


SI | magasinet



Hov jubilerer
– eldste i Europa
→ **30-33**

Innhold → SI-magasinet 3/11

- 3 → Leder Sommer
- 4 → Ny intensivavdeling på Gjøvik
Tre avdelinger ble en
- 6 → Styremøte
Dialog med foretakstillitsvalgte
- 8 → Svart-hvitt på Reinsvoll
Annerledes undervisningsdag
- 12 → Innhvafor'no?
Brukerstyrt laboratorium
- 13 → Nytt Kunnskapsegg
Større og smartere
- 14 → Ny sykehusprest
– Har fått drømmejobben
- 16 → Schjelderupseminar
Fokus på helse og verdighet
- 18 → Simuleringsøvelse
MAT-nyttig på Gjøvik
- 20 → Hos bushdoktoren
Ikke akkurat skolemedisin
- 22 → Over 100 stenter på Hamar
Store fordeler for pasientene
- 24 → SI i nyhetene
Innblikk i avisenes nyhetsoppslag
- 26 → Prises av Momentum
Stående applaus på Ottestad
- 28 → Religionspsykologisk senter
Presten ble professor
- 30 → 50-års jubileum på Hov
Var først i Europa
- 34 → STAN på Gjøvik
Avansert fosterovervåking
- 36 → Prosjekt «Meldingsløftet» i SI
Elektronisk meldingsutveksling
- 38 → Pasientreisesentret ekspanderte
100 ansatte i Moelv
- 39 → Åpnet nytt bibliotek på Sanderud
Slutt på «utlendigheten»
- 40 → Brukerutvalget
Brenner for forebygging

Forsidebildet: 22. juni er det 50 år siden Statens klinikk for narkomane ble åpnet på Hov, jubileet ble feiret i begynnelsen av mai.



Ansvarlig utgiver:

- Sykehuset Innlandet HF
Postboks 104, 2381 Brumunddal
Telefon 623 33 000
simagasinet@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no

Redaksjonen:

-  ■ Ansvarlig redaktør:
Kommunikasjonsdirektør
Stein Tronsmoen
Telefon 62 33 30 / 911 83 680
-  ■ Redaktør/
kommunikasjonsrådgiver:
Trond Tendo Jacobsen
Telefon 62 33 30 31 / 480 79 280
trond.tendo.jacobsen@
sykehuset-innlandet.no
-  ■ Informasjonssjef:
Britt Haugen
Telefon 62 33 30 32 / 917 47 845
-  ■ Webredaktør:
Geir Kristian Lund
Telefon 62 33 30 37 / 926 13 340

- Redaksjonen avsluttet 15. juni 2011.
- Vi tar forbehold om feil og endringer.

Målgruppe:

- Ansatte og primærleger er hovedmålgruppe for SI-Magasinet, som i papirversjon også gjøres tilgjengelig for pasienter, pårørende, besøkende og andre.

Grafisk produksjon:

- Design/førtrykk: Sykehuset Innlandet
- Trykk: Ide-Trykk. Opplag: 3.500.

ISSN:

- ISSN 1504-9647 (trykt utgave)
- ISSN 1504-9779 (elektronisk utgave)



→ 4



→ 10



→ 16



→ 18



→ 20



→ 28



→ 32



→ 39

Leder:

Sommer

Når dette skrives er det 1. juni; med andre ord den første dagen i den første feriemåned. Og været bekrefter det; fantastisk sol, og temperaturen stiger. Våren har vært rekordtidlig; ansvarlig redaktør har aldri noensinne utført plenklipping i mai; normaliteten har vært ca St.Hans. Det kan jo ha noen med plenens beskaffenhet å gjøre, eller også plenens beliggenhet. Det er mulig med mange variabler.

Sykehuset Innlandet har hatt flere krevende prosesser denne vinteren. Ikke alle er avsluttet, men det er mulig å se enden på enkelte. Saken vedrørende bekymringsmeldingen som omhandlet forhold i divisjon Psykisk helsevern har vært gjenstand for en grundig gjennomgang av et eksternt advokatfirma og er ventelig avsluttet før sommerferien. Rapporten vil bli offentliggjort. Den såkalte traumekodesaken har også vært behandlet i eksterne organer. En ny vurdering ventes klar til siste styremøte før sommeren. Økonomisk langtidspan har vært behandlet av styret i vår, og avdekker fortsatt trange vilkår for investeringer. Strategisk Fokus behandles med nødvendig tilførsel av tid og ressurser. Prosessen her vil gå sin gang utover høsten og vinteren etter gode innspill fra organisasjonen og eksterne organer.

Andre foretak i HSØ-gruppen gjør vedtak som vil ha betydning for oss. Det gjelder først og fremst Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus og Vestre Viken. Et forhold er at de valg som gjøres i disse foretakene kan påvirke vår egen drift og utvikling av faglige tilbud. Vel så alvorlig er at konsentrasjonen i/rundt hovedstaden vil måtte kreve betydelige investeringsmidler i årene

framover. Og det er midler som SI egentlig bør ligge godt an til å få sin rettmessige andel av. Det betinger i hvert fall at vi skikker vårt eget bo så vi kan presentere troverdige prosjekter som holder faglig godt nivå.

Det må derfor gjøres noen strategiske valg for SI. Det kan synes som om det er to retninger som tegner seg i en litt uklar horisont. Det ene er å reddyke dagens kjede av lokalsjukehus. Da vil vi kunne ivareta vel 60 prosent av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Den andre retningen er å utvikle ett moderne områdesjukehus som kan by befolkningen i Hedmark og Oppland en tjeneste som innfrir 90–95 prosent av spesialisthelsetjenestebehovet. Det siste er naturligvis svaret for å unngå pasientlekkasjer og tapping av faglige ressurser.

Det vil være viktig for hele Innlandet om HSØ vil gå for et utbyggingsprosjekt som vil gi innbyggerne gode, forutsigbare og mest mulig komplette helsetjenester.

*God sommer!
Stein Tronsmoen
Kommunikasjonsdirektør*

«Det betinger i hvert fall at vi skikker vårt eget bo så vi kan presentere troverdige prosjekter som holder faglig godt nivå.»

Fire ganger jorda rundt!

Det er bare å ta av deg hatten for de 667 av våre ansatte som deltok i «Føtter i bevegelse». Da sluttstatus ble gjort opp stoppet kilometertelleren på 147.274,6, og de gikk nesten en kvart milliard skritt!

Avstanden som ble tilbakelagt tilsvarer nesten fire ganger jorda rundt ved ekvator, eller 3,67 ganger for å være nøyaktig. Omkretsen ved ekvator er 40.075 kilometer, og 17 meter. Hver deltaker gikk i gjennomsnitt 225 kilometer de ukene konkurransen varte. I alt ble det tilbakelagt 245.457.653 skritt, som gir en gjen-

nomsnitt per deltaker på 36.803 skritt. I første fireukers periode var det Elverum føde sengepost som vant lagkonkurransen og vant fire ukers jobbfrukt, knepent foran nyfødt intensiv, Lillehammer. I den andre fireukersperioden byttet de to rekkefølge.

Det var deltakere fra i alt 119 avdelinger, noen med kun to deltakere, andre med flere lag. Det planlegges en ny aktivitetskonkurransen til høsten, men de som står bak den har ikke røpet detaljer når dette skrives.



Kvantesprang på Gjøvik

20. mai var en stor dag på SI Gjøvik, da var det offisiell åpning av den nye topp moderne intensivavdelingen. Det var taler, snorklipping, musikk, bløtkake, omvisning – kort sagt alt som hører med til en skikkelig åpning.

Men kanskje var det vel så stort 30. mai, da avdelingen mottok de første pasientene. Endelig kunne de tilby en topp moderne avdeling.

Tre ble en

Den nye avdelingen dekker nærmere 850 kvadratmeter og har fått plass i fjerde etasje. Den er en sammensmeltning av tidligere intensivavdeling, hjerteovervåking og oppvåkningsavdeling. Disse tre er nå slått sammen til en avdeling, med felles personale – foruten leger er det 47 årsverk sykepleiere, fordelt på 60 ansatte. En slik organisering er i tråd med vedtak i styret i SI, som i 2008 besluttet at slike løsninger skulle være mønster for hele SI.

20 senger

Avdelingen består av 20 sengeplasser, fordelt på to firemannsrom, ett tomannsrom og ti enmanns. Et av disse rommene er et avansert luftsmitteisolat. Noe slik har man ikke hatt på Gjøvik tidligere, ikke i resten av SI heller, for den saks skyld.

Det er etablert egne overvåkingsrom mot sengerommene, slik at de gjennom vinduer kan overvåke flere rom samtidig, parallelt med at alle også overvåkes elektronisk.

Riving og ombygging strakk seg fra 15. mai i fjor, så etter et drøyt år med provisoriske løsninger kunne man endelig ta det nye i bruk. Det er gjort investeringer for 47 millioner kroner, av dette har divisjonen selv dekket nesten sju millioner.



Åpning: Det var «stinn brakke» da den nye intensivavdelingene på Gjøvik ble åpnet 20. mai.



Snorklipping: Det var intensivsykepleier Per Ivar Myhr som fikk æren av å klippe den røde snora, og slik markere åpningen av den nye intensivavdelingene på Gjøvik. Avdelingssjef Odd Ingar Toresen følger med.

Fanfare: Hilde Hammerud Bakke, Kristin Steinslien, Viktor Haugok og Filip Grevbo sto for en fengende åpningsfanfare.



Kvantesprang

– Standardmessig har dette vært litt av et kvantesprang, sa administrerende direktør Morten Lang-ree i sin hilsmingstale under åpningen. Med sin bakgrunn som tidligere divisjonsdirektør på Gjøvik har han førstehånds kjennskap til de utfordringer som er løst under vegs. De første skissene til nye lokaler ble utarbeidet i 2004.

Han gratulerte divisjonen med en hypermoderne avdeling, med det siste og mest avanserte innen teknologi: Dere har nå høstet fruktene av en krevende prosess. Han takket også avdeling for byggetvikling for vel gjennomført prosjekt. – Dere har levert til rett tid, og innenfor kostnadsrammen, det har blitt et varemerke for avdelingen, sa han.

Snorklipping

Det var intensivsykepleier Per Ivar Myhr som fikk æren av å klippe den røde snora. Han har lang fartstid på intensivavdelingen, og fikk også blomsterhilsen fra kollegene som takk for den iver og interesse han har vist for å finne gode løsninger under vegs i prosessen. – Du har hatt oversikt, vært kreativ og holdt den røde tråden, fikk han høre.

Egne krefter

Avdelingen er godt forspent med musikalske talenter. En blåserkvartett med egne krefter sørget for en frisk åpningsfanfare, mens intensivsykepleier Marit Steinsrud og ektemann Stein Villa underholdt med langeleik og harpe.

Og etterpå var det omvisning.



En fiks detalj: SI-logoen er lagt inn i glassene i dørene.

Langeleik: Intensivsykepleier Marit Steinsrud tryllet flotte toner ut av sin langeleik, ektemann Stein Villa trakterte harpe på suverent vis.

Foretakstillitsvalgte møtte SI-styret



Kontaktmøtene mellom SI-styret og foretakstillitsvalgte har tidligere vært holdt en gang i året. Men da styret, foretakshovedverneombud og fire foretakshovedtillitsvalgte møttes i forkant av styremøtet på Lillehammer i slutten av april, var det bare et halvt år siden forrige møte.

Erfaringene med disse kontaktmøtene vurderes som så nyttige at styret ønsker å ha to slike møter i året. – Det er verdifullt å møte dere, det er opp til oss hva vi får ut av møtene, sa styreleder Bente Holm Mejdell.

På den andre siden av bordet satt Jorunn Olsen fra Fagforbundet, Ingunn Holtklampen fra NSF, Olav Neerland fra FO, Line Lysbakken fra NPF og Leif Ole Bach, foretakshovedverneombudet. Det var tre hovedtemaer de utfordret styret på: Foretaksmodellen, kompetansebehovet og rekruttering.

Kommersialisering

Olav Neerland var først ut, han var kritisk til den form foretaksmodellen har fått, og ønsket styrets

syn blant annet på det han karakteriserte som økt kommersialisering.

Paul Hellandsvik spurte hva alternativet til modellen var, og forsvarte den med stort engasjement. – Det er oppnådd svært mye på en rekke områder, langt flere får behandling, det er sterkt fokus på kvalitet, stor vekst i forskning, og han viste til positive effekter på en rekke områder. Hva er kritikernes alternativ, spurte han.

Nils Røhne mente det ville være uheldig å starte en ny runde med nye modeller. Da er det bedre å diskutere hvordan dagens modeller kan bli bedre.

Komplisert samfunn

– Måten Norge er organisert på er svært komplisert, enten du er lærer eller lege, sa Hans Seierstad. – Det stilles så mange spørsmål rundt det en driver med på de ulike områdene at det sluker mye av hverdagen din. Det er prisen for å sikre kvalitet. Vi lever i et mistillitssamfunn, der det å ha fokus på slike spørsmål tar vekk mye energi. Dette er et problem, ikke bare i helsevesenet, mente han.

Blir slitne

Line Lysbakken: – Svaret på alle problemer er nye organiseringer. Man skal bygge opp og flytte på. Vi blir slitne av det!



Kontaktmøte: Den såkalte TV-20 gruppen, de foretakstillitsvalgte, til høyre på bildet, møtte styret i tilknytning til styremøtet på Lillehammer i slutten av april. De fem som møtte var fra venstre: Foretakshovedverneombud Leif Ole Bach, Jorunn Olsen fra Fagforbundet, Ingunn Holtklampen fra sykepleierforbundet, Olav Neerland fra Fellesorganisasjonen og Line Lysbakken fra Norsk psykologforening.

Jorunn Olsen mente at veldig mye dreier seg om organisering og hva SI skal jobbe med, mens det ikke legges like mye vekt på hvilken kompetanse en trenger for å utføre oppgavene på en god måte. Dette, og spørsmålet heltid/deltid, må styret ha større fokus på, mente hun.

– Er det noe styret er opptatt av, så er det nettopp kompetanse, og hva vi kan gjøre for å dekke de behovene vi står foran, repliserte styreleder Bente Holm Mejdell. Administrerende direktør Morten Lang-Ree minnet blant annet om at 20 millioner kroner av fjorårets overskudd er avsatt ekstraordinært til kompetanseoppbygging i divisjonene.

Framtidens utfordringer

Også Ingunn Holtklampen var opptatt av kompetansebehovet, og spurte om hvorfor SI rekrutterer så dårlig på enkelte områder. SI har lite å tilby, mente hun. Det er mye deltid, vanskelig å få faste stillinger, vanskelig å få videreutdanning. Dette fører til at SI «lekker» til andre sektorer, hevdet hun.

