



Nyhetsbrev

[3 - 2007]

”DØRA” – åpner opp for lavterskeltilbud

Prosjektet ”DØRA” har som mål å gi et lavterskeltilbud til barn og unge med lettere psykiske problemer og/eller rusproblemer. Dette er en gruppe som ofte faller mellom stolper – de får verken et behandlingstilbud innenfor primær- eller spesialisthelsetjenesten.

■ Av informasjonssjef Marit Kvarum

Bakgrunnen for prosjektet er at en både i spesialist – og kommunehelsetjenesten har sett at det er et gap mellom tilbudet som gis her og det faktiske behov som spesielt barn og unge har.

- Kapasiteten innenfor spesialisthelsetjenesten gjør at det i hovedsak er rettighetspasienter som behandles her, forteller prosjektleder Johan Arnt Solstad. Forut for det å bli rettighetspasient kan det over flere år foregå en negativ utvikling. Uten et behandlingstilbud tidligst mulig er det fare for at enkelte av disse kan ende opp som rettighetspasienter.

Prosjektet retter seg særlig mot barn og unge som kan være i risikozonen for utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

- Denne gruppa har prioritet, men det er også den gruppen som er vanskeligst å få tak i. Vi har derfor et nært samarbeid med ulike arenaer som er i kontakt med barn og unge, for eksempel helsesøstere, barnevern, fastleger og skolen. Et eksempel er ungdom som dropper ut av skolen og der det kan være rus eller lettere psykiatri inn i bildet. Mener skolen at de har elever som prosjektet vårt kan passe for, tar de kontakt.

En annen gruppe som prosjektet retter seg mot er personer med etablert rusmiddelmissbruk og eventuelt moderate psykiske lidelser, og som kan ha nytte av poliklinisk oppfølging.



Prosjektmedarbeider Anne Lise Drage og prosjektleder Johan Arnt Solstad i ”DØRA”. Foto: Robert Kechter.

- De fleste av deltakerne i prosjektet så langt tilhører denne gruppen, forteller Johan Arnt.

Utredning, poliklinisk behandling, ambulerende virksomhet, oppfølging av pårørende, også de uten klient, og samarbeid med aktuelle miljø er innholdet i prosjektet. Tilbudene er gratis.

- Mange unge skjønner ikke at deres bruk av rusmidler også kan volde familien store påkjenninger, forklarer Solstad. Derfor retter tilbudet seg også mot pårørende, selv om de ikke har klienten med seg. Støtte og hjelp til disse i en vanskelig fase, kan også komme den unge til gode.

Henvendelse til DØRA kan skje ved at personen selv eller pårørende tar kontakt, i tillegg til ulike fagmiljø.

- Det som er viktig å vite her, poengter Johan Arnt, er at en ikke trenger å gjennom fastlege for å få kontakt med oss. Vi er dessuten veldig fleksible. Det er nemlig

sånn at enkelte har sperrer for å gå på et kontor for å snakke med en fagperson. Da treffer vi dem hjemme eller på café dersom de heller ønsker det. ☀

DØRA

Prosjektet ble igangsatt i november 2006 og har en varighet på to år. Prosjektet er et samarbeid mellom Alta kommune og Helse Finnmark ved DPS Vest-Finnmark. I dag er det ansatt en leder og en medarbeider i prosjektet. Johan Arnt Solstad er prosjektleder, mens Anne Lise Drage er ansatt som prosjektmedarbeider. Begge har lang praksis fra klinisk arbeid. Drage som klinisk barnevernspedagog og Solstad som sykepleier med tilleggsutdanning innenfor rus/rusrelatert psykiatri og relasjons- og nettverksarbeid. Prosjektet evalueres av Norut/NIBR.



Direktøren har ordet



Eva Håheim Pedersen
Adm. dir. Helse Finnmark HF

Først i dette Nyhetsbrevet vil jeg si at jeg er svært fornøyd med at vi scorer høyt på flere av de nasjonale kvalitetsindikatorene. I denne sammenhengen ønsker jeg spesielt å framheve epikrisetidene i Klinikk Hammerfest, Klinikk Kirkenes og barne- og ungdomsspsykiatrien. Som kjent ser en her på andel epikriser som er sendt innen 7 dager etter at behandlingen har tatt slutt. I siste samlet rapportering fra de fire BUP-klinikkene var epikrisetidene langt over landsgjennomsnittet på 79 %. To av poliklinikkene hadde en epikrisetid på henholdsvis 100 % og 97 %. I Klinikk Kirkenes var andelen epikriser utsendt innen 7 dager i 2. tertial 2007 på 68,9 % mot 41,7 % i 1. tertial. Klinikk Hammerfest sendte ut 65,3 % av epikrisene innen 7 dager i 2. tertial 2007. Landsgjennomsnittet i 1. tertial 2007 var på 61 %. I 2. tertial hadde vi de beste resultatene i Helse Nord!

Jeg synes det er flott å se at vi har hatt en positiv utvikling i forhold til denne kvalitetsindikatoren og at vi også innenfor somatikken er i ferd med å nå målet på 80 %.

Heller ikke denne gangen kommer jeg utenom temaet økonomi. Som mange av dere sikkert kjenner til er styringsmålet til Helse Finnmark for 2007 på kr -15 millioner. Vår siste prognose tilsier at vi vil ha et negativt avvik i forhold til dette på kr -35 millioner. Det kan dermed se ut som at årets driftsresultat vil bli på kr -50 millioner.

Det er særlig 3 forhold som kan forklare at vi har et avvik på -35 mill kr i forhold til styringsmålet: i) økte ambulanssekostnader som følge av en kvalitetsheving i ambulansetjenesten ii) merforbruk i forhold til gjestepasienter rus og iii) manglende effekt av tiltak som vi har utarbeidet for 2007. Når det gjelder det siste punktet er det særlig tiltak som har hatt som mål å redusere innleie av vikarer, få ned bruken av overtid og redusere sykefraværet på sykehusene i Hammerfest og Kirkenes, som har vist seg å ha for liten effekt.

