Hva mener han med det?

– At helsetjenesten det neste tiåret vil ta store utviklingssteg, og at dette er helt nødvendig for å møte framtidens utfordringer, sier Slørdahl.

Slørdahl påpeker at helsetjenesten må utnytte potensialet som ligger i moderne teknologi og digitalisering. Det er en forventning fra befolkningen som er godt vant med sømløse tjenester på andre samfunnsområder. Det er også nødvendig å jobbe smartere fordi vi ellers vil mangle helsepersonell om noen få år, sier han.

– Helseplattformen er ett av verktøyene for å nå de målene vi i Helse Midt-Norge har satt oss i vår utviklingsstrategi, sier Slørdahl.

En felles løsning som følger pasienten

Han ser frem til de mulighetene den nye journalløsningen vil gi.

– Legene får mye lettere tilgang til oppdatert kunnskap både om pasientens behov og om beste praksis på sitt fagområde. Vi kommer til å spare mye dobbeltarbeid og tid som i dag går med til leting etter dokumentasjon fra ulike datasystemer. Med Helseplattformen får vi én felles løsning som følger pasienten i alle møter med helsetjenesten.

Etter å ha besøkt helseforetak i flere land og sett hvordan de har håndtert omlegging til moderne journalsystem, er det spesielt én ting som har slått helsedirektøren:

– Det er at graden av suksess først og fremst avhenger av vår evne til å forberede oss og bygge organisasjonene slik at vi får fullt utbytte av teknologien, sier Slørdahl.

– Leger, sykepleiere og annet helsepersonell må være tett på arbeidet. Denne prosessen gir oss også en mulighet til å forbedre mange av arbeidsprosessene våre.

Bedre innsikt – bedre helse



Overlegen, fastlegen og sykepleierne er skjont enige: Helseplattformen blir et etterlengtet evolusjonært sprang – både for ansatte og for pasientene.

Lasse Folkvord har jobbet som fastlege siden 1990 og fram til han i 2017 begynte å jobbe med Helseplattformen. Han mener overgangen til det nye journalsystemet kan sammenlignes med å gå fra en gammel Nokia til en ny iPhone.

Korrekt informasjon

– Det blir et evolusjonært sprang. Det ligger så mange muligheter i det nye systemet, men det kan ta litt tid før folk erkjenner hvilke fordeler det kommer til å gi. Folk var glade i Nokiaen sin og brukte litt tid før de skjønnte at de trengte noe mer enn det den kan tilby. På samme måte så vil det nok ta litt tid før alle skjønner hvilket potensial som ligger i Helseplattformen, sier han.

Fra et fastlegeperspektiv blir den største fordelene at all informasjon om en pasient vil være korrekt og oppdatert til en hver tid, mener Folkvord.

– I dag er ikke systemene synkroniserte i tid. Det betyr at informasjon kan være riktig i det den blir sendt, men feil når den blir mottatt. Det kan medføre at du som pasient må ta prøver unødige og at du fort kan kjenne deg utrygg på om legen eller sykehuset har den informasjonen de trenger. Som pasient er du sårbar og det er viktig at du skal slippe å ta ansvar for å overbringe viktig informasjon selv, sier han.

– I tillegg går det med mye tid på å navigere mellom systemene. Det har egenverdi for meg også, ingen lege har lyst til å bruke unødvendig mye tid foran tastaturet.



Evolusjonært sprang. Overlege Paul Fuglesang ved Sykehuset Levanger og prosjektleder for innføring i Helse Nord-Trøndelag, Hilmar A. Hagen, mener Helseplattformen drastisk vil endre helsetjenesten.

Minst mulig «plunder og heft»

Paul Fuglesang er overlege ved ortopedisk avdeling ved Levanger sykehus og deler Folkvords entusiasme. Han har også bidratt i arbeidet med Helseplattformen og er opptatt av at helsepersonell skal ha et mest mulig effektivt arbeidsverktøy.

– Det skal være minst mulig «plunder og heft». Det er viktig at vi jobber effektivt og har gode verktøy, og det nye systemet vil være langt bedre enn de vi har i dag.

Han forteller at det blant annet kommer til å bli mye enklere å hente ut klinisk informasjon i ettertid, ta ut statistikk og gjennomføre kvalitetskontroll på eget arbeid.

H

– Vi vil kunne legge inn data i det nye systemet på et språk dataen forstår og som blir søkbart. Det kommer til å utgjøre en stor forskjell både når det gjelder tidsbruk og sikkerhetsmessig, sier han.

Bedre innsikt

I tillegg vil den daglige jobben som sykehuslege blir enklere med det han beskriver som «færrest mulig trykk og enklest mulig tilgang»:

– Til nå har vi måttet bruke tid på å logge inn og ut av ulike system og på å lete opp informasjon. Nå vil vi kunne få for eksempel røntgen- og laboratoriesvar i samme system, forteller overlegen.

Og blant det viktigste – pasientene vil også få bedre tilgang til informasjon og mulighet til å legge inn egne opplysninger i journalen.

– Pasientene kan få tilgang til en del informasjon som ventelistestatus og planlagt forløp. Hvis de for eksempel skal opereres for slitasje i hofteledd kan de se hvilken dag som er beregnet for operasjonen og hvilken dag de kan forvente å komme hjem. Det å få bedre innsikt i sitt eget forløp gir økt trygghet og mindre bekymring, og dermed også bedre helse. Det er jeg helt overbevist om, sier han.

Kunnskapsbase

Marianne Mohrsen er utdannet sykepleier og er for tiden kjøpt fri fra jobben som avdelingsleder ved et helsehus i Trondheim kommune for å jobbe med å utvikle Helseplattformen. Hun har jobbet mye med å lage ulike brukerscenarier som skal beskrive hvordan Helseplattformen vil fungere i praksis. Og hun trekker også fram tilgangen til informasjon som en vesentlig fordel.

– Som pasient skal du selv få tilgang til en innbyggerportal der du kan legge inn opplysninger om egen helse, og der alle testresultater og diagnoser kommer. Hvis det er snakk om mer alvorlige tilbakemeldinger blir disse selv sagt alltid gått gjennom direkte med pasienten først før det blir lagt i journalen. Så kan du etterpå gå inn og sjekke hva det egentlig var legen sa og lese deg opp på diagnose og bruke systemet som en kunnskapsbase, sier hun.

Også helsepersonell vil kunne benytte det nye systemet som en kunnskapsbase gjennom såkalt beslutningsstøtte, kunnskapsstøtte og fagfellestøtte som ligger i systemet. Mohrsen forteller at det er planlagt flere ulike funksjoner som gir de ansatte tilgang til mer kompetanse og informasjon når de har behov for det.



HELSEPLATTFORMEN

EN SAMMENHENGENDE
HELSETJENESTE



Sykepleier Marianne Mohrsen fra Trondheim kommune og fastlege Lasse Folkvord er prosjektmedarbeidere i Helseplattformen.

– Helseplattformen vil bli en veldig god arbeidsstøtte. Helsepersonell vil få umiddelbar tilgang til oppdatert informasjon om et fagområde, og ved hjelp av det vi kaller klinisk beslutningsstøtte kan du få varsel hvis det for eksempel er en medisin pasienten ikke skal få på grunn av en diagnose eller et prøvesvar, forteller hun.

Veiledning fra fageksperter

Slik støtte kan komme ekstra godt med i mindre kommuner i distriktene der det ofte er færre ekspertpersonell og større behov for veiledning.

– Ved hjelp av det vi kaller fagfellestøtte kan helsepersonell for eksempel ta bilde av et sår og få veiledning fra hudklinikk når de er ute hos en pasient slik at pasientene ikke behøver å dra et annet sted for å få hjelp. I årene framover er det stadig større behov for at flere behandles i hjemmet fremfor institusjon og sykehus, og ny teknologi som dette gir større muligheter for det, sier Mohrsen. Og får støtte fra Hilmar A. Hagen som er sykepleier og prosjektleder for innføring av Helseplattformen i Helse Nord-Trøndelag.

Pasientens journal

– Vi vet at det blir færre hoder og hender som skal håndtere utfordringene som kommer i helsetjenesten i framtida. Og det krever at vi må jobbe på en ny måte. Sånn sett blir Helseplattformen ikke bare en ny journalløsning. Det blir også en organisasjonsutvikling som sørger for at ressursene kan brukes mer effektivt ved hjelp av ny teknologi som snakker sammen med journalsystemet, sier han.

Hagen mener Helseplattformen er det verktøyet som faktisk gjør helsenorge i stand til å oppfylle samhandlingsreformens visjon om koordinerte og helhetlige tjenester for pasientene.

– Jeg tror at Helseplattformen kan være det verktøyet som vil kunne bidra til at vi langt på vei når disse målene. Her legges det fysisk til rette for å dele informasjon og kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten og der ligger det store gevinster, ikke minst for pasientene. Systemet vi har i dag er «doktors journal», men Helseplattformen blir pasientens journal, sier han.

Snakker ikke om det aller vondeste

4 av 5 ungdommer snakker ikke om årsaken til at de har det vondt i møtet med psykisk helsevern. Det vil Christina (20) og Silje (20) gjøre noe med – sammen med hundrevis av andre «PsykiskhelseProffer».

A smooth sea never made a skilled sailor





Forandringsfabrikken. Silje og Christina er «PsykiskhelseProffer» i Forandringsfabrikken og etterlyser forståelse før diagnoser i møtet med psykisk helsevern.

Gjennom Forandringsfabrikken og fagutviklingsarbeidet Mitt Liv har trønderne Christina (20) og Silje (20), sammen med flere hundre barn og ungdommer fra hele landet, bidratt med sine erfaringer og råd for å utvikle god praksis innen psykisk helsevern for barn og unge.

Etterlyser forståelse før diagnoser

Christina og Silje har begge egne erfaringer fra psykisk helsevern for barn og unge.

– Det er vi som er i systemet her og nå som vet hvordan det faktisk er. Det er vi som føler om hjelpen er nyttig eller ikke. Slik systemet er nå er de ofte opptatt av helt andre ting enn det vi synes er viktig, blant annet å sette diagnoser, sier Silje.

Et av de viktigste spørsmålene i arbeidet har vært hva som skal til for at behandlingen skal handle om det de unge selv synes er viktig, og ikke bare det å gi «merkelapper» og symptombehandling. I dag er behandleren forpliktet til å sette en foreløpig diagnose allerede i første time. Det klare rådet fra PsykiskhelseProffene er at behandlere må bli kjent med barnet først. Og enda viktigere at de må endre fokus – de må være mer opptatt av årsakene bak, enn av symptomer og skjema.

– Man blir sliten av at de «leter» etter diagnoser, og det blir lett å tenke «skal du også finne feil med meg liksom?», sier Silje.

– Vi føler oss fort som problembarn, og at alt kan bortforklares eller skyldes på diagnosen vår. Hvis noen for eksempel blir sint eller utagerer så blir det feid bort med «han har jo ADHD». Men ingen spør hva som er årsaken bak, sier Christina.

Opptatt av symptomer

I Forandringsfabrikkens undersøkelser er det svært mange som trekker frem at oppmerksomheten på diagnoser ikke kjennes nyttig. Hele 4 av 5 har svart at de aldri har snakket om årsaken til at de har det vondt i samtaler med behandleren sin. Og det til tross for at nesten alle oppga at de visste hva de ønsket hjelp til.

– Min følelse er at de voksne ikke er modige nok til å bli ordentlig kjent med oss. I stedet fokuserer de mye på smerteuttrykkene våre, altså symptomer. Det føles som de er mer opptatt av hvordan symptomene våre påvirker de rundt oss enn hva de faktisk handler om for oss. Og de virker heller ikke interesserte i hvorfor vi reagerer som vi gjør, sier Christina.