– Denne diskusjonen berører mange områder, mente Hans Seierstad. – Hvordan skal vi klare å rekruttere de fagfolkene vi har behov for? Nyutdannende stiller krav, blant annet til hele stillinger. Hvis vi ikke finner løsninger på slike spørsmål

kan det bli færre som rekrutterer til oss, mente han.

– Dette er viktige spørsmål, som styret er sterkt opptatt av, understreket Mejdell.

– Det er bra dere utfordrer oss, sa Dag Erik Pryhn. – Nettopp rekruttering og framtidens kompetansebehov er en av hovedbegrunnelsene for å kjøre Strategisk fokus-prosessen. Det er for høy andel ufrivillig deltid. Det er krevende å finne løsninger, sa han og utfordret de tillitsvalgte til å legge fram konkrete forslag.

Foretakshovedverneombud Leif Ove Bach var opptatt av kulturbygging. Styret må være premissleverandør for en langsikt kulturbygging, bygget på respekt og åpenhet, mente han.

Det ER høy kompetanse

– Det er veldig bra at kompetansespørsmålene har vært tema på dette møtet, men det blir feil om en sitter igjen med inntrykket av at det er lav kompetanse i SI, sa Morten Lang-Ree. – Det er det ikke. Selv om det er visse rekrutteringsutfordringer på enkelte områder et det gjennomgående høy kompetanse i SI.

Konferanse:

STYRK til Lillehammer

Divisjon Lillehammer er teknisk arrangør av årets STYRK-konferanse (Forum for kontorfaglige ledere i sykehus).

Konferansen arrangeres på Radisson Blu, og går av stabelen 14.–16. september. STYRK er et landsomfattende fagforum med mål å bidra til tverrfaglig samarbeid i sykehusene. Det er nedsatt en arrangementskomité som består av Else Laila Tuveng (leder), Bodil Kongstorp, Linnet Marie Dale, Ann-Merete Strøm, Aud Irene Barli, Kristin Jørgensen, Irene B. Sveum og Gro Frøysland.

Korrigerings:

NAV hoppet av

I saken om hjerterehabiliteringen ved SI Gjøvik i forrige nummer hadde det sneket seg inn en feil. NAV gir ikke lenger tilskudd til «hjertrimmen», det falt bort 1. januar i fjor. Men seksjon for ergoterapi og fysioterapi ser tilbudet som så viktig at en foreløpig har valgt å videreføre det allikevel, mens det jobbes med å få gjeninnført en form for tilskudd.

En annerledes undervisningsdag:

SVART–HVITT for 1D på Reinsvoll

Vi ble ikke så lite pirret av programmet for det som ble annonsert som en annerledes undervisningsdag for post 1D på Reinsvoll. Tema: Svart–Hvitt. Enten–Eller. Et dykk i kontrastenes verden i møte med de som sliter med ustabile personlighetsforstyrrelser. Form: Eksperimentell, annerledes og litt overraskende lekende?



Det var klart – dit måtte vi ta en tur. Målsettingen, het det, var å utvide «hjelpernes» forståelse av hvordan det oppleves å ha en ustabil personlighetsforstyrrelse, og ved det bidra til økt kvalitet i behandlingen i møte med de mennesker som sliter med denne lidelsen.

Men det som virkelig lokket meg til Reinsvoll denne fine vårdagen var løftet om at dagen skulle bli både eksperimentell og lekende. De skulle skje ved hjelp av foto. Foto! Et eksperimentelt og lekende møte mellom psykiatrifager og foto – som opplevelse og uttrykksform, sto det. Hva var vet de hadde funnet på nå?

– Vi ville prøve noe nytt, et alternativ til stor-møter i «salen», med forelesere. Vi tenkte at når en får inn stoffet på en annen måte kanskje det også huskes bedre, sier fagutviklingspsykepleier Ann-Mari Kvalvik. – Det skal være lekende – og dønn alvorlig.

Tegnet og forklarte: Fotograf Aage Villy Skåret viste seg som en dyktig pedagog, og tegnet og forklarte om fotograferingsprinsipper og teknikker.



Hva ser vi?

Et underliggende tema for hele dagen var hva hjelpere ser og observerer. For nettopp å se og observere er noe de ansatte på 1D og tilsvarende poster gjør mye av. Men hva er det man ser? Hva fokuserer en på? Hva påvirker valg av fokus? Hvordan fortolker vi det vi ser? Hvor likt og ulikt tolker vi det vi ser?

Farveløs dag – alt i svart-hvitt

Det skulle dagen fortelle oss, ved hjelp av foto – svart-hvitt foto. Rådgiver Johnny Sandaker på Sanderud, kunstfotograf Aage Villy Skåret og fagutviklingspsykeleier Ann-Mari Kvalvik på Reinsvoll hadde samarbeidet om et program som skulle vise seg å holde hva det lovet – både lekende, annerledes, overraskende – og lærerikt.

Det er bare å kaste seg på – bestill en slik «annerledesdag» først som sist. Det vil garantert gi en nyttig aha-opplevelse.

Vi tolker ulikt

Kanskje ikke alt er slik vi har sett det? Kanskje det er sjatteringer mellom svart og hvitt det er nyttig å

være klar over i møtet med pasientene, ja kanskje svart kan bli hvitt, og motsatt? Ikke vet vi.

– Observasjoner er den største delen av det vi driver med, men vi ser og tolker forskjellig. Derfor tror vi en slik dag kan være nyttig, sa Johnny Sandaker. Han har stått bak et lignende opplegg på Sanderud tidligere.

Nybrottsarbeid

– Men dette er et eksperiment, et nybrottsarbeid. Derfor er vi veldig spent på tilbakemeldingene, sier han. – Jeg fikk ideen til dette opplegget da jeg så en fotoutstilling på Sagbladfabrikken på Hamar, der Aage Villy Skåret stilte ut sine særegne svart-hvitt bilder. Vi forholder oss også i stor grad til svart-hvitt, og til det vi ser, tenkte jeg, og fikk tanker om dette samarbeidet.

Johnny Sandaker kan trolig senke skuldrene, de tilbakemeldingene vi oppfattet var udelt positive. Men selve «eksamen» kommer noe senere, da skal det være et oppfølgingsmøte, der en går gjennom erfaringene når de har fått synke ned, når en har fått tid til å reflektere, og eventuelt brukt noe av det dagen ga av nye innspill.

Eksperiment: Det var stor oppslutning om den svært så annerledes undervisningsdagen for de ansatte på 1D på Reinsvoll. Engasjementet var stort.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Et bilde sier mer enn 1000 ord

Tidligere het det at «bilder lyver ikke». De kunne en stole på, mer enn ord. Men etter photoshoptidsalderen gjelder ikke dette lenger. Men fortsatt er det slik at et bilde sier mer enn 1000 ord.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Alle har vi et forhold til bilder, til fotografier. Fotoalbumene forteller historien om vår familie, venner, ferier, store og små begivenheter. Blader, aviser, til og med SI-Magasinet, er fulle av bilder. Fotografier er rett og slett en stor del av hverdagen vår.

Age Villy Skåret mener at nettopp det at «bilder sier mer enn 1000 ord» er mye av forklaringen på at bilder brukes så mye. – Ser vi litt lenger bakover, sier han, tror jeg at mange av våre tanker bygger på bilder vi har i hjernen.

Han er fra Tangen i Stange og en av våre mest framgangsrike fotografer, og en av fire norske som passerte det trange nåløyet som kvalifiserte til deltakelse i den store internasjonale fotoutstillingen Nordic Light i Kristiansund nå i mai. Hans bilder kan være krevende, ofte diffuse, aldri helt skarpe – nettopp derfor nærmest ideelle i den sammenheng de ble brukt på Reinsvoll – krevende de, som pasientene. Det er ikke alltid en ser det en ser.

Hva sier bildene oss?

Det var spørsmål om hva bildene sa oss, og hva vi kunne lære av det. Det startet med et enkelt bilde av en hest. Men det var ikke så enkelt viste det seg.

– Vi leser bilder nesten som vi leser teksten i en bok, sier han. – Ved at jeg beskriver dette som et hestebilde har dere allerede før jeg viste det dannet dere et bilde av hva det dreier seg om. Vi ser en hest, et gjerde, noen trær, gress.

Ved formatet og ved å bruke tonevalører ønsket Skåret å sette betrakteren i en spesiell stemning, og

spille på visse følelser. Det er brukt lys og mørkt og relativt lite kontrast mellom sort og hvitt. Bildet gjør et ganske stille inntrykk, det er ikke mye bråk.

– Men hva er det vi ser, spør han. Hesten ser litt fortapt ut, salrygget. Den er inngjerdet og har begrenset frihet, den ser forsiktig ut, der den står bakerst i innhengningen. Er den trist og lei seg, Sender den et blikk i håp om at du kan hjelpe den ut?

Men en kan også se det som at hesten har fått litt fred fra sine daglige gjøremål, at den har funnet seg et rolig hjørne og slapper av. Den hever øynene og stikker ørene opp og lurar på om du kanskje har lyst til å komme på besøk.

– Hvis vi drar dette lenger trenger jo ikke hesten være en hest, men symbolisere noe helt annet?

Ivrige deltakere

Alle som hadde mulighet på 1D deltok denne dagen, og de deltok med engasjement og entusiasme. Her er noen av deres hestebildebetraktninger:

– Bare et lite lyspunkt åpner for det lyse, mørket trenger ikke være mørkt, sier en.

– Står hesten innefor eller utenfor gjerdet?

– Hva skjer utenfor bildet?

– Vi tolker det vi ser ut fra oss selv.

– Er hesten pasienten, og vi står utenfor gjerdet?

– Må bli mer lyttende

Denne bildediskusjonen, som fortsatte lenge, var starten på en spennende dag. I en oppsummering var det enighet om at det i mange situasjoner var





Hestebilde: Dette bildet viste seg å være langt mer komplisert å tyde enn det ved første øyekast kunne se ut til – kanskje ingen ukjent situasjon fra hverdagen det?

viktig å diskutere og konsultere andre, i større grad enn det som gjøres i dag. Bildetolkingen ga noen og enhver noe å tenke på. Selv det som ser enkelt ut kan ha mange sjatteringer..

– Vi må bli mer lyttende, hørte vi. Flere bilder kom på lerretet, med samme erfaring. Spennende var det også å oppleve et aldeles 100 prosent mørkt rom, og registrere hva som skjedde da en gradvis slapp inn lys. Der fikk en virkelig kjenne på følelser.

Oppsummering

Deretter ble det delt ut kameraer, og fem grupper trålte Reinsvoll etter spennende motiver, utløst av det en hadde erfart. Resultatet var rett og slett imponerende. Hva sa så deltakerne ved slutten av dagen?

- Vi har fått noe å henge ting på.
- Dette var annerledes, konkret.
- Veldig OK å kunne delta aktivt selv.
- Ingen eier sannheten.



Prøvde seg 1: Deltakerne lette etter motiver på Reinsvoll.

Prøvde seg 2: Bilder kan fortelle så mye, bare vi er villig til å se etter.

Vanskelig valg: Etter fotorunden skulle hver gruppe velge ut – bare – to bilder.

Gjennomgang: Dette er et av bildene gruppene tok, som det var mulig å legge mange tolkninger i. Ann-Mari Kvalvik og Aage Villy Skåret er aktive tittere.

Innohvafor'no?

Innovasjon er tidens mantra, og kan defineres på mange måter. I Sykehuset Innlandet skal nyvinningen InnoLab ta vare på innovative tanker og ideer ved å ta utgangspunkt i brukernes faktiske behov, knytte behovene til målbilder og ideer, og deretter finne praktiske løsninger på daglige utfordringer.



Løsningsorienterte: Prosjektleder i InnoLab, Fred Morten Solbakken (t.h.), i samtale med porteføljensvarlig Trine Storhaug, IKT-sjef Roar Halvorsen og regnskapssjef Nina Lier.

Innovasjon på nett

Helse Sør-Øst har gode og oppdaterte nettsider om innovasjon i helse-Norge: www.helse-sorost.no/fagfolk/forskning – se Innovasjon

Inven2 tar seg av innovasjoner og inkubatorvirksomhet for norske helseforetak: www.inven2.no

Har du en god idé? Send mail til innolab@sykehuset-innlandet.no

Av: Geir Kristian Lund

InnoLab er Sykehuset Innlandets nye, og foreløpig forholdsvis beskjedne satsing på innovasjon. Navnet spiller på at det er snakk om et brukerstyrt laboratorium, der tanker om forbedringer og endringer av eksisterende systemer, eller ideer til nyvinninger kan få fritt spillerom og få utvikle seg, godt hjulpet av teknisk kyndige ansatte. InnoLab skal også bidra til videreutvikling av større innovasjonsprosjekter i Sykehuset Innlandet.

Smarte løsninger

InnoLab ligger formelt under avdelingen eHelse og IKT, og prosjektleder for lab'en er virksomhetsarkitekt Fred Morten Solbakken. Avdeling for kunnskapsstøtte er blant samarbeidspartnerne i den innledende fasen, men InnoLab benytter seg også av kompetanse fra kommunikasjonsavdelingen, Sykehuspartner og bibliotekjentesten.

– Tanken er at ansatte kan komme med ideer og ønsker for hvordan arbeidshverdagen kan bli bedre, ved siden av fokuset på daglig drift. InnoLab vil forsøke å lage smarte løsninger, konkretisere problemstillinger, klargjøre ideene før de går videre til Sykehuspartner eller andre samarbeidspartnere, sier Solbakken.

Utgangspunktet er altså behovet for å ivareta initiativ og ideer i Sykehuset Innlandet, lage løsninger og berede grunnen for løsninger som kan implementeres og integreres enklest og raskest mulig.

– Har du noen eksempler på prosjekter?

– Blant prosjektene i InnoLabs portefølje er en web-løsning for uttrekk fra kliniske systemer. Bakgrunnen er at pasientjournaler, lab og røntgen inneholder mye informasjon om hver pasient, men det tar tid å lete gjennom alt. Hensikten er å gi et bedre beslutningsgrunnlag til leger som søker informasjon om en spesiell tilstand, ved å se på mulighetene for å trekke ut relevant informasjon fra epikriser, prøvesvar, og lignende. Vi jobber også med e-skjema for å forenkle prosessen med skjemaer ved ansettelser. Et tredje prosjekt er MTU-oversikt – en visualisering av MTU-utstyrs-park ved hver avdeling med apparater, innkjøps-kostnader, driftskostnader og lignende data.

Idébank

Mange har gode ideer, men får ikke realisert dem. Årsaken kan være knapp tid, mangel på støtte, eller at det finnes større prosjekter som skal favne alle behov. Dessverre ser vi at mange av disse digre prosjektene i helse-Norge har en tendens til å trekke ut i tid, og at resultatet ofte blir noe annet, og i verste fall ingenting av det brukerne hadde forventet.

