

SI | magasinet



Ble selv
intensivpasient

→ **4-7**

Innhold → SI-magasinet 4/11

- 3 → Leder Terrorsaken
- 4 → Ble selv intensivpasient
Kristin Kolloens utrolige historie
- 8 → Krafttak for pasientsikkerhet
Kampanje i alle divisjoner
- 10 → Langtidsfrisk på Kongsvinger
Alle skal på seminar
- 12 → Nye SI Kongsvinger
Samhandlingsreformen er drivkraften
- 14 → Områdeplan for hab/rehab
Flere avdelinger samorganiseres
- 16 → Møte med prosjektleder Toril Orrestad
SF-scenariene klare i januar
- 18 → Besøkte LMS Otta
Styret ble imponert
- 20 → Ta Pulsen
Klart for ny runde
- 22 → Fekjær psykiatriske senter
Et sted der ungdom trives
- 24 → SI i nyhetene
Innblikk i avisenes nyhetsoppdrag
- 26 → Verktøy for sykepleierprosedyrer
Kunnskapsbaserte fagprosedyrer
- 28 → Barneavdelingen «ble ny»
Ønskedrømmen gikk i oppfyllelse
- 30 → Mindre uønsket deltid
Jobben må gjøres i divisjonene
- 32 → Schizofrenidag for 13. gang
Fokus på fysisk aktivitet
- 34 → Regnskapets dag
Regnbygene holdt seg unna
- 36 → Familieklubbene
Ukjent suksesshistorie
- 38 → Møt de nye divisjonsdirektørene
Sjaatil – Kulstad – Gotland Bakke
- 41 → Samhandlingsreformen
Trussel eller mulighet?
- 42 → Markerte Kunnskapens dag
Ga kunnskap om kunnskap
- 43 → I skyggen av Utøya
Viktig med bearbeiding
- 44 → Brukerutvalget
Sykehuset er bare et hus

Forsidebildet: Intensivsykepleier Kristin Kolloen har selv erfart hvordan det er å være intensivpasient. Det var en lærerik erfaring, men heldigvis er det få intensivsykepleiere som får den, sier hun.



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 Tendø 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. september 2011.
- Vi tar forbehold om feil og endringer.

Målgruppe:

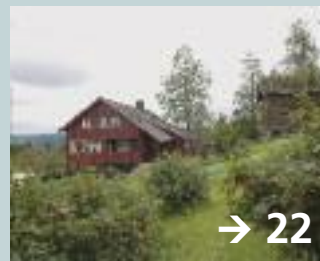
- Ansatte og primærleger er hovedmålgruppe for SI-Magasinet, som i papirversjon også gjøres tilgjengelig for pasienter, pårørende, besøkende og andre.

Grafisk produksjon:

- Design/førtrykk: Sykehuset Innlandet
- Trykk: Møklegaard Printshop AS
- Opplag: 3.500.

ISSN:

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



Leder:

22. juli 2011

Sykehuset Innlandet ble tidlig involvert etter terroraksjonene i Oslo og på Utøya 22. juli.

Her følger et utdrag av den orienteringen som ble gitt styret på møtet på Otta 24. august:

Melding/varsling

1. Gjennom radionyhetene ble divisjonsdirektør Aage Westlie i Prehospitale Tjenester og kommunikasjonsdirektør Stein Tronsmoen oppmerksom på at det var en hendelse.
2. Tronsmoen, avbrutt ferie, og Westlie – klargjort bil m.m. til ferie, hadde en kort telefonsamtale før Westlie umiddelbart dro til AMK Innlandet på Gjøvik. Han varslet så administrerende direktør Morten Lang-Ree om hendelsen 15.55.
3. Fra dette tidspunktet var SI etablert med en ledelsesmessig beredskap.
4. Aage Westlie varslet kl. 16 ambulansetjenestene på Gran, Kongsvinger, Hamar og Gjøvik om at de måtte være forberedt på å stille med ressurser.
5. Ca. 16.20 ble de stedfortredende divisjonsdirektører ved Kongsvinger, Elverum-Hamar og Gjøvik informert om hendelsen og mulig pågang av pasienter.

Ressurser/innsats

Utover kvelden, videre i helga og påfølgende uke er dette noen av hendelsespunktene:

- Sykehusene Kongsvinger, Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer etablerte beredskap for å ta i mot pasienter fra osloreionen. Det ble ikke bedt om at de skulle etablere ekstra beredskap, men det ble gjort oppmerksomme på at det kunne bli aktuelt å ta i mot pasienter.
- Ca. 16.10 ble det sendt fire ambulanser (to fra Gran og to fra Hamar) til Oslo – senere flyttet til Utøya. En av bilene fikk koordineringsansvar på stedet.
- Omrokkering av luftambulansen; først fra Domås til Lillehammer – så til Utøya.
- Styrket beredskapen i HDO (Helsetjenestens Driftsorganisasjon for det nye nødnettet) på Gjøvik, samt at eget personell ble sendt til OUS AMK (Ullevål) og Vestre Viken AMK for å bistå ved eventuelle problemer i det nye nødnettet.

- Sendt ca 65 enheter med blod til Oslo.
- SI Kongsvinger tatt i mot to «vanlige» pasienter fra OUS for å gi bedre kapasitet ved OUS.
- SI Lillehammer tatt i mot tre «vanlige» pasienter fra OUS av samme årsak.
- Stort trykk fra blodgivere; fikk informert om at det ikke lenger var behov.
- På lørdag ble det sendt en ambulanse fra Gran og en fra Elverum. Senere ble Gran-ambulansen erstattet med ambulanse fra Kongsvinger.
- Psykososial beredskap etablert 23. juli fra kl 09.
- Etablert eget nummer for henvendelse vedrørende psykososial støtte.
- Sendt PM om psykososial beredskap 24. juli med sterkt fokus på tilbudssiden til alle 48 kommuner. Samme sendt alle fastlegene.
- De fleste enheter i Divisjon Psykisk helsevern har vært involvert i forhold til pasient-, pårørende- og kommunekontakt.

Konklusjon

Sykehuset Innlandet har i forbindelse med denne terroraksjonen vist at foretaket har ressurser, organisasjon, ledelseskraft og personell til å etablere beredskap og klargjøre for innsats. Personlig synes jeg det er veldig tilfredsstillende å få være en del av en organisasjon som jobber så seriøst og ordentlig når det «smeller»; sjøl på sommeren!

Vi har i flere tilfeller nettopp hatt trykk i ferietid; tsunamien ved juletider, svineinfluensa sommeren 2009, togavsporingen ved Skotterud i 1. oktober 2010 og nå denne. Vi viser krefter også da – gode til å improvisere innenfor de ordinære organisasjonsleddene.

*Stein Tronsmoen
Kommunikasjonsdirektør*

«SI har i forbindelse med denne terroraksjonen vist at foretaket har ressurser, organisasjon, ledelseskraft og personell til å etablere beredskap og klargjøre for innsats.»



Intensivsykepleier ble intensivpasient:

Influensaen var hjernehinnebetennelse

Dette er historien om hvordan intensivsykepleieren fra Moelv selv ble intensivpasient. 26 august i 2008 skulle Kristin Kolloen starte den siste praksisperioden i videreutdanning i intensivsykepleie. Den skulle foregå ved intensivavdelingen i Lillehammer. Hun kom dit denne dagen – ikke som student, men som pasient. Det var starten på en lang og dramatisk sykdomsperiode.

Det hun trodde var en uskyldig influensa viste seg å være meningitt. Med både hjernehinnebetennelse og hjernebetennelse og 14 dager bevisstløs i respirator på Ullevål var det usikkert om hun skulle overleve. – Det er godt å ikke vite hva en har foran seg. Livet mitt ble snudd på hodet. Det ble en helt annen høst enn jeg hadde planlagt. Jeg skulle fullføre videreutdanningen og bli ferdig i desember. I stedet ble jeg pasient.

– Livet smilte til meg

Hun var ferdig utdannet sykepleier i 2001, begynte på intensivavdelingen på Hamar i 2005, og startet videreutdanning i intensivsykepleie på Gjøvik i 2007.

– Det gikk fint. Livet smilte til meg. Jeg gledet meg til å begynne på siste semester høsten 2008. Men etter en uke følte jeg meg dårlig, tenkte det var influensa, men ble dårligere gjennom helgen,



Mye utstyr: Det er mye utstyr rundt en intensivpasient. Det kan virke skremmende. – Der hadde jeg en fordel, sier Kristin Kolloen.

Men så stabiliserte det seg, og etter 14 dager ble jeg vekket. Det var 10. september 2008, litt utpå dagen. Etter det husker jeg alt.

Var i spøkelseshus

Etter at jeg ble vekket på Ullevål hadde jeg sterke fantasier, og det var vanskelig å skille fantasier og virkelighet. Jeg følte at jeg lå i et spøkelseshus. Kanskje var det fordi jeg hadde hørt historier om den gamle bygningsmassen der? Det var skremmende og vonde fantasier som tok mye energi fra meg, energi som jeg burde brukt til å komme meg.

Tre og en halv måned

– Fra Ullevål ble jeg sendt tilbake til intensivavdelingen på Lillehammer. Etter noen dager ble jeg overført til infeksjonsmedisin. Jeg ble syk i august og utskrevet i slutten av oktober, da bar det rett på rehabilitering. Først i begynnelsen av desember kom jeg hjem til Moelv, tre og en halv måned etter at jeg ble syk.

Kjente meg igjen

– Jeg husker ikke noe fra de 14 dagene i respirator, men alt fra og med dagen de vekket meg. Jeg husker det som det var i går. Husker alt som skjedde rundt meg, kjenner følelsene. Men jeg tror at min kunnskap og erfaring gjorde meg roligere enn andre pasienter. Alt som skjer, og alt utstyr rundt en intensivpasient kan sikkert virke ganske skremmende. Utstyret som sto rundt meg kjente jeg igjen. Respiratoren sto på den ene siden av senga. Alt var velkjent, arteriekran, ventrikkelsonde, urin-kateter, CVK, støttestrømper og overvåkningsutstyr. Jeg var ekstrem lyd- og lysfølsom, men jeg kjente igjen og forsto måten de jobbet på. Samtidig hadde jeg en ekstrem følelse av utmattelse og kraftløshet, en helt spesiell følelse og opplevelse som jeg tror er vanskelig å sette seg inn i. Det var skremmende å oppleve hvor fort man forfaller.

Setter spor

– Jeg har fått kjempegod oppfølging både av familie, venner og det profesjonelle apparatet. Jeg har vært på rehabilitering og hatt stort utbytte av Raskere tilbake-tilbudet på Ottestad. Etter så alvorlig sykdom er det ekstra viktig å gjøre de riktige grepene på veien tilbake. – Hvis jeg ikke hadde hatt så gode tilbud og fått så god rådgivning hadde jeg sikkert startet i rundturnus tidligere, og fått tilbakefall.

Opplevelsene som intensivpasient setter spor. En ting som er blitt enda tydeligere for meg etter sykdommen er at helsepersonell har mye å lære av pasientene. Det er pasientene som er ekspertene på egne erfaringer.

og kontaktet lege. Hun trodde heller ikke det var store greiene. Men jeg ble enda dårligere og dro tilbake til legen, som sendte meg direkte til Lillehammer med spørsmål om det kunne være meningitt. På Lillehammer fant de ganske snart ut at det var det, jeg ble lagt på isolat.

I løpet av ei uke ble situasjonen min dramatisk forverret. Fra å være i svingende form, der jeg dels var helt klar, og dels ikke visste hvor jeg var, gikk det over i krampeanfall og bevisstløshet. Jeg ble overført fra infeksjonsmedisin til intensiv.

Veldig kritisk

Akkurat denne dagen, 26. august, skulle jeg begynt min siste praksisperiode i videreutdanningen nettopp her, på intensivavdelingene på Lillehammer. Etter et døgn ble jeg sendt med luftambulansetil Ullevål. Der ble jeg liggende i tre uker, de to første bevisstløs i respirator. Diagnosen var hjernehinne- og hjernebetennelse. I en periode var min situasjon veldig kritisk, legene mente at jeg hadde mindre enn 50 prosent sjanse for å overleve. Jeg utviklet økt trykk i hjernen, hjerneødem.

Unik erfaring for intensivsykepleieren

– I ettertid kan jeg jo si at jeg har høstet verdifull og ganske unik erfaring. Heldigvis er det få intensivsykepleiere som har en tilsvarende opplevelse, sier Kristin Kolloen. De siste årene har vært krevende for henne.

Av: **Trond Tendo Jacobsen**

Skal tilbake: Her er Kristin i sitt rette element. Målet mitt er å komme tilbake til denne jobben, sier hun.

– Opplevelsen av å være intensivpasient er en erfaring jeg ikke unner noen. Det har vært en veldig tøff periode, jeg legger ikke skjul på det, sier hun. – Det har kostet. Men i ettertid kan jeg si at sykdomsperioden har gitt meg veldig mye verdifull kunnskap og erfaring som jeg kan ha med meg videre i mitt arbeid som intensivsykepleier.

Livet snudd på hodet

Kristin Kolloen var under videreutdanning som intensivsykepleier da hun ble syk, høsten 2008. Sakte men sikkert har hun kommet tilbake, har fullført videreutdanningen.

– Det var ikke så vanskelig å velge tema til fordypningsoppgave, sier hun.

Hun er tilsatt som intensivsykepleier på Hamar, men er ikke 100 prosent der hun var da sykdommen slo henne ut. Inntil videre jobber hun i et vikariat ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelingen på Ottestad. Det går framover, sakte. Tålmodighet er viktig.

Skal tilbake til intensiv!

– Målsettingen min er å kunne begynne igjen i full og normal stilling på intensivavdelingen. Jeg har prøvd meg, men jeg var ikke restituert nok til å gå i tredeltturnus. Det som henger igjen er at jeg trenger en god rytme i hverdagen, sove om natten og være våken om dagen.

Det var usikkerhet om jeg etter å ha vært så alvorlig syk ville takle det å jobbe med pasienter som har opplevd noe av det samme som jeg selv har vært igjennom. Det har gått veldig fint. Det som gjør at jeg nå har et vikariat på Ottestad er arbeidstiden, det er for tidlig for meg å gå i rundturnus. Derfor jobber jeg nå en periode kun på dagtid.

Lett å velge tema

Vi ble oppmerksom på hennes unike historie via «Sykepleien» i vår, der hun har en bred artikkel bygget på fordypningsoppgaven fra på Høgskolen i Gjøvik: «Pasienter på intensiv trenger oppfølging».

Akkurat det vet Kristin Kolloen mer om enn de fleste. En teoretisk innføring i et emne kan ikke sidestilles med personlig erfaring. Etter at hun kom





seg på beina har hun forelest om sine erfaringer til sykepleiestudenter på Elverum, Gjøvik og Lovisenberg. Har deltatt i fagdag på Hamar og har også gitt sine refleksjoner videre til de ansatte på intensivavdelingen på Lillehammer. – Det har vært fine tilbakemeldinger. Det oppfattes som positivt at en med min faglige bakgrunn kan formidle slike erfaringer.

– *Hva er den viktigste erfaringen du kan formidle til kollegene?*

– Det er å være bevisst på å sette å pasienten i sentrum, og tenke over måten en behandler pasienten på. Det første møtet er svært viktig. Det er viktig å bygge tillit og trygghet, også om pasienten sover. En må kommunisere med sovende pasienter på samme måte som en våken. Det vi gjør, og måten vi gjør det på har betydning for pasienten i ettertid.

Viktig pasienterfaring

– Lenge før jeg ble syk var jeg opptatt av hva pasientene på intensivavdelingen opplevde og følte. Nå har jeg erfart det, og tror jeg lettere kan stille de riktige spørsmålene, lettere kan sette meg i pasientens sted. Jeg forteller jo ikke pasientene hva

jeg har vært gjennom, men jeg kan bruke min erfaring, og komme med råd og veiledning, både ut fra egen erfaring og gjennom de spørsmålene jeg har jobbet med i fordypningsoppgaven.

Posttraumatisk stressyndrom

I sin fordypningsoppgave er Kristin Kolloen opptatt av den oppfølgingen intensivpasienter får, eller ikke får. Hun viser til forskning der pasienter beskriver traumatiske hallusinasjoner, fantasier, vrangforestillinger. Det er ofte vanskelig å skille reelle minner fra fantasier. Vrangforestillinger og utvikling av PTSD er blitt et problem for mange pasienter i etterkant av intensivoppholdet. Det kan sette dype spor. Derfor er hun sterkt opptatt av hvordan dette kan forebygges.

God informasjon er viktig, også når pasienten ligger i respirator. Et oppfølgingsprogram i etterkant kan være nyttig. Hun er tilhenger av at det lages dagbok fra oppholdet, der bilder også bør spille en viktig rolle. Det kan bidra til å tette pasientens «minnehull».

– Man bør ikke se på behandlingen som avsluttet når pasienten skrives ut fra avdelingen, sier hun.

På besøk: Ingvild Flagstad(t.v.) og Heidi Sandvold (t.h.) ser fram til at Kristin Kolloen kommer tilbake til avdelingen.

Konklusjonen

I sin artikkel i «Sykepleien» konkluderer Kristin Kolloen slik:

«Forskning viser at pasienter sitter igjen med erfaringer etter opphold på intensivavdeling som en intensivsykepleier kan dra nytte av.

Intensivsykepleieren har et ansvar for å forebygge PTSD hos intensivpasienten. Jeg kjenner meg igjen i mange av de erfaringene pasientene beskriver fra jeg selv var intensivpasient. Det forsterker min oppfatning av at pasienterfaringer er viktig for kunnskapsutvikling hos intensivsykepleieren.

Brukerkunnskap er en viktig del av det å jobbe kunnskapsbasert. Pasientene representerer en ressurs for helsepersonell som kan bidra til å øke deres kompetanse. Det å være intensivpasient setter spor!»

I trygge hender:

Krafttak for økt pasientsikkerhet

Et nett av tiltak skal styrke pasientsikkerheten i Sykehuset Innlandet ytterligere. Dette skjer dels gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7», og dels gjennom tiltak som var igangsatt før denne kampanjen startet.

I trygge hender 24/7

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble startet sist vinter, og skal gå over flere år.

Hovedmålene er:

- Færre pasientskader
- Bygge varige systemer og kompetanse innenfor pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen

Pasientsikkerhetsdefinisjon:

Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Det kom som litt av et sjokk for mange da Petter Hjort for en del år siden la fram beregninger, basert på internasjonale undersøkelser, som viste at det årlig var omkring 2.000 dødsfall og 15.000 pasienter som fikk varige skader i norske sykehus som følge av uheldige hendelser.

Store forbedringsmuligheter

Dette indikerer at det i SI årlig dør mellom 180–200 pasienter på grunn av feilbehandling, og at 1400–1500 skades. Selv om det er stilt spørsmålstegn ved disse tallene har de utløst et betydelig økt fokus på, og interesse for, pasientsikkerhetstenking i foretaket vårt. Undersøkelser fra andre land konkluderer med at minst halvparten av de uønskede hendelsene kan forebygges.

Styret vedtok sommeren 2010 en handlingsplan for økt pasientsikkerhet, og i sommer ba det, på bakgrunn av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, om forsterket innsats for å styrke pasientsikkerheten.

Kampanjeledelsen

Nå er det den nasjonale kampanjen som er i fokus, og det er etablert en sentral kampanjeledelse i SI, med fagsjef Christian Fossum som leder, med seg har han rådgiverne Geir Silseth og Bjørg Simonsen

som kampanjeveiledere, og kvalitetsrådgiver Lise Syverinsen som superbruker på Extranettet.

Det er også oppnevnt kampanjeledere i de enkelte divisjonene: Divisjon Lillehammer; Are Fjermeros, divisjon Gjøvik; Bjørg Harby, divisjon Elverum-Hamar; Håvard Kydland, divisjon Kongsvinger; Eirik Sandberg, divisjon Tynset; Anne Grethe Skorstad Thoresen, divisjon Medisinsk service; Cecilia Tomter, divisjon Habilitering og rehabilitering; Ulv Lassen, divisjon Psykisk helsevern; Hans Martin Gaaserud og i divisjon Prehospitale tjenester; Geir Kristoffersen.