– Jeg tror ikke det handler om vond vilje, men kanskje at de er redde for å finne ut hva som ligger bak, at de er redde for å se. De er veldig opptatt av skjema og må sette foreløpig diagnose veldig kjapt, og da fokuserer de bare på det, sier Silje.

Vanlige barn – med ekstra bagasje

Mange av PsykiskhelseProffene har opplevd å få diagnose raskt, og uten at behandlerne visste hvordan livet til den det gjaldt egentlig var. Diagnosene får følger for behandling og oppfølging i lang tid.

– Den diagnosen jeg fikk tidlig har hatt store konsekvenser for meg. Den bestemte hvordan andre så på meg, og gjorde mye med hvordan jeg forstod meg selv. De hadde satt diagnosen uten å vite nok om meg, og da ble veldig mye feil, forteller Silje.

– Det som er farlig med å fokusere på diagnose tidlig er at de fleste ikke kjenner seg trygge nok til å fortelle om det som er vondt eller strevsomt til noen de ikke kjenner. Vi må svare raskt på spørsmål som kan være veldig vanskelige og sårbare. Behandlere er for eksempel pålagt å spørre om du har selvmordstanker allerede i første time. Hvordan skal jeg kunne svare på det til noen jeg ikke kjenner, spør Christina.

– Hvordan får det dere til å føle dere?

– Det får meg til å føle meg liten, sier Silje.

– Det føles vondt og utrygt. Du føler deg ikke som menneske på lik linje med behandleren, sier Christina.

– Det er som med venner. Det er tryggere å åpne seg til noen en kjenner litt. Og slik bør det være med en behandler også, de bør tørre å åpne seg litt. Jeg pleier å si at de bør møte oss som de ville møtt tantebarnet sitt. Vi er vanlige barn, men med litt ekstra bagasje, sier Silje.

Et bursdagskort og en klem

PsykiskhelseProffene er opptatt av å løfte frem det som må forandres i dagens system, men også hva som er bra. Og ikke minst – hvor stor betydning det kan ha at én enkelt behandler viser at han eller hun virkelig bryr seg.

– Jeg hadde en behandler som ga meg et kort på bursdagen min, da ble jeg overlykkelig. En annen behandler har gjort det hyggelig på kontoret sitt slik at det blir lettere for meg å trives og å ha gode samtaler der. Hun kan gi meg en klem og har gitt meg privatnummeret sitt fordi det er «bedre at du ringer enn at du gjør noe dumt», som hun sier. Når behandlere gjør slike ting da vet jeg at jeg kan stole på dem, sier Silje.

– Det er fint når behandlere spør: Var det noe jeg gjorde i dag som ikke var bra, noe som burde vært gjort annerledes? Det viser at de virkelig har lyst til å vite, og at de tåler å høre det. Det synes jeg er trygt, sier Christina.

Forandringsfabrikken i ryggen

Som PsykiskhelseProffer i Forandringsfabrikken har de snakket både med og for en rekke fagfolk og studenter innenfor psykisk helse-feltet, og begge er optimistiske på vegne av de barna og ungdommene som kommer etter dem.

– Ja, det er jeg. Mange fagfolk og studenter vi møter tar erfaringene og rådene fra barn og unge på stort alvor. I Mitt Liv-arbeidet har fagfolk vist at de kan og vil forandre på hvordan de jobber. Studenter vi møter sier at de vil gjøre ting annerledes når de blir behandlere. Det føles godt, sier Christina.

– Å kunne være med og forandre gir meg mye styrke og kraft fordi jeg vet det vil hjelpe så mange som kommer etter i systemet. Alle som er i psykisk helsevern for barn og unge nå, eller har vært det for kort tid siden, kan være med som Proff i Forandringsfabrikken. Vi er et lag som jobber sammen, som det er godt å være en del av. For meg har det betydd mye, sier Silje.

– Kan ikke ignorere de anbefalingene som kommer

Ledere for psykisk helsevern ved ti sykehus har i to år samarbeidet med ungdommene i Forandringsfabrikken om å utvikle anbefalinger til god praksis. En av disse lederne er John Andre Aasen ved St. Olavs Hospital.

– Møtene med ungdommene har gjort et veldig positivt inntrykk på oss. Det er utrolig modige og sterke historier vi får høre, og vi kan ikke ignorere de anbefalingene som kommer, sier Aasen som er seksjonsleder ved utrednings- og behandlingsenheten ved BUP Lian.

Viktig med involvering

Selv om han understreker at de alltid har tatt brukernes stemme på alvor, så er han glad for at det nå settes enda større fokus på involvering.

– Det er alltid nyttig med ærlige tilbakemeldinger fra de som faktisk bruker tjenesten vår og som tør å utfordre rutinene våre. Som organisasjon kan vi ikke stå på stedet hvil, vi må se på vår egen struktur og hvordan vi jobber, sier han.

Forandringsfabrikken

- Forandringsfabrikken er et kunnskapssenter som forandrer hjelpesystemene og skole i samarbeid med barn og unge.
- Siden 2013 har mer enn 500 unge med erfaring fra psykisk helsehjelp gitt svar i Forandringsfabrikkens undersøkelser.
- Løfter frem barn og unge som «proffer», fordi de er proffe på systemene de har erfaring fra.
- Rundt 300 unge er aktive i Forandringsfabrikken som BarnevernProffer, PsykiskhelseProffer eller SkoleProffer rundt i Norge.

Mitt Liv

- PsykiskhelseProffer i Forandringsfabrikken og ledere for psykisk helsevern ved ti sykehus har samarbeidet om å utvikle anbefalinger til god praksis.
- Målet er å skape et psykisk helsevern som kjennes trygt og nyttig for de barna som kommer dit.
- Anbefalingene er et forslag til Norge fra fagfolk og unge med erfaring fra psykisk helsevern. Målgrupper er alle som jobber på feltet, nasjonale myndigheter, tilsynsmyndighetene og studenter.

Psykisk helsevern for barn og unge

- Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) tilbyr utredning og behandling ved psykiske lidelser til barn, unge og deres familier.
- Oppfølging skjer oftest gjennom konsultasjon og poliklinisk behandling. Ved behov for et mer omfattende tilbud, kan BUP henvise til dag- eller døgnbehandling.
- De regionale helseforetakene inngår avtaler med privatpraktiserende psykologspesialister og psykiatere. Privatpraktiserende mottar pasienter etter henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten.



Anbefalingene ble overlevert til ledere for Statens Helsetilsyn, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og helsepolitikere på Stortinget tidligere i år, men allerede nå har arbeidet fått konsekvenser for hvordan de jobber lokalt ved BUP Lian.

– Her vi jobber prøver vi gradvis ut noen av de forslagene som er kommet. I tillegg skal vi nå utvikle en handlingsplan for implementering av Mitt-Liv-prosjektet her hos oss, sier Aasen.

Barnesyn

BARN HAR MYE KUNNSKAP OM LIVET SITT

DE ER LIKE MYE VERDT SOM VOKSNE

DE TRENGER KJÆRLIGHET OG MÅ BLI TRODD PÅ OG TATT PÅ ALVOR

– Forbereder oss på å møte den digitale framtida

Standardiserte pakkeforløp gir bedre pasientsikkerhet og likeverdig behandling av høy kvalitet, sier Kristian Onarheim. Ikke minst forbereder det oss på digitaliseringen av helsesektoren.

Siden implementeringen av de første pakkeforløpene i 2015 har ordningen vært en suksess både nasjonalt og regionalt.

– Pakkeforløp er utvilsomt den beste måten å sikre likeverdig behandling av pasienter med kreft i regionen, mener Kristian Onarheim, assisterende fagdirektør i Helse Midt-Norge og faglig ansvarlig for prosjektgruppa for standardisering.

– Det har vært lagt ned et godt arbeid med standardiserte pasientforløp både lokalt på sykehusene og regionalt, med fokus på kontinuerlig å forbedre hvordan vi jobber. Nå har vi en satsing på digitalisering av helsesektoren som stiller noen krav til hvordan vi beskriver forløpene slik at de snakker «journalisk», sier han.

Bakteppet for standardiseringsarbeidet er de utfordringene norsk helsevesen står overfor i årene som kommer, med en befolkning som blir eldre og en urbaniseringstrend som er blitt sterkere. Mens de unge flytter til byen, blir de eldre igjen i kommunene. Hvis helsetjenesten drives som i dag i 2035, trenger vi 25 prosent flere årsverk enn i dag, noe som ikke er bærekraftig. Teknologi og tjenesteinnovasjon kan redusere kostnader og behovet for flere ansatte.

Forutsetning for Helseplattformen

Standardisering vil gi muligheter til å få teknologi til å understøtte det som oppfattes som beste praksis i regionen, sier Onarheim. Samtidig er økt standardisering en forutsetning for å lykkes med og å hente ut gevinstene i Helseplattformen.

– Dette er en laginnsats både mellom klinikere, de som forstår seg på teknologi og virksomhetsarkitektur og de som utøver andre funksjoner i helsetjenesten. Noe av suksessen med digitalisering avhenger av hvordan vi som organisasjon klarer dette sammen. Forløpsarbeidet må evne å treffe teknologien vi trenger for at vi skal kunne bli et digitalt helsevesen.

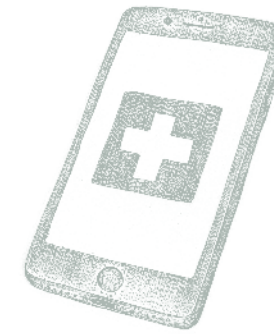
Onarheim understreker at standardisering er et vidt begrep og kan brukes til å beskrive både forløpet og behandlingen som gis, men også enkeltelementer i et slikt forløp. Det er heller ikke alt som skal standardiseres.

– Klinisk behandling må tilpasses etter behovet til den enkelte pasient. Grunnlaget for å kunne være fleksibel legges ved at vi har standardisert det som trengs for å få bedre tid til det som er viktig, sier han.

Verdi for pasienten

Framover vil det være behov for å jobbe med utgangspunkt i forløpene og se på hvilke prosesser som kan trenge standardisering for å oppnå mest mulig verdi for pasienten.

– I tiden fram mot at vi skal ta i bruk Helseplattformen må vi prioritere det som gir mest nytte for de ansatte som skal bruke systemet.



Helseplattformen står igjen med én leverandør som vi er trygg på kan gi oss den tekniske løsningen. Vi vil jobbe tett opp mot organisasjonene for å sikre at det blir en så god løsning som mulig for dem som skal bruke den. Helseplattformens behov vil være førende for framdriften, sier Onarheim.

Hva som er beste praksis i regionen avgjøres til dels av nasjonale retningslinjer og god praksis basert på kunnskapsoppsummeringer. Utover det ser fagfolk i organisasjonen på hva som finnes av tilgjengelig fagkunnskap og avgjør hva som er beste kunnskapsbaserte praksis.

– Det er vesentlig at de som kan faget er med på å bestemme. Det vil være områder der det ikke er mulig å enes om en kunnskapsbasert praksis. Gjennom å jobbe aktivt med fagledernetverk og støtte opp om det lokale arbeidet vil vi likevel jobbe med å komme fram til beste praksis i Helse Midt-Norge, sier Onarheim.

Alle sykehusene i regionen tilbyr i dag standardiserte pakkeforløp innen en rekke ulike diagnoser. Bare innen kreftbehandling finnes det flere titalls nasjonale pakkeforløp. I høst implementeres de sju første av til sammen 22 pakkeforløp for psykisk helse og rus. Og flere er på vei.

Vil kreve tilpasning

Onarheim sier alle ansatte som yter helsehjelp må være innstilt på at det å ta i bruk ny teknologi og Helseplattformen vil kreve tilpasning i måten man jobber på.