– InnoLab er tuftet på ideen om at det må jobbes nedenfra og opp – fra brukernes faktiske behov, deres faktiske bruk av løsninger i det daglige og det som faktisk finnes av data og tilgjengelige ressurser. Når dette er kartlagt, kan vi lage løsninger som er både enklere, raskere å implementere og lettere å tilegne seg enn helt nye og store løsninger. InnoLab kan også bidra med tilleggsfunksjonalitet og kvalitetssikring av eksisterende systemer, sier Solbakken.

For å ivareta rettigheter til innovasjoner, kvalitetssikre arbeidet i InnoLab og styre utviklingen av tekniske løsninger, har Sykehuset Innlandet opprettet et eget Innovasjonsråd. Du kan lese mer om InnoLab og innovasjon i Sykehuset Innlandet på våre intranettsider (egen lenke i toppmenyen).

InnoLab ligger foreløpig like ved kantinen i administrasjonsbygget i Brumunddal. Lab'en er utstyrt med datamaskiner og programvare for utvikling av databaser og web-løsninger. Her er det også et stort bord med plass til 8–10 personer, fargerike krakker som setter kreativiteten i sving, og whiteboards som kan fange ideene før de flyr ut via glassbygget ved parkeringsplassen.

Kunnskapsegget 3.0 – større og smartere

I løpet av juni lanseres Kunnskapsegget versjon 3.0. Ny design basert på tilbakemeldinger fra brukerne, IP-gjenkjenning, ordbøker og flere databaser er blant nyhetene.

Kunnskapsegget har siden lanseringen i 2010 blitt et mye brukt verktøy blant helsepersonell i Sykehuset Innlandet. Løsningen startet som et svar på spørsmålet om enklere tilgang til kvalitetssikret kunnskap, og har utviklet seg gradvis i retning av en egen web-tjeneste med stadig mer spesialiserte funksjoner.

Mer opprinnelig egg

– Versjon 2.0 ble lagd med skråblikk til den vitenskapelige søkemotoren Wolfram Alpha, med eget søkefelt i inngangspartiet (splash-screen). I versjon 3.0 har vi gått tilbake til en mer opprinnelig design, med alt samlet i samme grensesnitt, sier egg-utvikler og bibliotekar Endre Aas.

– I tillegg har vi spekket tjenesten med en del nye funksjoner, blant annet toppmeny med ordbøker, kodesøk og legemiddelsøk. Det har også vært et

uttrykt behov fra brukerne å få tilgang til institusjons-spesifikke databaser, altså databaser som enkelte institusjoner abonnerer på spesielt. For å imøtekomme dette behovet, tester vi ut IP-gjenkjenning av høyskolene i Innlandet, som vil få tilgang til Cinahl-databasen i «sitt» egg.

Ordbøker og bedre presentasjon

Kunnskapsegget har etter ønske fra brukerne implementert ordbøker i sitt søk. Oversettelsen fungerer i dag ikke optimalt, men prosjektlederne Endre Aas og Geir Kristian Lund kan fortelle at de har god og jevnlig kontakt med Google Translate, som har sett på løsningen med stor interesse. De to har allerede hatt to møter med representanter for ledelsen i Google Translate i USA, og håper dette vil gi norske helsepersonell en unik mulighet for presise kunnskapssøk på norsk i nær fremtid.

– Vi jobber tett med Helsebiblioteket for å få til dette, sier Geir Kristian Lund. – For øvrig har vi hele tiden fokus på å forbedre tjenesten ytterligere, for å korte ned avstanden mellom brukerne og kunnskapen. Her gjenstår det en del arbeid mot databaseleverandørene, for å få gjort søkene raskere, enklere og med bedre presentasjon av søketreffene, sier Lund.



Kunnskapsegget finner du på: www.kunnskapsegget.no

Ny sykehusprest på Lillehammer:

– Har fått drømmejobben!

Hun er ikke i tvil, den nye sykehuspresten på Lillehammer: – Jeg har fått drømmejobben, sier Mari Louise Sulheim Søreide, oslojente med aner på Spiterstulen. De første ukene har hun brukt til å gjøre seg kjent og bli kjent på sykehuset.

– Jeg er oppvokst i en helsefamilie, faren min er lege, og jeg er gift med en lege. Jeg har veldig respekt for det som skjer på et sykehus, og alltid hatt nysgjerrighet mot det. Og nå er jeg her!

Mari har vært mye å se i korridorene på Lillehammer siden påske. – Det har vært viktig for meg å komme rundt i avdelingene. Jeg har vært i en kartleggingsfase, har gått rundt og presentert meg, og hilst på mange folk. Mottakelsen har vært veldig positiv, jeg føler at de ansatte synes det er veldig bra at jeg er synlig. Det er det viktig for meg å være, sier hun.

Bygger relasjoner

– Jeg har prioritert det å skape og bygge relasjoner. Hvis jeg ikke har gode relasjoner til de som er ute i avdelingene, det er de som kjenner pasientene, ja så vil jeg ikke bli brukt. Jeg er jo her for å bli brukt.

Den nye sykehuspresten er tilsatt i halv stilling, og kommer til å være på sykehuset tre dager i uken. Forgjengeren, Tor-Ole Bjerke, var tilsatt rett under direktøren, mens Sulheim Søreide er tilsatt i akuttmedisinsk avdeling.

– Dermed er jeg direkte knyttet opp mot palliativt team. Det vil nok ofte være min inngangsport inn mot hva som skjer i sykehuset.

Fant sin presteidentitet

I studietiden hadde hun praksis ved Haraldsplass i Bergen, og var blant annet med i tverrfaglig team

der. Det var fint å føle seg som en nyttig del av en helhet, i et team som hadde fokus på det hele mennesket, sier hun.

Etter avsluttet utdanning i 2008 var hun et halvt år i Grønland menighet i Oslo, der hun vikarierte for profilerte Sunniva Gylver. Hun har vært en viktig mentor og inspirasjonskilde.

– Sunniva Gylver fikk meg til å skjønne at jeg kunne bli prest slik jeg var, at jeg kunne være Marit og samtidig være prest. Folk flest har, tror jeg, et bilde av hvordan prester bør være, jeg var ikke så sikker på hvordan jeg passet inn i det bildet. Tiden jeg jobbet i Grønland menighet hjalp med til å finne min presteidentitet, sier hun.

Den brakte hun med seg til Gausdal, der hun var sokneprest i Østre Gausdal og Follebu menighet i to år. – Folk var veldig imøtekommende, det var en fin tid med mange utfordrende og inspirerende oppgaver, sier hun.

Medvandrер

– Jeg er ikke redd for det livet bringer, og ønsker å kunne værere en medvandrер i det å tåle å stå i det som livet gir. Det er godt å ha noen å vandre disse stegene med når det røyner på. Det kan være godt å slippe og stå alene, godt å få hjelp til å sette ord på følelser og tanker en kan gjøre seg i en alvorlig sykdomssituasjon.

– Det er en utrolig trygghet og styrke å vite at Gud er tilstede i dette rommet. Det er det som gir



meg mot til å banke på dørene, og møte de som er på den andre siden.

– Jeg tror det er en ganske stor terskel i det å tilkalle en prest, derfor ønsker jeg å være oppsøkende, men ikke påtrengende. Jeg vil ikke sitte og vente på at noen skal oppsøke meg. Jeg er jo ikke bare prest, men medmenneske. Det er fullt mulig å snakke med meg om været og andre trivielle temaer.

– *Kan ikke pasienter føle seg ekstra syke når presten banker på: Å, er jeg så syk?*

– Nei, presterollen er mangfoldig, oppsøkende virksomhet kan ha mange inngangsvinkler. Jeg vil ikke bare møte de svært syke, det er også mye glede på et sykehus, her fødes det barn, folk blir friske. Medisinen virker, behandling fungerer. Det er som i livet ellers; glede og sorg går hånd i hånd.

Har respekt for alle

– *Du vil også møte folk fra andre religioner, eller helt uten tro.*

– Det er klart, jeg har respekt for det. Og de skal selvsagt behandles på lik linje med de som har en bekjennende tro. Jeg er ikke på utkikk etter kristne. Jeg ønsker å være et medmenneske for alle.

– *En sykehusprests rolle er ganske annerledes enn en menighetsprest?*

– På sykehuset har jeg jo ikke de typiske menighetsoppgavene, her er det ikke dåp, og ingen konfirmasjonsforberedelser, ingen hjemmebesøk, ikke

de kirkelige handlingene. Men det er mange andre oppgaver, som jeg ser fram til.

– Din forgjenger, Tor-Ole Bjerke, sa i avskjedsintervjuet i SI-Magasinet at hans oppgaver hadde blitt svært annerledes de siste årene fordi liggetiden er blitt så kort. Pasientene skrives raskt ut.

– Det er sikkert riktig, jeg har jo ikke noe å sammenligne med. Jeg må forholde meg til dagens virkelighet. Jeg tror det er fullt mulig å få god kontakt med pasienter. De trenger ikke ligge her i ukevis før det er mulig å gi er glimt av håp, trøst, mot, til å kunne stå i en storm

– Min ambisjon, sier hun, er å bidra til å gjøre at dette blir et enda bedre sted å være.

Ikke «bedriftsprest»

– *Er du prest også for de ansatte?*

– Jeg er jo ikke tilsatt som «bedriftsprest», men jeg er prest «på huset», for de som er her, pasienter, pårørende, ansatte. Jeg ser personalet som en viktig gruppe, som kan ha svært tøffe opplevelser, og stå i svært krevende situasjoner.

– Jeg er der også for dem, sier hun.

Gjør seg kjent: Sykehusprest Mari Louise Sulheim Søreide (t.h.) har brukt den første tiden til å gjøre seg kjent, og til å bli kjent på Lillehammer. – Jeg er blitt svært godt mottatt av alle, sier hun, også av sykepleier Unni Harjo, som hun her tar en korridorprat med.



Schjelderupseminaret:

Helse og verdighet

Temaet for årets Schjelderupseminar på Nansenskolen på Lillehammer «Helse og verdighet» appellerte tydeligvis til SIs ansatte, over halvparten av deltakerne kom fra sykehuset.

Blandet kor: Schjelderupseminaret ble innledet med sang. På første rad ser vi fra høyre rektor Dag Hareide, professor Per Fugelli og overlege Hilde Nitteberg Teige, og bak Hareide synger biskop Solveig Fiske av full hals.

Seminaret arrangeres i et samarbeid mellom Nansenskolen, Hamar biskop og Sykehuset Innlandet. Etter at Sykehuset Innlandet engasjerte seg sterkere på arrangørsiden har også helserelaterte problemstillinger overtatt mer og mer.

Biskop Solveig Fiske sa i sin åpningstale at det var viktig å opprettholde brua mellom medisinen og de humanistiske fagene. Livets sårbarhet er ikke alltid på agendaen, hevdet hun.

Etter at professor Per Fugelli og viseadministrerende direktør ved Oslo Universitetssykehus, Tove Strand, innledet ble verdighetsproblematikken vurdert med utgangspunkt fra helsearbeidere: overlege Hilde Nitteberg Teige ved HERNES Institutt: «Å søke verdighet gjennom helse», lege og forsker ved OUS Wasim Zahid: «Fedme, hudfarge og andre favorittfordommer» og professor Stein Husebø: «En verdig alderdom».

Pasientenes stemme kom via teaterstykket «I morgen er jeg alltid en løve».

Rektor ved Nansenskolen, Dag Hareide, tok for seg verdighetens idehistorie, og professor Lars Danbolt fra SI fortalte at «Ritualene røper oss». Med tema «Verdighet, makt og penger» med politikerfokus ble årets seminar avrundet.

Med unntak av professor Fagellis livfulle og reflektert innledning tillater plassen dessverre ikke å gi rettferdighet til de mange interessante innleggene.

Kroppen er en

Mennesket er mer enn kropp, kroppen er en container, som er grei å ha, sa professor Per Fugelli da han innledet Schjelderupseminaret. I år var «Helse og verdighet» konferansens røde tråd. – Det er hvordan vi har det i det som er inne i kroppen, i sjelen, ånden, som er avgjørende.

God helse er så mye mer enn den fysiske helsen. Han var svært kritisk til den sterke kroppsfikseringen i dagens Norge. Det er viktig å bli sett og bli godtatt som «meg», slik «jeg» er. De kroppslige likhetsidealene rammer alle de om ikke oppfyller disse idealene. De som ikke passer inn er ofte de som samfunnet herjer nok med fra før.

Folkehelsefiende nummer en er det systematiske tyveriet av verdighet som mange opplever. –Jo da, du skal få tilhørighet og verdighet, men da må du først bli som oss. Muslimene er de som rammes aller sterkest av dette, hevdet han.

Medisinske autopiloter

Helse og verdighet er et aktuelt tema også i den samfunnsmedisinske debatten. Fokuset er flyttet fra kropp til samfunn.

– Verdighet for pasientene handler om to ting: Å bli sett og godtatt som «seg». Jeg har selv vært alvorlig syk, og erfarte, og ble ganske forskrekket, over hvordan syke mennesker ble gjort til ting. Vi har en god helsetjeneste, men den må bli mye bedre på å møte de syke menneskene som det syke «selv», ikke som ting der legene er medisinske autopiloter.

Medbestemmelse

– Det andre verdighet handler om, sa han, er medbestemmelse. Det er viktig for et godt medisinsk resultat, der gode verdier blir til i møtet mellom de profesjonelle helsearbeiderne og pasientene. Det er pasientene som er ekspert på seg selv. Alle er ikke like flinke til å anerkjenne pasientenes ekspertise, mente han.

Det kliniske helsevesenet har en lang veg å gå i forhold til å anerkjenne menneskenes iboende ekspertise på eget liv. Man gjør så lett pasientene til objekter. Helsevesenet har til nå stått imot demokratiseringsprosessen som har preget resten av samfunnet.

Det helsevesenet trenger er tillit. En må anstrenge seg mye mer for at pasienter skal få

container (grei å ha)

«fastleger» når de er innlagt. Det er spesielt viktig for alvorlig syke. Dere må ta dere sammen! sa Fagelli.

Helse på norsk

God helse er det alle stiller aller øverst på livets ønskeligste. Men hva er god helse, hvordan vurderer Ola og Kari Nordmann det?

Fagelli har i sitt forskningsprosjekt «Helse på norsk» dybdeintervjuet en rekke mennesker om deres syn på nettopp det. Svarene er: At ungen min har det godt, gode venner, noen å være glad i, at noen er glad i meg. Hvordan vi har det i forholdet til våre nærmeste, til venner, naboer, er viktig. Politiske prioriteringer er også viktig. Det er de om gir rammene og avgjør de enkeltes muligheter.