Det er også opprettet GTT-team. GTT er forkortelse for Global Trigger Tool (se egen sak).

Kampanjen hadde oppstartmøte 29. august, der man diskuterte kampanjen og gikk igjennom en rekke planlagte og igangsatte tiltak. Det er bestemt at det i løpet av vinteren gjennomføres en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i SI.

Legemiddellister

Det er satt i gang, eller planlagt, en lang rekke tiltak. Ved de medisinske avdelingene på Gjøvik og Elverum igangsettes det pilotprosjekter om «samstemming av medikamentlister», der praksiskon-sulentene Karin Frydenberg og Kristine Gaarder har en sentral rolle. Dette er tiltak som skal bedre kommunikasjonen mellom fastlegene og sykehusene, og hensikten er at det etter hvert skal breddes til hele SI-området. Målene er at fastlegene skal skrive ut medikamentlister til alle pasienter som bruker minst tre legemidler, og oppdatere disse fortløpende. Sykehuslegene på sin side skal etterspørre slike lister, og oppdatere de ved ut-skrivning.

Kampanjeledere: Her er den sentrale kampanjeledelsen og de fleste lokale kampanjelederne samlet: Fra venstre: Bjørg Harby, Gjøvik, Geir Kristoffersen, Prehospitale tjenester, Cecilie Tomter, Medisinsk service, kampanjeleder Christian Fossum, Lise Syverinsen, Geir Silseth, Bjørg Simonsen, Eirik Sandberg, Kongsvinger, Ulv Lassen, Habilitering og rehabilitering og Håvard Kydland, Elverum-Hamar. Are Fjermeros, Lillehammer, Anne Grethe Skorstad Thoresen, Tynset og Hans Martin Gaaserud, Psykisk helsevern var ikke tilstede.

Av: Trond Tendo Jacobsen





Illustrasjonsfoto: Helse Sør-Øst

Statusen i Sykehuset Innlandet

Her er status for noen av de tiltakene sykehuset allerede har igangsatt:

Korrekt identifikasjon av pasienter

Det arbeides med å utarbeide ny prosedyre der pasientens identitet alltid skal sjekkes på minst to måter ved prøvetaking, behandling, medisinske inngrep og ved bruk av blodprodukter.

Sikker kommunikasjon

Joint Commission International Accreditation har undersøkt 2300 alvorlige pasientskader og funnet at 60 prosent skyldes kommunikasjonssvikt. Sykehuset innførte dette prinsippet i fjor høst. Det skal evalueres hvordan tiltaket fungerer. Prinsipper er at den som formidler en ordinasjon skal uttrykke seg på en spesiell måte, og den som mottar ordinasjonen skal skrive ned hva han/hun hører og umiddelbart lese det opp og få bekreftet at det er riktig oppfattet.

Feilmedisinering og høyrisikopreparater

Gjennomføre tiltak for reduksjon av feilmedisinering/bedre sikkerhet ved høyrisikopreparater: Det

er utarbeidet ny prosedyre for dobbeltkontroll av legemidler som forutsetter risikovurdering av hva som skal dobbeltkontrolleres.

Begrense risikoen for sykehusinfeksjoner

Helse Sør-Øst har vedtatt en målsetting om å redusere sykehusinfeksjonene til under tre prosent. I SI er det vedtatt en handlingsplan for å redusere infeksjonene, med fem konkrete hovedområder: Kunnskap om infeksjonsforebyggende tiltak på sentrale områder, overvåking av sykehusinfeksjoner, sikre etterlevelse av optimal håndhygiene, korrekt bruk av reglementert arbeidsantrekk, riktig bruk av Antibiotikaveileder og økt fokus på antibiotikabruk for å redusere resistente mikrober.

Unngå fallulykker

Det skal igangsettes systematisk arbeid med fallforebygging.

Journalundersøkelse skal finne «triggere»

Et av hovedvirkemidlene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er en pasientjournalundersøkelse, Global Trigger Tool (GTT).

Ved å gå gjennom et tilfeldig utvalg av pasientjournaler skal en lete etter såkalte «triggere». En trigger er en journalopplysning som brukes som utgangspunkt for å identifisere pasientskade. Bruk av GTT er en effektiv og lite ressurskrevende teknikk for å finne komplikasjoner eller skader som oppstår i forbindelse med undersøkelse eller behandling.

GTT er foreløpig ikke tilpasset psykisk helsevern, pediatri eller rehabilitering.

I SI er tanken at det skal etableres en rekke GTT team, foreløpig er det ett. Disse skal bestå av to sykepleiere og en lege. Annenhver uke skal sykepleierne gjennomgå minimum 10 pasientjournaler, teamenes lege skal til slutt vurdere funnene for å se om det foreligger en reell komplikasjon/skade eller om funnene er en naturlig konsekvens av pasientens sykdom.

Det er nylig gjennomført en opplæring av GTT-teamene i SI.

Definisjoner

Uønsket hendelse: En utilsiktet og uønsket effekt av undersøkelse og/eller behandling.

Skade: Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling, eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Sykehusinfeksjon: En infeksjon pasienten ikke hadde ved innleggelse og som har oppstått mer enn to dager etter innleggelse.

SI Kongsvinger:

Alle på seminar om Langtidsfrisk

Langtidsfrisk er ikke et prosjekt med en definert slutt, det er en prosess som skal gå «inn i evigheten». På Kongsvinger vet alle hva Langtidsfrisk er, og er det noen som fortsatt ikke vet det blir de snart opplyst, for i løpet av neste år skal ALLE som er fast ansatt på sykehuset ha gjennomgått et to-dagers Langtidsfrisksseminar.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Begrepet Langtidsfrisk er en metafor for arbeidet med å skape langsiktige helsefremmende arbeidsplasser. Langtidsfrisk har en dobbelt målsetting; Sykefraværet skal gå ned, og trivselen skal gå opp. Foreløpig har det første ikke slått helt til, men mange rapporter forteller om økt trivsel. Og på noe lengre sikt, når trivselen virkelig har «satt seg» slår det kanskje også ut i økt tilstedeværelsesprosent?

Lagbygging: Det var stort engasjement og glød da deltakerne fikk i oppdrag å lage tapas. Her ser vi fra venstre: Gro Anita Dalsjø, Cathrine T. Nerby, Tor-Arne Leithe, Ann-Helen Heggedal og Gunn Toril Skyrudsmoen.

I forrige måned hadde SI Kongsvinger høyere fravær enn de andre somatiske divisjonene i SI. En kan jo ta det som en bekreftelse på at prosjektet er viktig. Siden man bestemte at alle skulle få mulighet til å delta, har 340 ansatte vært på «Hvita Älgen» i Åmotfors, halvannen mils veg innenfor

Charlottenberg. Når man er i mål en gang neste år har ytterligere 160 vært der.

– Dette er et flott tiltak, det bør du fortelle om i SI-Magasinet, foreslo divisjonsdirektør Dagny Sjaatil tidligere i år. Vi tok henne på ordet.

Hvita Älgen

Hvita Älgen er verdt noen ord: Gjestgiveriet tar ikke imot folk som detter inn fra gata. Du bør helst ha en anbefaling, i hvert fall bestille på forhånd. Da vi kom blafret «sildesalaten» friskt i vinden, unionsflagget, som ellers ble firt for siste gang i 1905.

– Jeg fikk bestilt det for 10 år siden fra Oslo Flaggfabrikk, sier innehaver Helena Neraald, som





Blindebukk: På denne måten trente deltakerne i Langtidsfrisk på å føle seg trygge sammen med andre. Her ser vi fra venstre: Øystein Hagen, (bak skimtes Ann-Helen Heggedal) Tor-Arne Leithe, Torill Snare, Annette B. Larsen, Cathrine Andersen, Tove Børli.

slik markerer at hun har mange norske gjester.

På taket troner en hvit elg i naturlig størrelse, rundt om på veggene stirrer både Lenin, Mannerheim og Kong Oscar II mot oss. Sjelden har vi sett flere CD'er, og i det rikholdige biblioteket er det et stort utvalg av norske bøker. Et sted å trives.

Bygger kultur

13 ansatte er med til Hvita Älgen denne gangen. De møter HR-rådgiver Karin Varden, HMS-rådgiver og hovedverneombud Cathrine Nerby og prosessveileder Kari Kristiansen, ja, alle er prosessveiledere i Langtidsfrisk. Dagny Sjaatil var en del av denne trioen før hun overtok som divisjonsdirektør. Nå har Kari Kristiansen tatt hennes plass.

– Deltakerne kommer fra forskjellige avdelinger. Dette er brobygging. Så langt vi kjenner til har det ikke skjedd tidligere i SI at man har samlet folk på tvers av organisasjonene på denne måten. Vi tror dette er viktig, sier de. Det er med på å bygge kultur, og med på å styrke den positive grunntonene hos oss på Kongsvinger, sier de.

KOS aktiv, som inviterer til en lang rekke aktiviteter på fritiden er et viktig bidrag til dette.

Helsefremmende

Samlingene er en blanding av forelesninger og gruppearbeid. Ett hovedbudskap er: Vi må slutte å tenke problemorientert, å heller fokusere på løsninger. Det er en vesentlig forskjell på å strekke seg etter det en ønsker, mot for å grave seg ned i problemer.

Og det spørsmålet som må stilles hele tide er: Hvordan skal det være når det er som best? Og å handle deretter. Det skal ikke bare få opp nærværepresenten, det skal også gjøre sykehuset til pasientens naturlige førstevalg.

Gruppearbeidene ga deltakerne mulighet til å gå inn i en rekke problemstillinger, med helsefremmende medarbeiderskap og ditto lederskap som sentrale.

Dette er Langtidsfrisk

Begrepet Langtidsfrisk forteller hva det dreier seg om – å få ned sykmeldingene, eller opp nærværet, som man helst sier på Kongsvinger.

Men det er så mye mer; det skal være en helsefremmende arbeidsplass, sykehuset på Kongsvinger skal bli et enda bedre sted å jobbe. Man skal styrke VI-følelsen. Det hele startet så smått i 2008, men det var først i fjor at det ble bestemt at alle ansatte skulle på kurs. En vesentlig del av finansieringen har skjedd gjennom KLP.

Helse avhenger av en lang rekke faktorer: Mål, mening, arbeidsklima, lederskap, delaktighet, krav, kontroll, arbeidstider, belastning, tilhørighet, lang-siktighet, lønn, belønning. Alt dette er elementer som er byggesteiner i langtidsfrisktenkingen.

Langtidsfrisk er bygget på et helhetssyn som har fokus mot tiltak som fremmer tilstedeværelse. Man må identifisere disse, og iverksette tiltak som fremmer disse.

Fire elementer

Forskning har trukket fram fire elementer som må være til stede i organisasjoner der hoveddelen av medarbeiderne er langtidsfriske:

- En bevisst organisasjon med felles verdigrunnlag og tydelige mål
- Åpent arbeidsklima og et kreativt miljø
- Helsefremmende lederskap
- Helsefremmende medarbeiderskap

Kultur og holdninger

Det Langtidsfrisk handler om er å bygge kultur og om holdninger, og hvordan disse kommer til uttrykk i hverdagen – i det arbeidsmiljøet alle er en del av. Det prosjektlederne, og resten av SI Kongsvinger ønsker er å bygge en positiv kultur basert på positiv forskningsbasert psykologi. Derfor er fokus på hvordan det er på arbeidsplassen når det er som best, og hva den enkelte kan bidra med for å få dette til å være det vanlige.

Startet i 2007

På Kongsvinger startet langtidsfriskarbeidet allerede i 2007, med utdanning av tre prosessveiledere, i 2008 laget de en to-dagers samling for toppledelsen og presenterte Langtidsfrisktankegangen og metodikken. Året etter var det to-dagers samling for alle mellomlederne og en egen samling for tillitsvalgte. Det var summen av disse erfaringene som utløste ønsket om å sende resten av medarbeiderne til Hvita Älgen.

Visjon:

Når det er som best...

De som har deltatt i Langtidsfriskseminarene har sammen formulert en omfattende visjon som forteller hvordan de vil ha det. Her er et lite utdrag:

Når det er som best, er jeg på tilbudssiden, det vil si; jeg er positiv, blid og imøtekommende. Pasienten er hele tiden i sentrum, jeg vet at min måte å oppføre meg på er avgjørende for et godt opphold både for pasienten og for å bidra til trygghet for pårørende.

Når det er som best, er det godt samarbeid mellom alle ledd i behandlingskjeden, og vi behandler hverandre med respekt. Når jeg beveger meg rundt i huset hilser jeg på alle, også de som ikke umiddelbart hilser tilbake.

Når det er som best, er arbeidsdagen hektisk, trivelig, lærerik, positiv, meningsfull og slitsom.

Når det er som best, respekterer jeg at du er annerledes enn meg. Jeg vet at vi ikke behøver være bestevenner for å arbeide sammen. Jeg snakker aldri negativt om kolleger. Det ville jeg ikke like om du gjorde om meg. Jeg inkluderer alle. For å oppnå det vet jeg at det kan være tilstrekkelig å si «hei Kari» når du kommer inn i et rom hvor det pågår en samtale.

Har jeg, som alle andre, en tung dag er jeg nøye med at dette ikke skal gå ut over deg. Jeg har ingen rett til å tømme mitt ubehag eller frustrasjon ut over deg.

På vårt sykehus er det slutt på «skylleromsprat».

Nye SI Kongsvinger



– Det er flere grunner til at vi har startet arbeidet med «Nye SI Kongsvinger», sier divisjonsdirektør Dagny Sjaatil. Samhandlingsreformen er selve drivkraften. – Men vi fikk også et skikkelig spark bak av administrerende direktør Morten Lang-Ree da det etter to måneder lå an til et underskudd på 10 millioner kroner. Det aksepterte han ikke.

Det tredje elementet, sier hun, er behovet for at vi skal frigjøre midler til vedlikehold og nødvendige investeringer. I samhandlingsreformen legges det opp til at kommunene allerede fra årsskiftet skal overta 10 prosent av så vel innleggelses som poliklinisk virksomhet. – Det er ganske mye av driften vår, sier Sjaatil.

– Hvis det blir slik, og det må vi forvente, får sykehuset allerede neste år for mye plass, sier prosjektleder Eirik Sandberg. På noe lengre sikt er det antydnet at kommunene kan få ansvar for 25–30 prosent av det pasientvolumet sykehuset har i dag.

Stort engasjement

– Det er viktig at et så omfattende prosjekt er godt forankret i organisasjonene. Det føler jeg at dette

er. Det har vært stort engasjement fra de ansatte. Vi inviterte alle til å melde seg til arbeidsgruppene, og fikk langt flere enn det var plass til. Hver tiende av våre ansatte er aktivt med i prosessen, sier Sjaatil.

En bred utredningsfase, som har involvert en tiendedel av de ansatte, går fram til midt i september. Da skal hun ta stilling til de ulike alternativene. Perioden fram mot årsskiftet blir en tilretteleggingsfase, der de ulike tiltakene skal settes ut i livet.

Teller ferdigbehandlede

– Samhandlingsreformen er selve driftkraften, sier hun. Hvis endringene blir slik det er antydnet vil det få stor betydning for sykehuset. Kommunene i regionen er tilbudt arealer til sammen å etablere

Nye SI Kongsvinger: Divisjonsdirektør Dagny Sjaatil og prosjektleder Eirik Sandberg sier at det ligger an til store endringer ved divisjon Kongsvinger når prosjekt «Nye SI Kongsvinger» settes ut i livet.

helsetjenester inne på sykehuset. Her kan aktuelle tilbud være intermediærenhet, lindrende enhet/palliasjon og døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Som et ledd i dette ble det i juni startet registrering av alle ferdigbehandlede pasienter, slik at man skal få et bedre grunnlag for å vurdere hvor mange ferdigbehandlede pasienter det til en hver tid ligger på sykehuset. Får man disse raskere ut til kommunale tilbud vil det lette situasjonen for sykehuset.

Fem arbeidsgrupper

Det er oppnevnt fem arbeidsgrupper. Invitasjonen til deltakelse gikk ut til alle ansatte, og veldig mange meldte seg eller ble foreslått.

Prosjektleder Eirik Sandberg er gruppeleder for to grupper: Sengeposter og Samhandling SI Kongsvinger/kommunene. I denne er også divisjonsdirektør Dagny Sjaatil med. Videre er Knut Andreassen gruppeleder i gruppen Medisinske støttefunksjoner og Johan Reitan i Poliklinikker og i Operasjon. Det er 10–12 medlemmer i hver gruppe.

Gruppene

Poliklinikker: Her er det fire undergrupper som ser på mottakelse, kirurgisk poliklinikk, medisinsk poliklinikk og tverrfaglig samarbeid. Det jobbes med sikte på forbedring av tilbudet, mer samarbeid, bedre ressursbruk, lengre åpningstider er stikkord.

Operasjon: Det er for mye venting, sier Dagny Sjaatil. Det er en målsetting å begynne og operere tidligere om morgenene, og ellers jobbe mer rasjont.

Sengeposter: Antall senger skal reduseres fra 108 til 98. det er utarbeidet bemanningsplaner for flere ulike modeller for organisering av sengepostene. Det er besluttet å slå sammen revmatologisk sengepost og ortopedisk-/revmakirurgisk sengepost fra 15. november.

Medisinske støttefunksjoner: Det jobbes med flere modeller for organisering, en er å samle alle støttefunksjonene i en avdeling.

Samhandling med kommunene: Det er en rekke muligheter for samarbeid mellom kommunene og sykehuset. De er tilbudt arealer i sykehusets 7. etasje til etablering av kommunale helsetjenester. Ut over dette skal sykehuset samarbeide med kommunene om blant annet kompetanseutveksling og ambulant virksomhet.

Glåmdalskommunene kan «få» en etasje på sykehuset

Det er mulig at Glåmdalskommunene, gjennom regionrådet, etablerer en rekke «samhandlingstilbud» i 7. etasje ved SI Kongsvinger. Etsjen frigjøres ved at revmakirurgisk avdeling flytter ned en etasje, og samlokaliseres med ortopedien.

I samhandlingsreformen, som trer i kraft fra nyttår, legges det blant annet opp til at kommunene skal overta ti prosent av døgntilbudene og tilsvarende av sykehusenes polikliniske kontroller. På sikt antydes det at så mye som 25–30 prosent av disse tilbudene kan bli overtatt av kommunene.

Kommunale senger?

Det er mulighet for at kommunene i fellesskap etablerer en intermediær post i sykehusets syvende etasje. Dette dreier seg blant annet om senger for pasienter som er ferdigbehandlet i sykehuset, men som venter på tilbud i hjemkommunene. Det kan også være aktuelt med palliative senger, som det er et betydelig behov for, og kanskje også et rehabiliteringstilbud.

Det er en egen prosjektgruppe som ser på dette, her er kommunene i førersetet understreker Eirik Sandberg.

Godt mottatt

– Vi presenterte prosjektplanen for «Nye SI Kongsvinger» for regionrådet i april, og fikk svært god respons, sier divisjonsdirektør Dagny Sjaatil.

– Selv om Våler og Nes har reservert seg mot et felles regionalt opplegg, synes jeg det mot kommunene har gått imponerende smertefritt i forhold til samhandlingsreformen, sier hun.

Målsettingen

Visjonene for «Prosjekt Nye SI Kongsvinger» er at «driften endres slik at sykehuset fortsatt kan være et naturlig førstevalg for innbyggerne i vårt nedslagsfelt. Organisering og drift skal tilpasses fremtidens spesialisthelsetjeneste, sett i lys av samhandlingsreformen.»

Målsettingen er å opprettholde tilbud tilsvarende de en har i dag, i et fullverdig lokalsykehus med akutfunksjoner, fødeavdeling og tilbud til revmatikere. Og sykehuset skal fortsatt ha medisinske støttefunksjoner som radiologi, laboratorie/blodbank, ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjeneste.

Brukermedvirkning

Divisjonen er opptatt av at brukerne skal ha mulighet til å påvirke resultatet av arbeidet i prosjektet.