– Standardiseringsprosjektet er et viktig bidrag for å forberede oss på et nytt journalsystem. Det er helt avgjørende at vi får beskrevet måten vi jobber på i dag slik at det lar seg omsette til den arbeidshverdagen vi kommer til å få når Helseplattformen blir innført. I en fase må alle bidra inn i standardiseringsarbeidet gjennom sin ekspertise på helsehjelp. Da vil overgangen være med på å bidra til å løse problemene man har i dag, heller enn å være en stor omveltning, sier han.

For pasientens del skal Helse Midt-Norge fortsatt kunne tilby fremragende helsetjenester som skal være tilgjengelige, likeverdige og ansvarlige.

– Vi mener forutsetningene for å få til dette er at vi har god oversikt over hvordan vi driver, slik at vi kan fortsette å forbedre oss. Standardisering for pasientene er garantien for å få beste tilgjengelige helsehjelp, uavhengig av hvor og hvordan du møter helsetjenesten.

Sterke miljøer i Midt-Norge

Standardisering har vært en av de viktigste forutsetningene for å lykkes med å få til bærekraftig helsetjeneste både i USA og hos de helsetjenestene i Europa som ligger i front på forskning og utnyttelse av store datamengder, forteller Onarheim. Han nevner Mayo Clinic i USA som eksempel.

– Vi er i startgropa med å bygge en helhet for dette og vil gjennom samarbeid med dyktige organisasjoner dra nytte av deres erfaringer. I Midt-Norge har vi sterke miljøer innen dette på NTNU, men også bedrifter som Kongsberggruppen, Telenor og Sintef innehar relevant kompetanse



for helsetjenesten. Standardisering og digitalisering vil danne et utmerket utgangspunkt for innovasjoner, og gjøre oss til en attraktiv samarbeidspartner.

Onarheim er enig i at ord som «standardisering» og «pakkeforløp» kan ha en litt negativ klang. Han understreker at det ikke er pasienten som er pakken; pasienten kommer inn i et standardisert pasientforløp, et pakkeforløp.

God utnyttelse av helsekronene

– Vi gjør mye av gammel vane i helsetjenesten i dag, uten at det nødvendigvis gir noe ekstra verdi for pasientene. Vi ønsker å sette fokus på pasientens reise gjennom helsetjenesten, i samarbeid med våre fremste klinikere, for å kunne standardisere de tingene som er viktigst: Pasientsikkerhet, kvalitet og at vi benytter helsekronene på en best mulig måte.

Alle skal heller ikke inn i et standardisert forløp, understreker Onarheim. Forløpet skal tilpasses hver enkelt, men det skal finnes definerte standarder som man vet gir god kvalitet og som sikrer at helsehjelpen blir som forventet. Det gir de ansatte større forutsigbarhet og sikrer pasienten et likeverdig tilbud.

– For pasientene vil det gi en mer helhetlig helsetjeneste. Det arbeidet vi nå fortsetter skal være med på å forsterke harmoniseringen av prosedyrer i regionen, samtidig som det skal danne grunnlaget for de endringene som må ligge til grunn for å kunne ta i bruk ny teknologi – og etter hvert Helseplattformen, sier Kristian Onarheim.



Standardiserte pasientforløp

- Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som skal bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid eller forsinkelser i diagnostikk, behandling eller rehabilitering.
- Det er definert hvor mange dager de enkelte delene av utredningen bør ta, hvor lang tid det bør gå fra du møter på sykehuset første gang og til mistanken om sykdom er bekreftet eller avkreftet, og når en eventuell behandling skal starte.
- Det legges stor vekt på at pasienten skal få god informasjon og mulighet til brukemedvirkning.
- Det finnes i dag standardiserte pakkeforløp for en rekke ulike diagnoser. I høst implementeres de sju første pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
- Pakkeforløpene for kreft trådte i kraft 1. januar 2015, og i dag finnes det 30 nasjonale pakkeforløp for kreft.

Kilder: Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)
Pakkeforløp for kreft, Helsenorge.no
<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft>



Snorre Ness, leder for regionalt brukerutvalg, Helse Midt-Norge



Jorun Bøyum, avdelingssjef for kreftavdelinga i Helse Møre og Romsdal



Vibeke Veie-Rosvoll, avdelingsleder ved rusavdelingen i Verdal kommune



Kathinka Meirik, klinikkleder for Klinikk for psykisk helse og rus i Helse Nord-Trøndelag

– Viktig å ta vare på gullkundene

Standardisering kan bidra til at vi tar bedre vare på storforbrukerne av helsetjenester i Norge, mener Snorre Ness.

– Vi har en tendens til å bruke mest energi på dem som bruker helsetjenesten minst, sier Snorre Ness, leder for regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge.

Over 50 prosent av pasientene i Norge i dag har mer enn én lidelse, påpeker han. Fem prosent forbruker mellom 45 og 50 prosent av ressursene, mens ti prosent av pasientene forbruker over 70 prosent av ressursene.

– Vi må ha et system som ivaretar disse gullkundene. Storforbrukerne må slippe å fortelle hvilke utfordringer de har på hver eneste post, men få riktig behandling ut fra sine behov. Det tror jeg standardisering kan bidra til, sier Ness.

Trenger bedre samhandling

Ness sier det er viktig å få til standardiserte pasientforløp som gjør at pasientene får de tjenestene og omsorgen de skal ha uavhengig av hvor de bor. Det gir sikkerhet og trygghet for pasienten. En godkjent tilgjengelig standard vil også gjøre det enklere å individualisere tjenestene ut fra hver enkelt pasients behov.

Men for å lykkes med dette må samhandlingen med omgivelsene bli enda bedre.

– Det gjelder alt fra å ta vare på de pårørende og at det finnes parkeringsplasser på sykehuset, til god flyt mellom fastlege og de ulike avdelingene på et sykehus. Med Helseplattformen kommer vi til å få bedre flyt mellom nivåene, sier Ness.

Helseplattformen, mener han, vil være med på å bidra til at rett info er på rett plass til den tiden den skal brukes, til hver enkelt pasients beste. For at infoen skal være tilgjengelig er det en forutsetning med standardiserte system, slik at en er fri til å bruke de verktøyene som finnes.

– Jeg bruker å si at vi er stolt av spesialisthelsetjenesten, men vi er ikke fornøyd. Vi kan alltid bli bedre.

– Hever kvaliteten på kreftomsorgen

Standardiserte pasientforløp er en garanti for at pasientene i Møre og Romsdal får lik behandling på linje med dem som bor i Oslo eller Trondheim, sier Jorun Bøyum.

Avdelingssjef for kreftavdelingen i Helse Møre og Romsdal har stort sett bare positive erfaringer med innføringen av standardiserte pasientforløp.

– Vi har mange forløp innen kreft, og de fungerer veldig bra. De gir forutsigbarhet, trygghet og en mer lik behandling. Vi er et sykehus i utkantsnorge og vi er opptatt av å kunne gi lik behandling som i resten av landet. For pasientene er standardiserte pasientforløp en forsikring om at de får samme behandling uansett hvor de bor, sier Bøyum.

Pakkeforløpene er blitt godt mottatt av de ansatte, selv om innføringen har skapt noe uro.

Gir større trygghet

– Det vil alltid skape litt uro når man må lære seg noe nytt, men det har ikke vært noen stor motbør. Jeg tror både behandlerne og pasientene føler på en større trygghet ved at de har en mal å forholde seg til; det gir større forutsigbarhet. Jeg tror dette vil heve kvaliteten på kreftomsorgen.

Et likeverdig tilbud, trygghet for behandler og pasient og god felles praksis, er åpenbare gevinster fra standardiseringen, mener Bøyum.

– Nå er behandlingen mer koordinert og planlagt. Pasientene vet hva de skal forholde seg til når de kommer inn til undersøkelsene. Det bedrer dialogen mellom behandler og pasient, og gir trygghet begge veier. Og så sparer det oss for mange telefonhenvendelser.

Bøyum ser standardiseringen som noe positivt. Det tror hun også fagmiljøene gjør.

– Det er sikkert noen justeringer som kan gjøres underveis for å få det enda bedre, og etter hvert må vi få bedre samhandling med kommunene i disse løpene. Men vi må selvsagt ikke bli så standardiserte at vi mister det individuelle og kreative. Det kan være en fare.

– Fint med en felles verktøykasse

Vibeke Veie-Rosvoll ser frem til å få pakkeforløp innen psykisk helse og rus, så lenge det også er rom for å gå bort fra standarden.

Nå i september ble de første av flere pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lansert. Fra og med 1. januar 2019 vil disse kunne tilbys pasientene.

Avdelingsleder ved rusavdelingen i Verdal kommune, Vibeke Veie-Rosvoll, tror ikke det i stor grad vil endre måten de jobber på.

– Pakkeforløp handler om å ha brukeren i sentrum og at brukeren skal kunne mene noe om hvordan behandlingen skal være. Det skal være god samhandling og vi skal følge opp før, under og etter behandling. Det er ganske likt slik vi jobber i dag, sier Veie-Rosvoll.

Hun sier avdelingen er positiv til tjenesteutvikling, men hun har en liten bekymring for at tjenestene skal bli for like.

Må se hver pasients behov

– Det blir fint å ha en felles verktøykasse som sikrer likebehandling, en standard som sier noe om den beste måten å jobbe på, men det vil være variasjoner utenom det. Da må det være rom for å gå bort fra standarden.

Utgangspunktet må være å jobbe med hver enkelt pasients behov.

– Jeg har stor tro på nærhet, både mellom brukerne og samarbeidspartnerne. Det er viktig at systemet ikke blir for rigid. Standarden skal bare være en ramme man kan boltre seg innenfor.

God samhandling blir viktig for å lykkes med innføringen av de nye pakkeforløpene.

– Vi har mye god samhandling allerede i dag, både internt i kommunen, med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten, på individ- og systemnivå. Vi har ingen brukerorganisasjoner innenfor rus, men vi har en pårørendeforening er viktig for oss når vi skal lage nye tjenester.

– Om vi klarer å ivareta variasjonene innenfor tjenestene blir selve spenningsmomentet i innføringen av pakkeforløpene, sier Vibeke Veie-Rosvoll.

– Vil bety bedre behandling til flere

Helse Nord-Trøndelag er en pioner innen pakkeforløp i psykiatrien. Standardisering gir trygghet til fagfolkene og myndiggjør pasientene i større grad, mener Kathinka Meirik.

Lenge før de nasjonale forløpene kom, utviklet Klinikk for psykisk helse og rus i Levanger sine egne standardiserte pasientforløp.

Inspirert av de danske forløpene laget de pakkeforløp for psykose, bipolar lidelse og ADHD, før de la arbeidet på is i påvente av det nasjonale arbeidet.

– Vi hadde ikke et ord for det, men laget det som i dag kalles standardisert pasientforløp. Vi så for oss at det var en fin måte å systematisere enda bedre det vi holdt på med, sier klinikkleder Kathinka Meirik, som også har vært med på å lage et av de nasjonale forløpene.

Hun tror standardisering vil være til stor hjelp for pasientene.

– Standardisering vil gi mulighet til å gi bedre behandling til flere. Det vil myndiggjøre pasienter i mye større grad når de vet hva som er rimelig å forvente, mens fagfolkene blir tvunget til å ta opp også de vanskelige spørsmålene, sier Meirik.

Rammer gir trygghet

Da klinikken ble ISO-sertifisert i 2005, var det en stor omstilling. Enkelte mente at «nå forsvinner kunsten, nå blir vi som en bilfabrikk». Meirik var fersk LIS-lege og innså snart at de nye rammene var til stor hjelp.

– Jeg jobbet i et ålreit miljø, men hadde en million spørsmål. Da jeg ble tryggere på hva jeg skulle gjøre, ble jeg også en bedre terapeut. Det ble også lettere å utøve kunsten som mer erfaren lege, fordi jeg visste at grunnplanken var der. At jeg fikk hjelp til grunnleggende struktur, frigjorde mental kapasitet til det som må være individualisert.