Fugellis helseligning ser slik ut: Helse = Biologi x kultur x politikk opphøyet i annen potens.

Grunnstoffene

Med støtte i engelske samfunnsmedisinere pekte han ut tre grunnstoffer for god helse;

- 1) Verdighet
- 2) Handlingsrom i eget liv, frihet til egne valg.
- 3) Tilhørighet.

Dette må være på plass for at vi skal føle oss vel.

Skrøpelig ånd

Overlege Hilde Nitteberg Teige (Hernes Institutt) var inne på flere av de samme tankene. I 25 år har hun jobbet med folk med store smerter.

Også hun var sterkt kritisk til den stadig sterkere dyrkingen av den perfekte kropp – resultatet kan bli en skrøpelig ånd i et perfekt legeme. Livsstilselgere som kan mye om veldig lite får stor plass, de har en dominerende plass i hverdagen vår. Hun minnet om Platon som hevdet at det å være opptatt av helse var en viktig hindring for et godt liv.

Hun møter mange med langvarige og store smerter, med skam og skyld, kronisk syke blir fryktelig stigmatisert, sa hun. Ordene vi bruker er viktige: Restarbeidsevne er et slikt ord. Ord kan true den enkeltes verdighet.

Per Fugelli:

– Vi lever på et sølvfat på kloden og bør bytte ut klagesanger med takksigelser. Det er alt for store krav og forventninger. Den norske klagemur og jammer bunner i en forveksling av det som kan være en idealtilstand med en normaltilstand.

Ikke autopiloter: Vi har en god helsetjeneste, men den må bli mye bedre på å møte de syke menneskene som det syke «selv», ikke som ting der legene er medisinske autopiloter, sa Per Fugelli. Til høyre: Fritt ords pris, som Nansenskolen fikk i 1987.



Øvde Mobilt Akutt Team

Nylig gjennomførte SI Gjøvik i samarbeid med Simuleringscenteret på Høyskolen i Gjøvik (HiG) en simuleringsøvelse for å trene sykehusets Mobile Akutt Team (MAT). Dette kan ha vært den første i sitt slag i landet.

Av MAT-sykepleier **Jon Viktor Tande Haugom**

MAT ble innført i juni 2009 som et nytt bidrag til sykehusets Rapid Respons System, som fra tidligere besto av blant annet av «Traumeteam» og «Stansteam». MAT er et samarbeid mellom akuttmedisinsk avdeling og de andre avdelingene på sykehuset, og kan tilkalles av alle som betjener pasienter. Tilkallingen er basert på internasjonale tilkallingskriterier i forhold til vitale parametre. For å få best effekt av et slik system er det viktig å informere om at dette er et lavterskeltilbud, der bekymring for en pasients tilstand alene er nok til å tilkalle MAT. MAT består av vakthavende leger og sykepleier på avdelingen hvor pasienten ligger, samt lege og sykepleier fra intensivavdelingen.

Realistisk: Både situasjonen som ble øvet og den avanserte dukken gjorde øvelsen svært realistisk.

(Foto: Jon Viktor Tande Haugom)

Mest mulig relevant

Gjennomføringen av simuleringsøvelsen ble planlagt etter avtale med avdelingssjefene på medisinsk

og kirurgisk avdeling, og sammen med avdelings-sykepleierne slik at øvelsen i minst mulig grad skulle påvirke den daglige driften. For å gjøre problemstillingene mest mulig relevante ble det skrevet fem scenarier tilpasset fem sengeposter. Det ble funnet rom på hver avdeling som kunne egne seg som pasientrom, der forutsetningene kun var tilgang på O₂ og sug samt ringesignal, da hvert scenario startet med at pasienten ringte på. Informasjon om øvelsen ble sendt til alle involverte, og det ble gitt muntlig rapport på morgenen på alle sengepostene om Sim-pasienten. Når «pasienten» ringte på ble denne rapporten gjentatt, og det ble gitt en kort briefing til sykepleierne før de gikk inn på rommet.

Avansert simulator

Til simuleringen ble det benyttet en SimMan 3G,



en svært avansert pasientsimulator, som for anledningen ble betjent av Christer Eriksson og Terje Ødegården fra Simuleringscenteret på HiG. Det ble brukt ca en time på hver simulering inkludert en kort debriefing. SimMan fikk i løpet av dagen stifte bekjentskap med leger og sykepleiere fra to kirurgiske og tre medisinske sengeposter. Legene og MAT-sykepleier ble oppfordret om å bytte calling med en kollega når de hadde deltatt på en simulering for å få trent flest mulig. I løpet av en slik dag kan man i teorien få trent fem–ti intensivsykepleiere, fem turnusleger, fem assistentleger, fem anestesileger samt fem–ti sykepleiere på sengepost.

Den aller første?

Simuleringstrening for akuttmedisinske team blir mye brukt innenfor sykehus mange plasser i Norge. MAT er så vidt meg bekjent lite utbredt i Norge, en ringerunde til alle sykehus i Helse Sør-Øst bekreftet dette. Kanskje var dette første gang det gjennomføres simuleringstrening for MAT i Norge? Ved et studiebesøk på Dansk senter for medisinsk simulering DIMS i Herlev for et par år siden fikk jeg overvære simuleringstrening for MAT, og det er de senere år publisert flere artikler som dokumenterer nytten av simulering for denne type team.

Noen sitater fra deltakerne

«MAT-øvelsene tok for seg veldig relevante problemstillinger som man ofte møter i hverdagen. Bra at hele teamet trener sammen, og at personell på postene blir så involvert. Blir så realistisk som man kan få det med den avanserte dukken, som både svetter, skjelver og snakker. Alt i alt veldig god trening. Slike øvelser må man fortsette med!»
(Assistentlege anesthesi).

«Tyckte det var bra simulering og bra at det fokuseres på teamwork, kommunikasjon. Viktigt som vi snakket om at ha en kort rapport om vad som skedde. Selvfølgelig om det er truet ABC tar man det først og snakker underveis. Men da er det stans cirkl el resp og ikke MAT. Men da kan ju det vare nokk ändå». (Assistentlege anesthesi)

«Å delta på MAT-simulering var spennende og lærerikt. Jeg tenkte nesten ikke over at det var en dukke som lå der, så situasjonen følte naturlig. Er fint å få tilbakemelding på hvordan du som sykepleier på post har gjennomført oppgavene: Hva har du observert? Har du gjort det som skulle gjøres? Det var veldig lærerikt å se på hvordan MAT-teamet arbeider, fikk bl.a. sett på intubering. Er helt sikker på at dette kan være lærerikt for mange av pleierne, det bør gjentas jevnlig og alle bør få sjansen til å være med».
(Sykepleier medisinsk avdeling)



Arbeidsmiljøprisen 2010

Sykehuset Innlandets arbeidsmiljøpris for 2010 ble i mai utdelt til Alderspsykiatrisk avdeling, Ressursenheten for demente på Sanderud. I tillegg til diplom og blomster vanket det en sjekk på pene 50.000 kroner.

Det var hard kamp om årets pris, det kom inn 17 forslag på 15 ulike kandidater. Juryen la i sin begrunnelse for å velge ressursenheten for demente at det er et godt samarbeid mellom ledelse og ansatte, det er lavt sykefravær og usedvanlig lav gjennomtrekk. Det er gjennomført organisatoriske tiltak for å øke trivsel og bedre arbeidsforhold. Det er gjort konkrete oppfølgingstiltak på bakgrunn av arbeidsmiljøundersøkelsen, og sist, men ikke minst: Avdelingen har et system som fremmer dialog, refleksjon og evaluering av egen praksis.

Usedvanlig positiv arbeidsplass

Det var sykepleier Kirsti Fredheim og konstituert avdelingssykepleier Elena Finbråten som sendte inn søknaden, uten at ledelsen var informert. De framhevet avdelingsleder Wenche Nordhagen som en dyktig leder og inspirator, som jobbet hardt og engasjert for så vel pasientene som ansatte. Over tid har enheten utviklet seg til å bli en usedvanlig positiv og motiverende arbeidsplass, med svært høy trivselsfaktor, het det blant annet i søknaden. Wenche Nordhagen har permisjon, og kunne ikke delta under utdelingen.

Priset: Det var administrerende direktør Morten Lang-Ree som overrakte prisen, her sammen med, fra venstre, sykepleier Ellen Hervold og de to forslagsstillerne Kirsti Fredheim og Elena Finbråten.

Hos bush-doktor i Kenya

Det var nysgjerrighet og ikke sykdom som nylig ledet meg til landsbyen Mnamanga sør for Mombasa i Kenya, og til bushdoktor Mganga Nasoro. Her bor det 300 mennesker under forhold som er vanskelig å beskrive. De som roper høyest om all elendigheten her i landet kunne tatt seg en tur hit, eller til en av de uendelig mange andre tilsvarende landsbyene.

Pasient og doktor: Trær, busker og røtter kan kurere det meste, forteller Mganga Nasoro, baobabtreet, niimtreet, mndongotreet, dehabotreet, lavendel og mynte har ulike virkeområder. Her poserer undertegnede med en av vidundermidlene.

Men det er ikke tema for denne reportasjen, heller ikke opplevelsen av å være tett innpå mer enn 20 krokodiller i voldelig og kokende kamp om en sebra, ei heller ikke de uendelige og flotte sandstrendene langs Mombasakysten, eller skolen i Mnamanga som mangler det meste, både bøker, pulter og kulepenner.

Nei, dette skal handle om Mganga Nasoro, landsbyens bush-doktor.



To koner og transistorradio

I landsbyen Mnamanga lever innbyggerne svært enkelt, det meste av det de spiser kan de plukke rett av trærne. Landsbyens eldste, høvdingen, hadde to koner, som var godt forlikt, hevdet han. Her var ingen elektrisitet, ingen moderne teknologi eller hjelpemidler. Unntaket var en knøtt liten transistorradio ved høvdingens seng. Følelsen av å være på en tidsreise ble enda sterkere da jeg møtte Mganga Nasoro.

For en som kommer fra et system med fastleger, spesialisthelsetjeneste, røntgentjenester, apotek, sykepenger, kort sagt en velfungerende helsetjeneste var besøket hos landsbydoktoren en opplevelse for livet.

Imponerende hodepyrd

Nysgjerrig som jeg er sa jeg ikke nei da det ble spørsmål om jeg ville møte landsbyens doktor. Jeg ble møtt av en smilende mann med en imponerende hodepyrd, som signaliserte status og funksjon. En hvit åpen «hatt» med fjær og rødt bånd fortalte at dette ikke var noen hvem som helst i landsbyen. Et bord var fylt med røtter, friske grønne blader, kvister og diverse esker og kar. Her var det råd for det meste, fikk vi etter hvert forklart.

Diagnose med calabash

Selvsagt sa jeg ikke nei da det ble spurt om jeg ville ha en konsultasjon. Det var jo greit å få en sjekk når en var på reise i tropiske strøk.

Ei snor hang ned fra taket, den endte i en flettet kurv. Hva slags hemmelighet hadde han der? Det skulle jeg snart få vite. Ut kom en calabash, en hul flaskeaktig vekst, som brukes til mye, blant annet til oppbevaring og til musikk. Men her hadde den en ganske annen funksjon.

Den erstattet både stetoskopet og all verdens teknologisk diagnoseverktøy. Ja nettopp, dette var diagnosestilleren.

Lest som en åpen bok

Calabashen ble tredd på snoren og løftet mot taket. Måten den falt ned langs tauet, hvor den stoppet under vegs, fortalte hva som feilte meg. Mganga



leste diagnosene med suveren trygghet. Jeg hadde stiv nakke, vonde skuldre, vondt i korsryggen og i knærne.

Jeg har han litt mistenkt for å ha «lest meg» da jeg gikk inn, for det var ikke mye feil der, nei. Eller var det calabashen?

Innholdsrikt apotek

Hva ville han gjøre med all denne elendigheten? Han tittet gjennom apoteket foran seg. Her var det mye å velge blant, eksotiske vekster vi aldri hadde hørt om. Det imponerende baobab-treet kjente vi. Det som ser ut som det står med røttene i været, som er bladløst nesten hele året. Hadde jeg hatt diare var en ekstrakt fra det tingen, knust og blandet ut i vann.

Mynte og lavendel hjalp godt mot hodepine. Niim-treet var den rene penicillin, ekstrakt fra det,

blandet ut i vann, kurerer over 40 forskjellige sykdommer, fortalte Mganga Nasoro, både malaria og andre febersykdommer.

Afrikansk viagra

Og Mndomgu-treet, kuttet og blandet i maten, er et utmerket potensmiddel. Det var ikke mennene, men konene som etterspurte det, fortalte han via vår medbrakte tolk.

Men hva så med mine skuldre nakke, korsrygg og knær? En blanding av ulike vekster og kokosnøttolje skulle fri meg fra plagene. Det skulle smøres på og masseres inn. En liten plastflaske ble fylt, korket, og tatt med hjem.

Og der står den fortsatt, som et vitnesbyrd om at jeg er en liten smule i tvil om det virker. Kanskje skrur jeg korken av en dag, for skade kan det neppe?

Diagnostisering: Bushdoktor Mganga Nasoro har en noe utradisjonell måte å avdekke sykdom og plager på. Det diagnostiseres ved hjelp av calabashen som sees rett ved ansiktet hans. På bordet ligger bush-doktorens apotek, en rik blanding av ulike vester og oljer.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Team: Eric Zimmermann (foran), Ulf Markström og Sven Ross Mathisen understreker at teamarbeidet er nøkkelen til suksess.



Rørleggerne jobber smartere

Pasientene er de store vinnerne etter at karkirurgene og radiologene i 2006 begynte å behandle utposinger av hovedpulsårene i magen via lysken, uten tradisjonell åpen kirurgi. I en artikkel om det karkirurgiske tilbudet på Hamar i SI-Magasinet høsten 2009 beskrev overlege Sven Ross Mathisen karkirurgene som kroppens rørleggere.

– Vi staker opp tette rør og prøver å forhindre at tette rør sprekker, sa han. Sammen med intervensjonsradiologene har de hatt atskillig suksess med dette, ikke minst med den metoden som er skissert ovenfor. Man går inn i hovedpulsåren i lysken og ved hjelp an en ledetråd og ballong føres en såkalt stent fram til utposingen, og legges som en forsterkning innenfor denne.

Tidligere måtte all slik behandling skje som åpen kirurgi, med lang rekonvalesentperiode. Nærmere halvparten av alle slike utposinger kan nå behandles såkalt minimalinvasivt.

Utskrives etter to dager

Ved tradisjonell åpen kirurgi må pasienten ligge på intensivavdelingen i to døgn, og trenger lang rehabilitering og opptrening. Mens pasientene som behandles minimalinvasivt er raskt tilbake på sengepost, og kan oftest skrives ut etter to dager, og da er de allerede på det nærmeste i full vigør.