Det arbeides nå med å finne kompensierende tiltak som skal oppveie de manglende effektene, som vi har sett av noen av tiltakene. Endelig beslutning om tiltak vil bli fattet i styremøtet i desember, når budsjett for 2008 skal behandles.

Jeg ber alle ledere om å holde et høyt trykk på tiltakene, som er utarbeidet for i år. Dette gjelder spesielt i forhold til å holde en stram drift og planlegge turnusene nøye, slik at vi kan få redusert innleie av vikarer og bruken av overtid.

Innholdet i statsbudsjettet var for vår del som forventet. Følgende er verdt å merke seg og er positivt for oss: i) Regjeringen viderefører kr 5 millioner til rekruttering av leger og ii) det vil bli etablert en forsøksordning for finansiering av sykestuene i Finnmark i 2008.

Omsider vedtok styret i Helse Nord RHF i møte av 10. oktober en ny inntektsmodell for Helse Nord. I henhold til den nye modellen vil Helse Finnmark til neste år få kr 1,9 mill mindre enn i år. I denne sammenhengen er det også viktig å nevne at kravet om balanse vil bli ytterligere forsterket til neste år. Samlet sett betyr dette at vi også i 2008 vil ha store utfordringer knyttet til økonomien i foretaket.

31. august i år mottok Kari-Anne Wæraas, Gunn Heatta og Kari Beate Engseth et diplom som bevis på at de har fullført en MBA i helseledelse. Utdanningen, som har vart i to år, har vært i regi av Helse Nord RHF. God ledelse er svært viktig for utviklingen av organisasjonen og jeg ønsker av den grunn også å bidra til å bygge opp lederkompetansen i foretaket. På bakgrunn av dette har jeg tatt initiativ til å starte et eget lederutviklingsprogram i Helse Finnmark. Programmet retter seg mot alle som har en ledelsesfunksjon i foretaket og vil bestå av 4 samlinger med to dagers varighet over ett år. Temaene på samlingene vil være: perspektiver på ledelse og utfordringer, det personlige lederskap, endringsledelse samt kommunikasjon og ledelse. Målet er at programmet skal styrke lederne i utøvelsen av sin lederfunksjon.

I dette Nyhetsbrevet kan dere lese om BEST, som har 10-års jubileum i år. Hammerfest sykehus er sammen med Haukeland sykehus drivkreftene bak prosjektet. BEST er resultat av et høyt engasjement og høy kompetanse blant våre fagfolk. Det bidrar også til et kvalitetsløft for organisasjonen som helhet.

Med fortsatt ønske om en fin høst med mange gode arbeidsdager!

Heller ikke denne gangen kommer jeg utenom temaet økonomi.



I Kom hIT-prosjektet er mobiltelefonen viktig i behandlingsøyemed

Kom hIT-prosjektet et godt eksempel på at det gjøres nybrottsarbeid i Helse Finnmark. Ved hjelp av ambulante team og mobilteknologi skal barn med adferdsproblemer i Finnmark få et tilbud der de bor. Målet er reduserte ventetider og færre innleggelser.

■ *Av informasjonssjef Marit Kvarum*

Kom hIT -prosjektet retter seg mot barn i alderen 6-12 år og da i hovedsak barn med adferdsproblemer.

- Bakgrunnen for at vi i prosjektet har valgt å konsentrere oss om barn med adferdsproblematikk er at vi har valgt foreldreveiledningsmetoden PMTO (Parent Management Training Oregon) som metode i prosjektet, forteller prosjektleder Synnøve Andersen. PMTO er en veiledningsmetode for foreldre til barn mellom 3 og 12 år, som viser tydelige tegn på høyt aggresjonsnivå og som ofte kommer i konflikt med andre barn og voksne. Foreldrene trenes i hensiktsmessige metoder som skal hjelpe barnet deres i hverdagen. Metoden er svært anerkjent i Norge og brukes i mange kommuner i dag.

Behandling og veiledningen foregår først og fremst hjemme hos den enkelte familie ved at de ambulante teamene reiser dit. Det banebrytende her er bruken av mobilteknologi som supplement til denne veiledningen. Bruken av mobiltelefon skal bidra til en tettere oppfølging og hyppigere kommunikasjon mellom foreldre og terapeuter.

- Familiene, som deltar i prosjektet, får lånt hver sin mobiltelefon i prosjektperioden. Mobiltelefonen skal brukes i forhold til å ringe, sende SMS og sende belønningsskjema.

Et eget skjema for bruk på mobiltelefon er utviklet av prosjektgruppa i samarbeid med utvikler og leverandør. Løsningen er web-basert og skjemaet kan sendes mellom terapeut og familiene. Belønningsskjemaet er utviklet for å støtte opp om metoden PMTO.

- Belønningsskjemaet er et skjema, der en for eksempel setter på klistremerker eller poeng, når barnet har ønsket adferd.

Ved bruk av mobiltelefon kan man krysse av i det mobile belønningsskjemaet. Et visst antall klistremerker, poeng eller mobile kryss gir en belønning. For eksempel kan en belønning være at familien gjør en aktivitet sammen, f.eks spille fotball, gå på kino eller lignende. Foreldrene deltar aktivt i behandlingen ved utforming av belønningsskjemaet. Dersom foreldrene ønsker at skjemaet skal endres, noe som skjer dersom kursen på oppfølgingen av barnet ønskes endret, kan foreldrene enkelt gjøre dette selv. Terapeuten får melding via mobiltelefon om at skjemaet er endret og kan gi aksept for dette ved å trykke "ok" på mobiltelefonen. Prototypen til denne mobiltelefonen er utviklet og vi håper på å få testet den ut i oktober/november, sier prosjektlederen stolt.

Fire kommuner er valgt som pilotkommuner for blant annet å teste ut IKT-løsninger, behandlingsmetoder, samarbeidsmetoder og nye roller for ansatte, før de andre kommunene tar denne løsningen i bruk. Dette er Guovdageaidnu/Kautokeino, Gamvik-Lebesby, Nordkapp og Båtsfjord. I slutten av september ble det holdt kurs for blant annet foreldre, pårørende, et bredt antall ansatte i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten deltok. Kurset tok for seg tema som brukernes rettigheter og brukermedvirkning i praksis.