Hun tror en standard utredningspakke vil passe om lag 90 prosent av pasientene.

– Det vil være tydeligere på et tidlig tidspunkt hvem som trenger ekstra utredning, og man har muligheten til å tenke ut av boksen med de få.

Ny teknologi skal bedre sikkerheten for traumepasienter



Et mobilspill skal gjøre ambulanspersonell enda bedre i stand til å kunne hjelpe de hardest skadde pasientene.

Det kan skje oss alle. Menneskekroppen er skjør og kan få store skader, enten det er i en bilulykke eller et fall i slalåmbakken. Bare ett sekunds uoppmerksomhet kan gi fatale følger, og da er ambulansen ofte din redning.

I Midt-Norge rykker ambulansen ut til over 90 000 oppdrag i året. Over 25 000 av dem er akutte utrykninger. Ett tusen ansatte, inkludert vikarer, har ansvaret for å gi deg eller dine kjære livreddende behandling den dagen ulykken er ute.

– Ambulansen er første del av det vi kaller den akuttmedisinske kjeden. Når ambulanspersonellet gjør de riktige grepene, informerer og bringer pasienten til riktig behandlingsnivå, så blir sjansene for overlevelse større, sier Sindre Mellesmo, klinikkssjef for akutt- og mottaksmedisin ved St. Olavs hospital.

Må trene for å bli best

Den akuttmedisinske kjeden består av alle ledd fra publikum, akuttgjelpere, kommunalt helsepersonell, ambulanser til akuttmottaket, sykehusoppholdet og senere utskrivning og rehabilitering. Det er et velsmurt maskineri som behandler pasienter fra ulykken skjer til de kan trygt utskrives, men utallige timer med trening må til for å sørge for at flyten mellom alle involverte ledd går som det skal.

– Systematisk trening etter samme mal på forskjellige nivå er viktig for å oppnå forbedring og ønskede resultater. Trent samvirke og korrekt meldingsutveksling er særs viktig når tidsforløpet er avgjørende, sier klinikkssjef Mellesmo.

For ambulanspersonellet gjelder dette i høy grad. Hvert år gjennomgår de et stort antall timer med kursing og trening for å legge til rette for møtet med hardt skadde mennesker. I krevende situasjoner er en solid grunntrening helt avgjørende for både psykisk og fysisk gjennomføringsevne:

- De har i realiteten et enormt ansvar, og uten tilsvarende støtte av alle ressurser som kommer på plass lengre ut i behandlingskjeden. Livet til pasientene avhenger ofte av at ambulanspersonellet vet hva de skal gjøre når de kommer fram til et skadested, prioriterer og handler riktig.

Vurderer med fargekoder

Og det er særlig de reelle traumepasientene som er i fokus. Dette er pasienter som har vært utsatt for varierende grad av mekanisk påvirkning. Det vil si at det ikke er en sykdom som er bakgrunn, men en fysisk hendelse. En allerede foreliggende sykdomstilstand kan bidra til å komplisere omfanget og forløpet av skaden, og må også hensyntas.

– Selv om en vurdering av den mekaniske påvirkningen er viktig, er konsekvensene for pasienten som individ det aller viktigste. En systematisk vurdering av synlige og skjulte skader, mulig påvirkning av livsfunksjonene, pasientens alder og eventuell forekomst av foreliggende sykdom hører alle med, sier Mellesmo.

For den absolutt første vurderingen av skadetilstand brukes et system som kalles traumetriage. Dette er et system som prioriterer pasienter etter skadens alvorlighetsgrad, og som brukes av både ambulanspersonell og personell inne på akuttmottaket. Mens farge rød betyr meget alvorlig skadeomfang, betyr grønn lettere skader. Problemene oppstår gjerne når pasienten får feil fargekode, forklarer Mellesmo:

– For ikke å kaste bort verdifull tid, er fastlagte rutiner for behandling, prioritering og videre varsling grunnlaget for riktig håndtering og videre forløp. Vi legger opp til å ta pasienten på høyeste alvor, hvilket medfører en viss grad av overtriage. Det er forekomst av uoppdaget skadeomfang, eller undertriage, vi retter mest fokus på å unngå. Hvis vi systematisk legger opp til å bringe mindre skadde pasienter rett til St. Olav som traumesenter, på bekostning av lokalsykehusene, så er det en lite hensiktsmessig ressursbruk. Vår oppgave er å etablere systemer og trening som sikrer at de skadde som trenger traumesenterets ressurser og oppmerksomhet får det – raskest mulig og med korrekt behandlingsinnsats underveis dit.

Innfører mobilspill som undervisning

Traumetriage har vist seg å være en svært effektiv måte å tidlig kunne prioritere pasienter. Men flere forskningsrapporter viser at det er umulig å aldri gjøre feil. Det eneste sykehuspersonell kan gjøre er å øve, og derfor er en gjeng med utviklere i gang med å lage et helt nytt opplæringsprogram som skal begrense feilbehandling. Først ute er ambulanspersonellet:



– Opplæringen skal være spennende, motiverende og enkel på samme tid, sier prosjektleder Marianne Dahlhaug ved St. Olavs hospital.

Løsningen er et mobilspill. Spillet bruker en digital og interaktiv 3D-kropp som utgangspunkt for undersøkelsene. Spilleren kan forstørre og snu på kroppen samt trykke på de områdene som skal undersøkes.

– I tillegg tror vi at konkurranseinstinktet blir vekket. I spillet kan de ulike ambulansstasjonene konkurrere mot hverandre, sier Dahlberg. Spilleren skal både løse anonymiserte caser fra virkeligheten og konstruerte caser. Casene varierer i vanskelighetsgrad, og hver case er et level. Casene utarbeides i samarbeid med medisinske eksperter. Det er den såkalte ABCDE-undersøkelsen som er et av hovedpoengene med spillet, forklarer Dahlhaug:

- Denne undersøkelsen er alt man trenger for å kunne gi riktig prioritering av en pasient. Selv om den er velkjent, skal man ikke undervurdere hvor mange ganger man må trene på den før den sitter.

I denne undersøkelsen er sjekkpunktene rangert fra A til E etter prioritert rekkefølge. Først luftveier, deretter respirasjon, sirkulasjon, bevissthet og til slutt å skaffe oversikt over situasjonen over omgivelsene.

– Håper at det øker pasientsikkerheten

Ambulansarbeider Lars Fellman har jobbet i tjenesten i 17 år. Han har opplevd en stadig profesjonalisering av yrket sitt, og mener at spillet kan være med på å øke pasientsikkerheten.

– Pasientsikkerhet er svært viktig for oss som jobber i dette yrket. Det er viktig å ha verktøy som er enkle å bruke i opplæring, og forhåpentligvis vil spillet gjøre oss i stand til å bedre fange opp dem som blir undertriagert.

Spillet er forventet å bli lansert i løpet av våren 2019, og ifølge prosjektleder Marianne Dahlhaug vil også andre utenfor ambulansetjenesten få mulighet til å teste det.

– I første omgang er det for ambulansarbeiderne, men vi åpner etter hvert opp for at andre ansatte i helsevesenet, og ikke minst vanlige innbyggere, skal få se hvor gode de er på å redde liv.

Traumeteamet består av:	
1 Traumeleder	2 Radiografer
1 Undersøkende kirurg (altså 2 kirurger.)	1 Operasjonskepleier (enten fra ortopedien eller fra kirurgen)
1 Ortoped	1 Sykepleier fra akuttmottak
1 Nevrokirurg	Andre spesialister blir tilkalt ved behov, som for eksempel barnekirurg, thoraxkirurg osv.
1 Anestesilege	
1 Anestesisykepleier	
1 Radiolog	



Illustrasjon. Det distriktsmedisinske senteret (DMS) skal være i det eksisterende sykehusbygget i Kristiansund.

Ill. Nordic Office of Architecture i Oslo og AART arkitekter i Aarhus.

Etter en tøff omkamp om sykehusplasseringen ser nordmørs-kommunene nå framover. Ambisjonen: Å få på plass et distrikts-medisinsk senter som skal bli et nasjonalt utstillingsvindu.

Sykehusstriden om plassering av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal har vært en av de mest opprivende kampene i norsk helsevesen det siste tiåret. Det har vært høy temperatur og store følelser i sving, men etter ankesaken i fjor sommer la de involverte partene striden til side. I stedet satte Helse Møre og Romsdal, Kristiansund kommune og nordmørskommunene seg sammen for å ta fatt på jobben med å utvikle landets mest moderne distriktsmedisinske senter (DMS) i Kristiansund.

– I omlandskommunene har vi støttet Kristiansund i denne prosessen, og jeg har selv vært med og gått i fakkeltog. Men vi nordmøringar har en evne til å snu oss om ting ikke går som vi tenker, og nå står vi samlet om å få på plass et godt DMS, sier ordfører i Averøy Ingrid Rangønes.

Har vært krevende

Hun møter Kristiansund-ordfører Kjell Neergaard og administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal Espen Remme over en kopp kaffe ved brygga i Kristiansund for å prate om veien videre. De tre er enige om at ansatte i helsetjenesten skal ha nøkkelroller i planleggings- og utviklingsarbeidet. Ganske enkelt fordi det er de som har mest kunnskap om framtidens pasientbehandlinger og tilbud.

– På folkemunne har DMS i Kristiansund blitt kalt ei «plasterbu», men når folk hører hvor mye av spesialisthelsetjenestene som fortsatt kommer til å være der i form av polikliniske tilbud og dagkirurgi, så begynner det å gå opp for dem hva dette kan bli. I tillegg har du alle mulighetene som ligger i Helseinnovasjonssenteret, påpeker Neergaard, som innrømmer at prosessen med to runder i retten har vært krevende.

– Det har det vært, men vi har heldigvis klart å skille sak og person. Når rettssaken var over så var konflikten over, understreker han.

Ser det store bildet

– Jeg opplevde også at vi hadde respekt for hverandre under konflikten, selv om det var tøft, bekrefter foretakssjef Espen Remme, og legger til:

– Kjell har en fantastisk tilnærming til jobben som gjøres nå. Han ser det store bildet og har en visjon om å skape noe som ikke finnes i Norge, et helhetlig og innovativt DMS som blir et nasjonalt utstillingsvindu.

Selv om stormen har løyet etter sykehuskampen er det fortsatt en krevende jobb som gjenstår. Nå handler det om å få lokalbefolkningen på trua om at også denne løsningen kan bli bra for nordmørsregionen.

– Det er taperens sitt lodd, og noe som har vært svært krevende å kommunisere til egne innbyggere. Vi kunne valgt å bli passive og lene oss tilbake. I stedet har vi valgt å se mulighetene – og nå går det opp for stadig flere hva dette faktisk kan bli. Vi ønsker å utvikle dagkirurgitilbudet til å bli mer omfattende enn det som ble vedtatt i konseptfasen og DMS skal ha gode sykepleierdrevne poliklinikker hvor fagpersonell kan bidra ute i kommunene, sier Neergaard.

Nasjonalt utstillingsvindu

I det eksisterende sykehusbygget skal både kommunale og interkommunale tjenester som legevakt og hjemmetjeneste samles under samme tak som en rekke spesialisthelsetjenester. Senteret kommer til å huse en rekke polikliniske tilbud, spesialisttjenester innen dagkirurgi, private avtalespesialister og Helseinnovasjonssenteret, som jobber med å utvikle velferdstjenester.

– Vi ønsker å utvikle et senter som gir jobb til mange og som kan bidra til framtidstro, engasjement og virke samlende for befolkninga i regionen. Vi jobber for at det som kommer skal bli større enn det vi mister, sier Neergaard.