– Vi har en referansegruppe bestående av styret i brukerkontoret ved SI Kongsvinger og representant fra brukerrådet i SI. Det er også avholdt dialogmøte med revmatikerforeningene i Hedmark og Nes. Det er veldig viktig og nyttig for oss å lytte og samarbeide med brukerne i en slik prosess, sier prosjektleder Eirik Sandberg.

Nå er den på høring

Det legges opp til omfattende endringer i organiseringen av divisjon Habilitering og rehabilitering. I høringsutkastet til områdeplan foreslås det blant annet å samorganisere avdelingene i Ottestad og på Gjøvik fra årsskiftet, men det får ingen følger for den geografiske plasseringen. Utkastet er nå sendt på høring, med svarfrist 1. november. Det endelige forslaget skal styrebehandles før jul.

Av: **Trond Tendo Jacobsen**

Koordinerende enhet skal ha oversikt over det totale rehabiliteringstilbudet i Innlandet og bør fortsatt være organisert på divisjonsnivå, og det bør startes et arbeid for å se på så vel organisering som oppgaver. Ikke minst i tilknytning til samhandlingsreformen vil denne enheten få mange oppgaver. Det foreslås videre at de tre ambulante rehabiliteringsteamene (ART) organiseres til en enhet, også det fra årsskiftet.

Nedslitte lokaler

Alle avdelingene i divisjonen har nedslitte og lite hensiktsmessige lokaler i forhold til de tilbud som skal gis. Det er en rekke forhold som skaper usikkerhet om det framtidige arealbehovet. Både utviklingen i kommunale tjenestetilbud og vedtakene i Strategisk Fokus 2011–2014 blir viktige når vedtakene om divisjonens framtidige struktur og lokalisering skal tas.

Dette innbefatter også en avklaring av det framtidige bygningsmessige behovene ved Granheim lungesykehus. Det jobbes nå i forhold til Helse Sør-Øst for å få avklart avdelingens framtidige funksjon ut over eget sykehusområde. Dette vil gi premisene for den framtidige bygningsmassen, heter det i høringsnotatet.

Sømløs rehabilitering

Den omorganiseringen det nå legges opp til åpner mulighet for mer effektiv og fleksibel ressursutnyttelse og mer robuste fagmiljøer med bedre spesialiseringsmuligheter, heter det i innstillingen.

Høringsdokumentet legger opp til et sømløst tilbud på tvers av forvaltningstjenestene. Det forsettes at dette sikres gjennom det igangværende arbeidet med regionale helseplaner.

Forslaget legger stor vekt på brukermedvirkning, og mener det bør vurderes å opprette eget brukerråd for divisjon Habilitering og rehabilitering.

Mer poliklinikk

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal få ansvar for en større del av pasientforløpet for kroniske lidelser og rehabilitering. Derfor bør divisjonen planlegge for en dreining mot mer poliklinisk og ambulant virksomhet, og en tilsvarende reduksjon i sengeopphold.

Men med dagens finansieringsordning vil en slik vridning få negative følger for divisjonens virksomhet. I dag er det slik at den aktivitetsbaserte finansieringen av sengeopphold subsidierer annen virksomhet. Derfor vil færre døgnopphold redusere midlene til ambulant virksomhet og tverrfaglige poliklinikker, helt på tvers av det som er ønsket utvikling.

Anbefalinger

Det anbefales å etablere en gåskole for personer med beinamputasjon. Avdelingen på Ottestad tar i dag imot pasienter med armamputasjon og dysmeli fra hele landet til rehabilitering. Dette er et vel fungerende tilbud som skjer i nært samarbeid med ortopedisk verksted. Dette bør videreutvikles slik at SI får et regionalt ansvar for denne pasientgruppen.

Videre bør det vurderes om SI også skal påta seg et regionalt ansvar for senpoliosyndrom og hypoventilasjonssyndrom.

Det anbefales videre at det utarbeides felles retningslinjer for diagnostikk, behandling og håndtering av pasientforløp for personer med sammensatte og komplekse problemstillinger med behov for tverrfaglig kompetanse.

Pasienter med kognitive skader er krevende å ivareta og bør håndteres i rehabiliteringsavdelinger med tilstrekkelig døgnbemanning.

Nedslitte: Både Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering på Ottestad og Rehabiliteringsavdelingen på Gjøvik er nedslitt og lite hensiktsmessig. Alle avdelingene i divisjonene får samme karakteristikk!





Gåskole: Det foreslås nå å etablere en fast gåskole for benamputerte. Bildet er fra gåskolen på Ottestad for tre år siden (SI-Magasinet 4-08 side 22–23).

Flere nye målgrupper

På det store arbeidsseminaret i april ble deltakerne utfordret på å identifisere nye målgrupper som i dag ikke har et tilfredsstillende tilbud. Det endte med denne listen:

- Behov for konkret metodisk bistand og veiledning til klienter uten diagnose (for eksempel Asberger, Tourette, ADHD) som har falt ut av skoleverket og ikke er kommet inn i arbeidslivet.
- Økt behov for spesialkompetanse på ernæring/helsefarlig overvekt ved spiseproblemer hos multifunksjonshemmede.
- Unge som har mottatt tjenester gjennom skolepliktig alder faller ut av arbeid eller kommer aldri i arbeid.
- Personer med kognitive skader og svak pårørendestøtte som havner utenfor hjelpetjenesten.
- Pasienter med en annen kulturell bakgrunn og reaksjonsmønstre i forhold til sykdom.
- Tidlig intervensjon for KOLS-pasienter.
- Revmatikere trenger forebygging og oppfølging.
- Parkinson-pasienter har svært lite utbytte av lokal avlastning.
- Muskel-skjelettlidelse, ME og CFS.
- Livsstilssykdommer – diabetes og overvekt. Demens.
- Sansesyrrrelser.
- Posttraumer, traumer, livskriser.
- Ernæringsproblematikk er et voksende problem for flere grupper.

Omfattende prosess

Det er en arbeidsgruppe med divisjonsdirektør Rehabilitering og rehabilitering Astrid Millum som leder som har utarbeidet områdeplanen. De øvrige medlemmene i gruppen er: avdelingssykepleier Marianne Pettersen, Hamar kommune, daglig leder sykehjem Steinar Nybråten. Øystre Slidre, leder av SI's brukerråd Trond Hilmersen, rådgiver samhandling i SI Gunvor Øfsti, avdelingssjef Rehabiliteringstjenesten i Hedmark Nils Petter Ruud og avdelingssjef Granheim Lungesykehus Jan Erik Mæhlum.

Det er Helse Sør-Øst som har bedt de enkelte helseforetakene utarbeide områdeplaner, og har forutsatt at dette skjer i nært samarbeid med kommunene.

Som en del av prosessen ble det i april arrangert et arbeidsseminar hvor omkring 100 sentrale aktører innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet

i kommuner, private institusjoner, brukerorganisasjoner og fra Sykehuset Innlandet deltok. Innspillene fra dette seminaret utgjør en viktig del av grunnlaget for planen, og gjelder blant annet:

- En mer helhetlig tilnærming gjennom bruk av pasientforløp
- Tverrfaglighet bør styrkes
- Specialisthelsetjenesten bør vektlegge kartleggings- og utredningsfasen hvor problematikk og behov avklares
- Større grad av samarbeid på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer ble etterlyst
- Vektlegging av behov for ambulante tjenester
- Vektlegging av kunnskapsbasert praksis
- Lett tilgjengelig og forståelig informasjon som ivaretar flerkulturelle behov.

Mange utfordringer

Utfordringene står i kø. Fram mot 2050 vil antallet eldre over 67 år fordobles. Økende alder, og livsstilsendringene vi ser vil øke behovet for re/habilitering. Dessuten henvises stadig flere barn og unge med diffuse og uavklart mestringsproblematikk. Kols er et stadig økende problem, som kan gi redusert livskvalitet og utløse stort hjelpebehov. Muskel/skjelettplager og kroniske smertetilstander øker i omfang. Funksjonsnedsettelse som følge av hjerte/kar-lidelser henvises i stadig større grad.

Samhandlingsreformen får stor betydning for dette feltet. Kommunene vil få større ansvar for rehabiliteringstjenestene. Dette kan blant annet skje gjennom interkommunalt samarbeid og gjennom gode samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Også derfor er denne planen viktig.

Scenariene klare i januar

– Økte kvalitetskrav, flere som skal behandles, færre til å behandle, «mindre mer» av penger. Skal SI være beredt til å møte utfordringene, kreves det betydelige endringer i form av strukturelle grep. De over 100 høringsuttalelsene etter første runde i strategiprosessen, viser at de fleste erkjenner utfordringsbildet og endringsbehovet. Nå gjenstår det å utrede hvilken modell som best gjør SI i stand til å svare opp dette, sier prosjektleder Toril Orrestad.

Det planlegges nå for at høringsdokumentet legges fram i januar, at det blir en lang høringsperiode, kanskje helt til april/mai – og at styret skal fatte sine vedtak i juni neste år. Innen vi kommer dit skal det skje mye. SI-Magasinet har møtt prosjektlederen som har en av Sykehuset Innlandets mest krevende jobber. Toril Orrestad er bergenser, og anser seg som nøytral i forhold til jobben som skal løses. – Jeg har ingen «sysjenbån på Gjøvik».

– Strategiarbeidet går i korthet ut på å beskrive noen scenarier, og hvilke endringer som må gjøres i forhold til i dag for å møte utfordringene i alle scenariene. Hvilke tiltak må iverksettes innenfor de ulike scenariene for at grunnleggende verdier som kvalitet, trygghet og tilgjengelighet blir godt ivaretatt og opplevd slik av befolkningen. Så må man velge den strategiske retningen som man tror gir den beste løsningen i et langsiktig perspektiv, forklarer Orrestad.

Best for pasienten

Rettesnoren for utredningsarbeidet gir seg selv – hva er best for pasienten? Hvordan bør den framtidige sykehusstrukturen se ut for å ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester på en kvalitativ god måte? Det er greit å hele tiden ha pasientperspektivet i bakhodet, når det hagler med både faglige, økonomiske og politiske argumenter, sier Toril Orrestad.

– Jeg søkte jobben fordi den er både utfordrende, spennende og strategisk viktig. Jeg liker utfordringer, sier hun. Med bakgrunn som cand polit og statsviter har hun vært prosjektleder for flere statlige reformprosjekter i Justis- og Kulturdepartementet. Sykehuset Innlandet kjenner hun fra eiersiden ved å ha jobbet i HSØ siden 2002.

Vepsebol

Erfaringen fra den forrige strukturprosessen i SI tyder på at erfaringsbakgrunnen kan komme godt med. – Jeg skjønner at jeg har stukket hånden inn i litt av et vepsebol, med en sterk blanding av fag, politikk og følelser. Jeg håper jeg ikke får så altfor mange «stikk», sier hun. – Dette er et voldsomt komplekst prosjekt, med mange fasetter, mange

motstridende interesser. Men utfordringsbildet er jo ikke så ulikt det vi ser fra andre områder i landet. Selv har jeg hatt en del kontakt med Helse Midt-Norge, for å lære av deres erfaringer.

– *Føler du at du har kontroll?*

– Ja, så langt så.... Jeg kan sammenligne prosessen med å skulle spise en svær elefant. Det gjelder å dele den opp i spiselige biter og finne ut når hver bit skal spises og hvem som skal spise dem. Men etter nye samtaler med nye aktører kan elefanten plutselig vokse og bli mye større.

Fem modeller

– De tre scenariene som styret har bedt om å få utredet, består av i alt fem modeller. Det er de vi nå jobber for å gi innhold. Noe av det som blir spennende, sier hun, er å få beskrevet det kliniske innholdet i scenariene. Hvilke funksjoner bør samles? Og ikke minst, hva kan legges ut – hva skal innholdet i et lokalsykehus eller LMS være. Det blir mange avveininger. Her kan det bli temperatur.

Ut fra det kliniske innholdet i hver modell må det gjøres simuleringer av konsekvenser på en lang rekke områder – både i forhold til kompetansebehov, vaktlinjer, transport, sengebehov, arealbehov til poliklinikk, investeringer, drift, vedlikehold osv. En rekke fagdisipliner kommer inn her.

Sammenligningsmodell

Det er utarbeidet en sammenligningsmodell til hjelp i utredningsarbeidet. Den skal sikre en systematisk, nøytral og balansert vurdering av de tre scenariene ut fra et sett med vurderingskriterier. Disse er systematisert under fire overordnede målsettinger: «Trygge og gode tilbud», «God tilgjengelighet», «Organisering som underbygger gode pasientforløp» og «God ressursutnyttelse».

I en så viktig prosess kan vi ikke kutte svinger. Det må være et godt fundament for det som legges fram. Det er viktig å gjøre skikkelige behovsframskrivninger, basert på blant annet befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og utvikling i behandlingsformer – både medisinsk og teknologisk. Ut fra dette kan vi regne ut hva vi trenger av vaktlinjer, senger, areal til poliklinikk og så

videre. Derfor må vi vente til januar med å presentere scenariene. Det er så mange avveininger og beregninger som må gjøres at vi fant at det ikke ville være riktig å presse det fram før jul, slik planen var tidligere. Deretter tas det sikte på en lang høringsperiode, før styret for Sykehuset Innlandet fatter sitt vedtak i juni neste år.

Rendyrker faglige argumenter

– Forrige gang ble politiske argumenter pakket inn i faglige, og motsatt. En slik problemstilling søker vi å unngå nå. Derfor ønsker vi å rendyrke de faglige argumentene; Hva er de beste løsningene for pasientene? Når vi vet det kan vi gå videre til neste fase, og vurdere det økonomiske handlingsrommet. Slik håper jeg at vi kan unngå det vi så sist, at politikere ble fagfolk, og fagfolk til en viss grad ble politikere.

– *Men da kan en vel også komme i den situasjonen at det blir umulig å gjennomføre det en vurderer som best?*

– Ja, men da må beslutningsinstansen stå for det. Vi skal levere et faglig godt beslutningsgrunnlag til styret. Resten blir på mange måter politikk.

– Men jeg tror, sier hun, at både pasienter og ansatte har en felles interesse av å tenke helhet og enhet. Dette dreier seg om å se på Sykehuset Innlandets samlede ressurser i et helhetlig perspektiv.

Stor kompetansearbeidsplass

– Jeg skulle gjerne sett, sier hun, at SI kan utvikles videre som den store kompetansearbeidsplassen

det er. Jeg tror det er gode muligheter hvis vi griper dem. Det må være et mål at SI de neste tiårene er attraktiv som arbeidsplass, at vi beholder og rekrutterer den kompetansen vi trenger. Kort og godt – vi må innrette oss slik at vi er både fagfolks og pasienters foretrukne førstevalg. At folk både vil bo, arbeide og behandles i Innlandet. Jeg håper flest mulig vil tenke helhet og samarbeid, da tror jeg Innlandet har en lovende fremtid.

Samhandlingsreformen

– Det er mange forhold som må avveies, sier Toril Orrestad. Samhandlingsreformen forutsetter en arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, kanskje også slik at det går an å tenke et helt nytt innhold i lokalsykehusene. Her ligger det muligheter.

Den vil også kunne gi et enda sterkere fokus på et av de andre forholdene som vil bli svært sentrale i årene som kommer: Antallet hoder og hender i helsesektoren. Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor, derfor gjelder det å planlegge smart, slik at man får brukt de tilgjengelige menneskelige ressursene best mulig. Her vil jeg gjerne få legge til noe: Tillitsvalgte har påpekt at de må kunne svare medlemmene sine på hvorvidt de vil miste jobben eller ei som følge av dette utredningsarbeidet – vi kan trygt slå fast at vi trenger all den kompetansen vi har!

Tre scenarier, fem modeller

På styremøtet i SI 1. april i år ble det besluttet at Strategisk fokus 2011–2014 skulle omfatte tre scenarier, med to underalternativer:

- 1) Videreutvikling av dagens nettverksmodell.
- 2) To akuttstusykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud (lokalmedisinske sentra).
- 3) Ett akuttstusykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS.

For scenariene 2 og 3 forutsettes utredning av følgende to alternativer:

A: Avvikling av sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon.

B: Fortsatt aktivitet ved de sykehusene rundt Mjøsa som ikke blir tillagt akuttfunksjon.

Styret sier videre i sitt vedtak at scenarie 3 åpner for en ambisjon om å utvikle universitetsfunksjoner eller et eget universitetssykehus.

Vepsebol: – Jeg har stukket hånda inn i et vepsebol, men håper jeg ikke får så mange stikk, sier prosjektleder Toril Orrestad.



Imponert over LMS'et på Otta

Styret i Sykehuset Innlandet ble skikkelig imponert over Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter (forkortet NGLMS) da de besøkte det i tilknytning til styremøtet på Otta 24. august. Det fikk se et bygg med mange ulike tilbud, romslig, lyst og tiltalene. Og nå kommer turen til LMS Valdres på Fagernes.

Av **Trond Tendo Jacobsen**

Styret sa på møtet ja til å støtte planene om nybygg for det lokalmedisinske sentret på Fagernes. Det holder i dag til i svært trange lokaler. Styret sluttet seg til et forslag om å leie et areal på inntil samme størrelse på. Det er nå opp til Nord-Aurdal kommune og de øvrige kommunene i Valdresregionen å realisere prosjektet. Det jobbes også for å sikre ambulansetjenesten i Valdres plass i nybygget. Styret åpnet også for fortsatt tilbud om fødestue på Fagernes, så lenge driften er medisinsk forsvarlig.

I forkant

– Dere er virkelig i forkant av Samhandlingsreformen, sa styreleder Bente Holm Mejdell etter rundtur og orientering på NGLMS. – Hva venter dere av Sykehuset Innlandet? spurte hun.

– Vi har et godt samarbeid svarte styremedlem/ordfører Dag Erik Pryhn. – Det viktigste bidraget er at vi gjensidig kan utnytte hverandres kompetanse, og lager gode samarbeidsavtaler.

Innholdsrikt

Sykehuset Innlandet leier omkring 300 kvadratmeter til somatiske formål, poliklinikker, røntgen og dialyse i LMS'et. I tillegg leier BUP/DPS kontorlokaler her, for BUP/DPS-bygget vegg i vegg har vist seg å være i snauest laget.

Treningsrom: Rehabilitering, fysio- og ergoterapi har fine forhold i godt utstyrte treningsrom. Her er det Østre Toten-ordfører Hane Seierstad som har noe på hjertet.



Divisjon Lillehammer har etablert en rekke poliklinikker; ortopedi, revmatologi, gynekologi, nevrologi, hørselsentral, hudlege og lysbehandling. De fleste poliklinikkene er åpen en/to dager i måneden. Da kommer det en eller to spesialister, av og til tre, som tar unna mange pasienter på kort tid.

Det er også tilbud om røntgen av skjelett og lunge, bildene sendes elektronisk til divisjon Lillehammer for tolking.

Styret fikk også seg dialyseavdelingen, som daglig leder Kirsten Nyborg karakteriserte som landets fineste desentraliserte dialyseenhet. Kapasiteten ble i fjor økt fra fire til seks plasser, og er i dag atskillig større enn pasienttilgangen. Det skyldes at flere pasienter det siste året har fått nyretransplantasjon. Det gis dialyse mandag, onsdag, fredag. For å utnytte de romslige arealene bedre arbeides det nå for å etablere cytostatikabehandling. Tre av sykepleierne har vært på kurs for å kunne gi slikt tilbud.

Andre tilbud

Storparten av sentret disponeres til kommunale og interkommunale tilbud. Otta legekontor holder til her, 15. januar ble det åpnet en interkommunal legevaktsentral, mens legevaktvarsling og fem intermedieære sengeplasser ble åpnet nå i september. Videre er det blant annet 10 kommunale korttids-



Korridor: Dette er ikke en korridor ved et av sykehusene i Innlandet, bildet er tatt på NGLMS.



Omvisning: Kommunalsjef Kåre Eide (t.v.) og ordfører Dag Erik Pryhn (t.h.) er stolte av det nye LMS'et på Otta.

senger og innholdsrike treningsrom for fysio- og ergoterapitilbud og rehabiliteringstjenester.