- Oppslutningen var bra og vi fikk udelt positiv respons fra foreldre og ansatte i både kommunene og representanter for spesialisthelsetjenesten, som jobber med denne type problematikk. De var glad for at vi satte psykisk helsevern og adferdsproblemer blant barn og unge på dagsorden.

På kursene formidlet også Mental Helse historier om hvordan det er å være psykisk syk forelder og hvordan det kan føre til at også barnet ditt blir psykisk syk.



Synnøve Thomassen Andersen, prosjektleder for Kom hIT.

- Det var veldig positivt! Det viser at det er mange faktorer som spiller inn når et barn er sykt, sier Synnøve.

Det kommunale hjelpeapparatet, BUP ledere og representanter fra de ambulante teamene var til stede på alle plassene. På en rekke av stedene deltok også skolene og brukerorganisasjonen ADHD.

- Det som var positivt var at det var mange som ønsket å bidra med mer. Brukerorganisasjonene ønsket større åpenhet om slik problematikk, og skolene var særlig interessert i å få vite mer om hvordan de kunne følge opp barna i skolesammenheng. Det er slik, legger Andersen til, at lærerne ofte merker at eleven krever ekstra oppmerksomhet på ulike områder, men de kjenner ikke til de bakenforliggende årsaker. Ved større åpenhet og mer informasjon vil de kunne sette inn flere ressurser i forhold til å bedre oppfølgingen av eleven og hjemmet. Kommunene ønsket at det ble holdt slikt kurs hvert år, noe de mente ville være forebyggende. De mente også at det burde arrangeres kurs for foreldrene generelt for å øke bevisstheten deres. ✨



Traumepasienter får best behandling med BEST



Traumeteamet utløses blant annet i forbindelse med nærdrinking. Teamet går da på akuttrommet. Alle har definerte roller og egne vester. Pasienten kommer dit. Alt av livreddende behandling skjer der. Rommet er derfor utstyrt med nødvendig livreddende utstyr. Teamleder koordinerer behandlingen. Som regel tar den ca 20 minutter. Er det større kirurgiske inngrep, skal pasienten på operasjonsavdelingen. Foto: Marit Kvarum

Vil du være best så bør BEST være en del av akutt-tilbudet på sykehuset. Det har 46 sykehus i Norge erkjent. Nå får også kommuneansatte i Nord-Norge og ansatte ved sykehus i Botswana opplæring i BEST.

■ *Av informasjonssjef Marit Kvarum*

17. april 1997 ble den første BEST-treningen i landet holdt. Treningen fant sted ved Hammerfest sykehus. Siden den gang har 46 av totalt 50 sykehus, som kan ta i mot hardt skadde pasienter eller traumepasienter, sluttet seg til BEST-nettverket.

- Grunnen til at det er et behov for BEST er at traumepasientens skadebilde ofte er komplisert. Pasientene kommer inn med ulike brudd og skader. Det gjør det nødvendig med forskjellige spesialister og pa-

sienten trenger ulike typer av behandling. For å få til dette trenger man en leder, som kan koordinere behandlingen, forteller anesthesioverlege Hanne Iversen ved Hammerfest sykehus.

Undersøkelser viser at den største feilen som gjøres i forbindelse med behandling av traumepasienter er dårlig kommunikasjon og manglende ledelse.

- Nettopp derfor fokuserer kurset på ledelse, kommunikasjon og samarbeid, forklarer Iversen.

Traumepasientene har vært utsatt for alvorlige ulykker som bil-, scooter-, fall- eller drukningsulykker. Mange av ulykkene er såkalte høyenergiulykker.

- Vi har få traumepasienter og de fleste er ikke så hardt skadd. For at vi skal kunne håndtere de som er hardt skadd er det nødvendig å trene og øve, fortsetter hun.

Traumetreningen er den samme ved alle sykehusene i BEST-nettverket.

- Fordi alle har gått gjennom de samme tingene, forteller BEST-koordinator Kjersti Fagerstad, så får pasientene den samme behandlingen enten de kommer til oss eller blir behandlet ved St. Olavs eller Haukeland.

I henhold til BEST skal pasienten behandles i en bestemt rekkefølge:

- Huskereglene er A, B, C, D og E, forklarer Iversen. Der A betyr luft (air), B betyr pusting (breath), C er det samme som blodstrømming (circulation), D sier noe om hvor bevisst pasienten er (disability) og E er resten av kroppen (Environment). I korte trekk gjør vi avansert livreddende behandling, der vi stabiliserer pasienten før vi sender han eller hun videre til et større sykehus, og da som regel UNN.



Hva håper dere blir resultatet av trening-en?

- Jeg håper at alle har fått med seg at kommunikasjon og ledelse er nøkkelen for å lykkes og at hver enkelt skjønner at han eller hun er en del av et team og må gjøre jobben sin, sier Hanne. Det overordnede

målet er selvsagt likevel at ansatte skal være mer rustet til å ta i mot en pasient når han eller hun kommer. Men trening skal også være artig, skyter Fagerstad inn. Det at vi blir bedre kjent kan forenkle arbeidet i en stresset traumesituasjon, mener Kjersti.



BEST er en kvalitetssikring for personalet, sier BEST-kordinator Kjersti Fagerstad. Gjennom oppdragsdokumentet for 2004 har Helse Nord pålagt alle sykehus i Nord-Norge å være en del av BEST. Foto: Marit Kvarum

BEST fyller 10 år i år

Anestesioverlege ved Hammefest sykehus; Torben Wisborg, var sammen med Guttorm Brattebø, Johannes Brattebø og Åse Brinchmann-Hansen initiativtakerne til BEST.

