

Tilsynsmelding 1997



IK - 2649



forord

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har tilsyn med helsetjenesten og helseforholdene. Etaten skal utøve tilsynet på selvstendig faglig grunnlag og gi råd som myndighetsorgan. Som ledd i tilsynsfunksjonen utgir helsedirektøren denne tilsynsmeldingen basert på de senere års tilsynserfaringer. Meldingen bygger også på kunnskap fra andre kilder både om helsetjenesten og om helseforholdene i befolkningen.

Norsk helsetjeneste er basert på et godt, desentralisert tilbud med et økende mangfold i tjenestetilbudene. Den medisinske teknologien er i rask utvikling. Bedre levekår har gitt høyere levealder. Sosiale strukturer og bosettingsmønsteret endrer seg med den økonomiske utviklingen. Den politiske og økonomiske utviklingen gir endrede rammevilkår. Vår prioritering må hele tiden bygge på en helhetsvurdering av disse forholdene.

Det har siden 1970-årene skjedd en økende overføring av helsetjenester til kommunal sektor, og særlig i de senere år er flere store oppgaver lagt til kommunene. En desentralisert

helsetjeneste skal sikre at tilbudene er tilpasset lokale behov. Samtidig skal ikke bosted være avgjørende for omfanget eller kvaliteten av den helsetjeneste som tilbys. Dette krever sterk sentral styring som sikrer helsetjenesten et felles fundament. Helsetjenesten må finne sin form i skjæringspunktet mellom lokalt selvstyre og nasjonale styringsmekanismer.

Det er en tilsynsoppgave å påse at samfunnets krav til helsetjenesten oppfylles og at helse-tjenestens rammevilkår er tilstrekkelige til å ivareta brukernes behov. Selv om vi ovenfor har nevnt at norsk helsetjeneste i hovedsak gir et godt tilbud, vil denne tilsynsmeldingen trekke fram noen av de utfordringene vi ennå står overfor.

Oslo, august 1998

Anne Alvik
helsedirektør



innhold

Forord	1
Innhold.....	3
1. Helsetjenestens utfordringer	5
2. Større sosial ulikhet - ulik helse	7
3. Er vi i ferd med å få et todelt helsevesen?	9
4. Er pasienten i sentrum?	11
5. Personlig integritet i dataalderen	12
6. Klagesaker som grunnlag for tilsyn med helsevirksomheter og helsepersonell	14
7. Internkontroll, tilsyn og rådgivning som virkemiddel for en bedre helsetjeneste	17
8. Tilsynserfaringer fra årene 1995 - 1997	19
9. Psykiatriske pasienter fra institusjon til lokalsamfunn	23
10. Er det nok leger og sykepleiere i Norge?.....	25
11. Norge i verden	29
12. Sluttord	31
Kildehenvisninger	32

1. Helsetjenestens utfordringer

Helseparadokset

Norsk helsetjeneste behandler flere pasienter enn noen gang. Likevel har nyhetsbildet gjennom de siste 15 - 20 år vært preget av «kriser»: udekkede behov, mangel på nøkkelpersonell, lange ventelister, og nå også garanti-brudd. Det at etterspørselen etter helsetjenester øker mens de objektive helseindikatorne stadig blir bedre, er kjent som «helseparadokset». Personer som tidligere døde av sin sykdom, lever i vår tid med kroniske sykdommer som krever kontinuerlig behandling. Nye behandlingstilbud gir behov for kontroll og oppfølging over lang tid også av pasienter med ikke-dødelige sykdommer. Samtidig øker helsebevisstheten og forventningene til helsetjenesten.

Samfunnsutviklingen

I takt med økt flytting til mer sentrale områder utvikler bosettingsmønstrene og kjønns- og aldersfordelingen i landet seg på ulik måte i sentrale områder og i utkantene. De sosiale nettverkene blir også endret og ofte svekket. Rammevilkårene for næringsvirksomhet, offentlige tjenester og sosialt liv endrer seg også. Konsekvensene for helsetjenesten er at det blir stadig vanskeligere å rekruttere kvalifisert personell til utkantstrøk, samtidig som det

oppstår nye og økte behov i vekstsentrene. Både i sentrum og i utkantene ser vi at flere eldre ikke har omsorgspersoner fra yngre generasjoner i nærmiljøet. Det er grunn til bekymring over hvilke konsekvenser fortsatt sentralisering vil få for velferd og helse.