– Dette kan fort bli et nasjonalt utstillingsvindu for en modell med et akuttssykehus på Hjelset i spissen og et lokalt DMS i Kristiansund med et innovasjonssenter i tilknytning til seg, mener Remme, som ønsker at dette blir en modell andre kan se og lære av:



Ser framover. Fra venstre: Ordfører i Kristiansund Kjell Neergaard, administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal Espen Remme og ordfører i Averøy Ingrid Rangønes.



– Det er en av målsettingene våre. Dette skal bli en smeltedigel av nytenking, innovasjon og tverrfaglig kompetanse, og vi skal ha et ledende forskningsmiljø, understreker han.

Må tørre å framsnakke Hjelset

For Remme er det viktig å understreke betydningen av å samle, og ta vare på, fagkompetansen på et akuttssykehus, og at dette er noe som også kommer nordmøringene til gode.

– Det er faglig gode grunner til at vi samler sykehusmiljøene i ett fellessykehus. Sykehusene blir mer og mer spesialiserte og et akuttssykehus må ha et visst befolkningsgrunnlag for å kunne opprettholde god nok kompetanse. De tjenestene som kun tilbys på et akuttssykehus må du i framtida til Hjelset for å få, men målet er at størstedelen av befolkningen på Nordmøre ikke skal behøve å reise til Hjelset, men få det tilbudet de trenger oftest i Kristiansund, sier Remme.

– Det positive med å få samlet fagkompetansen på Hjelset er noe vi også må tørre å begynne å snakke om i Kristiansund, påpeker Neergaard.

Trygge på et godt hjelpetilbud

For Averøya-ordføreren er det aller viktigste nå å sikre de funksjonene de har blitt forespeilet slik at innbyggerne skal kunne føle at de blir ivaretatt på en god måte.

– Det er klart at sykehuset er viktig for folk, men først og fremst handler det om å kunne føle seg trygg på å kunne få et godt hjelpetilbud raskt. For oss er det derfor avgjørende at vi får de tilbudene og tjenestene vi har blitt lovet, sier Rangønes.

– Nøkkelen blir å bevare kompetansen

Som mor har Ann Iren Kjønnøy bodd med et alvorlig sykt barn på en øy på Nordmøre. Det er en erfaring som kommer godt med i den nye jobben som prosjektleder for DMS Kristiansund.

– Hva er det som gjør at du er trygg og at du føler deg trygg? Det er spørsmål jeg har mye erfaring med – både på hjemmebane og i arbeidslivet, forteller den nyansatte prosjektlederen.

Må få med rollemodeller

Kjønnøy har hatt sykehuset i Kristiansund som arbeidsplass siden 1980. Først som sykepleier og leder, etter hvert som smittevernrådgiver og prosjektleder. Fra august 2018 tok hun fatt på jobben med å lede utviklingen av framtidens distriktsmedisinske senter i Kristiansund.



Prosjektleder. Ann Iren Kjønnøy.

– Jeg har et sterkt forhold både til Kristiansund sjukehus og kommunene på Nordmøre, og et brennende ønske om å bidra til å videreutvikle gode tjenester for pasientene. Det aller viktigste er å beholde og utvikle kompetanse, det er nøkkelen til å få til et godt DMS, sier hun.

Derfor haster det å få konkretisert hvilke oppgaver og fagområder det skal satset på i det nye DMSet, mener den nye prosjektlederen.

– Skal vi pirre folk med faglighet og kompetanse må de få vite hva de kan forvente å jobbe med framover. Det er utrolig viktig å få med oss rollemodeller som kan bidra til å dra lasset, sier hun.

Ser pasientens perspektiv

Selv beskriver hun en av sine styrker som evnen til å se pasientenes perspektiv tydelig. Hennes egen erfaring som mor til et alvorlig sykt barn har blant annet bidratt til at hun lanserte ideen om et prosjekt om hjemmebasert antibiotikabehandling. Et prosjekt som fort kan bli et eksempel til etterfølgelse for samhandling mellom tjenestenivå og som viser hvordan samarbeidsmulighetene mellom DMS og Helseinnovasjonssenteret kan utnyttes.

– I dag er mange pasienter innlagt på sykehus i ukevis for å få behandling. Målet er å utvikle et tilbud der vi legger til rette for at mer behandling kan skje hjemme, noe som vil bedre livskvaliteten for mange pasienter. De kan være med i hverdagen med familien og gå på jobb, samtidig som de får spesialisert behandling som intravenøs antibiotikabehandling, forteller hun.

Fra festtaler til praksis

Dette er et prosjekt som ikke hadde vært mulig uten Helseinnovasjonssenteret som blir samlokalisert med DMSet.

– Det er nettopp slike prosjekt som må til om vi skal gjøre festtalene om til praksis. Det ligger mange muligheter i at vi sitter i samme bygg og i det forskningsmiljøet vi har begynt å få på plass. Klarer vi å bygge på den samlede kompetansen som finnes i spesialisthelsetjenesten, ute i kommunene og Helseinnovasjonssenteret – kan vi få til mye. Det er ikke noe poeng i å lage et halvgodt DMS. Det må være så bra at folk ønsker å dra hit, sier hun.



Samarbeid. Fra venstre: Tor Nygaard, Monicha Strand Isaksen, Sigurd Torvik Heian, Hilde Gustad, Chris Mari Rodrigues Olsen, Gry Rønning, Gudrun Karlsen, Renate Kleive og Petter Rangnes.

Lager framtidens sykehus

Kulturbygging og involvering er to av de viktigste stikkordene for å lykkes når fagmiljøene ved sykehusene i Molde og Kristiansund nå skal bli til ett.

– Å få en bra arbeidsplass er viktig, men det aller viktigste, også for oss ansatte, er å styrke behandlingen og tilbudet til pasientene. Det er det fort gjort å glemme å si høyt, sier Sigurd Torvik Heian, overlege ved klinikk for akuttbehandling ved sjukehuset i Molde.

Involvering og eierskap

Som tillitsvalgt har Torvik Heian fulgt SNR-arbeidet tett. Sammen med flere andre ansatte i dagens sykehus i Kristiansund og Molde, har han bidratt i arbeidet med å utvikle den nye organisasjonen som nå skal på plass. To miljø skal snart bli til ett, og det kan være krevende.

– Dette er snakk om to sykehusmiljø som har vært i kamp i mange år, og det er nok fortsatt litt sår for en del. Vi som allerede har begynt å jobbe litt sammen ser nok litt annerledes på det, og er mer positive. Derfor er det helt avgjørende at folk blir involvert og begynner å få et eierskap, sier avdelingssjef for klinikk for akuttbehandling i Kristiansund, Monicha Strand Isaksen, som også leder et prosjekt om innføring av korttidspost som nytt konsept i nye SNR.

– Det å se for seg at alle sår var grodd etter den konflikten som har vært, er nok en utopi. Men min følelse er at det er meget god stemning blant dem som faktisk har begynt å jobbe konkret med sammenslåingen. Vi har et veldig konstruktivt og godt samarbeid, og mitt inntrykk er at de enkeltpersonene som har vært involvert er flinke til å snakke med sine kolleger og overføre informasjon også til dem, supplerer Gry Rønning, seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling i Molde.

Må prioritere kulturbygging

For Helse Møre og Romsdal handler arbeidet de er i gang med blant annet om å hente det beste fra begge steder og videreutvikle en felles kultur som skal virke samlende både for pasienter og ansatte.

– For å lykkes med det må kulturbygging komme på agendaen. Alle ledere må skoles slik at det ikke bare blir de seksjonene med sterke ledere som tar tak i dette. Det må være en overordnet plan og det må være vilje til å prioritere det, for det koster litt å bygge kultur, sier Strand Isaksen.

Hun får støtte fra Chris Mari Rodrigues Olsen, seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling i Kristiansund.

– Kulturbygging er det største suksesskriteriet og den største potensielle fiaskofellen vi kan gå i. Vi vet av erfaring at det kan være vanskelig å få til, det har jo vært utfordrende nok bare å slå sammen seksjoner innenfor samme hus. Det positive er at nå har vi en unik mulighet til å være i forkant, og den må vi gripe, sier Rodrigues Olsen, som også deltar i organisasjonsutviklingsprosjektet om korttidspost.

Gode sammen

– Jeg tror den største utfordringen med å samle to miljø til ett ligger innenfor det organisatoriske området. Foreløpig er det mange bra initiativ fra grasrota og fra de små miljøene, men vi trenger et sterkere blikk for helheten. Noen som løfter blikket for å se det totale bildet, sier Torvik Heian.

Han mener det er avgjørende å bli godt kjent – og øve sammen – for å kunne bli gode sammen.

– Vi må øve oss på å samarbeide før det nye sykehuset står klart. Hos oss venter vi i alle fall litt på at noen skal komme og si at nå skal dere jobbe litt på tvers og ha litt utveksling. Det er noe vi forventer at vi skal i gang med i løpet av året som kommer, sier han.

Moderne pasientbehandling

Gry Rønning har også vært gruppeleder for en medvirkningsgruppe i planleggingen av SNR. Hun mener noe av det beste med sammenslåingen er å slippe å ha to funksjonsdelte sykehus.

– Det er positivt både for drift og pasientene. Vi får sterkere fagmiljø og mer komplette funksjoner. Og så er det selvsagt bedre for pasientene å slippe å fly mellom, sier hun.

For selv om det naturlig nok har vært en del fokus på utfordringene ved å skulle slå sammen to sykehus, er fordelene langt flere.

– Jeg ser mest fram til å kunne drive moderne pasientbehandling. Et av de største framskrittene innen pasientbehandling er standardisering og kvalitetssikring. Det bidrar til at behandlingen ikke er personavhengig og at vi har et system som skal fange opp feil. Nå får vi også et sykehus som kan driftes på en moderne måte med tilpassede lokaler og en oppjustert utstyrspark, sier Torvik Heian.

– Først og fremst er dette en kjempesjanse. Det er en unik mulighet for alle ansatte til å bli med inn i noe helt nytt, noe som er utvikla for framtida. Det er masse positivt med sammenslåingen, og derfor er vi så opptatt av å bruke denne muligheten til å gjøre det rett, sier Rodrigues Olsen.



Illustrasjon. Det nye sykehuset på Hjelseth skal stå klart i 2023.

Ill. Nordic Office of Architecture i Oslo og AART arkitekter i Aarhus.

Hva tror du er det beste som vil komme ut av sammenslåingen av sykehusene?



Hilde Gustad
Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling (Kristiansund)

Det er et robust fagmiljø med høy kompetanse og et sykehus som gir befolkningen et bredt tilbud innen alle områder. Funksjonsfordelingen vi har nå har skapt en del merbelastning for pasientene med flytting mellom sykehusene mot for eksempel helg. Nå vil alle nyte godt av at alle tilbudene er under samme tak. Dette vil komme pasientene til gode og vil gi et bedre helsetilbud til befolkningen.



Gry Rønning
Seksjonsleder i klinikk for akuttbehandling (Molde)

Sett fra mitt ståsted vil det å arbeide i et større miljø gi klare fordeler for sykepleierspesialitetene og legespesialitetene. Vi kan nytte hverandre på en annen måte. Det gir klare fordeler i form av robusthet og kunnskapsdeling. Ettersom seksjonene er arkitektonisk knyttet sammen med tanke på pasientflyt, ser man naturlig gode samarbeidsarenaer på tvers av fagprofesjoner, avdelings- og klinikkstrukturer. Dette gjør at pasienten vil være i fokus og pasient-sikkerheten blir ivaretatt på en bedre måte. Vi vil også unngå pasientens negative opplevelse ved å flyttes mellom sykehusene, grunnet funksjonsfordeling.