■ Av informasjonssjef Marit Kvarum



Torben Wisborg var en av grunnleggerne av BEST. Foto: Marit Kvarum

- Ideen kom til i forbindelse med at vi skulle bygge et akuttrom her ved sykehuset. Vi hadde ikke plass til å ta i mot alvorlig skadde pasienter. Da rommet var på plass fant vi ut at vi måtte trene på å ta i mot akutt pasienter. Vi visste at vi var for dårlige på dette. De samme problemene hadde de på Voss og Haukeland, der henholdsvis Guttorm Brattebø og Johannes Brattebø jobbet. Det dannet grunnlaget for prosjektet BEST.

Hammerfest, Kirkenes og Haukeland var de første sykehusene i landet som tok i bruk BEST.

- Intensjonen var ikke at dette skulle være for hele landet, men så er det sånn i helsevesenet at folk flytter fra sykehus til sykehus. Folk oppdaget at det skjedde noe spennende her og ønsket å bruke det på andre sykehus også. I dag er 46 sykehus med i nettverket.

Et møte med daværende helseminister

Tore Tønne i 2002 bidro til at å formalisere prosjektet.

- Tønne mente at vi ikke kunne forholde oss til ildsjeler, men at vi burde etablere et aksjeselskap. Vi for vår del ønsket ikke at det skulle høres ut som vi skulle tjene penger på dette. Dermed etablerte vi en stiftelse i stedet. I dag har vi en styreleder og en daglig leder. Det er bare Kjersti Fagerstad – BEST-koordinatoren - som er ansatt med lønn. Hun er ansatt i 50 % stilling. Helse Finnmark har hele tiden bidratt til at det skulle bli noe, legger Wisborg til.

Stiftelsen BEST bidrar til at BEST-treningen kommer i gang på sykehusene.

- Intensjonen er at BEST skal starte første trening. Deretter skal det enkelte sykehuset ta over treningen selv. Prinsippet "hjelp til selvhjelp" ligger til grunn. Et annet prinsipp er at dette er ikke fra "store til små sykehus". Sykehusene er i denne sammenhengen på jevnbyrdig nivå.

Hva tror du er årsaken til at BEST har blitt så vidt vellykket?

- Jeg tror det skyldes at en i stedet for å tenke ut et kvalitetssystem på sentralt nivå, så har vi tatt utgangspunkt i våre behov. Vi har funnet en passende løsning for oss, og gitt den til andre som også mener at løsningen passer for dem. Dette er et prosjekt som er gitt til fagfolk fra fagfolk.

Siden BEST ble startet opp for ti år siden har prosjektet spredt seg til Botswana, der to sykehus har tatt BEST i bruk. I tillegg drives det traumetrening for lokalmedisinske akutte team i kommunene i de tre nordligste fylkene.

- Her er det allmennleger som lærer opp allmennleger, forteller Wisborg. Det er et viktig prinsipp. Nesten alle kommuner i

Finnmark har fått opplæring i BEST.

Wisborg var med på å starte opp BEST-prosjektet. På spørsmålet om hva han er mest stolt av, sier han litt beskjedent:

- Jeg er stolt av at det er så mange fagfolk rundt på sykehusene, som tar ansvaret selv for å bedre tilbudet. Det kommer på toppen av alt annet som skal gjøres. Det letteste er å la være å gjøre det. Likevel så mener fagfolk at dette er så viktig at de ønsker å kunne dette. Vi har greid å holde liv i prosjektet til tross for nedskjæringer, legger han til. I tillegg har det blitt en del av opplæringsplanen ved dette sykehuset. Det er bra.

Traumeteamets 10 bud

- 1) Du er en del av teamet og du må samarbeide med resten av traumeteamet
- 2) Presenter deg for de andre i teamet og bruk vester
- 3) Bruk tiden før pasienten ankommer til forberedelser
- 4) Vær klar over din rolle i traumeteamet
- 5) Forsøk å hold lydnivået i akuttrommet så lavt som mulig
- 6) Bruk alltid navn/rolle til den du henvender deg til
- 7) Vær i forkant, tenk framover, diagnose og behandling
- 8) Se på klokken og følg med på tidsbruken
- 9) Husk at alle de andre er like stresset som deg selv
- 10) Ved flere pasienter hold deg til de pasientene du har begynt på.



Viktig å delta

Avdelingsjordmor Siv Heidi Pettersen mener det er viktig å delta i mor og barn undersøkelsen. Både for en selv og for videre forskning på området.

■ Av informasjonssjef Marit Kvarum



Avdelingsjordmor Siv Heidi Pettersen ved Hammerfest sykehus mener det er viktig at gravide deltar i mor-barn-undersøkelsen. Foto: Marit Kvarum

Siv Heidi synes det er beklagelig at svarprosenten er så lav i Finnmark og da særlig i Hammerfest. Hun medgir at interessen for å delta varierer veldig.

Noen synes undersøkelsen er veldig omfattende. Parallelt foretar UNN en undersøkelse som heter "miljøgifter i svangerskap og ammeperioden". Noen velger å delta i denne undersøkelsen i stedet for mor og barn undersøkelsen. Mitt inntrykk er dessuten at finnmarkingene er lite interessert i denne type undersøkelser.

At mange har ansvaret for screeningen i Hammerfest gjør også at Siv Heidi tror at svarprosenten er lavere ved sykehuset i Hammerfest enn ved Kirkenes sykehus.

I Kirkenes er det en jordmor som gjør alt; hun sender ut innkallinger og informasjon til gravide. I Hammerfest er det flere som foretar screeningen. At mange har denne

oppgaven gjør nok at det av og til skjer en glipp i forhold til å informere om undersøkelsen. Uansett er det slik at alle skal få informasjon om mor og barn undersøkelsen i posten, fortsetter hun. Det sørger Folkehelseinstituttet for. Noen bestemmer seg for å delta med en gang de mottar undersøkelsen, mens de aller fleste er i tvil om de vil delta. De trenger en ekstra "puff" når de kommer til ultralyd hos oss. Derfor er det viktig at også vi gir informasjon.

Avdelingsjordmoren mener det er viktig at gravide deltar.