Her er det også jordmorvakt med seks jordmødre. Dette er verdens beste jordmorvakt, mente kommunalsjef Kåre Eide, som ledet omvisningen.

Vigdís Rotlid Vestad har ledet det prosjektet som skal skape innhold i LMS'et. Det er også etablert et aktivt brukerutvalg med elleve medlemmer, og åtte delprosjekter er eller har vært i sving.

100 millioner

Bygget, som er på 3.500 kvadratmeter har kostet omkring 100 millioner kroner. Sel kommune har fått et svært tiltalene og innholdsrikt bygg, men den økonomiske kabalen har foreløpig ikke gått opp. Ordfører Dag Erik Pryhn, som er med i SIS styre, har godt håp om at de andre kommunene i regionene blir med. Det er gode samtaler, men foreløpig er ingen avtaler underskrevet.

– Vi ser allerede nå at vi har bygget for snaut, det er for lite kontorplass her, sa kommunalsjef Kåre Eide under befaringen. – Plan- og samarbeidsprosessene har tatt lang tid, sa han. Samhandlingsreformen er en sentral faktor i dette bildet, den røde tråden så å si.

Kommunene i tenkeboksen

Det nye LMS'et på Otta er bygget for å tjene hele regionen, seks kommuner: Skjåk, Lom, Vågå, Dovre, Lesja og Sel, som til sammen har knapt 20.000 innbyggere. Det har vært en omfattende



prosess, men foreløpig er det ikke inngått forpliktende avtaler. Dette har skapt en økonomisk usikkerhet. Ordfører Pryhn håper at det i løpet av høsten blir undertegnet samarbeidsavtaler med de andre kommunene, slik at også den økonomiske biten faller på plass. På spørsmål fra styreleder Bente Holm Mejdell om den uavklarte økonomiske situasjonen har forsinket arbeidet, var svaret ja. Utviklingsarbeidet er sårbart.

Men arbeidet med en regional plan for helsearbeidet er godt i gang. Det var AD Morten Lang- Ree som lanserte ideen om et slikt samarbeid.

– Kommunene er veldig innspilt på å få det til, sa Pryhn.

Møte på Otta: Styremøtet 24. august ble holdt i kommunestyresalen i Sel, LMS'et holder til vegg i vegg med rådhuset på Otta.

Klart for ny runde

I slutten av september skal vi igjen Ta Pulsen på Sykehuset Innlandet. Det er viktig at så mange som mulig besvarer de elektroniske spørreskjemaene, sier HMS-rådgiver Sigrid Rui, som er gjennomføringsansvarlig på foretaksnivå. Jo flere som svarer, jo bedre blir muligheten for å få et godt grunnlag for å vurdere pulsen i foretaket, for å finne ut hvor skoen trykker og foreta nødvendige justeringer.



Effektiv metode: – Ta Pulsen er en effektiv metode for å drive lokalt forbedringsarbeide, sier HMS-rådgiver Sigrid Rui, derfor håper jeg de aller fleste besvarer de elektroniske spørreskjemaene.

Ta Pulsen-undersøkelsen er et viktig verktøy i sykehusets HR-strategi, og en sentral del av HMS-arbeidet.

– Ta Pulsen er et effektiv metode for å drive lokalt forbedringsarbeide, sier Rui. – Medarbeiderundersøkelsen gir både ledere og medarbeidere oversikt over hvordan kollegene på arbeidsplassen, i avdelingene, i teamet, oppfatter sin arbeidssituasjon. For å få en god målestokk på dette er det viktig at så mange som mulig svarer. Målet er at 75 prosent gjør det, men på sikt håper vi på enda høyere deltakelse, for dette er en undersøkelse som er etablert som en fast del av forbedringsarbeidet. Jo flere som svarer, jo mer kan vi stole på at resultatet gjenspeiler den faktiske situasjonene, og at forbedringsarbeidet konsentrerer seg om de viktigste forholdene.

Må ha eierskap

– Ta Pulsen gir også nyttig styringsinformasjon til ledelsen, her får man en årlig oversikt over hva medarbeiderne mener om sin arbeidssituasjon. Det er viktig å knytte resultatene opp mot organisasjons- og lederutviklingen, og bruke de til å rette fokus mot foretakets langsiktige mål. Det er viktig at lederne ser på Ta Pulsen som sin undersøkelse, og føler eierskap til den, slik at oppfølgingen ikke blir et pliktlop i forhold til å tilfredsstille Helse Sør-Øst eller gjennomføringsansvarlige i helseforetaket, sier hun.

Gjennomføringsansvarlige

Det er også oppnevnte gjennomføringsansvarlige i de enkelte divisjonene. Det er:

- Divisjon Gjøvik og divisjon Prehospitale tjenester: Solfrid Sand
- Divisjon Lillehammer: Mari Fodstad
- Divisjon Elverum-Hamar: Anita Standal
- Divisjon Eiendom og intern service: Sigbjørn Ertsås
- Divisjon Hab/rehab og staber: Annika Øyen
- Divisjon Psykisk helsevern: Siw Lindskog
- Divisjon Medisinsk service: Kirsten Næsset
- Divisjon Tynset: Harald Sørli
- Divisjon Kongsvinger: Karin Varden

Av: Trond Tendo Jacobsen



Tok pulsen på p

HMS-rådgiver Sigrid Rui anbefalte SI-Magasinet å besøke nyfødtavdelingen på Lillehammer. Det kan være motiverende for andre å se hvordan de har brukt resultatene fra Ta Pulsen til å ta grep i avdelingene, sa hun. Og vi dro.

– Vi har ikke gjort noe revolusjonerende, men har jobbet systematisk etter at vi i fjor høst fikk resultatene av forrige undersøkelse, sier avdelingssykepleier Tom-Rune Bratlie. – Vi hadde stor nytte av å få en kontaktperson i HR-avdelingen. Stine Brunsberg ga oss mange nyttig innspill.

Systematisk arbeid

– Vi hadde en rekke møter, først presenterte ledelsen og verneombud Malene Haugen resultatene, dernest plukket de ansatte ut to forbedrings- og ett bevaringsområde: Medvirkning, Mål og Faglig utvikling. Det er laget en detaljert handlingsplan for



Høye mål: Nyfødt på Lillehammer har gjennom Ta Pulsen-prosessen satt seg høye mål. Her er noen av dem som har fått noe å strekke seg etter, fra venstre: Anne Lise Vorkinn, Tom Rune Bratlien, Synnøve Eriksen, Lisbeth Engan, Elin Ludvigsen og Kathrine T. Gundersen.

Vi jobber for å bli bedre

Med denne visjonen har Nyfødt har lagt lista høyt:

«Vi skal bli den beste avdelingen i Sykehuset Innlandet hva gjelder pasientivaretagelse, fagutvikling og arbeidsmiljø». – Kanskje vi har strukket oss vel langt, sier Tom Rune Bratlie, men det er jo bra å ha noe å jobbe mot.

I avdelingens målsetting hetere det: «Vi skal videreutvikle en helhetlig ivaretagelse av alle pasienter og pårørende», og endelig er slagord: «Vi jobber for å bli bedre».

Og det som legges i dette slagordet er nedfelt i åtte punkter, som sammen med visjonsplaketten er hengt opp på vaktrommet:

- Jeg hilser på alle
- Jeg viser respekt for andres synspunkter
- Jeg vil vise diskresjon
- Jeg snakker med, og ikke om
- Jeg holder det jeg lover
- Jeg tenker over hvordan jeg ønsker å bli behandlet
- Jeg vil være åpen og ærlig uten å såre
- Jeg engasjerer meg i diskusjoner, er løsningsorientert i endringsprosesser og lojal mot beslutninger.

ulsen

hvert av disse områdene, med målsetting og beskrivelse av tiltak. De områdene som ble valgt var ikke nødvendigvis områder vi scoret dårlig på, men områder de ansatte mente vi burde prioritere, hvor det var forbedringsbehov, sier Bratlie.

Økende engasjement

– I starten var det ganske dårlig oppslutning, interessen var heller laber. Men dette endret seg gradvis. Det kom flere og flere på hvert møte, engasjementet ble ganske stort etter hvert. Jeg tror det var viktig at vi ikke gapte for høyt, vi konsentrerte oss om få områder, og har jobbet bevisst med dem.

– De tilbakemeldingene jeg har fått er positive. Et foreløpig svar får vi når vi får resultatet av høstens Ta Pulsen-undersøkelse. Dette er jo en prosess som vi ikke er i mål med, men så bevisst som vi har jobbet håper jeg at vi som avdeling har fått noe positivt ut av dette.

Ga det en sjanse

– Jeg skal innrømme at jeg som leder ikke har lagt

like mye arbeid i dette bestandig. Hvis vi scoret noenlunde bra, var det lett å prioritere andre oppgaver. Men nå ønsket vi å gi dette en sjanse, å utvikle dette til et nyttig redskap for oss. Dette var jo noe vi måtte gjennom uansett, derfor valgte vi å prøve å gjøre noe positivt ut av det, ellers ville hele undersøkelsen nærmest være verdiløs, og vi ville ikke hatt noen nytte av den. Jeg føler at vi nå er godt på veg til å utvikle dette til et nyttig redskap i avdelingen, sier han.

Vil ta tid

Det slutter verneombud Malene Haugen seg til. – Men dette er ikke endringer som kommer på en, to, tre, vi er i en prosess der det er en vei fram. Det er litt for tidlig å se de store resultatene. Vi er ikke i mål, jeg tror de fleste mener at vi trenger mer tid. Vi har hatt god nytte av støtten fra HR-avdelingen, vi fikk en prosess som ble mer konkret og handlingsrettet, sier hun.

Av: **Trond Tendø Jacobsen**

Idyll: Det er da ganske idyllisk!



Mange er kjær i Fekjær

Et sted mitt i mellom hutaheiti og «uren luren himmelturen, der ingen kunne tru at nokon kunne bu» – der ligger Fekjær psykiatrisk senter. Så langt i utkanten av Innlandet som det er mulig å komme, 570 meter over havet, i Hedalen. Noen få kilometer fra grensen til Buskerud, med sagnomsuste Vassfaret som nærmeste nabo.



«**Portstolpe**»: Ved oppkjørselen til sentret står denne flotte «portstolpen», som nesten gjør Elling Fekjær og Tor Anders Perlestenbakken til smågutter.

De første psykiatriske pasientene kom hit til gården oppunder fjellranda i 1942, Elling Fekjær som nå er pytt og panne overtok gården i 1971 og startet Fekjær psykiatriske senter. Selv om Fekjær er privateid er den i dag en organisatorisk del av avdeling for psykose og rehabilitering i divisjon Psykisk helse.

Det går to busser i døgnet gjennom Hedalen, ingen gatekjøkken og andre fristelser for ungdom som er «på driv» som Elling Fekjær beskriver det. – Det er en overkommelig avstand til Nes i Ådalen, der er det flere tilbud, der går det flere busser. Vi får ingen klager på beliggenheten, tvert om. De fleste, både pasienter og pårørende er begeistret for det de møter her. – Dette er jo en vanlig gård! hører vi ofte.

18–35 år

Hit søkes ungdom fra hele landet, mest fra Sykehuset Innlandet, atskillige fra andre helseforetak i Helse Sør-Øst, men også fra resten av landet. De fleste pasientene er mellom 18 og 35 år, hovedtyngden omkring 20. Da vi var på besøk i midten av august sto 17 på venteliste. De siste fem–seks årene er det blitt tydelig mer rusproblematikk hos

de som søkes til Fekjær, men med psykiatri som hoveddiagnose.

– Hit kommer mange med personlighetsforstyrrelser, sier assisterende enhetsleder Tor Anders Perlestenbakken. – Det er psykoseproblematikk, alvorlige former for depressive lidelser, angst. Vi lykkes godt, det har forskningsprosjekter vist, og de mange gode tilbakemeldingene, legger han til.

Ikke institusjonspreg

Det er på mange måter helt feil å beskrive denne fjellgården som en institusjon. Her finner du ingen korridorer, ikke noe institusjonspreg. Når du kommer hit, ser det mest av alt ut som en vanlig gård. Litt mange hus kanskje, og det er unektelig litt spesielt at det er forbudt å kjøre bil inn mot tunet.

Miljøet, omgivelsene. Du fanges fort av stedet. På veg mot hovedbygningen – ja hvilken er det? – passerer du en bygning hvor det vokser en diger hegg opp gjennom taket. Det er Heggom får vi høre, her bor det tre ungdommer, da har vi allerede passert Svingen der det bor fem.

Nå bygges det nytt hovedkjøkken, på kjøpet får man to nye pasientrom, samtidig som det gamle kjøkkenet omgjøres til resepsjon.

Undertegnede har tidligere gitt DPS Tynset SI-førsteplassen i beliggenhet, med sin panoramautsikt mot Tronfjell. Da gir vi Fekjær førsteplassen på miljø. Det er lett å bli kjær i Fekjær. Miljø, ja. Miljø tvers igjennom. Det er nettopp miljøterapi som særpreget stedet.

Fokus på ressurser og muligheter

– Vi har nok en sterkere basis i miljøterapi enn mange andre, og bruker den annerledes. På fjøset er det sauer. – Vi bruker fjellet mye, er på turer i Vassfaret, vi har egen seter hvor vi har satt opp ei stor hytte. Og ikke minst: Bygda tar godt imot de som er her.

– Vi har med våre muligheter flere aktiviteter enn de fleste. Det vanlige er jo å fokusere på pasientenes problemer, og søker å løse de. Vi setter fokus på å utnytte og utvikle den enkeltes ressurser, og å gjøre hverdagslige ting på en realistisk måte, samtidig som vi jobber med det hver enkelt sliter med, i grupper og sammen med andre, sier enhetsleder Elling Fekjær. – Når en har invalidiserende angst blir aktivitetene i hverdagen svært viktig. Vi prøver å gi de unge selvspekt og selvfølelse.

Det er i overkant av 100 innleggelses i året. Oppholdene varer vanligvis fra tre til seks måneder. Men de siste årene er terskelen for innleggelses blitt høyere, pasientene er dårligere. Derfor er det også en tendens til at oppholdene blir noe lenger. Men ingen blir på Fekjær over ett år.

16 plasser

Fekjær har 16 plasser, en innkomstavdeling med åtte plasser, og de to småhusene, foruten to godt tilrettelagte treningsleiligheter. Det er godt utstyrte treningsrom og egen skole. Boformen gir pasientene trening i dagliglivets utfordringer, og det å bo og være sammen 24 timer i døgnet. På dagtid deles de i en utegruppe og en innegruppe. Så snart de er modne for det, flyttes pasientene fra inntaksavdelingen til en av de to småhusene.

– Noen har aldri bodd hjemmefra, og har vært ute av stand til å stå på egne ben, kanskje på grunn av angst. I småhusene får de øve seg på å være alene, tørre å sove alene, og gjennomføre dagliglivets aktiviteter på en realistisk måte, samtidig som de må forholde seg til andre mennesker.

Forskningsprosjekter

Et flerårig forskningsprosjekt ved Høgskolen i Gjøvik har sett på effekten av behandlingen: «Hjelper det å være innlagt på Fekjær?». – Vi har jo trodd og visst det, men det var godt også å få det vitenskaplig bekreftet. Alle som var utskrevet de siste tre årene fikk tilsendt skjemaer, og enkelte ble dybdeintervjuet. Konklusjonen var at de aller fleste mente de hadde fått økt sin livskvalitet og taklet hverdagslivets utfordringer bedre.

Det kom også fram forbedringsområder. Spesielt gjaldt dette mangel på tiltak da pasientene kom til-

bake til hjemkommunene. De følte de kom langt under oppholdet på Fekjær, så raste det veldig fort sammen når de kom hjem.

Seks overgangsboliger

Dette utløse ideen om å bygge overgangsboliger. En bredt sammensatt gruppe, med medlemmer blant annet fra SI og Husbanken, kom fram til en modell som utløste bygging av seks leiligheter. De ligger i utkanten av Fekjær-området, og ble åpnet i september for to år siden, og ser mest av alt ut som et innbydende hyttetun

Gjennom NAV ble det sikret fem tilrettelagte arbeidsplasser, der det gis praksis i en rekke ulike bedrifter; Energi, butikk, barnehage, forretning, møbler. Et annet resultat så langt er etableringen av en poliklinikk, som legger stor vekt på ettervern, det er etablert flere grupper, med både inneliggende og utskrevne pasienter.

NAV var så interessert i modellen at de har gitt midler til enda et forskningsprosjekt, der SINTEF har fulgt tiltaket. Sluttrapporten legges fram ved juletider.

Mellom busker og kratt

– Det er også ganske spesielt, sier Elling Fekjær, at en liten institusjon som vår, plassert i utkanten, mellom «busker og kratt» har etablert et eget ambulanseteam. Det satset mye på å følge pasientene også etter utskrivelsen, og på samarbeidsmøter med hjemkommunene og pårørende.

– Det er morsomt å se utviklingen på mange av de unge som kommer hit. De kommer seg godt, vi har mange hyggelige historier, sier han.

Rekrutterer godt

Fekjær psykiatriske senter er med sine 40 ansatte den største arbeidsplassen i Hedalen. – Vi rekrutterer godt, har mange fagstillinger, sier Elling Fekjær. Noen er rekruttert fra bygda, men atskillig kommer også utenfra.



Overgangsboliger: Dette hyttetunet består av seks overgangsboliger, som ble tatt i bruk for drøye to år siden.

Oppunder fjellet: Fekjær psykiatriske senter har flott beliggenhet, 570 m over havet, rett under fjellranden. Elling Fekjær og Tor Anders Perlestenbakken (t.h.) ser mange fordeler og få ulemper ved beliggenheten.



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».

1. juni – HA:

En omfattende fredning av «Vanførehjemmet» på Ottestad kan legge så store begrensninger på hva som tillates av inngrep, at det vil gå ut over både driften og mulighetene for å vedlikeholde eendommen. Det hevder SI i et brev til Riksantikvaren der helseforetaket uttaler seg om forslaget til en landsverneplan for helsebygg. Av de 46 foreslåtte fredede helsebygg er det særlig Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering på Ottestad som berører Hedmark.

18. juni – Østlendingen:

SI utreder muligheten for en kvinneklinikk i Hedmark. Det kan bety at fødeavdelingen i Elverum flyttes til Hamar. En måte å gjøre det på er å flytte føde- og gynekologisk avdeling fra Elverum til Hamar. Da får i så fall Elverum andre funksjoner i bytte. Eller motsatt: Ved å flytte bløtdelskirurgien fra Hamar til Elverum kan Elverum få en kvinneklinikk. Da får Hamar andre funksjoner.

23. juni – GD:

Ledelsen ved sykehusene i mjøsområdet måtte holde fredsmøte på Biri i går i et forsøk på å roe den betente situasjonen. Der skrev sykehusdirektøren på Lillehammer, Randi Mølmen, under på at de har brukt feil koding på multitraumepasienter, skal forplikte seg på å tilbakebetale penger og beklaget at hun benyttet feil tallgrunnlag da hun informerte styret om Lillehammers andel av multitraumepasientene og sykehuset fikk uhemmet skryt av styrelederen i Sykehuset Innlandet.

24. juni – OA:

DPS Gjøvik har gjennom opptrappingsplanen fått barbert sengetilbudet. Nå ser det ikke ut til at den nye avdelingen til flere titalls millioner kroner blir tatt i bruk. Over 70 millioner kroner ble brukt for å pusse opp DPS Gjøviks lokaler, samt bygge et helt nytt bygg nord for sykehuset. I første etasje

ble det bygd ekspedisjon, kontorer og møtelokaler, mens det i andre er 10 enerom, dagligstue og TV-stue. Lokalene er flotte, men de står tomme. Kun ekspedisjonen er tatt i bruk for å ta imot pasienter som skal til poliklinikken.

28. juni – Østlendingen

Sykehuset Innlandet, avdeling Elverum, vil sette inn kullfilter for å unngå Hera-lukta innendørs. Kostnaden på rundt 70.000 kroner sendes Heraeier, Elverum kommune. – Vi får meldinger om pasienter som har økt kvalme og ubehag, det er plagsomt på operasjonsstuene og ansatte synes det lukter drit, sier driftsleder Knut Løvlien.