Gudrun Karlsen
Seksjonsleder for kirurgisk/ortopedisk sengeposter (Kristiansund)

Det må være et totalt sett bedre helsetilbud til befolkningen med fordelingen av tjenester i hoved-sykehuset og distriktsmedisinsk senter. Det er viktig at ansatte skal føle seg ivaretatt og at deres kompetanse er uvurderlig. Derfor må man frem mot åpning av nytt sykehus og DMS, innflytting og endring av tjenestetilbud, redusere opplevelsen av uforutsigbarhet i arbeidssted og reisevei. Dette står i motsetning til fleksibiliteten man har ved ikke å lande seksjoner og tjenestetilbud riktig ennå.





Litteraturhuset | Trondheim

Hva snakker vi om når døden kommer tett på livet?

«Det handler om å ha mot til å lytte til historien om livet på sitt aller vanskeligste.»

Cathrine Bang Hellum, sykehushumanist.

En prest, en humanist og en muslimsk kulturkonsulent. Som ansatte i preste- og samtaletjenesten ved St. Olav hospital er sorg og død en naturlig del av jobben, men selv mener de at de først og fremst jobber tett på livet.

Vi samlet hovedprest Øyvind Taraldset Sørensen, sykehushumanist Cathrine Bang Hellum og kulturkonsulent Matri Abroud til en samtale om tro, tvil og det å være menneske – og medmenneske – i møtet med alvorlig sykdom og død.

Hvorfor er det så vanskelig å snakke om døden?

Cathrine: Jeg mener det er viktig at vi har et rom og språk til å snakke om døden. Ikke bare i møtet med nært forestående død, men også i hverdagen. Jeg tenker at det er et tema vi bør sjekke av på samtalelista med våre nærmeste slik at ingenting skal være usagt om det. Det behøver ikke være farlig, men det behøver å bli satt på agendaen.

Øyvind: Det er vanskelig å snakke om døden, det er det også for meg som prest. Det er litt enklere når pasienten selv forteller at han eller hun kommer til å dø. Da er det gitt en slags tillatelse til å snakke om døden og adressere det temaet slik at du spørre om hvilke tanker og følelser personen har. Da kan det være spennende å høre hva som kommer.

Matri: En ting er å snakke om døden med en som har vært syk lenge og som har akseptert at han kommer til å dø, men det er klart at det er vanskeligere når det er snakk om brå død og ulykker. Da snakker jeg om livet og troen, og om at vi alle skal dø og at ingen av oss vet når. Gud bestemmer når vi fødes og når vi dør. Da handler det om å få den som skal dø til å akseptere at sånn er det.

Hva vil folk snakke om når de vet de skal dø?

Cathrine: Et av de viktigste temaene som kommer opp, og et av de første som ofte kommer, er hvem er du når du ikke er her? Det er godt for pasienten å ikke bare være pasient, men også å få snakke om hvem de har vært før, om sin livshistorie og kjernen i hvem de egentlig er som mennesker.

Matri: Når en pasient nærmer seg døden er det en sterk anbefaling i islam at han informerer sine venner og pårørende og bruker muligheten til å gjøre opp regnskap. Det kan være at han skylder noe eller vil si unnskyld, eller andre veien – at noen har noe de vil gjøre opp med han. Det å få gjort opp regnskap er viktig for å kunne dø i fred, og det betyr også mye for det neste livet.

Øyvind: Det kan være forskjellig hva folk ønsker å snakke om, uavhengig av om de er troende eller ikke. Den som skal dø er kanskje opptatt av å ikke få følge barnebarna videre i livet og sorgen over det. De gruer seg for å ta farvel

med mennesker de er glade. Noen er redd for smerter, andre for at det skal ta lang tid og at de skal bli hjelpetrengende. Det som er viktig er at vi stiller åpne spørsmål som hva tenker du på nå eller er det noe du er redd for?

Hva kan vi si til noen som er i sorg eller i alvorlig krise?

Cathrine: Jeg husker en av de første gangene jeg som sykehushumanist ble tilkalt og skulle bistå en familie ved en plutselig ulykke. Det var et ungt menneske som ville dø i løpet av få timer og der skal jeg komme og gjøre en forskjell. Jeg hadde en god kollega med meg og lærte at noen ganger er det riktigste å si at jeg faktisk ikke har ord som jeg kan bruke for å vise den omsorgen jeg føler for deg i den situasjonen du er i nå.

Øyvind: Noen sørgende opplever at folk unngår dem. Det kan være at folk ser dem på gata og så skifter de plutselig side. Hvorfor det er slik kan vi undre oss over, men det er viktig å være til stede.

Cathrine: Det handler om å ha mot til å lytte til historien om livet på sitt aller vanskeligste. Og det motet viser du om du ikke krysser gata, men tør å se og møte dem som er i sorg.

Øyvind: Det kan være nyttig å tenke over hva du selv ville sette pris på. Hvordan vil jeg at andre skal møte meg når jeg har stor sorg eller om jeg

hadde fått beskjed om at jeg skal dø? Vi trenger ikke være så redde for å snakke om døden med en som skal dø, for er det noe den personen tenker på, så er det at han skal dø. Og sånn er det med sorg også. Det vi ofte er redde for er våre egne følelser og for at vi skal begynne å gråte fordi det er så trist.

Matri: I muslimsk tradisjon bruker vi mye tid på å snakke om tålmodighet og det å sette pris på det vi har igjen. Om en far med fire barn dør, så ber jeg enken huske på at hun har fire barn å være takknemlig for. Og til den eldste sønnen sier jeg at nå må du ta ansvar. Din far er død, du må akseptere det og starte på nytt. Du kan gråte eller bli sint, men han kommer ikke tilbake.

Er det vanlig å bli sint på Gud?

Øyvind: Ja, det er en veldig vanlig og vanskelig følelse. Sinne er jo ofte uttrykk for maktesløshet eller at man føler seg veldig dårlig behandlet, for eksempel av Gud. Jeg mener det er viktig å ta i mot sinnet og formidle at det er rimelig: Det er rimelig å bli sint når en ulykke rammer. Det er rimelig å anklage Gud, og du er ikke den første som gjør det. Det er bare å lese Jobs bok der Job forbanner den dagen han blir født og beklager at han ikke ligger i jorda med dem som er død. Det ligger en veldig kraft i det å være sint og fortvilet, det var Jesus også da han hang på korset, så den som er sint på Gud er i god tradisjon.



«I muslimsk tradisjon bruker vi mye tid på å snakke om tålmodighet og det å sette pris på det vi har igjen.»

Matri Abroud, kulturkonsulent.



Humanisten, muslimen og presten. Fra venstre: Cathrine Bang Hellum, Matri Abroud og Øyvind Taraldset Sørensen.

Blir troen viktigere for mennesker når det nærmer seg slutten?

Matri: Ikke alle muslimer har Gud like sterkt til stede i sin praktiske hverdag, men når de bli syke eller nærmer seg døden så blir Gud viktigere. Da vil de ofte snakke med imamen eller de kan henvende seg direkte til Gud for å få råd og svar på spørsmål i en vanskelig situasjon.

Øyvind: Jeg opplever at troen ofte er noe hemmelig hos mange, kanskje fordi de er redd den ikke skal holde mål, at den ikke skal være bra nok. «Jeg har ikke vært noen kirkegjenger da, men jeg har nå barnetroen ...», hører jeg ofte. Så kommer det kanskje fram at vedkommende har bedt fadervår hver kveld uten at noen vet om det, ikke en gang kona. Barnetroen sitter dypt forankret og er veldig bærekraftig, og det er viktig å anerkjenne den.

Cathrine: Forskere har funnet ut at mestringsopplevelsen ved alvorlig sykdom og i møtet med døden er høy for alle de som har en sterk overbevisning, også for ateister eller humanister. Det handler altså ikke om hva du tror, men hvor mye du tror. Styrken i overbevisningen og livssynet ditt er styrken til å møte det som kommer kastet på deg.

Hvordan trøste en som er redd for å dø:

Cathrine: Redsel er en følelse, og den må en sette ord på. Så start gjerne med å sette ord på den frykten og hvor den kommer fra. I den fortellingen opplever jeg ofte at det ligger spor av mestring og av det som er viktig for deg. De kan være nyttige å bruke for å legge bort det som handler om redsel og heller hente fram det som kan være bærende for deg. Å få satt ord på det som er vanskelig er ofte starten på hvordan en kan løsne opp i den frykten.

Hva er den gode død?

Øyvind: Det er et ganske spennende spørsmål. Er det å dø på sykehus eller å dø hjemme? Er det å dø fort eller langsomt? Forberedt eller ikke?

Frans av Assisi skrev en solsang som er gjendiktet i salmeboka. Et av versene går slik: «Takk gode Gud for søster død, den siste hjelper i vår nød. Hun kjører vognen stille frem, når det er kveld og vi skal hjem». Å dø gammel og mett av dage er den gode død, slik jeg ser det. Og det tror jeg også er en allmenn erfaring.

Cathrine: Mot slutten skjer et taktskifte fra kampen om å redde et liv til å redde verdigheten til et menneske som skal avslutte livet. Da er det viktig å prioritere hvor en legger energien sin, og det er ikke alltid så lett. For oss handler det da om å få hjelpe folk å finne det som er meningsfullt mot slutten. Til å finne frem til kjernen i hva som er viktig akkurat nå og bruke energien sin til å skape en god fortelling om de siste dagene.

Om preste- og samtaletjenesten

Preste- og samtaletjenesten ved St. Olavs hospital er en livsynsåpen samtaletjeneste som er tilgjengelig for alle pasienter og pårørende ved sykehuset.

Preste- og samtaletjenesten er den første i landet som har ansatt en sykehushumanist og de har også en muslimsk kulturkonsulent i tjenesten.

Trenger du noen å snakke med?

Om du ikke er pasient eller pårørende ved St. Olav, men har behov for noen å snakke med kan du ta kontakt med ditt lokale tro- eller livssynssamfunn.

Du kan også ringe kirkens SOS som er en døgnåpen telefontjeneste for mennesker i krise. Tlf: 22 40 00 40.

De vanskelige, men nødvendige beslutningene

Som leder i Beslutningsforum for nye metoder innrømmer Stig Slørdahl at han stadig tviler. Men én ting er han helt sikker på: Det viktigste er en likeverdig helsetjeneste.



Stig Arild Slørdahl

- Administrerende direktør i Helse Midt-Norge siden 2015.
- Leder i Beslutningsforum for Nye metoder siden mai 2018.
- Professor i medisin og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer.
- Tidligere overlege ved St. Olavs hospital og dekan ved det medisinske fakultet ved NTNU.



– Det er en krevende og vanskelig jobb, men samtidig nødvendig og viktig for å sikre at vi bruker fellesskapets midler på best mulig måte, sier Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge.

Tidligere i år tok helsedirektøren over et verv få misunner ham. Som leder av Beslutningsforum for nye metoder er det Slørdahl som fronter beslutningene i media når en pasientgruppe ikke får ta i bruk en ny medisin. Avgjørelser som han vet oppleves som et spørsmål om liv eller død for enkeltmennesker.

Vanskelige prioriteringer

– Det er ikke vanskelig å forstå reaksjonene som kommer når vi sier nei til en ny metode. Alle vil selvsagt det beste for seg og sine. Vi er alle potensielle pasienter eller pårørende, men som helsetjeneste vil vi alltid måtte prioritere innenfor de rammene vi forvalter på vegne av fellesskapet, understreker han.

For det er det hele dreier seg om: Å vurdere nye medisiner og metoder opp mot de tre kriteriene nytte, alvorlighet og ressurs – og så gjøre de vanskelige valgene.

– Når jeg snakker direkte med folk så forstår de aller fleste at vi ikke har ubegrensede midler og at vi må prioritere.