De er oppe og forsyner seg selv med mat rett etter at de er tilbake på sengeposten, mens de som er gjennom åpen kirurgi får de første fullverdige måltidet etter fem–sju dager, og det tar to–tre måneder før det fungerer fullt ut igjen.

Det er flest menn som får slike utposinger. Bare en av fire er kvinner. De fleste er også godt voksne. De korte sykemeldingene betyr ikke så veldig mye for sykepengeutgiftene, svært mange er pensjonister. Dette er problemer som oftest oppstår når du nærmer deg, eller alt har passert, pensjonsalderen.

Passerte 100

I vår var det et aldri så lite jubileum på Hamar, metoden var benyttet 100 ganger. Da SI-Magasinet noe senere møtte tre av nøkkelpersonene, overlegene Sven Ross Mathisen og Ulf Markström på karkirurgisk seksjon og Eric Zimmermann på røntgenavdelingen hadde de hatt ytterligere åtte slike inngrep.

Etter en litt forsiktig start foretas det nå omkring 40 i året. Til Hamar kommer det årlig omkring 85 pasienter som må behandles for utposing på hovedpulsåren i magen. Med andre ord blir nå nesten halvparten behandlet ved hjelp av denne nye teknikken. Dette er en av en rekke nye behandlingsmetoder som er tatt i bruk de seneste årene med godt resultat, og som gjør pasientsituasjonen langt lettere.

Ikke kikkeshullskirurgi

– Dette er ikke kikkeshullskirurgi, men intervensjonsradiologi, understreker Markström. – Vi fører en nål med en liten ledetråd inn via pulsen i lysken. Ved hjelp av den tråden fører vi deretter inn kateter og stent. Dette utføres ved hjelp av radiologisk gjennomlysning, vi jobber mot TV-skjermer.

– De fleste karkirurgiske pasientene på Hamar behandles nå av radiologer, sier Zimmermann. Han er en av avdelingens intervensjonsradiologer. Vi er blitt ganske gode på dette området.

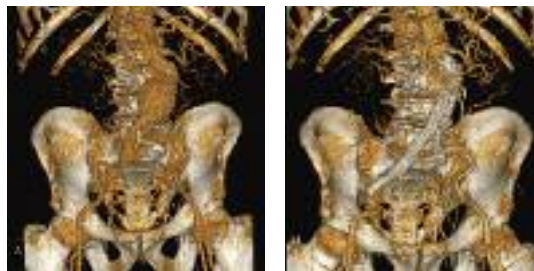
Teamarbeid

Ross Mathisen, Markström og Zimmermann er viktige nøkkelpersoner i dette arbeidet, men de er ikke alene.

– Vi jobber i team, understreker Markström, vi har også med oss flere intervensjonsradiologer og radiografer foruten operasjonspersonale. Sammen har vi tilegnet oss den kompetansen som skal til for at vi er gode. Vi er så bra som vi skal være. Dødeligheten ved stentmetoden er på under en prosent, mens vi på åpen kirurgi ligger på to-tre prosent, begge er godt under de måltall som er fastsatt for slik behandling.

Avgjørelse i juni

Behandlingsvolumet på Hamar er det største ved et ikke-universitetssykehus. Når dette skrives er det ikke avgjort om Sykehuset Innlandet fortsatt får gi et karkirurgisk tilbud, men signalene er positive. Styret i Helse Sør-Øst skal etter planen ta stilling til dette på sitt styremøte midt i juni – omtrent når dette nummeret av SI-Magasinet distribueres.



Før og etter: Disse to illustrasjonene viser situasjonen før og etter innsetting av en stent. Den store utposingen er på etter-bildet reparert med en stent.

Rørlegger: – Vi er kroppens rørleggere, sa Svein Ross Mathisen til SI-Magasinet for to år siden. Her viser han fram ett av «rørene», en stent.

Ord og begrepsforklaring

Aneurisme = Utposing av blodåre

Adominalt aortaaneurisme (AAA) = Utposing av aorta på grunn av svekkelse i arterieveggen

Endovaskulær behandling = Mindre omfattende inngrep enn åpen kirurgi. Aneurismen forsegles ved hjelp av en endovaskulær stent som føres til den syke delen av aorta via lysken. Inngrepet skjer under radiologisk gjennomlysning.

EVAR = Endovaskulær behandling av adominale aortaaneurismer.



I nyhetene siden sist

Hva skriver mediene om sykehuset vårt? Her presenterer vi, i stikkords form, noe av det avisene i Innlandet har skrevet om forhold som berører Sykehuset Innlandet siden forrige utgave av SI-Magasinet. Stoffmengden er så svær at disse nyhetsglimtene ikke vil kunne gi et fullstendig bilde av mediernes omfattende dekning. Så langt det er mulig gjengis sitatene ordrett, slik de sto i avisene. For daglig oppfølging av nyheter henvises ellers til vår hjemmeside: www.sykehuset-innlandet.no, der nyhetsklipp fra mediene finnes under «Nyheter om SI».

21. mars – Arbeidets Rett:

Før arbeidsgruppa konkluderer med at «fjellregionsykehuset» er framtida for spesialisthelsetjenesten her, vil de høre politikere, brukere og ansatte. Oddbjørn Øien, divisjonsdirektør SI Tynset, og Rolf J. Windspoll, samhandlingssjef St. Olavs Hospital HF, har jobbet siden i fjor vår med hvordan spesialisthelsetjenestetilbudet i Fjellregionen kan utvikles til en samordnet og helhetlig tjeneste. – Vi konstaterer at den delte organisatoriske tilknytningen ikke er et system som sikrer likeverdighet i tilbudet i Fjellregionen, sier Øien.

25. mars – HA:

Styret bevilget før jul 13 millioner i krisehjelp for å etablere nye sengeposter på Sanderuds akuttavdeling. Det skulle ta maks tre måneder. Nå blir det ikke noe før til høsten.

30. mars – Glåmdalen:

Fylkeslege Trond Lutnæs er lei av lokalpatriotiske sykehusaksjoner som svartmaler konsekvenser av forandringsforslag, og ikke bruker redelige argumenter. Engasjement og reaksjoner hos publikum har blusset opp igjen i forbindelse med planer for framtidens sykehus. Særlig er funksjonsfordeling mellom sykehusene, og spørsmålet om akutfunksjoner ved lokalsykehus et hett tema. Det gjelder ikke minst for den pågående aksjonen for sykehuset i Kongsvinger. –Det er jo bra at folk engasjerer seg, det er en viktig del av vårt demokrati. Men det er viktig at de bruker redelige argumenter, og ikke maler fanden på veggen ved «verstefallsargumenter», sier Lutnæs.

2. april – HA:

For første gang uttrykker styret i Sykehuset Innlandet at dersom en skal gå for bare ett akutt-sykehus i mjøsregionen, bør en også ha som ambisjon å utvikle et eget universitetssykehus. Et

universitetssykehus betinger en kraftig økning i forskningsarbeidet i Innlandet, men her ser sykehuset interessante samarbeidsmuligheter i forbindelse med etablering av innlandsuniversitetet.

30. april – HA:

Sykehuset på Lillehammer misbruker offentlige midler i stor skala og jukser systematisk ved å drive feil etterkoding av såkalte multitraumepasienter. De svært alvorlige beskyldningene blir tatt opp i et brev til administrerende direktør i Sykehuset Innlandet Morten Lang-Ree, fra et samlet miljø av kirurger og anestesileger ved sykehusene i Hamar, Elverum og Gjøvik. Det er ingen overdrivelse å si at brevet skapte stor oppstandelse på gårdsdagens styremøte i helseforetaket. Sykehusledelsen hadde lagt opp til et vedtak i den mye omtalte kodesaken der en mente at det ikke lenger var grunnlag for å hevde at Lillehammer drev bevisst kodejuks.

14. mai – HA:

Denne mannen (avbildet) ble henvist til DPS Hamar for over ett år siden, men har fortsatt ikke fått hjelp. Nå gir han opp og begynner behandling hos privat psykolog.

Fylkeslege Trond Lutnæs synes det er underlig at ventetiden er så forskjellig ved de forskjellige DPS-avdelingene til Sykehuset Innlandet. DPS Kongsvinger opererer med ti ukers ventetid. Hos Lillehammer DPS varierer ventetiden mellom åtte og 12 uker, avhengig av hva problemet er. DPS Tynset ligger på cirka ti uker, mens det på Gjøvik er ventetid rundt 12 uker.

14. mai – HA:

Under tittelen «Står rakrygget i stormen» er det et tre siders portrettintervju av AD Morten Lang-Ree. Artikkelen innledes slik: Det siste halve året har toppsjefen i Sykehuset Innlandet fått mye kjeft. Forrige helg hang han på korset på lederplass i HA.

– Jeg blir skjerpet av motstand, men akkurat den tegningen utfordret min «tålegrense», sier Morten Lang-Ree.

16. mai – OA:

Bor du i Oppland er sjansen for å dø av kreft større enn i noe annet fylke i Norge viser tall fra kreftregistret. Det blåser igjen liv i sentraliseringsdiskusjonen i Innlandet. Seksjonsleder i Kreftforeningen Innlandet Espen Thorsrud opplever at diskusjonen rundt sykehusdrift både her og andre steder i landet i for stor grad dreier seg om politikk og arbeidsplasser. Det er ikke pasientene som går i fakkeltogene. Helsevesenets hovedoppgave er ikke å trygge arbeidsplasser, mener han. Kreftforeningen er ikke tilfreds med pasientflyten i Innlandet. Den er for komplisert og mange må ofte forholde seg til flere sykehus og unødvendig mange fagpersoner.

19. mai – GD:

Astrid Erstad valgte LMS Otta i stedet for Sunnaas sykehus til opptrening. Onsdag 18. mai ble historisk på Otta, for henne og Lokalmedisinsk senter (LMS). Da åpnet nemlig sengavdelingen og Astrid ble første pasient. Egentlig fikk hun tilbud om å reise til Sunnaas sykehus på Nesodden for opptrening etter operasjon, men Astrid valgte heller et korttidsopphold ved det mye nærmere lokalmedisinske sentret der hun vil få tilbud om opptrening ved rehabiliteringsavdelingen som ligger i etasjen under.

20. mai – HA:

Det hender at hardt trafikkskadde får behandling for punktert lunge ved sjukehuset i Hamar, mens de må til sjukehuset i Elverum for å opereres for lårhalsbrudd. –Så lenge vi ikke har ett sjukehus i Innlandet, der spesialisttilbudet er samlet, vil pasienter med flere og ulike lidelser i enkelte tilfelle oppleve at de blir sendt fram og tilbake mellom sjukehusene, sier Hege Næss. Han er fungerende tillitsvalgt for overlegene i Hamar og Elverum.

20. mai – Arbeidets Rett

Senterpartipolitiker Gudbrand Rognes ønsker luftambulans fast stasjonert på flyplassen på Røros. Rognes oppfordrer lokale politikere og helseforetak til kamp. Generalsekretær i Norsk Luftambulans, Åslaug Haga, har i landsdekkende presse uttalt at det er behov for tre nye helikopterbasen i Norge. Rognes mener Fjellregionen må kjempe for å få en slik base på Røros lufthavn.

21. mai – HA

Sykehuset i Elverum har verken god nok styring eller tilfredsstillende bemanning til å behandle eldre pasienter med slag på en faglig forsvarlig måte. Det er Helsetilsynet i Hedmark som fastslår dette i en rapport til Sykehuset Innlandet. Helse-tilsynet gir en frist til 14. juni med å legge fram en plan for hvordan sykehuset skal rette opp feilene som mer avdekket.

23. mai – HA

Hun forsøkte å ta livet sitt for halvannet år siden og ble henvist til DPS. Fortsatt står Linda Myhre uten behandling. Nå går hun og fastlegen hennes ut med historien.

26. mai: – Jeg er overveldet, 100 kilo er borte fra skuldrene mine. I går mottok jeg beskjed om at jeg har behandlingstime ved DPS mandag. Det er helt fantastisk, sier Linda Myre til HA.

26. mai – OA:

Sykehuset Innlandet har de siste årene snudd minus til solid pluss. Uten klare endringer vil ikke den situasjonen vare lenge... Etter to år med økonomisk gode tider og stadig voksende overskudd spår nå administrerende direktør Morten Lang-Ree en annen hverdag. Sammen med sin ledergruppe er han ikke i tvil om at dagens organisering og drift ikke er bærekraftig i framtida. Det øker trykket på det allerede påbegynte arbeidet med ny strategisk fokus.

27. mai – GD

– Vi har lagt stridbare tema bak oss. Alle er innstilt på å bygge opp best mulig beredskap, sier ordfører Per Dag Hole, etter Lesja kommunes møte med Sykehuset Innlandet og ansatte i ambulansetjenesten. Mandag 13. juni tas den nye ambulansestasjonen på Lesja i bruk. I et prøveår skal ambulansen, som den siste tiden har stått på Dombås, være stasjonert i ny garasje ved eldresentret.

31. mai – GD

MR-maskinen ved Lillehammer sykehus er så for-eldet og har så dårlig kvalitet at pasienter flere ganger i måneden må sendes til andre sykehus for utredning og diagnostikk. – I verste fall kan det være ting vi ikke oppdager, men vi kjenner ikke til at det har skjedd, sier Hanne Rosenqvist, avdelingsoverlege ved avdeling for billediagnostikk ved Lillehammer sykehus.



Gratulerer: Styreleder i Momentum, Hans Emil Møller-Hansen, overrakte Momentumprisen 2011 til teamleder og ergoterapeut Ingrid Marie Lesjø, de andre i teamet er lege Jan Stavne, ergoterapeut Nina Sveen og fysioterapeut Anne Hagen. Sosionom Sissel Lund var ikke til stede.

Momentumprisen til Ottestad

Det var stående applaus fra en overrasket og glad forsamling da styrelederen i Momentum, foreningen for arm- og benamputerte, uventet dukket på et personalseminar på Ottestad nylig, og overrakte dysmeli- og amputasjonsteamet Momentumprisen for 2011, som årets rehabiliteringsteam.

Styreleder Hans Emil Møller-Hansen tok i så teamet nesten rødmet da han begrunnet hvorfor årets pris havnet hos avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Ottestad. – Vanligvis deles Momentumprisen ut på organisasjonens årsmøte,

men vi ønsket å overrekke prisen her på Ottestad, når flest mulig ansatte er til stede, sa han.

Sprer livsglede

Momentum ble etablert i 1996 og er en interesseforening for arm- og benamputerte, pårørende og alle som arbeider med rehabilitering av amputerte, og har delt ut prisen årlig siden 2004. – Vi er til for å inspirere og spre livsglede. Vi tror at «Det er bedre å tenne et lys enn å forbanne mørket». Det er vårt motto, sa styrelederen. Det er et motto avdelingsleder Atle Sørensen entusiastisk sluttet seg til.