- Ja, det er kjempeviktig. Ved å delta i mor og barn undersøkelsen kan en få mye informasjon som kan være til stor hjelp i forhold til sykdom som kan oppstå senere i livet. Det er viktig både i forhold til den enkelte og i forhold til forskning som skal gjøres på området. ✱

Den norske mor og barn-undersøkelsen (Moba)

Den norske mor og barn undersøkelsen (MoBa) er en studie som skal omfatte 100 000 svangerskap. Undersøkelsen foretas i regi av Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Både mor, far og barn bidrar med biologisk materiale, og de voksne svarer på flere spørreskjemaer. Hovedmålet er å finne årsakene til sykdommer.

Det er per 20.08.07 rekruttert 79 014 kvinner og 90 474 svangerskap i undersøkelsen. Stadig flere kvinner deltar med flere svangerskap. Studien har pågått siden 1999.

Per juni 2007 er det satt i gang 113 delprosjekter av ulik størrelse.

Noen av resultatene så langt viser at:

- Folatbruken blant kvinner i fruktbar alder er mye lavere enn anbefalt
- Urinlekkasje er et meget vanlig problem i svangerskapet, og risikoen øker med alder, vekt og antall svangerskap
- Røyking i svangerskapet kan øke risikoen for ADHD
- Ingen sammenheng mellom vanskelig temperament og overvekt blant spebarn

Deltakelse i Finnmark

Fødestuen i Alta og Hammerfest sykehus regnes sammen og har en gjennomsnittlig deltakelse på 27.8 %. Her har en deltatt siden 2002 og deltakelsen har variert mellom 26 - 31.2 %.

Kirkenes sykehus har en gjennomsnittlig deltakelse på 38.2 %. Sykehuset har deltatt siden 2001 og deltakelsen har variert mellom 30 - 47.8 %.

Begge steder har i de senere år gått tilbake i deltakelsesprosent, men viser en forsiktig framgang i 2007. Deltakelsen på landsbasis er i gjennomsnitt på 40,4 %.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Særskilt oppfølging av barn med autisme

Torunn Ovrud og Hilde Lund ønsker at barn i Finnmark blir med i ABC-undersøkelsen. Foto: Marit Kvarum.

Deltakelse i mor og barn undersøkelsen gir mulighet for å bli fulgt opp av de beste fagfolkene i landet dersom barnet har autisme. I dag er det ingen barn i Finnmark som er med i ABC-studien.

■ Av informasjonssjef Marit Kvarum

Et av delprosjektene til mor og barn undersøkelsen er ABC-studien, forklarer vernepleier Torunn Ovrud på spørsmålet om hvorfor akkurat Barnehabiliteringen er spesielt aktiv i forhold til denne undersøkelsen.

- ABC er forkortelse for "Autism Birth Cohort" og vi er med fordi vi blant annet arbeider med barn med autisme. Til nå har vi deltatt på konferanser, som har blitt holdt i regi av mor og barn undersøkelsen, og det har vært nyttig. På konferansene får vi informasjon om resultatene så langt i undersøkelsen, forskning som gjøres innen autismefeltet og innsikt i de ulike definisjonene av autisme. Fagfol-

kene snakker om et autismespekter, fortsetter hun. Dette innebærer alle varianter av autisme, bl.a. klassisk autisme, atypisk autisme, Asperger syndrom m. fl.. I tillegg legger ikke fagfolkene nødvendigvis de samme kriteriene til grunn når de skal definere hva autisme er. Det gjør det hele veldig komplekst. Et konservativt anslag er likevel, at dersom vi tar med hele spekteret av definisjoner, så fins det 27 autister per 10 000 innbyggere i Norge i dag.

På hvilken måte er mødre tjent med å være med i mor og barn undersøkelsen?

- Hvis foreldrene mistenker at utviklingen til barnet deres ikke følger de forventede milepælene, så kan det være et tegn på at noe er galt. Da bør de ta kontakt med Barnehabiliteringen. Forutsetningen for det siste er at mor og barn allerede er med i mor og barn undersøkelsen og at barnet er født i 2001 eller senere. Gjennom oss eller andre instanser i helsevesenet kan barnet bli med i ABC-undersøkelsen, noe som blant annet innebærer at de kan bli undersøkt av de beste fagfolkene i Norge på om-

rådet. En sideeffekt av dette, legger Torunn til, er at Barnehabiliteringen får styrket sin kompetanse. Dersom foreldrene tillater det kan vi være med på undersøkelsene. Det er viktig at vi får bygd opp fagmiljøet her i fylket også.

Så langt har det ikke vært med noen deltakere fra Finnmark i ABC-prosjektet. Avdelingsleder for Barnehabiliteringen; Hilde Lund; oppfordrer vordende foreldre til å delta i mor og barn undersøkelsen.

- Jeg vet at det kan være mye arbeid med å fylle ut skjemaene, men jeg hadde håpet på at flest mulig hadde deltatt i undersøkelsen. Dette er en av de største kohortundersøkelsene i verden i dag og resultatene vil ha stor betydning for den videre forskning innenfor ulike helseområder. I tillegg vil det enkelte barn som deltar i ABC-studien bli undersøkt av de beste fagfolkene på dette feltet her til lands. ✱



I slutten av august i år mottok Kari Beate Engseth (f.h), Gunn Heatta og Kari-Anne Wæraas et diplom som bevis på at de har fullført en MBA i helseledelse.

Fullført mastergrad i helseledelse

Kari-Anne Wæraas, Gunn Heatta og Kari Beate Engseth fra Helse Finnmark har i to år fordypet seg i helseøkonomi, virksomhetsstyring, ledelse og etikk. 31. august fikk de diplom som bevis på at de har fullført en MBA i Helseledelse.

■ Av informasjonssjef Marit Kvarum

Til sammen var det 27 ledere fra helseforetakene i Nord-Norge som fulgte utdanningsprogrammet. 1. august leverte 22 av disse inn masteroppgaven sin. Helse Finnmark hadde tre deltakere: avdelingssykepleier Kari Anne Wæraas, seksjonsleder Kari Beate Engseth og DPS-leder Gunn Heatta fra henholdsvis Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus og SANKS.