Den medisinske utviklingen

I dag er vi i stand til å gi syke mennesker behandling som gir betydelig bedre livskvalitet enn bare for få år siden, og aldersgrensen for å kunne tilby omfattende behandling er forskjøvet kraftig oppover, særlig gjelder dette kirurgi. Det økende antall personer som lever med kroniske sykdommer vil bidra til å øke utgiftene til helse- og omsorgstjenester. Samtidig er det viktig å understreke at den økende sysselsettingen i helse- og sosialsektoren gir et viktig bidrag til landets økonomi. Det er grunn til å glede seg over hva vi i dag faktisk kan avhjelpe av smerte og lidelse.

I vår tid ser vi også muligheter for at store pasientgrupper kan få forebyggende behandling for å redusere risikoen for senere sykdomsutvikling, f. eks. hjerte-karlidelse, hjerneslag og beinskjørhet. Behandlingen må ofte være livslang, er ofte ganske kostbar og ikke uten bivirkninger.

Slik vil vitenskapelige nyvinninger stadig bringe oss nye utfordringer. I dag kan vi f. eks. bare ane hva genteknologien kan komme til å bety for framtidens helsetjeneste. Dette vil kreve at både helsetjenesten og politikerne stadig utvikler sin etiske innsikt og vurderings-evne.





Oppgavefordelingen på ulike nivåer

Kommuner, fylkeskommuner og utøvende helsepersonell opplever stadig oftere at summen av krav og forventninger overstiger de ressursene som blir stilt til disposisjon. Den økende medisinske spesialiseringen stiller nye krav til personal- og økonomiske ressurser, og krever samtidig at spesialistene holder sine ferdigheter ved like ved å behandle et visst pasientvolum. De nye behandlingsmetodene gjør at pasientene kan skrives ut etter kortere tid, samtidig som nedkorting av liggetiden også blir nødvendig både for å ta imot nye pasienter og for å spare ressurser. Det skjer en stadig oppgaveflytting mellom nivåene i helsetjenesten, og vi ser at kommunene må ta hånd om stadig mer kompliserte medisinske tilstander og pasienter som er sykere. Utviklingen utfordrer også den nåværende sykehusstrukturen.

Medisinske servicefunksjoner

De nye undersøkelses- og behandlingsmetodene fører til økt behov for avanserte servicefunksjoner. Røntgenavdelinger tar i bruk ny teknologi, og det blir i økende grad utført behandling ved røntgenavdelingene. De teknologiske nyvinningene tøyser grensene for livreddende eller livsforlengende behandling og legger flere oppgaver på anestesi- og intensivfunksjoner. Infeksjonspress og antibiotikaresistens skaper behov for tettere mikrobiologisk service, og økende kreftforekomst og nye behandlingsmetoder øker behovet for patologisk service.

Alle sykehus rapporterer slikt behov for styrking av servicefunksjoner, og særlig stort er behovet ved sentral- og regionsykehusene. Behovet for leger, sykepleiere og annet spesial-

personell til disse oppgavene har økt sterkt. Dette er funksjoner som er helt avgjørende for at samhandlingen omkring pasientene skal fungere. Det kommer i liten grad fram gjennom tilgjengelig statistikk hvilken ressursbruk som faktisk er knyttet til slike servicefunksjoner. Trolig vil en styrking og reorganisering av disse funksjonene ha klart positiv virkning for pasientbehandlingen. Det er ønskelig å synliggjøre både ressursbruken til de tverrgående servicefunksjonene og den betydningen disse har.

Kreftomsorgen

Antall krefttilfeller i Norge øker med ca. 2% per år. I perioden 1983-87 var det ca. 16800 nye tilfeller årlig. Dette ventes å ligge 35-40% høyere i perioden 2008-12. Samtidig vil nye behandlingsmetoder kunne føre til at et økende antall kreftpasienter blir friske eller får mange gode leveår med sin kreftsykdom. Forventningene til kreftomsorgen øker. Utilstrekkelig kapasitet på strålebehandling ble påvist både ved Regionssykehuset i Sør-Trøndelag og Haukeland sykehus i 1997, og er også blitt et tiltagende problem ved Radiumhospitalet. Stortinget har våren 1998 vedtatt en plan for opptrapping av strålebehandlingskapasiteten i de kommende år.