Imponert over Ottestad

– Prisen henger høyt, understreket Møller-Hansen. – Det er ikke tilstrekkelig å gjøre en god jobb for amputerte, det er det mange som gjør.

– Vi i Momentum er imponert over det dere har fått til her på Ottestad. Hensikten med Momentumprisen er å premiere og stimulere til vedvarende, ekstraordinær innsats for amputerte og protesebrukere og å strekke seg litt lenger for sine medmennesker. Det gjør dere her, sa han.

– Hit kommer armpasienter fra hele landet og er veldig fornøyd med den innsatsen teamet gjør. Tilbakemeldingene til oss er både gode og entusiastiske. Med høyt, bredt og spesialisert spekter av



Diplomet: Her er beviset på at dysmeli- og armamputasjonsteamet på Ottestad har fått Momentumprisen.



fagkompetanse for armamputerte gjør Ottestad en unik innsats, sa han.

Brukeren i sentrum

Etter Momentums skjønn har armamputasjons-teamet på Ottestad protesebrukeren i sentrum og har festet blikket klart på livskvalitet og betydningen av likemannstjenesten, og viser et engasjement langt ut over det en normalt kan forvente. Her er det å sette brukeren i sentrum mer enn fine talemåter. Det vises i praktisk arbeid, med respekt, åpenhet og inkludering for brukeren. Momentum håper at disse tankene og filosofien som praktiseres her skal gjennomsyre fagmiljøene og spre seg ut over det ganske land. Det dere gjør her er et lysende eksempel for andre i helsevesenet, sa han.

Ikke rart det var jubel og glede på Ottestad etter en slik «kraftsalve».

Med seg hadde han to sentrale bruker- og pårørenderepresentanter, Rune og Liv Karin Søstuen, som hver å på sin måte bidrar svært positivt til det samlede tilbudet armamputerte får på Ottestad. Rune Søstuen er leder i Momentum Hedmark og likemannskontakt.

Sa det med blomster

Atle Sørensen understreket den betydningen deres innsats har for det totale tilbudet teamet gir.

I tillegg til diplom, som vil få en hedersplass, fikk teamet blomster. Møller Hansen ønsket også å gi blomster til avdelingslederen, men den sentret Atle Sørensen videre til Beate Garfelt, som har vært avdelingsleder i 10 år, fram til i fjor høst.

– Jeg er glad for at Atle viderefører det gode arbeidet vi har gjort, sa hun.

Stående applaus: Det var stor jubel blant de ansatte da pristildelingen ble kjent.



Blomster til Beate: Styreleder Hans Emil Møller-Hansen hadde med blomster til avdelingslederen, men Atle Sørensen ønsket at de skulle gå til Beate Garfelt, som gikk av som leder i fjor høst.

Av: Trond Tendø Jacobsen



Presten ble professor

Det var stor stas på religionspsykologisk senter på Sanderud i vår, da man feiret at forskningsleder Lars J. Danbolt var utnevnt til professor ved Menighetsfakultetet. Danbolt ble den andre professoren ved sentret, nevropsykolog Knut Hestad har professorat ved Psykologisk Institutt ved NTNU i Trondheim.

To av de fem aktive professoratene i SI som vi har funnet fram til er ved lille Religionspsykiatriske senter. – Primærstillingen min er fortsatt ved Religionspsykologisk senter. Men med en professor II tilknytning til Menighetsfakultetet får jeg bedre tilgang til viktige fagmiljøer, og blir en del av de. Jeg kommer tettere inn på de sammenhengene der det skjer forskning og fagutvikling, og kan ta dette tilbake til sykehuset.

Det er en spennende og riktig strategi av sykehuset å legge tilrette for at forskere kan være i akademiske stillinger, jeg tror dette er en viktig satsing i sykehuset. Det er en god strategi for å knytte forskningsmiljøene tettere mot klinikk, slik at det kliniske arbeidet lettere nyter godt av det som skjer i forskningsmiljøene, og at de knyttes tettere opp mot det kliniske arbeidet. Det er jo det som er bra for pasientene vi skal forske på, sier han.

Doktor i 1998

Den tidligere sykehuspresten på Sanderud fikk doktorgrad i 1998, før noen av legene der ble doktorer. Hans avhandling het «Den sørgende og

begravelsesriten: En religionspsykologisk studie». Fortsatt står riter og ritualer sentralt i Danbolts forskning og interessefelt.

– *Hva er det som er så spennende med riter?*

– Alle mennesker har riter, på ett eller annet vis. De fleste av oss bruker det i hverdagen, ofte uten å tenke over det. Hverdagen er full av rutiner og ritualer, da er det viktig å skille mellom rutiner og ritualer. Det er ikke et ritual å pusse tennene eller knytte skoene, det er ren rutine.

Tenner lys

– Men når noe har en mening ut over det er faktisk gjør, så er det et ritual. Når du, før du skal spise et måltid mat tenner et lys så kan det være et ritual, for det knyttes an mot noe, det tilfører måltidet en større dimensjon, som en ikke nødvendigvis kan gjøre rede for, men som gjør at det får en symbolsk mening. Mange mennesker tenner lys i ulike sammenhenger, det kan tenne håp og tillegges en mening, kanskje uten at en selv tenker over det. Da nærmer vi oss ritualisering.

– *Så det er en del ritualer i dagliglivet?*

Professorduo: To av de fem aktive professoratene i Sykehuset Innlandet er knyttet til Religionspsykologisk Senter på Sanderud: Lars J. Danbolt og Knut Hestad (t.h.)

Tenner ofte lys: Nyutnevnt professor Lars J. Danbolt forsker mye på ritualer. – Det å tenne lys kan være et ritual, selv om en ikke selv tenker over det, sier han.



– Ja, det er det. Lystenning er ikke nødvendigvis knyttet til en spesiell religion, men kan ha tilknytning til noe religiøst. Eller tradisjoner, eller noe en er vokst opp med. Jeg tenner også mye lys i hverdagen, det er nok det ritualet jeg bruker oftest.

Sorgritualer

– *Men det er andre ritualer som er utgangspunkt for din forskning?*

– Jeg har særlig forsket på riter knyttet til sorg, der det har skjedd mye de siste 25 årene. På 80-tallet var det en ganske sterk diskusjon flere steder om en skulle ha lystenning på graver. Det er ikke noe tema i dag. Lystenning på kirkeråder ved spesielle anledninger er nå et akseptert rituale. Ritualiseringer er blitt mye synligere i det offentlige rom.

Vi ser det ikke minst i mediene. Det er blitt vanlig å ha TV-overførte begravelser av selebriliteter. Dette er blitt store nasjonale begivenheter. Jeg har forsket mye på minnegudstjenester, og den betydning de har, hvordan ulike mennesker reagerer. Slike gudstjenester ble først vanlig sist på 80-tallet. Selv tok jeg utgangspunkt i to store katastrofer, Sleipner-ulykken i 1999 og Åsta-ulykken året etter. Jeg imøteser nå en debatt, sier han, om hvordan minnegudstjenester kan ivareta ulike religioner.

Aktivt senter

Religionspsykologisk senter har fire ansatte, som deler 1,4 årsverk, hvorav Danbolt og Hestad hver har et halvt årsverk. I tillegg er forsker Kari Kjøsberg og prosjektmedarbeider Monica Stolt Pedersen tilknyttet sentret med 0,2 årsverk hver.

Det lille, ganske ferske og svært så aktive forskningsentret to av de fem fungerende professoratene SI-ansatte p.t. bekler. De øvrige, med forbehold at vi har klart å finne alle, er Trond Markestad, Knut Engdal og Per Farup. Tidligere har også Jon Elling Whist, Jan Aaseth og Ola E. Dahl hatt professorater.

Seks stipendiater

Sentret ble opprettet i 2008, og har på kort tid etablert seg som et tyngdepunkt i religionspsykologisk forskning i Norden. Ikke mindre enn seks doktorgradsstipendiater er nå knyttet til sentret: Terje Fredheim, Sigrid Kjørven Haug, Tor Torbjørnsen, Liv Ødberg, Torgeir Sørensen og Hilde Hustoft.

Kirkegang på blå respekt?

– Sørensen har nettopp fått antatt en artikkel i *The International Journal of Psychiatry in Medicine* om forholdet mellom kirkegang og blodtrykk. Hans forskning viser at kirkegang kan ha en positiv virkning på blodtrykk.

En kunne jo ha vurdert å gi det på blå resept, men det er jo gratis, sier Danbolt.

Motor i nettverk

Sentret har nært samarbeid med universitetet i Uppsala og Menighetsfakultetet på en rekke områder, og har blant annet koordineringsansvaret for en årlige nordiske religionspsykologiske konferanse. – Vi er på mange måter motoren i et større nettverk, sier han.

– For bedre å kunne fungere som et nettverk håper vi å kunne etablere en interaktiv nettverksside. Det har bydd på vanskeligheter, men vi håper det kan løses etter hvert, sier Danbolt.

Første besøk på Hov i Land

Flagget vaiet friskt i vårvinden da administrerende direktør Morten Lang-Ree besøkte familieenheten og skjermet enhet på Hov i Land for første gang i begynnelsen av mai. Med seg hadde han også divisjonsdirektør i divisjon Psykisk helsevern, Gunn Gotland Bakke.

Vår AD ble tatt vel i mot, og fikk en instruktiv omvisning på det store anlegget, men flaggheisingen skyltes nok at besøket falt sammen med markeringen av at det nå var 50 år siden det som da het Statens Klinikk for narkomane startet sin virksomhet på Hov. (Se egen presentasjon av dette). Siden 2004 er virksomheten på Hov en del av avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet.

Omfattende anlegg

Rent bygningsmessig er anlegget på Hov et av de større i Sykehuset Innlandet. I tillegg til adminis-

trasjonsbygg, aktivitetsbygg, skole og barnehage er det en rekke bygg som inneholder leiligheter for de familiene som oppholder seg her. Ett av disse er den gamle gedigne direktørboligen, som skriver seg fra den tiden det var somatisk sykehus her.

Dette anlegget er forøvrig et av de tre i SI som her eget stabbur. De andre er Reinsvoll og Hagen i Veldre.

Første barnehage

Omvisningen startet i barnehagen, som nå utelukkende er et tilbud til barna til de som er tatt inn

Viktig: Barnehagen på Hov er et viktig element i familieenhetens tilbud. Flere av barna som kommer hit har abstinensproblemer, og trenger ekstra ro og beskyttelse.



Av: Trond Tendo Jacobsen



i familieenheten. Antallet barn kan variere fra syv-åtte til elleve-tolv. Opprinnelig var det en ren personalbarnehage. Dette var den første barnehagen i Søndre Land da den ble åpnet i 1971. Styrer Harald Morten Sørensen fortalte at barna her trenger trygghet og forutsigbarhet, og ekstra tett kontakt med voksne. De barna som har abstinensproblemer trenger ekstra skjerming og ro.

Familieenheten

Det er rom for ti familier i familieenheten. De voksne i disse familiene har rusproblemer. Her tilbys de tverrfaglig spesialisert behandling i ett år, av og til opp til halvannet.

En av familiene tok i mot Morten Lang-Ree, Gunn Gotland Bakke og resten av omviserfølget. De og datteren hadde vært på Hov siden i vinter, og trivdes godt og var rause med lovord om det tilbudet som blir gitt her.

– Vi legger vekt på at de som kommer hit skal ha mulighet til et mest mulig normalt familieliv, se enhetsleder Monica Søfferud, som også kunne fortelle at pasientene på Hov tas godt i mot i bygda.

– Vi opplever ingen konfliktsituasjoner av betydning, sier hun.

Gravide rusmisbrukere

Skjernet enhet har plass til 10 gravide rusmisbrukere. De tas vanligvis inn etter tvangsparagrafen (6.2) i Lov om sosiale tjenester (LOST). Rusmisbrukerne kommer gjerne inn på kost varsel, ofte flere måneder inn i svangerskapet, og får et rusfritt tilbud her fram til fødselen. Flere av de gravide er på LAR (legemiddellassistert rusbehandling), med Subtex eller Metadon.

AD på besøk: Administrerende direktør Morten Lang-Ree og divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke fikk omvisning på Hov da de besøkte avdelingen i tilknytning til jubileumsfeiringen 5. mai. Her ser vi fra venstre: Fungerende avdelings-sjef Erik Tibor Szabo, divisjonsrådgiver Marianne Lundgård, Gunn Gotland Bakke, enhetsleder Monica Søfferud og Morten Lang-Ree.



Jubileum: Intet jubileum uten ei skikkelig jubileumsbløtkake!

Hov var tidligst ute!

Da Statens klinikk for narkomane ble åpnet på Hov i Land 22. juni 1961, var det den første spesialinstitusjonen for behandling av narkomane i Europa. I USA og Canada var de på denne tiden kun to lignende institusjoner, begge sterkt fengselspreget. Så egentlig kan man trolig si at Hov var det første tilbudet i verden i sitt slag!

Av **Trond Tendø Jacobsen**

Det er ikke rart man feirer at man i disse dager har holdt det gående i 50 år. Det har skjedd mye på disse årene, både når det gjelder behandling og når det gjelder klientell.

Statens klinikk for narkomane (SKN) var et begrep i mange år. Men fra 1. januar 2002 ble den underlagt Sanderud sykehus, men navnet, Statens klinikk for narkomane ble beholdt. I 2003 ble Sykehuset Innlandet etablert, og fra 1. januar 2004 ble Hov en del av divisjon Psykisk helsevern. Og fortsatt er tilbudet høyst oppegående.

Det viste man fram under jubileumsmarkeringen 5. mai. Til den inviterte man samarbeidspartnere i de to SI-fylkene, Oppland og Hedmark; fra alle DPS'ene, fra kommunene og fra NAV. Slik benyttet man jubileumsmarkeringen til å bli bedre kjent. I løpet av høsten håper Harald Morten Sørensen, som presenterte historien, at man får ferdig et jubileumsskrift. Han varslet at det ville bli sterkt faglig preget.

Fra somatikk til rus

La oss se litt på hva Sørensen fortalte:

Det hele startet egentlig i 1915, da ble det fylkeseide Søndre Land sykehus åpnet. Her var det både operasjonssaler og fødestue, men på slutten av 50-tallet var det slutt. Akkurat da var staten på utkikk etter et sted hvor de kunne etablere behandling av narkomane. Staten kjøpte anlegget i 1960,

for 865.000 kroner. 23. juni året etter kom de første pasientene. Det var 36 plasser, alle var belagt i løpet av tre uker. – SKN ble en moderne nyvinning, fortalte Sørensen, som etter hvert kom til å gå mange nye veier, på godt og vondt. Man måtte ofte skaffe erfaring selv, fordi det ikke var andre å hente innspill fra.