Å ta de vanskelige samtale med pasienter har vært en del av jobben hans gjennom en lang yrkeskarriere som lege, og er noe Slørdahl er godt vant med. Men én ting er å snakke med folk ansikt til ansikt, noe annet er å være den som skal fronte en sak i offentligheten.

– Det er mye vanskeligere. Uten den direktekontakten med mottakeren får du ikke muligheten til å rette opp hvis noe misforstås. Da kan det være enkeltpasienter som lytter og som lur på hvorfor de ikke får medisinen, uten at du får svart dem direkte, sier Slørdahl.

Skal lytte til alle pasientgrupper

Møter med pårørende og pasienter gjør stort inntrykk, ikke minst historiene til SMA-pasientene i forbindelse med saken rundt den svært omdiskuterte Spinraza-medisinen. Samtidig er Slørdahl opptatt av at alle pasientgrupper skal bli lyttet til, ikke bare dem som høres best.

– Som leder må jeg ivareta alle, også dem som ikke har like sterke stemmer i offentligheten. Likevel har jeg forståelse for at man vil kjempe høylytt til for sin sak, men det er vår oppgave å balansere dette, sier han.

Slørdahl er selv professor i medisin, og selv om sakene som kommer inn til Beslutningsforum allerede er vurdert av et fagutvalg, kjenner han at bakgrunnen hans kommer godt med.

– Når jeg må sette meg inn i bakgrunnsdata er det nyttig å ha erfaring fra forskning. Det er også fint å få komme tettere på faget jeg er utdannet til, understreker han.

Økende antall saker

I 2017 hadde Nye metoder over 200 saker til vurdering. Antallet saker er økende. Ved utgangen av august i år var det lagt fram 100 saker for Beslutningsforum.

Et ja til et nytt preparat eller metode betyr at alle i Norge får likeverdig tilgang på ny, og ofte kostbar, behandling. Unntaksordningen gir også rom for individuell vurdering i spesielle tilfeller, men Nye metoder som system skal sikre at det offentlige både kan forhandle fram gode avtaler og gi befolkningen tilgang på det beste og mest effektive innen medisinsk behandling.

– Jeg tviler jo kontinuerlig, det tror jeg er helt nødvendig. Men tvilen må ikke gjøre deg handlingslammet. Personlig tviler jeg selvsagt mest når vi har sagt nei, selv om det for helsetjenesten nok kan by på de største utfordringene når vi sier ja.

For det er en kjent sak at medisinerne det er snakk om ofte er svært kostbare. Med listepriiser på rundt en million kroner for en dose for enkelte nye medisiner er det ikke bare å gi grønt lys, samme hvor sterkt en skulle ønske det. Da blir det avgjørende å forhandle fram en pris som helseforetakene kan leve med.

– Spinraza-saken har vært frustrerende fordi vi syntes prissettingen var over det som var akseptabelt. Samtidig mener jeg at legemiddelindustrien skal tjene på arbeidet de gjør. Det stimulerer til utvikling av nye medikamenter og driver industrien framover, noe vi er helt avhengige av.

– Dere har fått en del kritikk for hemmelighold av priser, har du forståelse for det?

– Jeg ser svakheter ved det, og i en ideell verden ønsker jeg full offentlighet rundt alle priser vi ender opp med. Listeprisene er jo offentlige, det er kun rabattene vi forhandler frem som er hemmelige. Det er fordi de er konkurransesensitive, sier Slørdahl og legger til:

– Dette er et dilemma, men alternativet er at legemiddelindustrien ikke vil prioritere Norge hvis de opplever at de konkurransemessige fordelene trues. Det må vi forholde oss til hvis vi skal sikre at vi får tatt i bruk de medisinerne som er tilgjengelige. I tillegg er det også viktig å huske på at de rabattene vi forhandler fram kan utgjøre store beløp, og det bidrar til at vi får mest mulig ut av hver helsekrone.

Økte forventninger

Slike besparelser kommer godt med i en tid der helsetjenesten er i kraftig endring. Vi lever lengre og har stadig større forventninger – ikke minst til å alltid kunne få den beste behandlingen tilgjengelig.

– Vi er nok på vei mot et samfunn der individuelle rettigheter og muligheter får større betydning. Jeg er opptatt av at vi fortsatt skal ha en likeverdig og solidarisk helsetjeneste som prioriterer samfunnets ressurser til det beste for alle.

– Bør vi som befolkning bli flinkere til å justere ned forventningene til helsetjenesten, er vi for kravstore?

– Jeg er usikker på om det er Beslutningsforum sin jobb å legge føringer på hva folk skal forvente. Alle må ta et ansvar for samfunnsutviklingen, både politikere og borgere.

Og skal vi sikre en likeverdig helsetjeneste i framtida må Beslutningsforum henge med i svingene. Nå snakker «alle» om persontilpasset medisin, altså diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte.

– Ved persontilpasset medisin blir gruppene veldig små. Da må vi rigge Beslutningsforum slik at vi kan håndtere de sakene. Det krever mye kunnskap om befolkningen, og der har vi i Norge en fordel siden vi har flere gode register, påpeker han.

Bekymret for klasseskille

Men persontilpasset behandling kan også by på flere utfordringer. I en doktorgradsavhandling av Isabelle Budin-Ljøsne ved Folkehelseinstituttet

kommer det fram at mange ikke er i stand til å bruke slik kunnskap for å oppnå bedre helse. Hun frykter derfor at «det først og fremst er de med mest penger, kunnskap, og andre ressurser som vil dra nytte av den medisinske revolusjonen». Det er en bekymring Slørdahl tar på alvor.

– Persontilpasset medisin og behandling kan utfordre hvordan vi prioriterer framover, men vi ønsker ikke at slik behandling skal være avhengig av den enkeltes ressurser eller kunnskap, og vi tar med oss disse innspillene i arbeidet vårt. Vi vet at et samfunn med store økonomiske forskjeller også påvirker helse, og derfor er det viktig at vi prøver å utjevne samfunnets goder for å sikre en likeverdig helsetjeneste.

Og den helsetjenesten skal være for alle, og den skal også være god. Så hva med helselederen selv, har han privat helseforsikring, sånn for sikkerhets skyld?

– Nei, det ser jeg på som unødvendig. Jeg føler meg trygg på at den offentlige helsetjenesten i Norge tar godt vare på meg, avslutter Slørdahl.



Nasjonalt system for innføring av Nye metoder

- Etablert i 2013.
- Disse utfører metodevurderinger: Statens Legemiddelverk og Folkehelseinstituttet.
- Andre involverte: Sykehusinnkjøp, Helsedirektoratet og Statens Strålevern.
- Bestillerforum RHF tar stilling til og igangsetter metodevurderinger.
- Sekretariat for Nye metoder er administrativt hos Helse Sør-Øst RHF.

Bestillerforum RHF

- Har som oppgave å vurdere innkomne forslag til metodevurderinger.
- Består av fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene og to representanter fra Helsedirektoratet.
- Avgjør hvilke metodevurderinger som gjøres nasjonalt for medisinsk utstyr eller andre metoder, og gir deretter oppdrag til Folkehelseinstituttet og/eller Statens legemiddelverk.

Beslutningsforum for Nye metoder

- Består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.
- En representant fra brukerutvalgene og direktør i Helsedirektoratet er observatører og har talerett.
- Statens legemiddelverk og fagdirektørene i de regionale helseforetakene er bisittere.
- Helse Midt-Norge RHF er sekretariat.
- I fjor ble totalt 121 saker behandlet av Beslutningsforum, hvor 57 saker omhandlet Nye metoder. 38 metoder/legemidler fikk ja, 15 fikk nei og 4 fikk utsatt behandling for innhenting av mer informasjon.



Virtuell skattejakt kan gi demens-svar

Forskere. Anne Merethe Winter og Håvard K. Skjellegrind undersøker hukommelse og navigering hos eldre i samarbeid med HUNT 4.

I Nord-Trøndelag skal eldre ut på virtuell skattejakt for å finne ut hvordan en normal 70-årig hjerne navigerer. Målet er å finne en ny brikke som passer i det store Alzheimer-puslespillet.

Alzheimer er den sykdommen flest av oss frykter å få. Og det er kanskje ikke så rart. Enn så lenge finnes det ingen kur, og vi vet heller ikke nøyaktig hva som er årsaken bak sykdommen. Den gode nyheten er at det forskes mer enn noensinne på området.

Navigasjon og hukommelse svekkes

– Det vi trenger for å kunne utvikle behandling som kan begrense sykdomsprosessene er først og fremst å kunne diagnostisere på et mye tidligere tidspunkt enn vi kan i dag, sier Anne Merethe Winther.

Hun er framtidig PhD-kandidat i et forskningsprosjekt på demens som starter høsten 2018, og som er et samarbeid mellom blant andre Kavli-Braathen senteret på NTNU, HUNT 4 og sykehuset i Levanger. Winther forteller at noe av det som svekkes først ved demens, og spesielt Alzheimers, er hukommelse og evnen til navigering.

– En av de tingene som ofte merkes tidlig er at du ikke finner veien på steder der du har gått før. Eller at du ikke finner igjen ting, som nøkler for eksempel. Da snakker vi selvsagt ikke om vanlig glemsomhet, det opplever alle, men at det gradvis utvikler seg til å bli et mønster.

Og det er dette forskerne skal se nærmere på ved å sende eldre ut på skattejakt i en dataanimert verden. Der får de målt hjerneaktiviteten sin ved hjelp av en såkalt fMRI-skanner mens de forsøker å finne igjen objekter som blir plassert ut i et virtuelt landskap.

– Gjennom denne typen funksjonell MRI-avbildning kan vi indirekte måle gittercelle-lignende aktivitet på mennesker samtidig som de utfører oppgaver. Det er relativt nytt i forskningen, forteller Winther.



Bygger videre på Moser-forskning

Om begrepet gitterceller høres kjent ut er det ikke så rart. Det er nemlig oppdagelsen av disse cellene May-Britt Moser og Edvard Moser fikk nobelprisen for i 2014.

– Vår forskning bygger direkte videre på forskningen til Moser. Nå tar vi det videre fra forsøk på rotter og mus til å forske på mennesker. Gittercellene utgjør en form for posisjoneringssystem i hjernen, og vi bruker dem til å se på hva som er normal navigering for en 70-åring, sier Winther.

Hun har allerede analysert lignende studier der både unge og eldre har gjort samme oppgave.

– I den studien fant de at eldre og yngre brukte forskjellig informasjon når de skulle huske hvor ulike objekt befant seg i et område. De yngre hadde en tendens til å benytte informasjon fra landskapet rundt seg, mens de eldre i større grad benyttet seg av et landemerke som var plassert ut. Det jeg begynner å se indikasjoner på nå, er at de ikke bare benytter ulik informasjon som landskap eller landemerke for hukommelsen, men at de også har ulike mønstre for hvordan de beveger seg rundt i et område for å finne veien til et mål. Kanskje bruker de forskjellig strategi når de skal skaffe seg oversikt og navigere. Det er i så fall veldig interessant, forteller hun.

Unikt genmateriale

Det som skiller denne studien fra de foregående, er blant annet det unike genetiske materialet de har tilgang på gjennom tidligere HUNT-undersøkelser.

– De sitter på en stor mengde biologisk data, blant annet blodprøver som kan fortelle om personer har gener som øker eller minsker risikoen for å utvikle Alzheimer.

Dette forskningsprosjektet handler først og fremst om aldring hos friske personer, men de som inviteres til å bli med i prosjektet er delt i tre grupper. En gruppe med gener som gir en liten risiko for å utvikle Alzheimer, én gruppe med motstandskraft, såkalt resiliens, mot å utvikle sykdommen og én gruppe som ikke har noen indikator på om de vil kunne utvikle den. Winther understreker at den aller største gruppen i befolkningen generelt ikke har noen indikator, og at deltakerne i undersøkelsen ikke vet selv hvilken gruppe de tilhører.