- Dette er et deltidsstudium som har gått over fire semestre, forklarer Kari Beate. Vi har hatt månedlige samlinger, som hver gang har gått over tre dager. Annenhver gang i Bodø og annenhver gang i Tromsø. Det har kostet litt i personlig engasjement, blant annet fordi det har vært mye litteratur å lese, men det har vært veldig interessant.

Engseth mener studiet har vært lærerikt og refererer til det som ble sagt på avslutningsdagen, når hun skal beskrive utbyttet av utdanningen:

- "Det er ikke bare snakk om utdanning, men dannelse". Det er sånn, fortsetter Kari Beate ettertenksomt, at jeg har lært mer om finansieringsordning, budsjett, etikk og lovverk. Mye av dette kunne jeg litt om fra før, men utdannelsen har bidratt til å øke forståelsen for disse områdene. Det viktigste er vel likevel at vi i studiet har vært gjennom en prosessutvikling. Kompetansen jeg har fått her får jeg bruk for hver dag som leder.

Hun tror ikke at utdanningen vil bidra til at foretaket vil spare mer penger, men hun mener at økt forståelse indirekte kan bidra til at foretaket drives mer økonomisk.

- Det at jeg vet mer om bakgrunnen gjør at jeg føler meg sterkere i jobben min. Jeg blir flinkere til å ta på meg det ansvaret jeg har, men også flinkere til ikke å ta på meg ting jeg ikke har ansvar for. Som f.eks. hvor urimelig finansieringssystemet kan være for den enkelte avdeling. En forståelse av sammenhenger gjør at det



blir lettere å stå i vanskelige situasjoner. Jeg har i det hele tatt fått en større forståelse for helheten; hvor vanskelig det er å drive en så komplisert virksomhet som et helseforetak.

Kari Beate tror det er lurt av Helse Nord å bruke tid på dette.

- I etterkant seg jeg Helse Nord mer som en helhet. Masterstudiet hadde 27 deltakere fra helseforetakene i Nord-Norge. Vi knyttet bekjentskap på kryss og tvers av foretak og det er viktig for en samfølelse. Det er vanskelig for oss i Kirkenes å skjønne hva som skjer på Mo, særlig hvis man ikke har noen ansikter å feste noe til.

Hvordan prioriterer leger?

Kari Beate Engseth skrev masteroppgave sammen med Guri Heiberg. Begge jobber på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved henholdsvis Kirkenes og Harstad sykehus. Engseth som seksjonsleder og Heiberg som avdelingsoverlege.

- Oppgaven handler om prioriteringer, forteller Kari Beate. Vi tok utgangspunkt i en traumatisk hodeskadepasient. Vårt poeng var å vise hva som ligger til grunn for hvem som blir en rettighetspasient, hvilke tilbud som skal gis og hvem som skal prioriteres.

I oppgaven ønsket Engseth og Heiberg å undersøke hvordan leger vektlegger ulike føringer for prioritering og hvordan de opplever sin rolle i det kliniske arbeidet når de må foreta nødvendige prioriteringer.

- Vi så nærmere på hvordan legene prioriterte ut fra medisinskfaglige vurderinger, samfunnsmessige eller kulturelle forhold, økonomi, jus og etikk. Vi hadde en antagelse om at denne prioriteringen kjennes vanskelig og at leger opplever konflikter i avveining mellom sammensatt informasjon og kryssende verdier.

Et spørreskjema ble sendt ut til alle legene ved Harstad sykehus. Av de 56 spørreskjemaene ble 30 returnert. Svarprosenten ble på 51 %.

- Av svarene framgikk det at leger vektlegger informasjon om faglige forhold først, dernest følger etiske betraktninger, pasientens forventninger, juss, økonomi og politikk.

Seksjonslederen er fornøyd med tilbudet hun fikk fra Helse Finnmark

- Vi fikk permisjon med lønn for å delta på samlingene. I Helse Finnmark fikk vi også åtte uker for å delta på studietur, skrivesamling og å skrive mastergrad. Men det ble litt hektisk likevel, noe som skyldtes at studiet ble kortet ned fra fem til fire semestre. Alt i alt er jeg uansett fornøyd. ✿

Resultatet viste at det var et godt samsvar mellom faktiske og ideelle prioriteringer, men med to klare og signifikante unntak:

- Legene mente at press fra pasient og pårørende burde være lite viktig, men i praksis opplevdes press som langt mer betydningsfullt enn det burde være. Økonomi burde ideelt sett også bety lite, men oppgis i praksis, etter fag og etikk, å være den viktigste prioriteringsdimensjonen.

Engseth begrunner valg av tema med at både hun og Heiberg jobber ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

- Vi ser at det forekommer en del dobbeltmoral innenfor dette området. På den ene siden stilles det store krav til fagområdet, samtidig som det karakteriseres som et satsningsområde. På den andre siden følger det ikke med mer penger. Som følge av dette er det betimelig å spørre seg: hva gjør det med oss som helsepersonell?, hva gjør det med legen som har ansvaret for pasienten og hvem har evne til påvirkning? Politikerne kan gripe inn og reversere beslutning om behandling. Det har vi sett flere eksempler på. ✿

De øvrige to oppgavene:

Kari Anne Wæraas: "Hvordan kan vi beskrive og forstå omstillingsprosessen i Klinikk Hammerfest i 2004".

Oppgaven ble også presentert på ledersamlingen i Helse Nord i september.

Gunn Heatta: "Geahkamin ii satta mihkkege - Å skulle blir det ingenting av". En studie av en samisk helseinstitusjon i det norske.

MBA i Helseledelse

Studiet ble etablert i 2005 og er et samarbeid mellom Handelshøgskolen i Bodø og Helse Nord RHF. Formålet med avtalen var å tilby et spesialisert MBA-program for helseledere i Nord-Norge. Første kull ble uteksaminert i høst. Våren 2008 tas neste kull opp. Helse Finnmark vil igjen ha tre plasser her. De tre klikkene er bedt om å komme med anbefaling til nye kandidater. Frist er satt til medio oktober.