Nyvinninger i kreftomsorgen stiller krav til helsetjenesten om å ta i bruk ny kunnskap på riktig måte og samtidig kunne formidle hva pasienten kan oppnå gjennom adekvat behandling. Det stiller faglige og etiske krav til helsepersonell som må gi balansert informasjon om hva man kan oppnå ved ulike behandlingsmetoder og om eventuelle bivirkninger.

2. Større sosial ulikhet – ulik helse

Det har lenge vært kjent at det er store forskjeller mellom regioner eller fylker, innen byområder og mellom yrkesgrupper på viktige mål for helse, som f. eks. dødelighet.

I begynnelsen av 1998 ble det lagt fram nye rapporter både fra Oslo og Akershus som dokumenterer at det stadig er store variasjoner i folks helse relatert til sosial ulikhet. Forventet levealder for nyfødte gutter på Røa er nesten 10 år høyere enn tilsvarende forventet levealder i Oslo sentrum (76,8 mot 67,3 år). Tilsvarende er forventet levealder på landsbasis lavest i Finnmark og høyest i Sogn og Fjordane, forskjellen er ca 4,5 år.

Flere undersøkelser viser at helsemessige ulikheter i moderne industrisamfunn er sterkere assosiert med store inntektsforskjeller enn med fattigdom eller gjennomsnittsinntekt per person. De såkalte "livsstilssykdommene" er også på ulik måte knyttet til relativ sosial status.

Røyking er nå i liten grad en del av atferden i de høyere innteksgruppene.

Tall fra WHO og OECD viser at Norge i 1970 hadde den høyeste middellevetid for kvinner og den tredje høyeste for menn, mens vi i 1990 lå på ellefte plass for kvinner og på tiende plass for menn. Norge ligger ikke lenger i teten når det gjelder forventet levealder sammenliknet med andre OECD-land. Det kan også se ut som et tankekors at velferdsstatens helsetjeneste ikke har ført til mindre forskjell i ulike gruppers sykkelighet og forventet levealder.

Vår forståelse av de sosiale forhold og de biologiske virkningsmekanismer som fører til sykdom er fortsatt mangelfull, og det er behov for mer forskning på dette området. Likevel er det vist at sosial ulikhet fører til helsemessig ulikhet, og arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i samfunnet vil være et av de mest effektive virkemidlene for å bedre folkehelsen.




Fig. 1


3. Er vi i ferd med å få et todelt helsevesen?



Geografisk skjevfordeling

Landsdekkende data om salg av legemidler i Norge har gjennom mange år dokumentert store forskjeller i legemiddelbruk mellom fylkene innenfor de fleste diagnoser. Disse forskjellene lar seg ikke forklare ut fra befolkningssammensetning eller sykdomsmønster alene, men må også sees som forskjeller i medisinske behandlingsregimer for visse sykdommer eller plager. Eksempelvis er forbruket av beroligende midler fire ganger så høyt i Østfold som i Finnmark, av sovemidler tre ganger så høyt i Vest-Agder som i Finnmark og av midler mot depresjon mer enn tre ganger så høyt i Aust-Agder som i Finnmark. Liknende funn gjøres for de fleste legemiddelgrupper.

Lik tilgang på legemidler er viktig. Det er knapphet på farmasøytisk arbeidskraft i apotekene og få søkere til apotekbevillinger i visse deler av landet. Dette er viktige hensyn når ny apoteklov skal utformes.

Et desentralisert bosettingsmønster krever en desentralisert helsetjeneste som dekker alle deler av landet. Utkant-Norge taper ofte i kampen om personellressursene. Kortsiktige tiltak som kan innebære stadig skiftende vikarer, vil som regel

representere kostbare og utilfredsstillende ønsninger for distrikts-Norge, og kan bidra til utviklingen av en geografisk todelt helsetjeneste i landet.

Noen distrikter har prøvd å bøte på personellmangelen med utenlandsk personell. Helsepersonell fra andre land vil ha med seg ny kompetanse i kraft av sin egen kulturforståelse, og dette vil en samlet norsk helsetjeneste kunne ha nytte av. Men utenlandsk helsepersonell som ikke i tilstrekkelig grad behersker norsk eller har mangelfull kunnskap om norske sosiale forhold og norsk helselovgivning, skaper problemer, særlig knyttet til kommunikasjon med pasienter og medarbeidere.