5. juli – GD:

Toril Kolås blir leder for Helsedirektoratets fagråd for fødsler og svangerskapsomsorg. – En spennende oppgave, sier hun til GD. Kolås er avdelingssjef og avdelingsoverlege ved gynekologisk avdeling ved sykehuset i Lillehammer og er hentet av Helsedirektoratet til ledervervet. – Jeg måtte ha betenkningstid, men jeg gleder meg til å ta fatt på en stor og spennende oppgave. Dette er et fagfelt det er stor interesse for, sier hun.

6. juli – OA:

Mindre byråkrati og mer dagligdags forskning – det er SIs nye forskningssjefs resept for å få fart på nettopp forskning i Mjøsområdet. – Det er mange muligheter som ikke er utnyttet ved våre sykehus, sier Ola E. Dahl. – Siden januar har jeg brukt mye tid på å bli kjent med helseforetaket. Jeg har besøkt de fleste sykehusene og har sett med egne øyne at det er store uutnyttede potensialer her.

13. juli – OA:

I august forventes nesten dobbelt så mange fødsler som i fjor ved SI Gjøvik. Barnehagegarantien er en medvirkende årsak. På en normal måned blir det født 60–70 barn på Gjøvik. August i fjor var en

«normal» måned, med 65 fødsler. I år blir det langt travlere. – I august ventes 108 fødsler, sier avtroppende avdelingsjordmor, Karin Falch Jørgensen.

26. juli – HA:

Akuttavdelingen for barn og ungdom på Sanderud er klar for å ta imot dem som trenger hjelp. Overlege Odd Augland tror mange vil slite som følge av hendelsen på Utøya. – Ingen har kommet til nå, og det er som ventet. I begynnelsen av en slik krise får de god oppfølging fra første stund. Men etter hvert, når hverdagen kommer, vil det være personer som har større behov for hjelp enn andre. Vi forventer det. Derfor er også avdelingen satt i ekstra beredskap den kommende tiden.

28. juli – HA:

To ambulanser fra Hamar ble tilkalt for å bistå i Regjeringskvartalet, men endte opp som to av de første redningsbilene ved Utøya. En av de fire ambulansarbeiderne fra Hamar fikk ansvaret for å koordinere det som etter hvert ble 34 ambulanser. Den oppgaven fikk Pål Pedersen. – Først delte vi ut tepper til dem som hadde lagt på svøm. Videre ble vi sendt dit de hardt skadde kom i land. Mange kom gående gjennobløte, kalde og i sjokk. Senere måtte jeg ut med båra, forteller Sissel Eriksen. De bar de skadde inn i luftambulansen, og kjørte transport til Ringerike sykehus.

5. august – HA:

Hjelpelinjen for spillavhengige mottar stadig flere bekymringsmeldinger om personer som lever store deler av sitt liv i spillverdenen. Man har fått mange henvendelser etter at det kom fram at masseorder Anders Behring Breivik var lidenskapelig dataspiller. Rollespillet World of Warcraft dominerer. I løpet av første halvår har hjelpelinjen mottatt 145 telefoner som har dreid seg om bekymringer rundt dataspill. 80 prosent gjelder det onlinebaserte rollespillet World of Warcraft. I følge daglig leder, Trond Aspeland, er den typiske innringeren en mor til en tenåringsgutt. Denne gutten har i løpet av de siste tre månedene brukt i snitt seks timer hver eneste dag til å spille World of Warcraft.

11. august – Valdres:

Valdres står foran den største investeringen i helse-sektoren noensinne. Et moderne medisinsk senter til 215 millioner kroner. Det er bare en ting som kan stoppe prosjektet nå – at de øvrige valdreskommunene sier nei til å gå inn på eiersiden. Slutten alle kommunene opp om prosjektet, vil det 7.000 m² store bygget kunne stå klart på Fagernes i 2014.

16. august – Østlendingen:

Bjørg Brochmann fra Elverum er så fornøyd med de ansatte på kjørekontoret i Folldal at hun like godt tok turen innom med sjokoladehjerter og klemmer. – Jeg måtte innom å takke alle vennene mine, de er alltid så vennlige og hjelpsomme, forteller Bjørg Brochmann (86).

23. august – HA:

Sykehuset i Hamar ble i sommer godkjent som utdanningsinstitusjon for bryst- og endokrinkirurgi. Godkjennelsen betyr en faglig anerkjennelse av sykehuset fra helsemyndighetenes side og at sykehuset tilfredsstiller kravene til volum og kvalitet, sier divisjonsdirektør Øyvind Graadal.

25. august – GD:

Feil koding av hardt skadde pasienter har resultert i uregelmessige inntekter på 4,5 millioner kroner i perioden 2003–2009. Det viser nye beregninger fra SI. En gruppe har beregnet hvor mye sykehuset i Lillehammer uberettiget har mottatt som følge av kodebruk etter at sykehusene ble skilt i geografiske enheter i 2007. I tillegg har gruppen gjennomgått kodingen i perioden 2003–2006, og her utgjør beløpet vel 1,7 millioner kroner. I perioden 2007–2009 nær 2,5 millioner for SI samlet og av dette gjelder vel 2,3 millioner sykehuset i Lillehammer.

27. august – OA:

Innlandet får tregere hjelp av luftambulanse enn andre steder i landet. Derfor mener Gro Lundby (A) at en luftambulanse må stasjoneres i mjøsområdet. – Befolkningen skal føle seg like trygge her som i andre deler av landet. Det er lengre reponstid i Innlandet enn landet for øvrig. Derfor vil jeg og fylkesrådsleder Njøl Føsker i Hedmark jobbe for en luftambulansebase stasjonert i mjøsområdet, sier hun.

6. september – OA:

SI Gjøvik har på grunn av høy luftfuktighet sett seg nødt til å utsette operasjoner som protese- og ryggkirurgi. Det betyr at pasienter som skulle vært inne til operasjon mandag, tirsdag og onsdag denne uka måtte finne seg i å vente. Divisjonsdirektør Rolf Kulstad innrømmer at dette er en situasjon de selvsagt skulle vært foruten. Protese og ryggoperasjoner tar lang tid, gjerne flere timer og vi har fått tilbakemeldinger fra kirurger og personell som bistår under inngrepene. De oppfatter det som belastende å stå i flere timer under en operasjon med høy luftfuktighet, sier Kulstad.

Verktøy for sykepleieprosedyrer

– Innføring av praktiske sykepleieprosedyrer, PPS, vil bidra til en forsterkning av en prosess med å rydde, samordne og implementere kunnskapsbaserte egne fagprosedyrer. Leder for Avdeling for kunnskapsstøtte, Øystein Eiring sier at de i løpet av høsten vil gjennomføre et forprosjekt som skal berede grunnen for å innføre PPS med best mulig kvalitet, avklare implementeringsstrategi og gjennom tiltak redusere risikobildet.

Fakta: PPS – Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten

Helseforetakenes innkjøpsservice har forhandlet fram rammeavtale om bruk av PPS for Helse Sør-Øst. Rammeavtalen gjelder til 31. januar 2012.

PPS utvikles og selges gjennom Akribe, et forlag eid av Norsk sykepleierforbund. PPS omfatter i dag 300 prosedyrer og skal dekke grunnleggende sykepleiefaglige prosedyrer.

Prosedyrerne skal ifølge Akribe være i tråd med lover og forskrifter, nasjonale retningslinjer og standarder, og bygge på ny forskning og kunnskap. PPS har en kortversjon av prosedyrene og en fullversjon hvor alle trinn er begrunnet i kunnskapsgrunnlaget.

PPS brukes av alle sykepleiefaglige høyskoler i Norge. I Oppland bruker åtte kommuner PPS, i Hedmark sju. For spesialiserte intervensjoner (spesialavdelinger) på sykehus blir det hevdet at PPS ikke er dekkende (dette er i tråd med målsettingen til PPS som skal dekke grunnleggende sykepleiefaglige prosedyrer).

Forprosjektets del I skal legges frem i slutten av november. Trude Vestli er engasjert til å lede dette arbeidet. Hun er sykepleier og kommer nå fra en stilling hos Fylkesmannen i Hedmark. Med seg har hun Åste Renholen (avdelingssykepleier dialyse) og Birgit Hovde fra Lillehammer. Alle tre er sykepleiere med ulik videreutdanning, Trude med hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo, Åste innen kunnskapsbasert praksis og Birgit innenfor informatikk. Forprosjekt del II skal være ferdig utredet i innen februar 2012.

Skal ta tempen på sine kolleger

Deres oppgave blir å forberede implementeringen av PPS slik at dette arbeidet, samt undervisning og veiledning kan starte opp i 2012. Blant annet skal de «ta temperaturen» hos sine kollegaer, høste erfaring fra Ahus som har innført PPS og ikke minst, status ellers i Helse Sør-Øst.

– Skulle det vise seg at forprosjektet konkluderer med at PPS ikke skal innføres i forhold til intensjon, skal det innenfor gitte rammer legges frem et alternativ som ivaretar utvikling av sykepleieprosedyrer i SI, sier Eiring. Hvis innkjøp av PPS utsettes til 2012, forskyves innkjøpsutgifter tilsvarende et år. Divisjonene må stille enhetsvise ressurser til disposisjon for undervisning og veiledning internt.

Tilgang på gode og oppdaterte prosedyrer

I SI har det vært et mål at fagråd og faggrupper rydder i eksisterende prosedyrer og arbeider mot felles overordnede prosedyrer. Sykepleiere både i klinisk arbeid og i Avdeling for kunnskapsstøtte har meldt et behov for en samling praktiske prosedyrer i sykepleien. Erfaringene har vist at det er en utfordring å få tilstrekkelig mange og oppdaterte fagprosedyrer for de ulike fagfeltene, sier Eiring. Det er tidkrevende både å utarbeide og oppdatere fagprosedyrer. Derfor har sykepleier-

gruppen ønsket tilgang til verktøyet PPS – Praktiske prosedyrer for sykepleietjenesten.

Arbeidsgruppe vurderer alternativer

En arbeidsgruppe som har bestått av Tone Haugom, undervisningsansvarlig avdeling for kunnskapsstøtte, Elin Opheim, hovedbibliotekar, avdeling for kunnskapsstøtte, Elisabeth Johnsgaard, helsefaglig rådgiver, Stab Helse, Jan Lorentzen, EDS-rådgiver, avdeling for kunnskapsstøtte, Lise Syverinsen, kvalitetsrådgiver, Stab Helse, Wenche Rinde, fagsykepleier, divisjon Lillehammer, Elin Ludvigsen, fagsykepleier, divisjon Lillehammer, og Hanne Myhren, rådgiverkompetanse/lederstøtte innen sykepleie, divisjon Elverum–Hamar har hatt tre møter i perioden september 2010 til januar 2011.

Gruppen har hatt i oppgave å vurdere hvilke alternativer som foreligger, og de er også bedt på å vurdere kvalitet, brukervennlighet, teknisk infrastruktur, samhandling og kostnader, sistnevnte også sett opp mot implementeringsutfordringene. Eiring påpeker at hovedargumentet for å gå til anskaffelse av et slikt verktøy, har vært ønske om å spare ressurser på egenutvikling og oppdatering av prosedyrer som allerede finnes i PPS. Et annet argument er at det i dag oppleves som vanskelig å få tilgang til rett og oppdatert prosedyre i eget nåværende system. Alternativet blir da at prosedyrene ikke blir tatt i bruk, eller at feil prosedyre brukes.

Foretrekker integrert løsning

Arbeidsgruppen som har stått for utredningen av arbeidet mener at uansett valg av alternativ, vil det være behov for økende IT-kompetanse og grunnleggende undervisning og opplæring. Fordi slike informasjonssystem ofte handler om store og langsiktige investeringer, både økonomisk og personal-



messig, hevder arbeidsgruppen at evaluering og måling av suksess for systemet er viktig uansett løsning. Målet bør være å integrere et eventuelt prosedyreverktøy/kvalitetssystem for sykepleiere inn i elektronisk pasientjournal slik at de ansatte får direkte tilgang til prosedyrene står det i rapporten. Et nytt system vil derfor ikke oppleves som «et nytt» system, men en ny funksjonalitet ved DIPS.

Anbefaling så langt

Gruppen har vurdert alternative verktøy for sykepleieprosedyrer ut fra brukervennlighet, teknisk infrastruktur, samhandling og kostnader, sistnevnte også sett opp mot implementeringsutfordringene. Ut fra en kartlegging av alternative systemer og undersøkelse om bruk av kvalitetssystemet, mener gruppen det er grunnlag for å komme med en vurdering. Prosedyrer fra nasjonalt nettverk for utvikling av fagprosedyrer vil inngå i alle alternativene.

I følge Eiring har SI tidligere gjort en vurdering av kvaliteten på enkelte av prosedyrene i PPS. Konklusjonen var da at kvaliteten ikke var god nok. Tilbakemeldingene fra SI ble tatt til etterretning fra Akribe. PPS er forbedret i forhold til metode og AGREE brukes som verktøy i utarbeidelsen, men gruppa har ikke undersøkt kvaliteten på prosedyrene etter dette.

– Vi har ikke kunnskap om hvordan Akribe mottar og følger opp innspill fra brukerne, men

ved en eventuell anskaffelse vil dette være et viktig punkt å få avklart. Det samme gjelder hvilke planer Akribe har for videreutvikling av innhold i PPS. Ved et eventuelt innkjøp av PPS, vil det bli etterspurt en integrasjonsløsning til DIPS, og dette vil nok være en forutsetning for bruk av løsningen hevder Eiring.

Gevinstene

Arbeidsgruppen mener at en gevinst ved anskaffelse og implementering av PPS (alternativ 1) vil være at PPS står ansvarlig for årlige oppdateringer og revisjoner. Ressurser i SI frigjøres og brukes til utvikling /forbedring av sykepleieprosedyrer som ikke er definert i PPS. PPS er etterspurt av sykepleietjenesten.

Ved å definere prosjekt for utvikling av felles sykepleieprosedyrer/FUNN innenfor eksisterende system (alternativ 2) mener arbeidsgruppen at en gevinst vil være at en får et eierforhold til prosedyrene og større samhandling på tvers av lokalisationene, samt tverrfaglighet.

Et tredje alternativ er tilsvarende alternativ 2 frem til rammeavtalen med PPS utgår i 2012, og deretter anbud med anskaffelse av verktøy for sykepleieprosedyrer. Gevinsten ved dette vil være at verktøyleverandør står ansvarlig for årlige oppdateringer og revisjoner. Ressurser i SI frigjøres og brukes til utvikling/forbedring av sykepleieprosedyrer som ikke er definert.

Beredet grunnen: Disse tre jentene, Birgit, Trude og Åste, er det nå som skal berede grunnen til at SI får på plass et prosedyresystem med gode og funksjonelle prosedyrer sier Øystein Eiring, leder for Kunnskapsstøtte.

Fikk Ønskedrømmen oppfylt!

– Det av akkurat noe slik vi hadde drømt om, sier to rørte og hoppende glade sykepleiere på barneavdelingen i Elverum, Lene Jordan og Torunn Skirbekk. De har akkurat fått se hva drømmen førte til: En grå og ganske kjedelig korridor ble på få dager forvandlet til det som trolig må være landets mest innbydende barneavdelingskorridor.



Parkeringsplass: Den «nye» korridoren har midtstripe fra ende til annen, og forgjengerovergang. Da er det selvsagt også naturlig at det er anlagt parkeringsplass, der står det to traktorer klare til bruk. Bemerk at det også er en egen handikapparkering.

Alt er nytt: Gulvbelegg, maling, møbler, og ikke minst et stort antall spennende veggleker. Det var ingen som trengte å be ungene leke, de ble nærmest sugd til lekene. Og rosinen i pølsa, eller prikken over i'en: En grå og trist takterrasse er omgjort til noe som framstår som det reneste lekeparadis. Bare synd at det ikke er tak over, for vinter og kulde vil sette sine begrensninger.

Nattevakt

Det var på en nattevakt i mars at de to bestemte seg for å sende inn sitt ønske til det annonserte TV-programmet «Ønskedrømmen».

– Vi har lenge snakket om hvor fint det kunne bli her, korridorene var jo ikke spesielt innbydende. Vi hadde klare ideer om hvordan det kunne bli, om hva som ville virke, også i behandlingssammenheng. Derfor satte vi oss ned og klippte og

limte, og skisserte hva vi ønsket oss, forteller de to rett etter at de har fått se resultatet.

Enda flottere!

– Dette er jo enda flottere enn det vi drømte om. Bedre kan det jo ikke bli, strålte de. De forsto etter en tid at deres forslag var aktuelt i Ønskedrømmen, men det var først en dag eller to før håndverkerne satte i gang at vi fikk det bekreftet, sier de. Avdelingssjef Jon Grøtta kan ikke få fullrost initiativet og resultatet.

– Jeg var nok litt skeptisk til å slippe håndverkerne og de andre inn hit mens avdelingen var i full drift. Men det har overhodet ikke bydd på problemer. Jeg er veldig imponert og veldig fornøyd med resultatet, sier han. Hadde vi måttet betalt for dette tror jeg det fort kunne blitt snakk om opp mot en halv million kroner. Dette er rett og



Flott: – Dette ble enda bedre enn vi hadde drømt om, sier Lena Jordan (t.v.) og Torunn Skirbekk.

Eldorado: Det nye lekeområde på takterrassen utenfor barneavdelingen er blitt litt av et lekeeldorado.

Opptak: Mange fulgte med på TV-opptakene, som kommer på TV2 i løpet av desember/januar.



Populært: Dette var populært! Ungene ble trukket til vegglekene omtrent som fluer til fluepapir.



slett utrolig, sier han. Under åpningen 2. september hadde han med en gave til to de to initiativrike sykepleierne. – Det fortjener de virkelig, sier han.

Bind for øynene

Det flotte ved dette ønsket, sier prosjektleder Henning Jodnes i Eyeworks Dinamo, som produserer serien for TV2, er at de ønsket noe for andre, ikke for seg selv. Det var fullt av spente ansatte, barn, foreldre og andre interesserte da korridoren ble «avduket» fredag 2. september. Første skulle TV-opptakene fullføres, før barn og voksne slapp til og fikk ta lekedrømmen i nærmere øyesyn.

De to forslagsstillerne hadde ikke fått komme i nærheten av «anleggsområdet» i dagene før, de skulle få en skikkelig overraskelse. De ble til slutt geleidet frem mot korridoren med bind for øynene, så det var ingen falsk overraskelse vi en

engang utpå vinteren kan beskue på TV2. For både Lena Jordan og Torunn Skirbekk var over seg av henrykkelse når de fikk sett hvor flott det var blitt.

Sendes i vinter

Ønskedrømmen skal sendes i vinter, halvannen time i beste sendetid, åtte lørdager i trekk. Første sending er midt i november, så går det slag i slag til over nyttår. Når dette skrives var det ikke avklart når innslaget fra Elverum sendes, men det blir ikke de to første lørdagene. Det er åtte byer og tettsteder i Norge som har hatt besøk av «Ønskedrømmen», hvert program konsentreres seg om en av stedene. Så i løpet av vinteren blir det halvannen time Elverum på TV2. Det er flere ønsker som er innfridd, men oppussingen av barneavdelingen er det mest omfattende og vil bli viet god plass.

Så vi da er det bare å plassere seg i godstolen.

Realistisk: Det er realistisk å oppnå en 20-prosent reduksjon av ufrivillig deltid mener (fra venstre): Karin Erlimo, Hege By, Liv Haugli og Ragnhild Thoner.



– Jobben må gjøres i divisjonene

Det er utformet en omfattende «verktøykasse» full av ulike tiltak og virkemidler som kan bidra til å få ned andelen ufrivillig deltid i SI. – Men jobben må gjøres ute i den enkelte divisjon, understreker lederen av den arbeidsgruppen som har jobbet fram tiltakene, Ragnhild Thoner.