Pasienttransport - et område for samhandling mellom mange aktører

Pasienttransport, og pasienters misnøye med denne, er et stadig tilbakevendende tema i avisene. Hvor ligger problemet? Er det tilfeldig hvilket tilbud pasientene får? Og hva kan gjøres for at tilbudet skal bli bedre? Knut Thomassen - styreleder i Finnmark taxi, Ole I. Hansen – avdelingsleder for transportkontoret i Helse Finnmark og Mona Søndena – kommunelege i Sør-Varanger er enig om én ting: mange legevikarer og nytilsatte leger i kommunehelsetjenesten kjenner rutinene for dårlig. Sjekkliste forslås som mulig løsning.

■ *Av informasjonssjef Marit Kvarum*

Nei til minibusser

Knut Thomassen, styreleder i Finnmark Taxi og sjåfør, mener at mye av problemene knyttet til pasienttransporten skyldes Helse Nord's anbudsrunder i vår.

- Når Helse Nord gikk ut med nytt anbud, så ba de om drosje eller turvogn. Samtidig så går helseforetaket i Nord-Trøndelag og bare ber om småbiler. 16-seters busser har dessuten aldri blitt brukt i Troms. Mitt poeng er at jeg synes det er rart at det bes om minibusser i de mest grågrendte strøkene av landet. Her skal transporten samordnes. Mens de fylkene som har mye større mulighet for samordning og også et mye bedre offentlig transporttilbud, der ber de ikke om dette. Det som bekymrer meg, legger han til, er konsekvensen av denne ordningen. Og det ser vi. Unge folk, som opplever at de må dele bil med andre, godtar det en eller to ganger. Deretter velger de å kjøre selv eller de velger et annet sykehus.

Thomassen mener Helse Nord burde være mer opptatt av kvalitet og mindre opptatt av pris.

- Vi merker vi at folk er veldig fornøyd med behandlingen de får på sykehusene, så det er synd hvis pasienttransporten ødelegger.

Synes du minibuss er mindre komfortabel enn en taxi?

- Litt forskjell er det jo, men problemet ligger først og fremst i at folk må vente. Ta for eksempel at en pasient har time kl 11 på sykehuset. Med samme bil skal en pasient som har time kl 8.00. Disse pasientene bor kanskje 3 timer fra sykehuset. Da må også den pasienten, som har time sist, opp kl 4-5 om morgenen for å bli med drosjen. Det innebærer mye venting for denne pasienten.

Styrelederen for Finnmark Taxi oppfatter samarbeidet mellom taxinæringen og kommunelegene som bra.

- Jevnt over synes jeg kommunelegene gjør en god jobb. Men de burde kanskje vært mer spesifikk når de fylte ut rekvisisjonene. Det gjelder spesielt hasteturer. Det er viktig for oss å vite hvor mye det haster å få pasienten til sykehuset. Må pasienten kjøres nå, eller kan pasienten vente noen timer? Dessuten hadde det vært greit om de kunne være nøye på å presisere om pasienten trenger egen bil eller om han/ hun kan dele bil sammen med andre. Det vi merker, tilføyer han, er nemlig at nyansatte leger og vikarer ofte glemmer å presisere om pasienten skal reise alene. Helse Finnmark tar da for gitt at flere pasienter skal dele bil.

Hvordan kan dere være sikker på at kom-

munelegene mener at disse pasientene skal reise alene?

- Det merker vi ved at pasienten blir overrasket når han eller hun kommer i bilen og ser at andre også skal være med. Dessuten merker vi at erfarne leger som oftest har bedre rutiner i forhold til dette.

Knut Thomassen har stor forståelse for at Helse Finnmark må spare penger.

- Det er en selvfølge. Det har Stortinget bestemt. Men jeg er usikker på om dette er riktig måte å gjøre det på. Dersom kvaliteten på transporten blir dårlig, så vil folk benytte seg av fritt sykehusvalg. Det er viktig å foreta en avveining i forhold til dette.

Pasienten skal ikke vente unødige

Også avdelingsleder for transportkontoret i Helse Finnmark, Ole I. Hansen, synes samarbeidet mellom transportkontoret og kommunelegene er greit.

- Problemet med kommunehelsetjenesten er likevel at de har stort gjennomtrekk. Det innebærer mange informasjonsrunder for oss. Vi har nemlig prøvd å få til et møte med de lokale trygdekantorene og kommunelegene en gang i året, men i løpet av året slutter flere av legene. Mange ganger merker vi først at det har kommet nye leger ved at de ringer oss og spør hvilke rutiner vi har. For eksempel i forhold til hvordan de skal fylle ut rekvisisjoner og hvordan de skal melde hasteturer.

Ole syns ikke han treffer på mange misfornøyde pasienter.

- I forhold til mengden pasienter som vi er i kontakt med, så får vi ikke mye kjeft.



Laila Hansen og Tove Pedersen ved Transportkontoret i Helse Finnmark Foto: Marit Kvarum

Men det er en og annen som forventer å ha samme rett som på 90-tallet, dvs "fri slipp av taxi-kjøring". Nå forsøker vi å samordne. Har vi pasienter fra samme område som skal til sykehuset innenfor samme tidsperiode, så blir de kjørt i samme bil.

- Hvilken periode snakker vi om da?

Vi sier at pasientene ikke skal vente unødig. Vi ser først og fremst på om rekvisisjonen er skrevet ut på medisinsk grunnlag eller på transportmessig grunnlag. Vi tar også hensyn til alder. I dag hadde vi for eksempel 6 pasienter fra Båtsfjord. I stedet for å sende dem i 6 biler, så sendte vi dem i 2 biler. Pasientene hadde time innenfor et to-timers intervall. Det er dessuten noen pasienter som vi unngår å la vente. Dette kan være blant annet dialysepasienter og pasienter som får cellegift.