Innvandrere og flyktninger

Helsetjenesten i et flerkulturelt samfunn må få til et godt samarbeid med mennesker fra ulike kulturbakgrunn om den skal nå alle brukere og være til nytte for innvandrere og flyktninger så de får sine behov oppfylt slik de har krav på etter norsk lov. Det er store kulturelle forskjeller i oppfatning av helse og sykdom og av hvordan helsetjenesten bør fungere. Selv om det ikke kan forventes at alle norske helsearbeidere kjenner alle pasienters kulturbakgrunn, må man ta hensyn til ulike kulturforståelse i kommunikasjon og samhandling med pasienten. En må unngå at helsetjenesten fungerer rasistisk, eller at pasienten opplever helsetjenesten som rasistisk.

Dette må få konsekvenser for hvordan tjenestene drives, og i særlig grad for forebyggende arbeid som f. eks. helsestasjonsarbeidet. Forholdene må også legges til rette slik at spesielle helseproblemer kan fanges opp, som f. eks. infeksjonssykdommer, ernæringsfeil, arvelige lidelser, sukkersyke, mentale lidelser og

følgetilstander etter kvinnelig omskjæring. Innvandrere og flyktninger har et oppbrudd bak seg som ofte kan føre til taps- og sorgreaksjoner. For noen ligger det svært smertefulle opplevelser i hjemlandet bak oppbruddet. Helsetjenestens kompetanse til å møte disse er i bedring, men er ennå ikke fullt tilstrekkelig.

Helseprofesjonsutdanningene må gjenspeile at Norge er et flerkulturelt samfunn, slik at nyutdannet personell har tilstrekkelig kompetanse til å gi alle bosatt i Norge en god helsetjeneste. Helsetjenesten må benytte tolk når det er nødvendig.

Privatisering av helsetjenesten

Helsetjenester i Norge er i hovedsak offentlig finansiert og offentlig drevet. Men presset for å bygge ut private helsetjenester er økende. Resultatet kan bli en ikke bare geografisk, men også sosialt og økonomisk todelt helsetjeneste der de ressurssterke kan kjøpe seg kortere ventetid enn andre, samt tilgang til helsetjenester som ikke kan prioriteres av et offentlig finansiert helsevesen, og som kanskje ikke er like faglig velbegrunnet. En privat helsetjeneste som i vesentlig grad er finansiert direkte av brukeren, må styre ressurser mot det brukeren ønsker å betale for. En slik prioritering vil ikke nødvendigvis samsvare med den prioritering samfunnet vil gjøre for å bedre folkehelsen.

I tillegg kommer det hensyn at den offentlige og private helsetjenesten må rekruttere blant det

samme begrensede helsepersonell. Ved å gi lønns- og arbeidsvilkår som det offentlige ikke kan tilby, kan en privat helsetjeneste bidra til å øke underskuddet på kvalifisert helsepersonell i den offentlige helsetjenesten.

I sum kan dette bidra til en todeling av helsetjenesten, der ressurser og pasientkategorier fordeles ulikt mellom private og offentlige helsetjenester.

Ulike problemstillinger må sees i sammenheng

Helsetjeneste er mer enn høyspesialiserte diagnostiske og kurative tiltak, der ny kunnskap og ny teknologi stadig sprenger grenser for hva det er mulig å undersøke eller behandle. Helsetjenestens kvalitet må sees i sammenheng med pasientens opplevelse av ivaretagelse og omsorg. Livslengde må sees i sammenheng med livskvalitet.

Helsetjenesten kan ikke bare vurderes etter antall innleggelser, liggedøgn, utskrivninger og dødelighet. Det er ikke tilstrekkelig å vurdere helsetjenestens resultatmål som forholdet mellom ressurser og produktivitet.

Livreddende akuttmedisin må sees i sammenheng med behovet for økt livskvalitet ved kroniske helseproblemer. Den somatiske helsetjenesten må sees i sammenheng med den psykiatriske. Et økende ressursbehov til mer effektiv forebyggende innsats må ikke settes opp mot et økende ressursbehov innenfor den kurative helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.



4. Er pasienten i sentrum?



Fastlegeordningen - et gode for pasienten eller et tilbakeslag for det tverrfaglige samarbeidet?