En sentral målsetting for arbeidet er å redusere andelen ufrivillig deltid med 20 prosent i løpet av året. Da SI-Magasinet møtte representanter for gruppen i slutten av august, ga de en klar tilbakemelding på at målsettingen var realistisk. – Men jobben må gjøres ute i divisjonene.

De som har jobbet mest med disse utfordringene er SI Lillehammer og SI Elverum. – Vi har i halvannet år gjort et systematisk arbeid for å få ned deltidsprosenten, og flere avdelinger har oppnådd ganske mye, sier Karin Erlimo.

Ved indremedisin i Elverum er det gjennomført et prosjekt som har gitt lovende resultater. Men det er for tidlig å slå fast at resultatene får varig effekt (SI-Magasinet 2-11, side 24–25).

Alle bør ha full stilling!

– Dette har jeg jobbet for så lenge jeg har vært tillitsvalgt, sier foretakstillitsvalgt Liv Haugli.
– Det er artig å registrere, sier hun, at da prosjektet

i Elverum ble igangsatt var det ikke så mange som ønsket økt stillingsbrøk, men når de har sett virkningen av det er det langt flere som ønsker det. Det å få økt stillingsprosent har positiv virkning både på kontinuitet og kvalitet.

Det gir en langt mer robust organisasjon. I utgangspunktet bør alle stillinger være på fulltid, men med mulighet til å søke reduksjon når spesielle forhold tilsier det, mener hun.

Verktøykasse

Dette er en del av redskapen og argumentasjonen som ligger i verktøykasse, som det nå vil være opp til de enkelte divisjoner og avdelinger å ta i bruk:

- *Utlysning av deltidsstillinger:* Arbeidsgruppa anbefaler at man stopper/reducerer omfanget av slike utlysninger. Heltidsstillinger virker rekrutterende, sikrer god kvalitet, gir større robusthet og bedre fagutvikling.



Mange foretrekker deltid

«Bare» omkring 40 prosent av de som er tilsatt i deltidsstillinger i SI ønsker full stilling eller en høyere deltidsprosent. Det kom fram i den kartleggingen som alle deltidsansatte i SI ble invitert til å delta i tidligere i år.

Av knappe 2.800 deltidsansatte, svarte ca 1.500. Av disse var det 417 (27,8 prosent) som ønsket heltidsstilling, mens 176 (11,8 prosent) ønsket høyere stillingsprosent. 60 prosent av disse har tidligere søkt om høyere stillingsstørrelse. Gjennomsnittlig stillingsprosent hos de som besvarte undersøkelsen var 81,6 prosent.

Blant de som svarte var knapt halvparten sykepleiere, de øvrige fordelte seg på en lang rekke stillingsgrupper. Undersøkelsen bekrefter at situasjonen i SI er omtrent den samme som i andre helseforetak, tilsvarende kartlegging har skjedd over hele landet.

Fordeling stillingsgrupper

De som besvarte undersøkelsen var slik fordelt på ulike stillingsgrupper, med antallet som ønsker henholdsvis heltidsstilling og økt deltidsstilling i parentes:

- Administrasjon/ledelse 147 (31 – 11)
- Ambulansepersonell 8 (4 – 0)
- Apotekstilling 2 (1 – 0)
- Diagnostisk personell 68 (12 – 3)
- Drift/teknisk personell 71 (24 – 6)
- Helsefagarbeider/hjelpepleier 218 (70 – 46)
- Leger 29 (0 – 1)
- Pasientrettede stillinger 225 (49 – 20)
- Psykologer 18 (0 – 0)
- Sykepleiere 711 (226 – 89)

Arbeidsgruppe

Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som har fått i oppdrag å legge fram forslag som kan få ned andelen deltid med 20 prosent.

Gruppen ledes av Ragnhild Thoner, og består ellers av: Liv Haugli fra sykepleierforbundet, Jorunn Olsen fra Fagforbundet, HR-sjef Karin Erlimo, SI Lillehammer, seksjonsleder Heidi Unn Haugen, SI Sanderud og rådgiver Hege Bye, SI Elverum. Gruppen ble nedsatt i juni og har funksjonstid ut året, og kan på forespørsel gi prosjektstøtte.

- *Bedre kontroll:* Reduksjon av ufrivillig deltid vil gi den enkelte enhetsleder bedre mulighet til å få god oversikt og kontroll.
- *Sentral ressursgruppe:* Alle divisjonene bør opprette en slik gruppe bestående av tillitsvalgte, medlemmer fra HR-stab/økonomi og stedlig enhetsleder. Enhetsleder bør være «eier» av arbeidet i sin enhet.
- *Revisjon av turnus:* Revisjon av turnus gir store muligheter for å legge en faglig og kvalitativ god turnus i den enkelte enhet.
- *Framtidige behov:* Arbeidet med å fremme hele stillinger vil kunne være med på å sikre foretaket den spesialiserte arbeidskraft foretaket har og vil få behov for. Det vil være viktig for å beholde og rekruttere nytt personell.
- *Egne nattvaktstillinger:* Enkelte enheter og divisjoner har fortsatt utstrakt bruk av egne nattvaktstillinger, og turnus tilpasset dette. Dette er stillinger det er vanskelig å rekruttere til, og er ofte deltidsstillinger. De bidrar til vansker med å legge gode turnuser, og utfordrer den faglige kvaliteten for enheten som helhet, mener arbeidsgruppa.

Verktøykasse: En arbeidsgruppe har funnet fram til en del virkemidler som kan benyttes for å få ned andelen ufrivillig deltid. (Illustrasjonsfoto: Helse Sør-Øst)



Schizofrenidag for 13. gang

Årets schizofrenidag på Reinsvoll var den trettende i rekken, og som alltid var salen i aktivitetsbygget på det nærmeste fullsatt av ansatte fra SI, fra barnevern, kommunehelsetjenester, allmennleger, pårørende, skoler, brukere og andre.



Mange tilbud: Mona Hauger Kjelsberg (t.v.) og Jeanette Kristiansen skryter av det brede aktivitetstilbudet i kulturnettverket og på Reinsvoll.

Mastergrad

Jeanette Kristiansen (3A) tok i sin mastergrad om «Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser» utgangspunkt i deltakere i kulturnettverket. 83 av deltakerne i 2009 fikk tilbud om å delta, 62 svarte positivt.

Personalet var den viktigste motivasjonsfaktoren, attraktive tilbud og god informasjon var viktig, det var også transporthjelpen.

Det er mulig å gjennomføre fysiske aktivitetstilbud dersom det legges til rette for det. Funnene tyder på, sier hun, at folk med psykiske lidelser kan være like fysisk aktive som befolkningen ellers. Personalets rolle som pådrivere er spesielt viktig.

Temaet for årets «dag» var fysisk aktivitet og psykisk helse. Og akkurat det var professor Egil W. Martinsens tema (se egen sak). Geir Haakstad fortalte om hvordan fysisk aktivitet og kognitiv miljøterapi er sentrale elementer i behandlingsopplegget ved Diakonhjemmets sykehus sin avdeling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer (dobbeltdiagnoser).

Egne krefter

Og Reinsvolls egne krefter var også i ilden; Mona Hauger Kjelsberg orienterte om kulturnettverket i Oppland, og Jeanette Kristiansen tok for seg sin masteroppgave om motivasjon og muligheter for deltakelse i idrettsaktiviteter for kulturnettverkets deltakere.

Det er etter hvert bygget ut et bredt utvalg av tiltak, og oppslutningen øker, men vi ønsker oss fortsatt flere deltakere, for sosialt samvær og aktiviteter forebygger isolasjon og fremmer helse, sier Mona Hauger Kjelsberg.

Kulturnettverket fungerer som et samarbeid mellom kommunene. Det er bygget ut et nettverk som nå består av 68 kulturkontakter, 17 på Reinsvoll, 22 i Gjøvik–Toten–Land-regionen, 29 i Sør-Gudbrandsdal foruten representanter fra brukerorganisasjonene.

Store hull i nettverket

Foreløpig er det ikke etablert nettverketilbud i Nord- og Midt-Gudbrandsdal eller i Hadeland og Valdres. Det jobbes med å trekke DPS'ene inn i nettverket, og det er også en målsetting å få med flere kommuner, for det er ingen tvil om at mange med psykiske plager kan ha stor nytte og glede av tilbudene.

– Men vi kan ikke bygge ut et nettverk i hele fylket etter den malen vi har brukt til nå, vi må finne andre funksjonelle måter å organisere det på, sa hun.

Målgruppa

Målgruppa for kulturnettverket i Oppland er folk med alvorlige psykoselidelser og andre psykiske lidelser. Dette er mennesker som kan slite med passivitet, ensomhet, mye røyk og dårlig kosthold, dårlig selvfølelse, angst, depresjon, overvekt, tilbaketrekking og utrygghet. I kulturnettverkets aktiviteter føler de trygghet, med tilrettelagt transport og trygt følge. Forutsigbarhet og lite krav er andre viktige stikkord.

Tilbudene

På vintertid arrangeres det vinteraktivitetsdag, alpin- og langrennstur, og julebord. I fjor samlet julebordet 115 deltakere. På sommerstid er det flere aktiviteter. Skumsjødagene hadde 120 deltakere i år, her var det tilbud om både fiske, roing, padling, grilling, natursti, og mer med. Golfdagen ved Randsfjorden hadde 65 påmeldte. Her har det vært en gradvis økning år for år. I 2009 var det 35 deltakere. Seniorgruppa i golfklubben stiller som instruktører, og nede ved fjorden serveres varm lunsj.

Populær er også vannsprutdagen i Totenvika, den gikk av stabelen 11. august. Her var det aktiviteter både på og i vannet.

– Selve «gromturen», sier Mona, er den årlige fjellturen til Hornsjø. Dette er en overnattingstur med mange aktiviteter. Endelig er det treningstilbud på Gjøvik, Lillehammer, Raufoss og Dokka – en gratis time i uka.

«Mangel på mosjon bryter ned et hvert menneskes gode form, mens bevegelse og metodisk fysisk aktivitet bevarer og forbedrer den.» Platon, år 400 før Kristus

– En trenger ikke være professor for å si at fysisk aktivitet er viktig, sa professor Egil W. Martinsen under schizofrenidagen på Reinsvoll, der han argumenterte sterkt for fysisk aktivitet i behandlingen av psykiske lidelser.

Trening reduserer psykiske lidelser

Han beskrev fysisk aktivitet som et hjertebarn. Alle trenger det, sa han. Det er ingen andre enkelttiltak som har større effekt på den totale helsetilstand enn fysisk aktivitet. Et kulturnettverk som det en har i Oppland og Hedmark, er viktig. Det gir muligheter ikke så mange har.

– Jeg har enda ikke møtt en å person med psykiske lidelser som har en godt selvfølelse. Å bruke kroppen til å mestre noe kan derfor være viktig. Tradisjonell behandling for psykisk sykdom er nødvendig for mange, men er ikke alltid tilstrekkelig. Fysisk aktivitet kan ofte være et nyttig alternativ, også fordi pasienten da involveres i egen innsats. Det samme gjelder for så vidt for kunst, kultur, musikk, kontakt med dyr, stell av planter, arbeid og kosthold, sa han.

Men på Reinsvoll var fokuset på fysisk aktivitet.

Positive effekter

Han regnet opp en rekke positive psykologiske virkninger av fysisk aktivitet: Økt velvære, overskudd og energi, bedre søvn, redusert forbruk av beroligende medisiner og sovetabletter, kreativ tenking, bedre forhold til egen kropp, bedre selvfølelse, opplevelse av mestring.

– Dette er en ganske positiv liste. Hadde jeg laget en tablett med samme virkning ville jeg vært rik.

Undersøkelser og forskning forteller om positive virkninger. Det er mindre tendens til depresjon,

demens og angstlidelser. Han mente at fysisk aktivitet kan ha positive virkninger også på alkoholisme. De fleste alkoholikere er i dårlig fysisk form. Aktivitet forebygger angst og depresjon, og reduserer dermed sannsynligheten for rusing.

Det er viktig å bruke kroppen regelmessig. Martinsens gratis resept ser slik ut: En halv time fysisk aktivitet de fleste av ukens dager med en intensitet som tilsvarer en rask spasertur.

Kan overdrives

Men det kan bli for mye av det gode også. Som på alle andre områder er det mulig å overdrive. Da kan man risikere:

Økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser, eller man kan vedlikeholde spiseforstyrrelser. Menn kan utvikle motstykket til anoreksi: Muskel dysmorf, treningsavhengighet, birkebeinersyndromet og overtrentthetssyndrom

Kliniske erfaringer

Det er en rekke positive kliniske erfaringer: Pasientene liker aktivitetene, de opplever glede. Det gir et meningsfullt innhold i institusjonslivet. Dette er noe de selv kan gjøre for å påvirke sin tilstand, og de kan fortsette med det etter utskrivning. Budskapet om at du selv må bidra til bedre helse er viktig. Og endelig:

Pasienter OG personale kommer i bedre form.

Ville vært ramaskrik

Hadde en annen pasientgruppe hatt samme levealderen som schizofrene ville vi hørt et høyt ramaskrik, hevdet professor Egil W. Martinsen. Mange schizofrene pasienter har dramatisk redusert levealder, 25 år kortere enn befolkningsnittet. Dette er pasienter som oftest er i svært dårlig fysisk form. De er inaktive, røyker, har et dårlig kosthold og dør ofte tidlig av hjerte/karsykdommer.

– Dette er et viktig argument for fysisk aktivitet. Det er erfaring for at stemmene de hører blir mindre slitsomme enn blant dem som sitter stille. De blir ikke borte, men blir mindre plagsomme, sa han.



Skaptotning: Professor Egil W. Martinsen (nærmest) erklærte seg som skaptotning. Her sammen med Geir Haakstad som jobber med fysisk aktivitet blant dobbeltdiagnosepasienter ved Diakonhjemmets sykehus.

Av Trond Tendo Jacobsen



Regnskapets dag

Regnbygene gjorde et velkomment opphold på regnskapets dag, på regnskapsavdelingens sommeravslutning som i år gikk til Høsbjørkampen, rett ovenfor kontorene i Brumunddal. Så fort de var nede igjen pøste det ned. Kanskje de hadde regnet seg til det?

Av: **Trond Tendo Jacobsen**
Foto: **Ole Johan Storsve, Ringsaker Blad**

Før het det at en kunne se sju kirker og sju brennerier fra toppen av Høsbjøråsen, litt avhengig av hvilken retning en så. Brenneriene er borte, men utsikten er like fabelaktig som den alltid har vært. Det fikk deltakerne se med egne øyne.

Start fra Høsbjør

Avdelingen har 20 medarbeidere, noen hadde alt begynt ferie, så 14 ble med på turen, som gikk med bil opp til gamle, ærverdige Høsbjør turisthotell. Hotellet som har gjenoppstått som en fugl Fønix av asken, hadde sin storhetstid tidlig i forrige århundre. Da var det her Kristiania-notabilitetene, ambassadørene og rikfolk gjerne satte hverandre i stevne. Høsbjør var kremen. Til og med en liten golfbane var det i skråningene her. Etter at hotellet fikk nye eiere har det fått en skikkelig ansiktsopp-løftning, og gjenspeiler nå mye av tidligere storhet. Utsikten er den samme som den alltid har vært – storslagen.



Til dekket bord: Finere ramme for en lunsj idet fri går det nesten ikke an å få.

Flott tur: Her er storparten av SIs regnskapsavdeling samlet til sommeravslutning på Høsbjørkampen. Fra venstre Inger Anne Vangen, May Nagel, Kari Grimstad, Brit Johansen, Nina H. Sjøgaard, Betty R. Sillerhaugen, Eva Viberg, Anne Lise Vesteraas, viseadministrerende direktør Torgeir Strøm, avdelingsjef Nina Lier, Randi Sunde, Laila Fiskvik, Jorunn Løkken Aase og Elisabeth Skarpnord.

Tursti: På veien opp til toppen (547 meter over havet) var det tursti.



Mange så «hematt»

Fra hotellet er det en høyst overkommelig tur opp til toppen, det tar et kvarter. Der har man blant mye annet en fabelaktig utsikt over Brumunddal, en ser rett ned på Sykehuset Innlandets administrasjonssenter, der regnskapsmedarbeiderne har sin daglige jobb. Og mange så «hematt», som det sto i reportasjen i Ringsaker Blad.

At det var en vellykket tur framgår med all mulig tydelighet av reportasjen og de begeistrede utsagnene, vi siterer: «– Helt fantastisk. Dette var bedre enn forventet. Helt utrolig utsikt, melder Nina Lier som er leder av avdelingen med kontor plass i Brumunddal. Hun så hematt, mot Nyhushøgda i Gaupen fra der hun sto.»

Mange andre så også hematt, eller nesten hematt.

Det var for øvrig lagt inn tursti på veien opp, og på toppen ble de møtt av et flott dekket bord, med mye fristende.

Høsbjørkampen ligger 547 meter over havet, og 424 meter over Mjøsa og Furnesfjorden.

«Brumunddal med Berger Langmoens bedrifter»

Og så kunne de nyte maten og se ut over «Brumunddal med Berger Langmoens bedrifter» som byen het i en Canadisk avisomtale en gang på 1960-tallet. En brumunddøl som besøkte en liten canadisk by ble intervjuet i lokalavisen, og hadde med seg et flyfoto, der det sto påtrykket med hvite bokstaver på forsiden hva kortet viste. Avisen trodde det var stedets navn.

Nå hadde regnskapsmedarbeiderne nesten samme utsikt. Langmoenpipa og deler av fabrikkområdet sees fortsatt, men fabrikk med sine mange hundre ansatte er historie. Den var avgjørende for at Brumunddal er blitt det Brumunddal er. En trivelig småby.

Invitasjon til LMS-kurs:

Mestringskurs for hjertepasienter

Hvordan leve med hjertesykdom? Dette er tema for et pasient- og pårørendekurs som arrangeres ved sykehuset i Hamar 8. og 9. november.

Hensikten med kurset, som arrangeres for fjerde gang, er at pasienter og pårørende skal få informasjon, og gjennom samtaler og erfaringsutveksling kunne bli bedre i stand til å takle hverdagen med hjertesykdom.

Kurset tar blant annet for seg hjerte- og karsykdommer, og hvordan en kan leve med det, kosthold, livsstil, og det er orientering og brukererfaring fra LHL.

Deltakelse på kurset krever henvisning fra fastlege, og kan sendes:

- SI Hamar
Medisinsk poliklinikk Hamar
Serviceboks, 2326 Hamar

De som har hatt poliklinisk time eller vært innlagt i sykehuset det siste året trenger ikke slik henvisning.

Spørsmål kan rettes til:

- Ingunn Imislund
Telefon 62 53 76 44, eller
- Ruth Helene Hagen
Telefon 62 53 76 71

Ukjent tilbud med suksess:

90 prosent kommer ut av rusen

– Vi sliter med å bli kjent, sier helsefaglig konsulent Anita Østheim i Lærings- og mestringssentret. Hun sikter til Familieklubbene, et tilbud for rusavhengige og deres familier. Vi kan vise til svært gode resultater, men vi sliter med å få fagfolkene til å forstå verdien av dette, sier hun.

I dag er det Familieklubber i Elverum og Hamar, en ungdomsklubb planlegges i Løten, og det jobbes for å etablere en med utgangspunkt i avdeling for Psykose og rehabilitering på Sanderud (se egen sak). – Klubben på Hamar har eksistert i 10 år. Til tross for at dette er et gratis og virksomt tilbud sliter vi med rekrutteringene av medlemmer til klubben. Fremdeles er det å ha et alkoholproblem tabubelagt og skjules ofte i familien, sier hun.

Skreddersydd

I forhold til Samhandlingsreformen må dette være helt skreddersydd. Her kan en knytte sammen rus-teamene i kommunene med rus-poliklinikkene ved

DPS'ene og familieklubbene. Alt er basert på frivillighet. Selv jobber Anita Østheim i lærings- og mestringssentret, men jobber med Familieklubbene på kveldstid. Hun gikk klubbassistentkurs i Italia i 2008, og har ledet klubben i Hamar de siste tre årene. Fire familier er med i den. Siden har hun holdt to kurs for klubbassistenter i Italia og to i Danmark. Nå er hun leder av fagnemnda i Familieklubbene i Norge, og jobber med å videreutvikle kursopplegget.