Ikke akkurat Subutex

I 1962 startet man forsøk med LSD-assistert psykoterapeutisk behandling, etter hvert også i kombinasjon med Ritalin. Psykologene og legene støttet seg på erfaringer fra psykiatrien, der det var visse erfaringer med stoffene. Men det var vanskelig å tilpasse mengden LSD og Ritalin til pasienter med høy toleranseterskel på narkotiske stoffer. Noen av behandlerne prøvde derfor ut dette på seg selv. Behandlingen fikk ikke den ønskede effekt, og ble avsluttet i januar 1965.

De fleste narkomane på denne tiden var medikamentmisbrukere. Dette var gjerne ensomme middelaldrende misbrukere av medikamenter eller beroligende midler. Det var først på slutten av 1960-tallet at misbruket ble et gruppefenomen, i kjølvannet av ungdomsopprør og hippietid, en helt annen og yngre brukergruppe ble etter hvert dominerende.

Fra slutten av 60-tallet var plutselig pasientene langt yngre. Mens tyngden tidligere var mellom 30 og 50 år, dominerte nå de under 25 år.

Pasientene ble klienter

Fra 1961 til 1970 var det 1069 innleggelses, de færreste var der bare en gang, de fleste to, men det var eksempler på at en og samme pasient var innlagt elleve ganger!

Utover 1970- og 1980-tallet skjedde en rekke endringer, et viktig skille kom i 1979/80. Da tok man skrittet fra en sykehusmodell til en sosialpedagogisk modell, i tråd med den tids terapeutiske og samfunnsmessige ideologi. De innlagt ble omtalt som klienter, de var ikke lenger pasienter. Tidligere var hovedvekten lagt på behandling, nå ble rehabilitering den viktigste ledestjernen.

Familiebehandling fra 1981

I 1981 fikk SNK den første erfaring med klienter som hadde med egne barn, og den første familieenheten ble åpnet. Fra sommeren 1983 ble familie-

Fra luften: Her ser vi storparten av Hov-anlegget. I flere av byggene er det familieleiligheter, blant annet i den staslige direktørboligen midt på bildet. I front ser vi det gamle sykehusbygget, med tilbygget fra 1974, som i dag blant annet rommer skjermet enhet, lengst til høyre aktivitetsbygget, med undervisningsbygget, der det også er leiligheter, rett ovenfor. Barnehagen holder til i det røde bygget øverst på området.





Feiring: Jubileumsmarkeringen foregikk i aktivitetsbygget, i tillegg til en historisk gjennomgang var det presentasjon av familieenheten, skjermet enhet og skoletilbudet.

behandling etablert som et toårig prøveprosjekt. En evaluering var positiv. De som fungerte best var de som hadde hatt lange opphold. Familiebehandlinger var kommet for å bli.

Økt behov førte i 1989 til at det ble opprettet enda en familieavdeling. Fra da av var familiebehandling SKNs hovedoppgave. Samme året ble det bygget nytt aktivitetsbygg, etter det gamle som brant nyttårsaften 1978.

Høsten 1991 vedtok Stortinget å omstrukturere SKN slik at den kun skulle gi tilbud til gravide og til familier med omsorg for barn. De siste enslige som fikk behandling på Hov ble skrevet ut i løpet av sommeren. I 1995 ble de tre familieavdelingene slått sammen til en enhet. I dag er den viktigste målgruppen familier med barn i førskolealder.

Skjermet enhet

Det skjer stadig endringer, nye faggrupper kommer inn – og det blir større usikkerhet rundt fram-

tiden og eierskap. Departementet jobbet en tid med å få Oslo kommune inn som eier, det falt i fisk, Oppland fylkeskommune ville heller ikke overta. Men fra 1. januar 2002 legges SKN inn under Sanderud sykehus, og er nå en del av divisjon Psykisk helsevern, nærmere bestemt avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet.

Fra 2000 ble det gradvis bygget opp en skjermet enhet, den ble utvidet fra to til fem plasser i 2005 og fikk 10 plasser da den i 2006 flyttet til større arealer.

En av de store endringene de siste årene er mentaliseringsprosjektet, som er utviklet i nært samarbeid med professor Finn Skårderud og psykolog Bente Sommerfeldt. I 2008 ble grunnlaget lagt for å innføre mentalisering som en overordnet behandlingssideologi. Det er gjennomført et omfattende opplæringsprogram, og nå er mentalisering implementert så vel i grupper som i individualterapien.

Mentalisering

Begrepet mentalisering er et samlebegrep om implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, leser vi på Institutt for Mentaliserings hjemmeside. Videre; Evnene til å forstå sine egne og andres følelser, tanker og motiver viser seg gjennom solid vitenskaplig empiri å være grunnleggende for så vel hverdagslivets velfungering, samt hverdagens komplikasjoner som misforståelser og konflikter, men særlig for utvikling av psykopatologi.

Avis på ville veier

Det var mange på Hov som fikk morgenkaffen i halsen da de leste et oppslag i Oppland Arbeiderblad 23. juli 1970. Avisens journalist la ikke fingrene imellom. Anonyme naboer beskrev hvordan de opplevde institusjonen. Artikkelen tittel varslet hva som ventet i artikkelen: «Slottparken overført til Hov». Her er noen av påstandene som ble servert:

«Ved Statens klinikk for narkomane er det ikke bare pasientene som skeier ut, men selve hjemmet

og dets ledelse er på full fart ut over skråplanet, sier bygdefolk.»

De unge som kom dit var «yrkesnarkomane», i motsetning til de tidligere pasientene som «uforskyldt» var blitt avhengig av narkotika.

«Forsøk å komme deg til Hov, så får du det som på det beste hotell eller pensjonat.»

Artikkelen ble klaget inn for Pressens Faglige Utvalg, som var sterkt kritisk til avisens presentasjon.

Sertifisering på SI Gjøvik:

ST-analyse – avansert fosterovervåking

I løpet av våren har leger og jordmødre ved fødeavdelingen på Gjøvik blitt sertifisert på avansert fosterovervåking (STAN) med registrering av fosterhjerterefreknens og en analyse av fosterets EKG. Avdelingssjef og avdelingsoverlege Anja Døssland Holstad er stolt over den innsatsen de ansatte har lagt ned for å komme gjennom det trange nåløyet med sertifisering på en utrolig kort tid.

– De ansatte har vært kjempemotiverte og flinke. De har lest og studert, tross skepsis til om de i det hele tatt ville klare dette. I løpet av opplæringsfasen har vi fått grunnleggende kunnskap som gir hele avdelingen et faglig løft og en enda bedre fosterovervåking, understreker Holstad. Også barnepleierne har fulgt mye av undervisningen.

Avansert analyseverktøy

STAN står for «ST-analyse». Verktøyet er utviklet i Sverige og brukes i følge Holstad mest i Skandinavia og i Europa. Med unntak av Kongsvinger og fødestuene, er vi faktisk den siste avdelingen i SI som tar dette verktøyet i bruk, sier hun.

Etter vannangang settes en elektrode på barnets hode. – I tillegg til vanlig CTG, som er registrering av fosterets hjerterefreknens, tolker maskinen til enhver tid «ST-segmentet» i fosterets EKG, forteller Holstad. Hvis det er oksygenmangel hos fosteret, vil det skje endringer i dette «ST-segmentet». STAN-maskina gir derfor verdifull tilleggsinformasjon til den ordinære CTG-registreringen og hjelper jordmor og lege å avgjøre om og når det må gjøres tiltak underveis i fødselsforløpet. Det er særlig ved risikofødsler at STAN bør brukes. Ved normale graviditeter og fødsler er det ikke nødvendig med avansert overvåking, understreker Holstad. Målet er å forløse barne til rett tid slik at vi får friske barn. En sekundærgvinst kan på sikt være færre keisersnitt.

Av: Britt Haugen



Etterlengtet

En STAN-maskin har stått på avdelingens ønskeliste lenge. Husmorlaget på Gjøvik har vært bidragsyter, men det var et positivt økonomisk resultat for divisjon Gjøvik i 2010 som til slutt utløste investeringsmidler og gjorde det mulig å realisere ønsket.

På nyåret sto to STAN-maskiner klare på fødeavdelingen, og i årets tre første måneder har det vært intens lesing og opplæring. Først ble superbrukere kurset og sertifisert av overlege Branca Yli ved Rikshospitalet. Deretter har alle jordmødre og leger gjennomgått interne kurs som seksjonsoverlege Wenche Hauso har ledet.

I tillegg har det vært selvstudier og kollokvier, og i midten av mars var det klart for eksamen. – Og alle besto til slutt, sier en tydelig stolt avdelingsoverlege. – Vi hadde fått hint om at vi måtte være



forberedt på stor «strykprosent» for dette er ikke noe «walkover»-kurs. Men bare fem av de trettito deltakerne på kurset måtte opp til en ny test fordi de hadde misforstått noen av spørsmålene.

Fokus på kvalitet og kompetanse

Før eksamen hadde avdelingen invitert to eksterne forelesere, Torgrim Sørnes fra Ahus og Tomm Svensen fra leverandøren Scan-med. Begge holdt inspirerende foredrag og ga en god oppsummering av det vi hadde lest, sier Holstad. Det var en god oppladning til selve eksamen som ble holdt i kantina på Gjøvik.

Avdelingsjordmor Karin Falk Jørgensen understreker at investeringen er et faglig løft for avdelingen og bidrar til god kvalitet i behandlingen av den enkelte fødende. – Selv om vi alle er sertifiserte STAN-brukere har vi behov for kontinuerlig opp-

datering. Derfor har vi satt dette som tema på våre felles møter hver fredag, forteller hun.

– Vi har fått et verktøy som gjør at vi nå er mer presise i kommunikasjonen enn tidligere. Verktøyet har faste kriterier og krever at vi har et enhetlig språk. Det gjør at vi også skjærper oss i kommunikasjon på andre områder. Jordmødrene har nok også fått en bedre forståelse av hva som skjer fysiologisk med fosteret. Dette til sammen gir oss et bedre beslutningsgrunnlag for om og når det skal gjøres tiltak som keisersnitt, riestimulering, væsketilførsel eller annet, avslutter Karin Falk Jørgensen.

STAN-sertifiserte på Gjøvik:

Analysemaskina som bedrer fosterovervåkingen har gitt oss et faglig løft sier fra venstre avdelingssjef Anja Døssland Holstad, Mari Elton Veflen (jordmor), Mette Hovda (barnepleier), Aina Sagstuen (ultralydsjordmor), Berit Jakobsen (jordmor) og avdelingsjordmor Karin Falk Jørgensen.

Prosjekt «Meldingsløftet» i SI

Sykehuset Innlandet vil etter hvert etablere elektronisk henvisningsmottak og avvikle papirforsendelsen på radiologiske svar, laboratorie svarrapporter og epikriser til de som kan motta slik elektronisk melding. Elektronisk henvisning vil da erstatte papirhenvisningen og dens postgang, sortering, håndtering og skanning, forteller prosjektleder Bente Sund Langøigjelten.

Strengt krav

– Meldingsløftets begrunnelse er å få til sikker elektronisk kommunikasjon mellom legekontor og sykehus og etter hvert mellom sykehus og pleieomsorgstjenesten.

Innføring av elektronisk meldingsutveksling, som tilfredsstillende nasjonale krav, vil medføre endringer i alle våre avdelinger, forteller Bente Langøigjelten Sund. Dette innebærer at nye oppgaver vil erstatte en del av dagens oppgaver. Men før iverksetting og for å tilfredsstillende nasjonale krav for sikker meldingsutveksling, må det teknologiske endringer til hos alle parter som skal delta i utvekslingen. I vårt opptaksområde gjelder dette ca 150 legekontorer, etter hvert 49 kommuner, i tillegg til oss selv.

– Betyringsende, vil de fleste hevde, er at det stilles like høye krav til meldingsutveksling av helseinformasjon som til banksystemer, understreker Langøigjelten.

Etterspurt

SI er kjent med at fastlegene i lengre tid har ønsket å avvikle papirutskrifter når samme informasjon kommer som elektronisk melding. Men, vi kan ikke avvikle papirutskriften før vi har innført overvåking av meldingen og derav kan håndtere eventuelle avvik. Risikovurderingen fra 2009 konkluderte med at denne overvåking må være på plass for at risikoen skal være innenfor akseptable rammer, sier Langøigjelten.

Bred involvering i prosjektet

Prosjektet fikk sitt mandat godkjent i desember 2010 og var i arbeid i mars i år. – Det tok litt lenger tid enn planlagt å bemanne arbeidsgrupper med nok kompetanse som dette prosjektet trenger, men arbeidsgruppe «Elektronisk henvisning» og «Epikrise/poliklinisk notat» har jobbet godt og intenst og leverer arbeid, sier Langøigjelten. Arbeids-

gruppe «Labfaglig» og «Radiologifaglig» har nettopp startet sitt arbeid, mens arbeidsgruppe «Pleie og omsorg» starter til høsten.

– Det er en styrke for prosjektet at praksiskon-sulentene i SI er involvert både i arbeidsgrupper og prosjektgruppe, og vi er veldig glad dette er prioritert, sier Sund. I tillegg er samhandlingsrådgiver og informasjonssikkerhetsansvarlig også involvert.