En fastlegeordning for kurative tjenester som ikke er tilstrekkelig forankret i de geografisk organiserte deltjenestene i kommunehelsetjenesten, kan gjøre det tverrfaglige samarbeidet i kommunehelsetjenesten vanskelig. Før fastlegereformen iverksettes må det finnes løsninger som ivaretar det samfunnsmedisinske arbeidet og andre offentlige legeoppgaver i kommunene, såvel som sammenhengen i tjenestetilbudet, og som ikke ytterligere øker legefukten fra utkantene. Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet samarbeider om disse spørsmålene.

Vridningseffekter av økonomiske insentiver

Meningen med insentiver er at de skal føre til endringer i driften. Kurpengesystemet førte til lange sykehusopphold og investering i mange sykehussenger. Da stykkpriser ble knyttet til poliklinikkarbeidet, førte dette til at mest mulig av virksomheten ble flyttet til poliklinikkene. Da dagkirurgi ble aktuelt, ble det nødvendig å justere takstsystemer slik at det skulle "lønne seg" for sykehusene å legge om til denne behandlingsformen.

Det er grunnleggende for forslaget om en delvis stykkprisfinansiering at driftsansvarlige skal se hva helsemyndighetene vil prioritere og innrette seg etter det. Men en må også være forberedt på utilsiktede vridningseffekter av den nye finansieringsordningen for sykehus og spesielt av DRG-systemet. For tilsynsmyndighetene blir det viktig å følge situasjonen for å se om enkelte pasientgrupper kommer spesielt dårlig ut. Særlig er det grunn til å overvåke tilbudet til kronisk syke med behov for rehabilitering,

pasienter som ikke uten videre vil være «lønnsomme».

Også i dag har vi eksempler på ordninger som i sin nåværende utforming virker til økende ulikhet i tjenestetilbudet:

Gjestepasientoppgjør med ulik finansieringsgrad

Gjestepasientordningen har gjort det mulig å synliggjøre fylkenes totale ansvar for sine innbyggere, men den har også skapt bekymring i forbindelse med prisfastsettelse eller ulikheter mellom fylkene. Det er stadig press på dette systemet for å få til særtakster eller ekstra finansiering for flere pasientgrupper eller for særlig kostbart utstyr (som f. eks. implantert defibrillator, thalamusstimulator, spinal legemiddelpumpe osv.) Slik prissystemet er utformet i dag, medfører det et betydelig administrativt arbeid. Prissystemet vil uansett påvirke beslutninger om behandling som ikke nødvendigvis er styrt av faglige vurderinger.

Pasienten i sentrum - for hvem?

Norske helsearbeidere har pasienten i sentrum for sin yrkesutøvelse. Derimot er ikke helseinstitusjonene organisert omkring pasienten. Dette skaper ofte frustrasjon og en følelse av utilstrekkelighet hos helsepersonell, og skaper tidvis situasjoner som kan virke uforståelige for pasienter. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus har til oppgave å stimulere til en positiv utvikling innen området intern organisering og ledelse i sykehus. Forumet ble opprettet ved brev fra Sosial- og helsedepartementet 28. august 1997 som et fellesprosjekt for Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, og som en oppfølging av NOU 1997:2 "Pasienten først!".



5. Personlig integritet i dataalderen

Datasikkerhet

Ved tilsyn med helseinstitusjoner viser det seg ofte at det ikke er mulig å finne pasientens journal i behandlingsøyeblikket. Det påstås at i enkelte sykehusavdelinger vil mellom 20 og 30% av sykehusjournalene ikke være umiddelbart tilgjengelige. Samtidig avslører tilsynsbesøk at journalene ofte oppbevares ulåst og slik at uvedkommende kan lese dem. Disse aspektene av datasikkerhet, manglende tilgjengelighet og for lett adgang til journalene for uvedkommende, er i hovedsak organisatoriske. Systematisk og korrekt bruk av moderne informasjonsteknologi kan nok bidra til å løse problemene. Men heller ikke ny teknologi kan løse problemene uten at det gjennomføres organisatoriske endringer.



Den elektroniske utviklingen fører også til at taushetsbelagt informasjon kan kommuniseres stadig raskere og spres i et stadig større omfang. Det er etterhvert få eller ingen begrensninger i forhold til arten og mengden av informasjon som kan lagres. Konsekvensene av at uvedkommende får tilgang til informasjonssystemene, kan derfor bli store.

Er taushetsplikten truet?