Mange skjønner ikke hvorfor leger skriver ut rekvisisjon på trafikkmessig grunnlag.

- Bakgrunnen for dette er at det ikke går buss eller båt, forklarer Ole. Dersom det går buss eller båt, fortsetter han, så er det likevel ofte slik at pasientene må vente lenger enn om de skal ta drosje. Et godt eksempel på dette er folk på Sørøya, som mange ganger må vente veldig lenge fordi bygderuta bare går en gang i løpet av dagen.

Hansen opplever det ikke som er problem at legene glemmer/unnlater å skrive at pasienten trenger egen bil, selv om pasienten faktisk trenger det.

- Heller motsatt vil jeg si. Vi opplever tvert i mot at legene skriver at pasienten skal ha egen bil, selv om pasienten kan reise sammen med andre. Begrunnelsen er ofte at pasientene skal slippe å vente. Dersom en annen pasient for eksempel hadde blitt skrevet ut samtidig, så kunne han eller hun godt vært med i samme bilen uten at det hadde vært til ulempe for den første pasienten.

Sjekkliste er løsningen

Mona Søndena, kommunelege i Sør-Varanger, sier at det ligger en totalvurdering til grunn når rekvisisjon blir skrevet ut på medisinsk grunnlag.

- Jeg foretar en totalvurdering i forhold til hvilke transportmidler som fins, pasientens tilstand og hvorvidt pasienten har behov for ledsager eller ikke. Først stiller jeg spørsmålet: Trenger pasienten ambulanse? Ja eller nei? Hvis svaret er nei vil jeg stille meg spørsmålet: Trenger pasienten privatbil eller taxi? Noen har pårørende med seg. Da vil det være naturlig at de tar privatbil. Dersom pasienten ikke har med seg noen, vil taxi være et naturlig alternativ.



Ole I. Hansen, avdelingsleder ved transportkontoret i Helse Finnmark, synes samarbeidet mellom transportkontoret og kommunelegene er greit. Foto: Helen Asli

Søndena tror de fleste pasientene er godt fornøyd med pasienttransporten.

- Når det gjelder taxi så er det mange drosjesjåfører som er veldig flinke og erfarne. De er for eksempel svært hjelpsomme i forhold til eldre pasienter. Taxisjåførene i vårt distrikt har et godt omdømme. De fleste skjønner at vi må gjøre pasienttransporten så billig som mulig, men det spørs hvor kronglete det er å ta offentlig transport. Derfor tror jeg synet på dette er litt annerledes i de mer grisgrendte strøkene.

Kommunelegen i Sør-Varanger har en klar oppfatning av hva som må gjøres for å forbedre pasienttransporten.

- Jeg mener det hadde vært fornuftig å sette opp en enkel og grei sjekkliste på sentrale ting som det har vært lurt å tenke gjennom før en rekvirerer transport. Et godt eksempel på dette er ambulansefly, som er svært dyrt. Før en rekvirerer et ambulansefly, så kunne en ha spurt seg selv: Kan dette vente til i morgen eller må det gjøres i dag? Dersom det kan vente til dagen etter, så kan en velge et billigere transportmiddel da. I en stresset situasjon er det ikke alltid lett å huske på alt. Dessuten er mange av de nyansatte legene rundt om i kommunene litt uerfarne på dette området. For dem vil det særlig være lurt å ha en sjekkliste for hånden. ✱



HMS-pris til beste avdeling på sykefravær

Helse Finnmark utlover nå pris til enkeltperson eller gruppe som jobber aktivt for å redusere eller holde lavt sykefravær på avdelingen (e). Prisen er en hedersbevisning i form av et maleri, bilde eller gjenstand med verdi på opptil kr 5000.

- Prisen har kommet til fordi vi ser at det er en klar sammenheng mellom HMS-arbeid og sykefravær, sier sekretær for AMU i Helse Finnmark; Knut Mortensen. Dette er en motivasjonspris for at arbeidet skal vektlegges i enda større grad.

Arbeidstakere eller ledere ansatt i Helse Finnmark HF, enkeltpersoner, en gruppe, seksjon, avdeling eller tilsvarende, klinikk eller stabsavdeling kan tildeles HMS-prisen.

- Alle ansatte i Helse Finnmark kan foreslå kandidater til prisen, forteller Knut, men forslaget må begrunnes. Frist for forslag på kandidater er satt til 15. november i år.

Forslagene sendes til knut.mortensen@helse-finnmark.no



Jenny Pedersen ble kåret til "årets solstråle" i fjor. Foto: Birger Sørli.

I år som i fjor ønsker Helse Finnmark å hedre "årets solstråle". Hvem mener du fortjener denne prisen?

Mottaker av prisen kan være en avdeling, enhet, gruppe eller enkeltperson i foretaket som på særskilt vis har bidratt til å omsette en eller flere av våre kjerneverdier gjennom sitt arbeid i foretaket. Frist for innsendte forslag er 1. desember 2007.

Kjerneverdiene er, som kjent, "respekt", "åpenhet" og "tilgjengelighet".

En egen komité, hvor blant annet direktøren vil delta, vil vurdere hvem som skal få prisen. Foruten hederlig omtale vil vinneren få en kunstgjenstand.

Fjorårets pris gikk til Jenny Pedersen fra DPS-Midt Finnmark.

Forslagene sendes til: Marit.Kvarum@helse-finnmark.no. Vinneren blir offentliggjort onsdag 19. desember.

Nyhetsbrevet

for Helse Finnmark finner du også på våre hjemmesider
www.helse-finnmark.no

Nyhetsbrev 3 - 2007 (oktober)

Redaktør: Informasjonssjef Marit Kvarum
Grafisk produksjon og trykk: Lundblad Media AS, Tromsø
Naturbilder: Roger Johansen
Kontakt Nyhetsbrevet: Tlf. 78 42 11 38/ 98 26 23 81
Opplag: 1000
Helse Finnmark HF, tlf.: 78 42 10 00
Helse Finnmark, e-post: postmottak@helse-finnmark.no