Handler om trygghet

– Medlemmene tar veldig godt vare på hverandre. De skaper et nettverk, hvor de nyttes til hver-

Møter hver uke

Familieklubbene drives på frivillig basis med klubbassistenter som inspiratorer og pådrivere.

– Det er medlemmene selv som er de aktive. Det er møter hver uke, der referatskrivingen går på omgang. Den som lager referatet blir møteleder på neste møte. Referatet blir utgangspunkt for samtalene neste gang, og slik fortsetter det. Deltakerne sitter i en ring, uten bord. Samtalene, menings- og erfaringsutvekslingen, støtten de enkelte gir hverandre, er avgjørende, sier Anita Østheim.

– Dette er en god metode for å aktivisere alle deltakerne, slik at de føler at det er deres felles prosjekt. Denne måten å tenke på er godt forankret i lærings- og mestringssentrets måte å tenke på. Vi ønsker å bidra til pasientene fra vilje til å ta ansvar for egen helse og eget liv, sier hun.

Planlegger klubb: Her er Anita Østheim flankert av Tone Lise Bratt-rud og Kari Kjøsberg (t.h.). De planlegger nå en Familieklubb for psykosepasienter med rusproblemer og deres pårørende, og håper den kan realiseres neste år.



andre, de føler seg trygge. I Italia, der Familieklubbene er svært utbredt, kommer 90 prosent av de rusavhengige medlemmene ut av rusen. I Norge ser vi også at de som har vært med i klubbene over lengre tid holder seg rusfrie. I fjor avsluttet Live Fyrand ved Diakonhjemmet et evalueringsprosjekt som konkluderte med at dette er et virksomt tilbud.

– Dette handler om trygghet, om å ha et nettverk. Mange som ruser seg blir ensomme, veldig ofte stigmatisert. I Familieklubbene møtes de av kjærlighet fra andre mennesker. Jeg ser at det høres litt «klissent» ut, men kjærlighet er en byggende verdi i livene våre. De som blir med i klubbene må gjennom en forsamtale, der en avklarere motivasjonen og forteller hva som forventes, sier hun.

Ut av medavhengighet

Pårørende har også stor nytte av Familieklubbene, sier hun. De møter andre med samme erfaringer, de får noen å snakke med, de føler seg ikke så alene. Her får de hjelp til å komme ut av medavhengighet, slik at de klarer å sette grenser for seg selv. De må slippe å gå med konstans dårlig samvittighet. Mange foreldre tror det er deres skyld at sønn eller datter ruser seg. «Hva har jeg gjort galt?» De får se at det er ikke det dette handler om.

– Jeg har opplevd at foreldre har kjørt ungen sin rundt for å kjøpe brukerdoser, og at de har betalt rusgjeld for at de skal få fred fra innkrevere. Vi vet at dette er u hensiktsmessig. Derfor kan foreldre ha nytte av å diskutere slike ting med andre med tilsvarende erfaringer. Det å ha noen å snakke med uten å føle skam er nyttig.

Utfordring

– Det er en utfordring, sier Anita Østheim, å få fagfolk til å forstå verdien av slike tilbud, og hvor viktig det er å samarbeid med frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og støtte opp under selvhjelpsgrupper. Det er ganske påfallende, at i Italia der det nesten ikke er offentlige tilbud oppnår Familieklubbene 90 prosent rusfrihet, mens det i Norge, med alle våre tilbud, opereres med omkring 30 prosent, som et gjennomsnitt for alle de ulike tilbudene.

– Det ser ut som fagfolk mener de har enerett på den virksomme behandlingen. Men slik er det ikke. Dette må opp til debatt! Mye taler for at vi bør endre innholdet i tjenestene våre, avslutter hun.

3.000 klubber i Italia

Italia har få offentlige tilbud for rusmisbrukere, til gjengjeld over 3.000 Familieklubber, som oppnår oppsiktsvekkende gode resultater. Forskning viser at 90 prosent blir rusfrie etter å ha vært med i klubbene.

De bygger på en metode for familiebasert rehabilitering av rusavhengige, utviklet av kroatien Vladimir Hudolin. Gjennom en systemisk familieforståelse jobber Familieklubbene ut fra ideen om at rusproblemer ikke bare er et problem for den enkelte rusavhengige, men for hele familien og nettverket rundt.

På slutten av 70-tallet ble metoden tatt i bruk i Italia, og har hatt stor suksess. Bare i Genova er det i dag 63 aktive klubber. I dag er det Familieklubber i 28 land. I Norge er det i dag 10 klubber, i Danmark atskillig flere.

Både leder og nestleder er for øvrig fra Hedmark; leder Tone Teppen er fra Skarnes. Ved forrige årsmøte gikk Frank Mathisen, fra Elverum av, og overlot plassen til Johnny Edvardsen fra Hamar.



Familieklubb på Sanderud:

Tilpasses psykosepasienter

Går det slik Tone Lise Bratterud og Kari Kjønberg håper kan de neste år starte en Familieklubb for psykosepasienter og deres familiemedlemmer, med utgangspunkt i avdeling for Psykose og rehabilitering.

De gikk i vår et intensivkurs for klubbassistenter i Familieklubber i Italia, og kom tilbake fulle av pågangsmot, og inspirert til å starte et Familieklubbtilbud til psykosepasienter med rusproblemer. Kurset strakk seg over fire dager, fra tidlig morgen til 22.30. Nei, det var ingen ferie.

– Vi vil bruke høsten til å utvikle en modell vi har tro på, og vil deretter være avhengig av å få godkjenning i avdelingen. Men slik vi har erfart Familieklubbtenkingen bør dette være et tilbud avdelingen vil være tjent med å prøve ut. En viktig forutsetning er å trekke inn familiemedlemmer aktivt.

– Slik jeg ser det, sier Anita Østhus, er dette et konsept som er helt ideelt for psykosepasienter med rusavhengighet, og deres familier. Jeg kjenner ikke til at noe lignende er prøvd ut noe annet sted, sier hun.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Divisjonsdirektør Dagny Sjaatil:

Stor tro på SI Kongsvinger



Tredje på rad: Siden SI Kongsvinger ble etablert har divisjonen kun hatt kvinnelige direktører. Det startet med Tove Kjeverud Fossan, fortsatte med Grethe Fossum, før Dagny Sjaatil nå har overtatt stafettpinnen.



I oljebransjen

Ikke har hun blitt rik, ikke har det sikret henne en gyllen fallskjerm. Nei, styrelederlivet i et av landets aller minste bensinselskaper er ikke noe Dagny Sjaatil har påtatt seg for pengenes skyld. Da Brandval var i ferd med å miste bensinpumpene fordi ingen av de store selskapene lenger var interessert i å drive, ble Brandval Bensin AS stiftet. De driver tre pumper ved Jokerbutikken like ved riksveg 20. – Selskapet er sju år gammelt. Verken utbyttet eller styrehonoraret er noe å snakke om, men takket være tilbudet slipper de som bor i området å reise langt for å fylle bensin og diesel, sier hun.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Sjelden har vel en konstituert direktør vist slik initiativ og tiltakslust som Dagny Sjaatil, så var hun da også konstituert i stillingen som direktør ved divisjon Kongsvinger fra 1. mars i fjor og helt til 1. juni i år. Da kunne hun stryke ordet konstituert foran tittelen.

Det aller viktigste hun har satt i gang er prosjekt «Nye SI Kongsvinger», som både skal tilpasse sykehuset til samhandlingsreformens utfordringer, sikre en sunn økonomi, og sikre pasientene et kvalitetsmessig godt tilbud (se egen sak). – Dette er noe vi må lykkes med, sier hun.

Langtidsfrisk, der alle ansatte skal gjennom en todagers samling hvor det jobbes med holdninger og den enkeltes selvstendige ansvar gjennom verdier, mål, og det å se muligheter framfor problemer, som er et annet satsningsområde. (se egen sak).

Eneste uten MR

Når vi spør om de største utfordringene, er dette det hun nevner først. – Vi er også avhengig av å få MR. Vi er det eneste sykehuset i SI som ikke har det. Skal vi sikre likeverdige helsetjenester for pasientene i vår region er vi avhengig av MR. Det er et «måste», sier hun, og avslører nærheten til Sverige.

For noen diagnosegrupper kom vi dårlig ut i Kunnskapssentret oversikt over dødelighet. Det er et varsko vi må ta på alvor, vi analyserer nå hva vi kan gjøre for å bedre dette. Det er aktuelt å reetablere slagenheten, og bygge opp igjen det tilbudet vi

hadde. Det ble avvirket av økonomiske årsaker.

Blant de viktigste utfordringene er også det å beholde Nes kommune i Akershus som en del av sykehusets opptaksområde. – Foreløpig er det ingen signaler om at det blir endret. Men det ligger der som en usikkerhet, sier hun.

Sykepleier i «bunnen»

Som så mange ledere i SI og i helsevesenet ellers er hun sykepleier «i bunnen». Bortsett fra to og et halvt år etter fullført sykepleierutdanning, da hun jobbet ved Kronprinsesse Märthas Institutt har hun vært trofast mot sykehuset på Kongsvinger, hatt mange funksjoner og gått gradene. Den aller første jobbkontakten med sykehuset var allerede i 1975 og 1976, da hun hadde sommerjobb i kjøkkenet. Det ga tydeligvis mersmak.

I 1986 begynte hun som sykepleier på intensivsen, etter videreutdanning ble hun intensivsykepleier. Senere ble det lederutdanning og ulike prosjektstillinger, var en periode informasjonsrådgiver, så fagutviklingsrådgiver før hun i 2004 ble personal- og organisasjonssjef, (HR-sjef) etter å ha fullført en master i offentlig ledelse (MPA) ved universitet i Karlstad.

Samhold og utvikling

Vi lar Dagny beskrive seg selv: – Jeg tar meg selv veldig lite høytidelig, og ønsker å skape rammer som utløser samhold og utvikling. Jeg har stort sett godt humør, og leverer på det jeg har sagt jeg skal levere, har stor arbeidskapasitet og stiller store krav både til meg selv og mine medarbeidere. Jeg er glad for å ha mange flotte medarbeidere, det er de som er nøkkelen til suksess. Som alt annet må også de utvikles for å skape et bedre innhold i tjenestene vi tilbyr. Langtidsfrisk skal bidra til dette, sier hun.

Må beholde akutttilbudet

– Selv om prosjektet «Strategisk Fokus 2011–2014» hovedsakelig er et «mjøsprosjekt» er det viktig også for oss på Kongsvinger. Det er viktig å beholde det akuttmedisinske tilbudet slik det er i dag. Jeg føler meg rimelig trygg på at vi gjør det. Det er jo også de som ønsker å omgjøre sykehusene her og på Tynset til Lokalmedisinske sentra, for meg er det en umulig tanke.

– *Dere er i utkanten av Sykehuset Innlandet, og lever i skyggen av Ahus?*

– Nei, jeg føler ikke at vi ligger i skyggen. Vi har et godt samarbeid med Ahus på flere områder. Vi avlaster dem en del, særlig for ortopediske pasienter.

Divisjonsdirektør Rolf Kulstad:

Ringen er sluttet

– SI Gjøvik er gjenkjennelig sier divisjonsdirektør Rolf Kulstad, men det har jo skjedd mye siden jeg var her sist. Vi er ikke minst blitt en del av et statlig eid helseforetak. – Jeg treffer mange gamle fjes, og fornemmer fortsatt den positive ånden i huset som var her da jeg forlot sykehuset for 10 år siden, sier han.

For Kulstad har en fortid som direktør på Gjøvik sykehus. Han satt ved roret fra 1997 til 2001, og forlot sykehuset til fordel for direktørjobben ved Høgskolen i Gjøvik omtrent da spaden ble stukket i jorda for stråleterapibyget. Det å sikre det for Gjøvik var en prosess han var sterkt involvert i. – Men jeg drømte ikke om at jeg en dag skulle komme tilbake og få kontor i det bygget, sier han.

Forrige gang han overtok direktørstolen på Gjøvik gikk han fra stilling som leder av strategivdelingen hos fylkesrådmannen i Oppland, der han ledet tre medarbeidere. Da var det litt av en overgang å komme til sykehuset, og lede 1300.

Etter fire år på høgskolen tok han i 2005 over sjefstolen på Revmatismesykehuset på Lillehammer, og har vært der siden. – Nå har jeg vært leder i 17 år, jeg trives med å være leder, liker utfordringer, jeg er glad i å omgås folk, liker å ha innflytelse, og å oppnå resultater sammen med medarbeiderne.

SI-Magasinet møtte den hjemvendte direktøren rett etter at han hadde installert seg på kontoret.

Godt kjent på vegen

Rolf Kulstad er 56 år, gift og to barn, og bor på Lillehammer. – Jeg flyttet dit allerede i 1982. Jeg kjenner vegen mellom Lillehammer og Gjøvik godt etter åtte år som pendler. Det blir nok mye kameratkjøring og friske diskusjoner under vegs, sier han.

– *Hvorfor ønsket du deg tilbake?*

– Det er mange spennende utfordringer som trigger meg. Vi har en strategiprosess som både vil være spennende og krevende. Og vi har Samhandlingsreformen som nå kommer for fullt. Og så har vi det generelle som går på utvikling av tjenestene, tjenestekvalitet, det å jobbe med kvalitetsutviklingen – det er i det hele tatt veldig morsomt å være i et miljø som et sykehus, som er så sammensatt av ulike typer fagfolk og fagkulturer. Det er en spennende smeltedigel.

Viktig å være synlig

– Nå i starten vil jeg bruke mye tid på å møte de ansatte. Jeg har et omfattende program de neste 14 dagene med besøk på alle avdelingene (tilbakelagt når dette leses). Det er veldig viktig å være synlig raskt, å møte flest mulig av medarbeiderne, sier han.

– Jeg synes at jeg har fått en fin mottakelse i SI. Jeg får en rekke hyggelige hilsener når jeg går rundt. Slikt varmer. Det blir nok mer hverdag etter hvert, men jeg tror at jeg kommer til å trives i jobben som divisjonsdirektør.

– *Hva har forandret seg siden sist?*

– Største forandringen er jo at sykehuset på Gjøvik nå er en del av et helseforetak. Før forholdt vi oss til en fylkeskommune og fylkespolitikere. Beslutningsveien var nok kanskje kortere da.

Men det å være en del av et foretak for Innlandet har nok også åpenbare positive sider. Vi kan få til en mer hensiktsmessig funksjonsfordeling og en mer strukturert og planmessig utvikling av sykehusstrukturen i Innlandet. Et tettere felleskap gjør det også mulig for divisjonene å «spille» hverandre gode ved gjensidig kompetanseutveksling innen fag- og kvalitetsutvikling. Jeg skal ivareta divisjon Gjøviks interesser, men jeg har også ansvar for å bidra til at helseforetaket som sådan lykkes. Å delta i ledelsen av SI er både interessant og givende.

– Jeg er veldig opptatt av at kulturen på sykehuset må preges av en VI-holdning slik jeg fornemmer at det er her på Gjøvik. Vi må dra lasset sammen, og være profesjonelle. For meg er det viktig at alle behersker sine oppgaver. Jeg er svært opptatt av at det skal være et godt og tillitsfullt forhold mellom ledere, medarbeidere og tillitsvalgte, og forventer at det er vilje til å ta ansvar i alle deler av organisasjonen, sier han.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Prioritering

Som divisjon har vi tre viktige mål, sier Rolf Kulstad:

- Kvalitet i tjenestene og tilfredse pasienter og pårørende
- Tilfredse medarbeidere
- Drift som gir mulighet for utvikling, vedlikehold og investeringer

Tilbake: Rolf Kulstad er tilbake i sjefstolen på Gjøvik etter ti år med andre lederoppgaver. – Jeg gleder meg, og er trigget av de mange spennende og krevende utfordringene, sier han.



Divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke:

– Er tatt veldig godt imot

Gunn Gotland Bakke har bred erfaring fra somatikken. Hun har jobbet både på Elverum, Hamar og Lillehammer, på medisinske og kirurgiske avdelinger. Hun vet hva som skjer i et somatisk sykehus. – Derfor er det lett å forstå problemstillingene. Men når det gjelder psykisk helsevern går jeg fortsatt i lære, sier den nye divisjonsdirektøren for divisjon Psykisk helsevern.

Omfattende CV

Gunn Gotland Bakke har rukket mye. Her er et lite utdrag fra hennes CV. Hun fullførte sykepleieskolen i 1973, og ble intensivsykepleier i 1980. Hun har vært avdelings- sykepleier både på Lillehammer, Buskerud sentralsykehus og Hedmark sentralsykehus i Elverum. Alle de tre stedene var hun også hovedtillitsvalgt for sykepleierforbundet. Hun har vært ansattvalgt styremedlem i Hedmark sentralsykehus, hovedtillitsvalgt i Hedmark fylkeskommune og senere fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund Hedmark, og var i seks år, til november 2001, medlem av forbundsstyret. Fra mai 1990 til august 1992 var hun administrasjonssjef ved Åkershagan sentralhjem. Senere var hun i seks år avdelingsdirektør for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Hedmark, før hun i januar 2002 ble klinikkisjef/avdelingsjef ved divisjon Indremedisin i SI, og ble assisterende divisjonsdirektør i divisjon Elverum-Hamar i januar 2007. I januar i år ble konstituert som divisjonsdirektør i den divisjonen hun nå har fått fast ansettelse som divisjonsdirektør.

Av: Trond Tendo Jacobsen

– Jeg er tatt veldig godt imot, har god støtte i staben, og har møtt mange flotte fagfolk. Selv om det faglig er stor forskjell er ikke forskjellen så stor rent ledelsesmessig. Det gjelder å sette en standard, å fortelle hva som gjelder for vår divisjon.

Det er ikke min oppgave å gi de faglige prioriteringene, det er det andre som skal gjøre. Jeg skal gi retningen i forhold til hvordan vi skal lede denne divisjonen framover. Sammen med avdelings- sjefene og deres lederteam skal vi få det til.

Hjalp pasient å rømme

– *Du har jo erfaring fra psykisk helsevern også, i et intervju i Østlendingen røper du at du i praksis- perioden, ved lukket mannsavdeling på Sanderud, hjalp en pasient å rømme. Du mente at han ikke hadde noe der å gjøre, står det?*

– Det var helt andre forhold i psykiatrien på den tiden, jeg reagerte veldig på forholdene der. En dag vi var i luftegården sa jeg «bare stikk», og ventet litt med å si fra. Han fikk seg en «luftetur» og kom tilbake ganske raskt.

– *Hadde du for et år siden trodd at du nå skulle sitte som leder av Sykehuset Innlandets største divisjon?*

– Overhodet ikke. Jeg hadde ingen tanker om å søke stillingen. Jeg hadde en kjempemorsom jobb som assisterende divisjonsdirektør i divisjon Elve-

rum-Hamar, var med i et flott lederteam og samarbeidet godt med Øyvind Graadal.

Ville klore meg fast

Jeg tenkte at der skulle jeg klore meg fast. Så da Morten Lang-Ree ringte å spurte meg hadde jeg akkurat samme følelsen som da Kjell Haakonsen, eller var det Erling Waagen i Hedmark fylkeskom- mune, ringte og spurte om jeg ville gå inn på Åkershagan sentralinstitusjon for HVP, og stå for avviklingene av den. Den gang forsto jeg ikke spørsmålet, og begynte å foreslå aktuelle kandi- dater.

– *Og nå sitter du som leder av en divisjon som har virksomhet på 29 steder i Oppland og Hed- mark, og som har svært store utfordringer. Det er litt av en overgang?*

– Ja, det er ikke tvil om det. Jeg har alltid hatt stor respekt for dette fagområdet, og vært nys- gjerrig på hvordan de jobber med de mange ulike problemstillingene. Jeg har møtt en stab, leder- gruppe og fagpersoner med bred kompetanse. Det gjør meg trygg. Men så svær som denne divisjonen er har kan jeg ikke si at jeg har full oversikt enda, det er flere steder jeg ikke har rukket å besøke. Men de står for tur, alle sammen.