– Disse indikatorene forteller ikke om du med sikkerhet vil utvikle sykdommen eller ikke. De gir kun en liten økt sannsynlighet, understreker hun.

Optimistisk

Målet med undersøkelsen er å bli i stand til å kunne forutsi svekket hukommelse og navigering på et tidlig stadium. Derfor kalles også deltakerne inn igjen etter omlag 1,5 år for å gjøre den samme testen på nytt.



Virtuelt landskap.Yngre har en tendens til å navigere etter landskapet rundt seg, mens eldre i større grad benytter seg av et landemerke, i dette tilfellet en trafikkjegle.

– Det vi håper på er jo å kunne forutsi nedsatt hjernefunksjon flere år før skaden er så stor at det er for sent å gjøre noe med. Klarer vi det er vi et skritt nærmere at denne informasjonen kan benyttes til å tidligere diagnostisere av Alzheimer sykdom, og etter hvert også forhåpentligvis utvikling av behandling som kan forlenge livet og øke livskvalitet. Det er en veldig komplisert sykdom, men det skjer så mye innen feltet nå at jeg er optimistisk med tanke på framtida, avslutter Winther.



Demens og Alzheimer

- Demens er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt som oftest opptrer i høy alder.
- I Norge antar vi at det er nærmere 80 000 personer med demens. Hvert år får cirka 10 000 nye personer denne sykdommen.
- Alzheimers sykdom er en type demenssykdom som cirka 60 prosent av personer med aldersdemens lider av.
- Alzheimers sykdom starter med at hjerneceller i områder ved tinningslappen skades og dør.

HUNT

- Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er en av verdens største samlinger av helseopplysninger om en befolkning.
- Undersøkelsen startet opp i 1984 og gjennomføres nå for fjerde gang.
- Til sammen har 120 000 personer samtykket til at avidentifiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og nesten 80 000 har avgitt blodprøver.
- Dette gjør HUNT til en betydningsfull samling av helsedata og biologisk materiale, også i internasjonal sammenheng.
- HUNT 4 foregår i perioden fra september 2017 til februar 2019.

Aldringsprosjektet fMRI-markører for hukommelse og navigering

- Studien er et oppfølgingsprosjekt til HUNT 4 hvor 300 personer over 70 år, med normale kognitive evner, inviteres til å delta.
- Omtrent 1,5 år senere vil deltakerne inviteres på nytt til å gjøre de samme oppgavene under fMRI-skanning slik at endringene kan undersøkes over tid.
- Studien finansieres av Helse Midt-Norge og ledes av professor Christian Doeller ved Kavli-Braathen-senteret ved Kavliinstituttet, NTNU.

Vil gi pasientene nok og riktig mat



Mat er vitalt. – Vi har veldig tro på at vår løsning vil gi bedre ernæringsomsorg til pasientene, sier Gustad. Fra venstre: Astrid Pedersen, Ann-Helen Raaen, Elin Haugskott, Lise Tuset Gustad, Hilde Skaland, Cecilie Røli og Stig Tangstad.

At pasienter med kroniske sykdommer ikke får i seg nok og riktig mat, og utvikler sykdomsrelatert underernæring, er et problem på norske sykehus. Det vil Lise Tuset Gustad gjøre noe med. Støttet av innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge gikk hun i fjor i gang med prosjektet «Mat er vitalt».

– En underernæringstilstand vil svekke pasientenes funksjon og immunforsvar, og føre til lengre sykehusopphold, hyppigere reinnleggelser, flere komplikasjoner og svekket livskvalitet. Og selv om dagens pasienter har kort liggetid, forverres ofte pasientenes problemer med ernæring når de er innlagt på sykehus, sier Gustad, som er spesialsykepleier i Helse Nord-Trøndelag, postdoktor ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk ved NTNU, og prosjektleder for «Mat er vitalt».

Jobben med å sørge for at pasientene får i seg nok og riktig mat, og å rapportere om pasientens matbehov til primærhelsetjenesten, er i dag en krevende manuell arbeidsprosess som gjerne fører til dårlig kvalitet. Derfor vil prosjektet utvikle en lukket ernæringsløype, et automatisert system for å bestille den maten pasienten trenger og ønsker – og som hjelper sykepleierne med å dokumentere og vurdere om pasienten får i seg nok mat i løpet av et skift og et døgn.

På sikt vil systemet også gi rapporter til fastlege og kommunalhelsetjeneste slik at sykehusets ernæringsjobb kan følges opp.

– Hvis norske pasienter får i seg riktig næring vil det gi kortere liggetid, raskere rehabilitering og økt livskvalitet. Når man er syk trenger man sykdomstilpasset mat – og nok mat. Om man ikke får i seg næring vil ikke kroppen klare å bli frisk, sier Lise Tuset Gustad.



Appen Hild. Nina Kongshaug mener appen har mange fordeler sammenlignet med dagens praksis, spesielt med tanke på pasientsikkerhet og ressursutnyttelse.

Overlege Nina Kongshaug har utviklet en app som skal sørge for at kreftpasienter får riktig dose medisin til rett tid. Appen Hild vil også registrere og rapportere eventuelle potensielt alvorlige bivirkninger.

– I dag sendes kreftpasienter hjem med tablettbehandlingen sin. De blir oppringt av en sykepleier på tre faste dager gjennom tre uker. Noen ganger fanger dette opp bivirkninger, men ikke alltid, sier prosjektleder Kongshaug, som til vanlig er spesialist i onkologi ved Kreftklinikken ved St. Olavs hospital og Phd-stipendiat ved MH-fakultet, NTNU.

Det er blitt gjennomført en pilotstudie av appen der en prototype er blitt testet på telefonen til 14 pasienter. I tillegg ble det gjennomført intervjuer av en gruppe med kreftsykepleiere og en gruppe med leger. Kongshaug

Ny app styrer medisinen til kreftpasienter

mener løsningen har mange fordeler sammenlignet med dagens praksis. Spesielt med tanke på pasientsikkerhet og ressursutnyttelse.

– Når vi gir pasienter medisiner med potensielt farlige bivirkninger, er det viktig at det gjøres på en trygg måte. Visse bivirkninger krever tiltak. Samtidig kan det å stoppe å ta medisinen ha innvirkning på effekten av behandlingen. Å sortere ut dem som trenger tettere oppfølging, sparer tid for helsepersonellet, sier Kongshaug.

Prosjektet fikk 750 000 kroner i innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge i 2017, og har også mottatt støtte tidligere. Nina Kongshaug tror det skal være mulig å ta i bruk appen Hild i løpet av et halvt års tid.

Psykiatriløftet åpnet i Levanger

Etter en byggeperiode på ett år og fem måneder åpnet den første og mest synlige delen av Psykiatriløftet på Levanger 28. august. Helse- og omsorgsminister Bent Høie sto for den offisielle åpningen.

Han beskrev åpningen som et løft for pasientene, de ansatte og for hele den nordre delen av Trøndelag.

– Her er det mange gevinster for pasientene. Hvordan vi har det rundt oss har mye å si for hvordan vi har det inni oss. Nybygget signaliserer en helsetjeneste til en pasientgruppe som er høyt prioritert. Det nye bygget betyr også mye med tanke på rekruttering og å beholde et godt fagmiljø, sa Høie. Statsråden deltok i åpningsseremonien på Sykehuset Levanger sammen med 120 andre inviterte gjester. Blant dem administrerende direktør i Helse Midt-Norge Stig Slørdahl.

– På vegne av pasientene, ansatte og befolkningen er jeg stolt over at vi har fått dette på plass. Helse Nord-Trøndelag har jobbet med området psykisk helse gjennom mange år og har vært et fyrtårn i Norge, sa Slørdahl, som var imponert over det nye bygget.

Mellom 500 og 600 mennesker benyttet senere på dagen anledningen til å få se insiden av et helt moderne sykehus for psykisk helsevern.

Allerede dagen etter, den 1. september, flyttet de første pasientene inn i nybygget. Dermed fortsetter neste fase i Psykiatriløftet, som innebærer ombygging og renovering av paviljongene fra 1980 og Arken. Dette skal etter planen stå ferdig sommeren 2019.



Psykiatriløftet. 1. september flyttet de første pasientene inn i det nye psykiatribygget i Levanger.



Gilda Opland. Klinikksjef på Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olavs hospital.

– Det høres lenge ut til 30. november 2019, men tiden kommer til å gå fort!

Gilda Opland er klinikksjef på Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olavs hospital. Hun smiler når hun tenker på tidsperspektivet, men det merkes at alvoret siger inn over klinikken.

30. november 2019 er startdatoen som er satt for innføring av nye laboratoriedatasystemer, og St. Olav er først ute. Deretter kommer Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2020.

Moderne arbeidsmetoder

–Vi bytter ut gamle systemer med ett felles nytt system innenfor laboratoriemedisin. Det gir oss ny funksjonalitet og muligheter for

optimalisering og moderne arbeidsmetoder. At vi får ett og samme system ved flere sykehus åpner opp for å jobbe på tvers og vi kan utnytte hverandres spesialiteter, sier Gilda Opland.

Laboratoriemedisinsk klinikk ved St. Olav har seks spesialiteter. Nye systemer gir fagområdene mulighet til å nærme seg hverandre i metode og teknikk, mener Opland.

– Det gir fordeler rundt samarbeid, innkjøp av utstyr og det gir funksjonelle fordeler på tvers av avdelinger og helseforetak. Vi løfter den felles forvaltningen til et nytt nivå.

Organisasjoner i endring

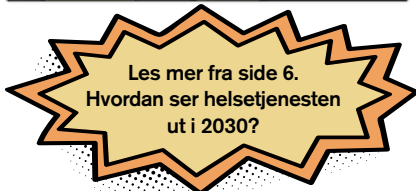
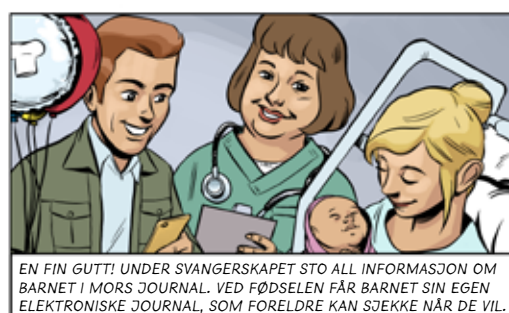
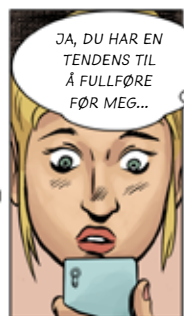
Klinikksjefen er oppmerksom på at overgangen til nytt system hos enkelte miljøer betyr større endringer enn hos andre.

–Vi har stor tro på at miljøene takler overgangen. Målet er å få til en flytende overgang for alle ansatte.

Det regionale prosjektet HMN LAB har siden sommeren 2016 jobbet med anskaffelsen av nytt datasystem. Kontrakten med Epic ble signert i vår.

–Vi har nå gått fra anskaffelse til innføring. Personell fra seksjonsnivå i helseforetakene, fra selve prosjektet og fra leverandøren jobber sammen for å skape et godt system. Oppsettet av systemet skal gi trygghet og selvtillit. Nå jobber vi med design av systemet, med oppsett, testing og opplæring. Det er stor involvering i organisasjonene, vi skal stå i dette sammen, sier Opland.

–Dette er vårt prosjekt, det er vi som skal ha dette som verktøy. Den medisinske verden går mer og mer mot teknologien. Vi er ikke overflødige av den grunn, men vi må endre måten vi jobber på.



Framtidens pasientjournal skapes nå. Den setter pasienten i fokus og skal gi en enklere reise gjennom helsevesenet. Fra fastlegen, til kommunen, til sykehuset, til den private spesialisten. Mer informasjon på www.helseplattformen.no