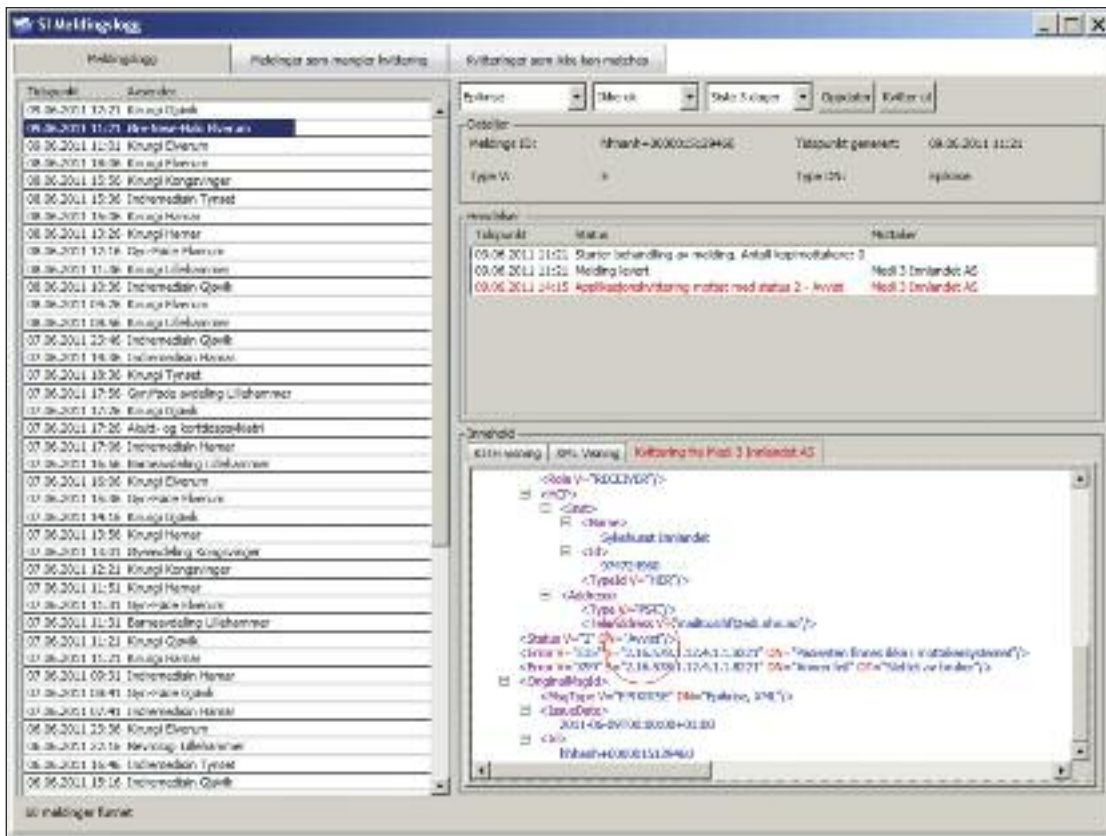
SI-Meldingslogg

Meldingsloggen blir den sentrale applikasjonen som SI innfører som en ny oppgave. Arbeidsgrup-pene er nå i gang med å avdekke hvilke sentrale problemstillinger som må besluttes, forslag til organisering av overvåkingen og prosedyrer for håndtering av avvik. Et eksempel kan være at pasient ikke er registrert på det legekantoret som epikrisen er sendt til. Denne sikkerheten er innebygd i meldingsutvekslingen.

Ved hjelp av SI-meldingslogg kan vi overvåke all meldingstrafikk. Oversikten kan benyttes som grunnlag for å kunne avvikle papirutskrift der dette er mulig. For eksempel til mottakere som ikke kan motta elektronisk eller der det er dokumenttyper som ikke er av type epikrise. EDI-dokumenter krever at dokumentet kan knyttes til relevant kontakt for sending. Det er viktig både å velge rett mottaker og ikke minst rett dokumenttype når det gjelder EDI-notater i DIPS EPJ. Via prosjektet blir det en rydding i hvilke dokumenter som kan sendes som EDI, forteller Sund.

Videre framdrift

– I dag mottar SI papirhenvisninger på omtrent åtti steder. Arbeidsgruppen jobber med å beskrive alternativer for organisering av elektronisk henvisningsmottak. Momenter som ligger til grunn for dette er fritt sykehusvalg, lokalkunnskap, dagens elektroniske rutiner for interne henvisninger, postgang, ettersending av vedlegg og kompetanse, for-



Fakta: Nasjonalt meldingsløft

«Nasjonalt meldingsløft» er et program for realisering av sikker og effektiv meldingsutveksling av henvisninger, epikriser, laboratorie- og røntgenrekvisjoner/svar mellom helseforetak og legekontor.

Prosjektet er underlagt det regionale programmet i HSØ og har som oppgave å svare opp «Nasjonalt meldingsløft» sine målsetninger på helseforetaksnivå.

SI er siste foretak i Helse Sør-Øst med etablert prosjekt.

Mer informasjon om «Meldingsløftet» vil publiseres på: www.sykehuset-innlandet.no under «Samhandling».

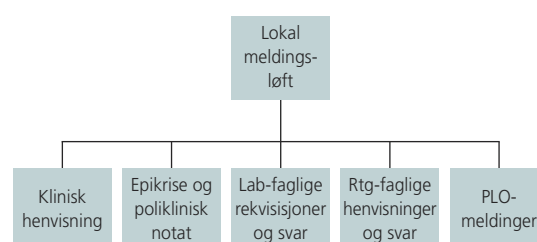
teller Sund.

For å sende Pleie og omsorgsmeldinger (PLO) som tilfredsstillende nasjonal standard, krever det en ny modul i DIPS EPJ. Denne er ikke innført i SI enda, og det vil derfor ta noe tid før dette kan gjøres, forteller Langøigjelten. Arbeidsgruppen PLO starter sitt arbeid etter sommeren.

Langøigjelten tror milepælene som er skissert i mandatet har vært for optimistiske. – For å være i stand til å kunne kommunisere mest mulig realistiske datoer, har det vært viktig for oss å få en oversikt over problemstillinger som må håndteres før vi kan avvikle papirsendinger. Over sommeren vil vi begynne å overvåke epikrisemeldinger som oppgave i en avdeling i SI. Neste steg er å gjennomføre en ekstern pilotering mot noen legekontorer før ett og ett legekontor fases inn etter hvert som disse er klar med korrekte versjoner. Det er foreløpig ikke klart når vi kan starte pilotering for avvikling av papirsvaer på lab- og røntgenvar, sier Langøigjelten.

– Fortsatt er det mye som skal på plass for å klare å svare opp de krav som følger av nasjonalt meldingsløft. Samarbeid og dialog med legekontorer er

sentralt, samt innføring av overvåking av meldinger i SI. Noen sier at avvikling av papirutskrifter er «overmodent», dessverre har man snakket om det lenge uten resultater. Det er fortsatt prematurt for SI, men nå er foretaket kommet så lang at vi i oktober kan begynne å prøve ut avvikling av papirutskrifter, og det er bra!





Godt fornøyd: Avdelingssjef Odd L. Sunde er svært godt fornøyd med de nye lokalene til Pasientreiser Innlandet, det er også Kay Nordahl (t.h.)

100 ansatte i Mjøssentret

Pasientreisesentret i Mjøssentret Syd i Moelv har ekspandert svært siden det ble åpnet i oktober 2009. Mye har skjedd på drøyt halvannet år. Antall ansatte har økt fra omkring 60 til tett opp under 100. Det skyldes at Pasientreiser Helse Sør-Øst, som behandler reiseregninger, fikk langt langt mer å gjøre enn forventet.



Oransje: Det er dristig og vellykket fargesetting i de nye lokalene. Her på avdelingssjef Sundes kontor er stolene holdt i oransje. Den fargen går igjen flere steder i lokalet.

De har økt antall årsverk fra 32 til drøyt 70, og samlet antall ansatte er nå 78. Også Pasientreiser Innlandet, som formidler pasientreiser for pasienter fra SI har hatt en økning, men langt mer beskjeden. – Vi har nå omkring 20 årsverk, sier avdelingssjef Odd L. Sunde.

SI-Magasinet fortalte etter åpningen at sentret ville behandle rundt 220.000 reiseregninger i året. Nå kan avdelingssjef Borghild Hammer fortelle at avdelingen i fjor behandlet omkring 380.000 reiseregninger.

Posten reddet situasjonen

Dette kunne skje uten en betydelig økning i antall ansatte. Det har vært helt nødvendig for å få bukt med køer som til dels har vært kritisk lange. Så da Posten kunne flytte ut av de lokalene de disponerte i byggets første etasje, ble disse overtatt, og ombygget til kontorer for Pasientreiser Innlandet.

Skivebom

Anslaget om et volum på 220.000 reiseregninger skrev seg fra de erfaringene NAV hadde, det var de som behandlet slike regninger tidligere. Virkeligheten viset seg å bli en helt annen. Dette uløste

uventede og lange køer før utbetaling kunne skje. Dels ble det tilsatte flere ganske raskt, dels trådte andre pasientreisekontorer til med dugnad.

– Nå er vi nede i en normal behandlingstid. Vi har en målsetting og en behandlingstid på maksimalt 14 dager, det har vi til nå i år klart å holde, sier Hammer.

Alle er fornøyd

– Vi har fått veldig hensiktsmessige og fine lokaler, sier avdelingssjef Odd Sunde, med både dristig og tiltalende fargesetting.

– Det har vi også, sier Borghild Hammer. Vi har fått 30 nye arbeidsplasser og bedre møterom.

– Vi har også fått noen flere årsverk, sier Sunde, dels gjennomføres det et prosjekt med ny revisjonspraksis, der har vi engasjert to for å informere rekvirentene om endringene, og vi har nå også fått tilsatt kvalitetsrådgiver. Nytt nå er også at vi begynner å samordne kommuneinterne pasientreiser. Vi antar at det er gevinster å hente der også, slik det har vært ved reiser som krysser kommunegrensene, sier Sunde. Dette prøves nå ut i Lillehammer.

Nytt bibliotek på Sanderud

Med en gedigen, og god, bløtkake ble åpningen av nytt bibliotek på SI Sanderud markert tidligere i vår. Etter år i «utlendighet» i den gamle direktørboligen har biblioteket nå fått sentral plassering i administrasjonsbygget.

– Vi har lenge ønsket å flytte fra direktørboligen, der var det varmt om sommeren og kaldt om vinteren, og så langt unna hovedbølet på Sanderud at det i seg selv var en barriere for å bruke tilbudet.

– Nå håper vi at den sentrale plasseringen gjør at flere ansatte kommer hit med nysgjerrige på hva vi har å tilby, nysgjerrighet etter kunnskap, sa avdelingsleder Elin Opheim.

– Et bibliotek, sa hun, er alltid større enn sine lokaler. – Selv om biblioteket ikke er imponerende stort, er det innholdsrikt, her er det mulig å få tilgang på mye nyttig kunnskap.

Avdelingsbibliotekar Anne Ekornes Hagen forteller at biblioteket holder åpent mandager, onsdager og fredager.

Bygget på donasjoner

Den første bibliotekaren på Sanderud, Monica Stolt Pedersen fortalte at grunnlaget for boksamlingen på Sanderud var den faglitteraturen ulike overleger anskaffet, og som de donerte etter hvert som de sluttet. Slik bygget det seg sakte og sikkert opp en etter hvert ganske omfattende samling.

Da den staselige direktørboligen på Sanderud ble tatt i bruk som undervisningssenter fikk biblioteket plass der. Den første bibliotekarens hovedoppgave ble å organisere og katalogisere samlingene, det var åpent for utlån en time i uka.



Forberedelser: En nyåpning fortjener en festlig ramme. Her er Sanderudbibliotekar Anne Ekornes Hagen og prosjektbibliotekar Hanne Elise Rustlie (t.h.) i ferd med forberedelsene.

Mjøsbiblioteket

Bibliotekene ved de ulike sykehusene rundt Mjøsa (Elverum, Hamar, Sanderud, Gjøvik og Lillehammer) etablerte tidlig, og flere år før SI var påtenkt, et samarbeidsorgan; «Mjøsbiblioteket» for å koordinere oppgaver av felles interesse for de ulike sykehusbibliotekene. Sykehusbibliotekene er nå organisert som en avdeling, med åtte stillinger fordelt på drøyt fem årsverk. Det er færre enn mange sykehus som har atskillig færre geografiske enheter å forholde seg til.



Nytt bibliotek: – Her er det blitt fint, sier Anne Ekornes Hagen, bibliotekaren på Sanderud. Biblioteket holdet åpent på mandager, onsdager og fredager.

Av: Trond Tendø Jacobsen

Brenner for forebygging

Med min erfaring med egen sykdom, diabetes, er forebyggende helsearbeid viktig. Jeg savner det som et behandlingsbegrep. I tillegg jobber jeg på apotek og ser hvordan mange pasienter blir behandlet med medisiner.

Brenner for forebygging:

Brukerutvalgsmedlem Marthe Kraabøl argumenterer i denne artikkelen sterkt for økt satsing på forebygging.



Feil bilde

Vi kom i skade for å bringe feil bilde i sistesideartikkelen i forrige nummer. Bildet var ikke av artikkelforfatter Øivind Nerby, men av brukerutvalgs-kollega Terje Bækkelund. Her er bilde av Øivind Nerby. (Red.)



Hva er forebygging?

Forebyggende helsearbeid kan vi definere som alle tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen. Det kan være alt fra omfattende samfunnsmessige endringer som redusert arbeidstid for alle til enkle vaksinerings- eller opplysningstiltak. Forebygging kan dreie seg både om å fremme helse og å hindre sykdom. Det kan være tiltak for å sikre arbeid, bolig og økonomisk trygghet eller tiltak for at hver enkelt skal oppnå en helsevennlig livsstil.

Å bekjempe sykdom har vært en naturlig målsetting i alle kulturer. Forebygging er også en sentral målsetting i helsepolitikken, og kommuner og lokalmiljøet ellers har et stort ansvar for å få satt de politiske vedtakene ut i praksis.

Redusere risikoen

Jeg vil her fokusere på å redusere risikoen for sykdom eller øke muligheten for god helse. Hvordan gjør vi det da? Hovedbasen her er å få tilgang

på eller gjøre kunnskap tilgjengelig. Det er som regel en lege som møter pasienten først når en diagnose skal gis eller faren for å få en sykdom er stor. Han eller hun har dessverre ikke alltid tid til å videreformidle all den kunnskapen pasienten trenger. Derfor ber jeg innstendig om at legen ber pasienten ta kontakt med den aktuelle pasientforeningen. Brukerorganisasjonene sitter med masse kunnskap og erfaring. Kunnskap om egen sykdom som kan øke mestring som videre vil kunne bidra til å forebygge eller begrense videreutvikling av sykdommen eller muligheten for å få tilleggs sykdommer.

Drømmer om mestringsentra

I min drømmeverden blir alle pasienter sendt til et mestringsenter, hvor det jobber helsepersonell og proffe brukere side om side for å kunne bistå en pasient når han/hun har fått en diagnose. Et sted som kan skape og jobbe for et fellesskap for kunnskapsdeling, trening og eventuelt medisinsk behandling. Men dette koster penger, og penger bruker vi for å behandle sykdom, da forebygging går for sent. Det koster mye å forebygge mener mange. I tillegg er det vanskelig å måle om det har effekt. Jeg mener at det har det. Men utfordringen er at forebygging kan ta mer tid i startfasen, enn det å eksempelvis skrive ut et legemiddel. Jeg ønsker at noe av de midlene som brukes til behandling må flyttes over til forebyggende tiltak på kommunenivå. De trenger å få styrket sine ressurser for å kunne jobbe bredere med slikt arbeid. Jeg håper at dette blir satt øverst på prioriteringslista i framtida i helse-Norge.

«I min drømmeverden blir alle pasienter sendt til et mestringsenter, hvor det jobber helsepersonell og proffe brukere side om side for å kunne bistå en pasient når han/hun har fått en diagnose.»