Prosjekt Psykisk helsevern 2011–2013

– Det er nok å jobbe med, sier hun. Ikke minst pro- sjekt Psykisk helsevern 2011–2013. Her er det mange spennende faglige utfordringer, og her får vi en rekke viktige temaer på bordet; Fag, struktur, ledelse og organisering.

– *Hvilke forventninger har du?*

– Det er et viktig prosjekt. Jeg føler meg trygg på at vi skal få gode diskusjoner, og at det ender med en organisasjon som justeres slik at den til- passes både sentrale føringer og trender, og de for- ventninger som ligger i prosjektet – slik at vi på en god måte møter behovene i samfunnet. Men aller først må vi gå løs på de mest aktuelle problemene som er oppe i dagen: Fristbrudd og ventetider.

Går i lære: – Jeg er tatt veldig godt i mot i divisjonen, men føler at jeg fortsatt går i lære, sier divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke. Etter hvert skal også hyllene fylles.



Samhandlingsdirektør Daniel Haga:

– En nødvendig reform

Samhandlingsdirektør Daniel Haga i Helse Midt-Norge hadde en sentral rolle i utarbeidelsen av Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen. Han var nylig invitert til et seminar på Honne, der han fortalte ledere i SI om de utfordringer og muligheter han ser, noen måneder før reformen innføres.

– Fortsatt er det en rekke usikkerheten og uavklarte forhold rundt reformen, men reformen er nødvendig. Alt blir ikke som før. Vi vil ikke klare å møte det som ligger foran oss uten endringer. Det er viktig å sette kommunene i stand til å påta seg nye oppgaver, mente han.

Haga pekte på en del sentrale utviklingstrekk, de vil kreve betydelig omstilling, og som nødvendig-gjør en reform:

- Vi blir som befolkning stadig eldre, behovene for helsetjenester endres
- Livsstilssykdommer
- Kravene til dokumentert kvalitet skjerpes
- Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor
- Spesialisthelsetjenesten får trangere budsjetter, den økonomiske veksten bremses

– Dersom vi erkjenner at dette er de utfordringene vi står overfor betyr det omstillinger i alle deler av helsetjenesten, sa han.

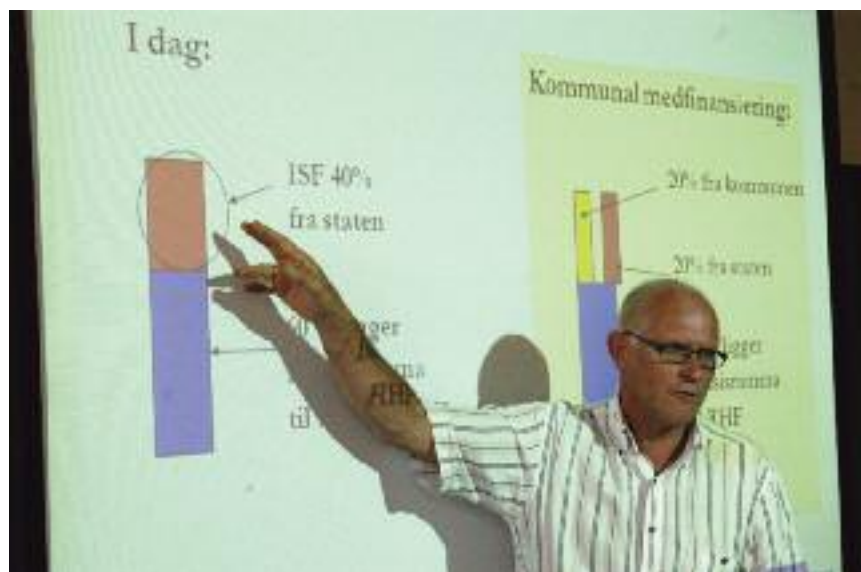
Trussel eller mulighet?

– Er reformen en trussel eller mulighet for lokalsykehusene spurte han, og ga svaret selv; På kort sikt kan det omstillingsbehovet som reformen utløser oppleves som en trussel, men på noe lengre sikt vil behovet for lokalsykehus tjenester øke.

Et av diskusjonsområdene på møtet var situasjonen rundt de utskrivningsklare pasientene, som kommunene får plikt til å overta. Det ble spurt om hvem som skal definere når en pasient er utskrivningsklar. –Det er det spesialisthelsetjenesten som gjør, men det forutsettes at sykehuset uten opphold varsler hjemkommunen når de får inn en pasient som ikke kan skrives ut til hjemmet, slik at kommunen får rimelig tid til å forberede mottakelsen.

Veksttakten reduseres

Haga trodde heller ikke at den bebudede kommunale medfinansieringen, at kommunene skal få overført 20 prosent av totalbudsjettet for innleggelse og konsultasjoner, ville utløse et større om-



stillingsbehov i sykehusene. – Det vil ta tid før dette gir effekt, og vil trolig kun bety at veksttakten i spesialisthelsetjenesten reduseres, sa han.

Stor usikkerhet

Et område hvor det fortsatt er stor usikkerhet omkring er kommunenes ansvar for døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I utgangspunktet skal både drift og investeringer fullfinansieres av midler fra de regionale helseforetakene, og det er lagt opp til en gradvis overføring fra 2012 til 2015, men full effekt fra 2016.

Haga mener at den største utfordringen vil ligge i tilgangen på kompetanse. Spesielt for de mindre kommunene, som det er mange av i Innlandet, kan det bli utfordrende å sikre god nok bemanning. Dette vil kreve et godt fungerende interkommunale samarbeid, mente han, og antok at en rekke kommuner kommer til å «ligge på været».

Risikoområdene

Haga pekte på fire viktigste risikoområder:

- Det er ikke lagt inn dekning av «pukkelkostnadene» for spesialisthelsetjenesten i omstillingsfasen.
- Det er fortsatt flere områder som trenger avklaring, og tiden er knapp.
- Innføring av øyeblikkelig hjelp-plikt i kommunene forutsetter interkommunalt samarbeid. Er de nasjonale føringene sterke nok?
- Kompetanseutfordringene er lite vektlagt. Det må legges en tydeligere strategi for å finne organisasjonsformer og ny teknologi som kan redusere arbeidskraftbehovet.

Medfinansiering: Daniel Haga tror ikke at den bebudede kommunale medfinansieringen, at kommunene skal få overført 20 prosent av totalbudsjettet for innleggelse og konsultasjoner, ville utløse et større omstillingsbehov i sykehusene. – Det vil ta tid før dette gir effekt, og vil trolig kun bety at veksttakten i spesialisthelsetjenesten reduseres, sa han.

Knapphet på personell

Haga pekte i sin argumentasjon for omstilling på personellutfordringene. I dag går hver sjettede elev fra ungdomsskolen inn i helse- og omsorgsarbeid. Med samme nivå på tjenestetilbudet vil det i 2025, om bare 14 år, være behov for at hver fjerde elev gjør det samme.

Og i 2035 må hver tredje elev velge slike yrker...

Av: Trond Tendo Jacobsen

Markerte kunnskapens dag

Sykehuset Innlandet er den desidert største kunnskaps- og kompetansearbeidspassen i Innlandet. Hvis det er noe sted det er naturlig å arrangere Kunnskapens dag, så er det her. Det var kanskje slik avdelingsjef Øystein Eiring i avdeling for kunnskapsstøtte tenkte, da han lanserte ideen, som ble virkeliggjort 1. september.



Bredt program på Gjøvik

SI-Magasinet tok turen til Gjøvik, der det var et bredt program, med utstilling ved kantina der det ble servert kunnskapsnacks, det var poster, quiz og utdeling av informasjon. Og i auditoriet var det en rekke drop-in foredrag, tre tilrettelagt spesielt for pleiepersonell og ergo- og fysioterapeuter, et for leger og to som favnet alle som har kontakt med pasienter.

Vi falt spesielt for Per Olav Vandviks foredrag for legene: «Hvor finne svar på kliniske spørsmål?», med dette tillegget: Gjøvik fremst i verden?

Grey's Anatomy?

Kunnskapsquizen var den samme over alt i SI, der det var markering av Kunnskapens dag. Vi skal ikke gjengi de seks spørsmålene, men dvele litt ved spørsmål 1; Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på.... Og så skulle man krysse av for et av følgende tre alternativer:

- Systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønske og behov.
- Utdanning, samtaler med kollega og medisinsk leksikon
- Følge med på Grey's Anatomy, Landsbylegen og Veterinærene

Av: Trond Tendo Jacobsen

Drop-in foredrag: Per Olav holdt tre foredrag på rappen, det var bra fram møte, spesielt fra medisinsk avdeling.

Om ideen ikke akkurat kom seilende på ei fjøl, så kom den fra Russland. Der er det lang tradisjon på å feire Kunnskapens dag 1. september. Det var ikke bare ideen, men også datoen som ble lånt fra vår store nabo i øst.

– Vi ønsket å slå et slag for kunnskap og faget, i en tid da det økonomiske og det administrative ofte vinner kampen om overskriftene, sier han

– Vi importerer jo så mange amerikanske tradisjoner, som for eksempel Halloween, så kanskje vi i dette tilfellet kan hente inspirasjon østfra, sier han. Og slik ble det. Nå var ikke tilbudene denne gang like brede og synlig alle steder, men det var en start. Nå høstes man erfaringer, neste år blir Kunnskapens dag enda tydeligere markert.

SI-Magasinet tok turen til Gjøvik, der fikk avdelingen vist seg godt fram (se egen sak). – Når vi valgte å gjøre dette er jo det for å sette fokus på kunnskapsbasert praksis som en av SIs fokusområder, for å fortelle hva avdeling for kunnskapsstøtte kan tilby de ansatte, og gi praktiske råd om innhenting av kunnskap, sier Eiring.

Kunnskap om kunnskap

– I motsetning til hva vi av og til hører er ikke helsefaglig utdanning alene nok til å jobbe kunnskapsbasert. Lang erfaring er uvurderlig, men ikke nok. Den digitale revolusjonen har gjort tradisjonelle læringsformer som bøker og kurs util-

strekkelige for å drive god og sikker praksis. Ettersom flere av oss som jobber i helsetjenesten har vokst opp før digitale medier ble en del av hverdagen er det behov for kunnskap om kunnskap – som sikrer at gyldig og relevant kunnskap når helt fram til pasientmøtet. Derfor ønsket vi å arrangere Kunnskapens dag, sier Eiring.

Gyldig og relevant

Gyldig kunnskap er viktig i hvert eneste pasientmøte. Og den skal ikke bare være gyldig, men også relevant for enkeltpasienten. Når vi stiller begge disse kravene til forskning, faller det meste av forskningen bort. I dag finnes det gode tjenester på nettet som siler ut gyldig og relevant kunnskap slik at helsepersonell kan oppdatere seg raskt, som et godt alternativ til selv å måtte finne og kvalitetsvurdere forskning. Dette er av det vi ønsket å sette fokus på på Kunnskapens dag.

Flere viktig elementer

– Men det er ikke bare forskning som er viktig, understreker han, klinisk erfaring, som hvordan vi skaper en god relasjon til pasientene, hva som passer for enkeltpasienten, og mye mer er like viktig. Den tredje kunnskapsformen som vi må bringe inn i pasientmøtet er kunnskapen fra pasienten selv. Det som er god behandling for en pasient trenger ikke være det for en annen. I mange situasjoner må en velge mellom ulike behandlingsformer, og da kan pasientens verdier være helt avgjørende for hva som er best å gjøre, sier han.

Utstilling: Ved kantina på Gjøvik viste Tone Haugom og Jan Lorentzen noe av det avdeling for kunnskapsstøtte står for, begge holdt også hvert sitt foredrag i auditoriet.



Ettertenksomhet i skyggen av Utøya

Ambulansepersonell på Hamar og Gran og ansatte på AMK-sentralen på Gjøvik kom tett på Utøya-tragedien, dels var de «midt i stormens øye», dels satt de på AMK på Gjøvik og tok imot den ene meldinger mer uvirkelig og skremmende enn den andre.

Ambulansepersoneller har dels Hamar Røde Kors Hjelpekorps og dels Falck (Gran) som arbeidsgiver, men SI føler også ansvar i en så ekstrem situasjon. Derfor ble de direkte involverte invitert til en gjennomgang og «etterpå debriefing» 1. september. Det hadde vært en samling rett etter 22. juli, men nå som ting var kommet noe mer på avstand ønsket man en ny gjennomgang i fred og ro.

Utvekslet tanker og erfaringer

Avdelingssjef Oddleif Bakken var opptatt av at man må ta lærdom av det som skjedde, derfor var det viktig snakke igjennom opplevelsene, og eventuelt lokalisere feil og misforståelser. Var det ting som kunne vært gjort annerledes, var det utstyr som ikke fungerte, teknologi som sviktet?

Det var mye å prate om denne dagen. Dels var det ting å rette på, kommunikasjon som ikke fungerte, beskjeder som ikke kom fram. Og det var tydelig godt bare å snakke om det en opplevde, utveksle erfaringer.

Så på Tour de France

– Det var en ganske rolig fredagskveld, vi satt og så på Tour de France, da divisjonsdirektør Aage Westlie kom innom. Jeg stusset litt, men tenkte at han skulle ønske oss god helg, fortalte Kari Horgen Nygård på AMK. Men han hadde et helt annet ærend.

Det var sjokk nok å få beskjed om sprengningen i Oslo. Men senere kom meldingen: «Skyting pågår på Utøya, kanskje så mange som 50 drept.» Det var fullstendig umulig å forstå, helt surrealistisk. Ambulansene fra Innlandet var av de aller første som kom til Utøya. De opplevde katastrofen på nært hold, og har minner som aldri vil bli borte.

Det var til dels stor usikkerhet og utrygghet blant ambulansepersonellet. Det var uklart hvor mange det var som skjød ute på Utøya, det ble sagt både fire og fem. Kunne en være trygg for politiet. Hvor kunne en søke dekning? Situasjonen var både uvirkelig og ytterst skremmende

– Viktig med bearbeiding

Administrerende direktør Morten Lang-Ree kom innom for å hilse på og takke for en utrolig krevende jobb. Det er umulig å forestille seg for andre hva dere har vært med på. Vi andre makter ikke å sette oss inn i det. Men alle tilbakemeldinger forteller at dere har gjort en imponerende innsats – kritikken i etterkant rammer ikke dere.

– Dere sitter sikkert igjen med sterke og vonde inntrykk. Det er viktig, også for oss som arbeidsgivere, at dere får mulighet til å bearbeide det dere har vært med på, sa han, og takket både på vegne av administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst og styret i SI. – Går det bra med dere, spurte han, og fikk bekræftende svar.

Det går bra

– Etter hvert går det bra. Jeg klarer å sortere inntrykkene, det var vanskelig i den første tiden. Vi har fått god oppfølging av vår arbeidsgiver. Jeg skjønnte jo i starten nesten ikke hva jeg hadde vært med på. Men nå sover jeg om nettene igjen, var ett svar han fikk.



Takket og hilste: AD Morten Lang-Ree takket ambulansarbeiderne for en imponerende innsats under Utøya-tragedien, her hilser han på Kari Horgen Nygård. Ellers ser vi til venstre Marthe Svensen, og til høyre Wenche Aalberg.



Utvekslet erfaringer: Her er ambulansarbeidere og ledere samlet for å oppsummere erfaringene etter Utøya-tragedien, fra venstre: Alexander Solvang, Gran, Pål Stensrud, Hamar, Joakim Kolstad, Gran, avdelingssjef Oddleif Bakken, divisjonsdirektør Aage Westlie, Marthe Svensen, Gran, Kari Horgen Nygård, AMK, Wenche Aalberg, Gran og Evy Rief, Gran.

Av: Trond Tendo Jacobsen

Sykehuset er bare et hus

Nærheten til sykehusene betyr ingenting når liv skal reddes. Det er nærheten til kompetansen som gjelder. Sykehuset er bare et hus. Det er de som jobber der som redder livet til pasientene.



Klar tale: Brukerutvalgsleder Trond Hilmersen har klare synspunkter om hva som tjener pasientene – de sykehusene er til for – best.

«Fritt sykehusvalg i Norge er ikke reelt. Årsaken er at brukerne får vite lite eller ingenting om kvaliteten på behandlingstilbudet ved de ulike sykehusene og kan derfor ikke ta standpunkt på fritt grunnlag.»

Er kompetansen svak, er det bedre å bli transportert en time ekstra til et sted som kan gi riktig behandling av høy kvalitet. Sykehusdebatt utløser sterkt engasjement og mye følelser. Noen tar til orde for at slikt lokalt engasjement også er politiske realiteter som det må tas hensyn til. Dette er et farlig standpunkt og er ikke til brukernes beste.

Faglig argumenter må bestemmes

De fleste fakkeltog kjemper for sektorinteresser. Kanskje ligger det ikke nok kunnskap bak. Det kjempes ofte for nærhet til et tilbud som ikke er bra nok. Når diskusjonen er oppe må det være de faglige argumenter som bestemmer. Noen tilstander klarer seg med kort reisevei. Andre må ha sentralisert høykvalitet. Pasientgruppens behov må bestemmes. Det er sikkert heller ikke enkelt å definere faglige argumenter. Mange ganger kan fagfolks råd følge bo- og arbeidssted.

Kryssende interesser står mot hverandre, evne og vilje til å mobilisere varierer. Hvilke hensyn har forrang foran andre. Noen hensyn er overordnet. Best mulig kvalitet på behandlingen, best mulig behandlingresultat, likeverdig tjenestetilbud til alle og best mulig utnyttelse av ressurser, fagfolk og økonomi. Da må hensynet til reisetid for besøkende, arbeidsplasser, historisk stolthet over eget sykehus, eller valgresultat vike. Dessverre går ingen med fakler for et slikt overordnet perspektiv.

Gjerne terningkast

Det er viktig at brukerne får informasjon om kvaliteten på sykehus og leger, gjerne med terningkast. Dessverre er ikke alle politikere enig i at brukerne åpent kan gi karakterer. Men karakterer gis allikevel i det lukkede rom. Er dette ønskelig? Informasjon som i dag er tilgjengelig om kvaliteten på sykehus og leger er nesten ikke-eksisterende.

Det har kommet to forslag for å bøte på informasjonsfraværet: innføre en rekke objektive kvali-

tetsindikatorer, samt åpne for at tilbakemeldinger fra brukerne blir offentliggjort. Selvsagt må navn og krenkelser fjernes. Dessverre er politikerne skeptiske til at brukerne skal beskrive sin opplevelse av behandlingen.

Politikerne erkjenner at forbedringspotensialet for informasjon er stort, men er samtidig skeptisk til at tilbakemeldinger fra brukerne skal offentliggjøres i «fritekst». Det fremheves også at helsepersonell ofte må ta krevende avgjørelser som på sikt kan være riktige, men som pasientene kan oppleve som gale og derfor ikke skal ha innflytelse. Da vet vi det.

Vet for lite om kvalitet

Fritt sykehusvalg i Norge er heller ikke reelt. Årsaken er at brukerne får vite lite eller ingenting om kvaliteten på behandlingstilbudet ved de ulike sykehusene og kan derfor ikke ta standpunkt på fritt grunnlag.

I et behandlingsforløp må brukeren være deltaker, på lik linje med legene, og ikke være en passiv mottaker. Det bør opprettes et forum, møtested, hvor brukerne kan dele sine opplevelser av kvalitet med andre. Dette blir ofte møtt med en «ovenfra-og-nedad-holdning». Underforstått at informasjon må holdes tilbake fordi brukeren ikke forstår sitt eget beste. Slik er ikke verden lenger. Brukeren vil i dag ofte ha like mye kunnskap om egen diagnose og sykdom som fastlegen.

Vi ynder å påstå at vi har verdens beste helsevesen, det er sikkert også bra. Men vi har altså kvalitetsmål som ikke måler kvalitet. Vi ligger langt bak land vi liker å sammenligne oss med som Sverige, Danmark og Tyskland.

Dagens system er overmodent for endring. For å få til en endring trenger man ikke begynne på bar bakke, men ta lærdom av det andre land har gjort. Og å komme raskt i gang.