Åpenhet og tillit mellom helsetjeneste og pasient er en grunnleggende forutsetning for å komme fram til riktig diagnose som grunnlag for god og forsvarlig behandling. Det nødvendige tillitsforhold avhenger av at pasienten kan føle seg trygg på at de opplysninger legen får, ikke bringes videre uten at pasienten har kontroll over det. Taushetsplikt-tenkningen er grunnfestet i norsk helsetjeneste, men likevel forekommer det at taushetsplikten brytes. Behovet for rask og fullstendig kommunikasjon mellom behandlere på ulike nivåer i helse-

tjenesten innebærer også utfordringer for hvordan reglene om taushetsplikt skal praktiseres.

Vi må hele tiden sikre oss mot ulovlig kommunikasjon av pasientopplysninger mellom personell i samarbeidende etater, mot ulovlig kommunikasjon av pasientopplysninger for å evaluere og kontrollere kvaliteten av nye behandlingsmetoder, ulovlig overføring av detaljerte pasientopplysninger til pasientadministrative systemer og ulovlig registrering av helsedata. På alle disse områdene setter taushetsplikten strenge begrensninger etter gjeldende rett.

Men truslene mot taushetsplikten er flere. I avveien mot andre viktige samfunnsinteresser har de hensyn som begrunner taushetsplikten flere ganger måttet vike. Det er gjort unntak fra taushetsplikten i visse bestemmelser i legeloven, i folketrygdloven og i straffeloven. Et vesentlig unntak kom i 1993 da det ble innført opplysningsplikt til barnevernet.

Utviklingen i retning av stadig flere lovbestemte unntak fra taushetsplikten gjør det nødvendig å holde spørsmålet om vern av taushetsplikten levende.

For å bidra til profesjonell opptreden fra den som skal ivareta taushetsplikten, og for å fremme korrekt informasjonshåndtering ved bruk av datautstyr, må det formuleres klare krav både til den enkelte og til virksomhetene om aktsomhet, hensiktsmessig organisering og gode styringssystemer.

Hva med forskningen?

I det moderne samfunn kreves det en balanse mellom utnyttelsen av det tekniske potensiale og rammene som skal verne om privatsfæren. Helsedata vil alltid være sensitive, men for streng eller restriktiv holdning til registrering av slike data vil hemme mye registerepidemiologisk forskning, noe vi verken som individer eller som samfunn er tjent med.





6.

Klagesaker som grunnlag for tilsyn med helsevirksomheter og helsepersonell

Pasienter har i dag ingen lovbestemt adgang til å klage på helsetjenesten. Adgangen til å klage bygger på en etablert ordning som likevel har mange likhetstrekk med en formalisert klageadgang. Klagenes fremmes først for fylkeslegen. Hvis fylkeslegen vurderer saken som så alvorlig at det er grunnlag for administrativ reaksjon etter helsepersonellovgivningen, blir saken overført til Helsetilsynet. Saken vil også bli overført dersom den som klaget eller den det ble klaget på, ikke er tilfreds med fylkeslegens avgjørelse.

Kunnskap om forholdene i helsetjenesten er viktig for tilsynsmyndighetene. Her utgjør etablerte meldeordninger og kunnskaper fra tilsynet for øvrig sammen med klager fra pasienter viktige elementer som kan avsløre hvor og hvorfor eventuell svikt skjer.

Utviklingen i antall klagesaker som er oversendt til og behandlet i Helsetilsynet, har ikke vært stabil de seneste årene. En klar økning i slutten av 1980-tallet flatet noe ut på begynnelsen av 1990-tallet, mens vi siste år igjen har sett en tendens til økning. En sterkere vektlegging av forbruker- og pasientrettigheter i hele samfunnet kan nok forklare noe av den økningen som har funnet sted. Det er usikkert hvordan utviklingen framover vil bli.

For fylkeslegene og Helsetilsynet gir klagesakene god innsikt i mange av de praktiske problemene helsepersonell og pasienter sliter med i hverdagen og er en viktig del av tilsynet. Tilsynet relateres både til den enkelte helsearbeider og til systemet han eller hun arbeider i. Det betyr at både fylkeslegen og Helsetilsynet vurderer om forholdet kan skyldes mangelfulle eller sviktende rutiner i virksomheten eller om det dreier seg om svikt hos enkeltpersoner.

Ikke sjelden finner man at det både har vært svikt i rutiner og at enkeltpersoner har sviktet på en eller annen måte. Vi har ikke tall for hele landet som kan vise andelen klager til fylkeslegene som har ført fram. For noen år siden endte ca. 40 % av alle de klagesakene som ble overført fra fylkeslegene til Helsetilsynet uten reaksjon. Antall saker som er overført fra fylkeslegene til Helsetilsynet har variert mellom 218 i 1991, 414 i 1994 og 382 i 1997, samtidig som andelen av klagenes som har endt med reaksjon fra Helsetilsynet, har økt. I første halvdel av 1998 fant Helsetilsynet at det har vært svikt i ca. 74 % av sakene som fylkeslegene har overført. I resten av klagesakene er det et misforhold mellom pasientens forventninger og helse-tjenestens ytelser, uten at det er mulig for tilsynsmyndighetene å dokumentere svikt.

Av og til bunner klager i kommunikasjonssvikt og misforståelser. For pasienter og publikum kan det da være mer hensiktsmessig å utnytte pasientombudenes meglersrolle i stedet for å bringe slike saker inn for tilsynsorganene.

I en del tilfeller må tilsynsmyndighetene vurdere om helsepersonell er skikket til å inneha offentlig godkjenning. Saksbehandlingen i tilbakekallsaker er omfattende og gjenspeiler disse sakenes alvor og hensynet til rettssikkerhet for alle de berørte.

Hva klages det på?

Tilsynssakene er viktige ved at de er normgivende. Dette forutsetter at resultatene bringes tilbake til helsetjenesten i en eller annen form. Dette skjer på ulike måter, blant annet gjennom utgivelsen av *Helserettsinfo* som kommer ut 3 - 4 ganger i året, og der et utvalg av Helsetilsynets avgjørelser presenteres i

anonymisert form. Bladet spres til helsetjenesten på alle nivå. Fagtidsskriftene bringer også artikler som refererer avgjørelser i klagesaker som gir gode eksempler på hvor grensen for det forsvarlige går, hva som regnes som akseptabel oppreden overfor pasienter, og hva som ellers

skal til for at det foreligger brudd på regelverket. I tillegg til å ivareta rettssikkerheten for både pasienter og helsepersonell, skal tilsynet gjennom klagesakene også kunne benyttes som grunnlag for kvalitetsforbedring.

Fig. 2 Grunnlag for Helsetilsynets reaksjon mot helsepersonell i første halvår 1998

	Antall	Ca. %
Uforsvarlig forskrivning av legemiddel i klasse A/B	13	(9%)
Feil eller mangelfull diagnose	20	(14%)
Feil eller mangelfull behandling	44	(31%)
Utilstrekkelig oppfølging eller kontroll	24	(17%)
Feil eller mangelfull pleie	2	(1%)
Feil eller mangelfull journalføring	26	(19%)
Overtredelse av taushetspliktsbestemmelsene	6	(4%)
Utilstrekkelig informasjon til pasient eller pårørende	4	(3%)
Rutinesvikt som ikke dekkes av ovenstående	4	(3%)
Seksuell utnytting av pasient/klient	5	(4%)
Legemiddel- eller alkoholmisbruk	25	(18%)
Økonomiske misligheter	7	(5%)
Uhøfelig/uverdig oppreden	4	(3%)
Mangelfulle opplysninger til tilsynsmyndighetene	4	(3%)
Annet	25	(18%)
Intet grunnlag for reaksjon	37	(26%)

Tallene i figur 2 viser hvilke forhold som lå til grunn for Helsetilsynets reaksjoner mot helsepersonell i første halvår 1998, som er det første året slike data er registrert. Helsetilsynet har hatt et klagesaksregister siden 1993, der det er registrert hvilke reaksjonsformer som er brukt. Figurene 2 og 3 viser oversikter over antall ferdigbehandlede saker der det ble funnet grunnlag for reaksjon mot henholdsvis helsepersonell og virksomheter.

Tabellen nedenfor viser hvordan reaksjonsmåtene og tilbakekallsakene er fordelt mellom de ulike kategoriene av helsepersonell.

Fig. 3 Reaksjoner fordelt på grupper av helsepersonell:

Advarsel og tilrettevisning

	1993	1994	1995	1996	1997*
Leger	43	30	24	37	85
Tannleger	2	5	10	3	10
Psykologer	6	1	3	2	5
Sykepleiere	4	5	4	6	16
Hjelpepleiere	2	-	-	2	6
Fysioterapeuter	-	1	-	1	7
Vernepleiere	-	-	-	-	5

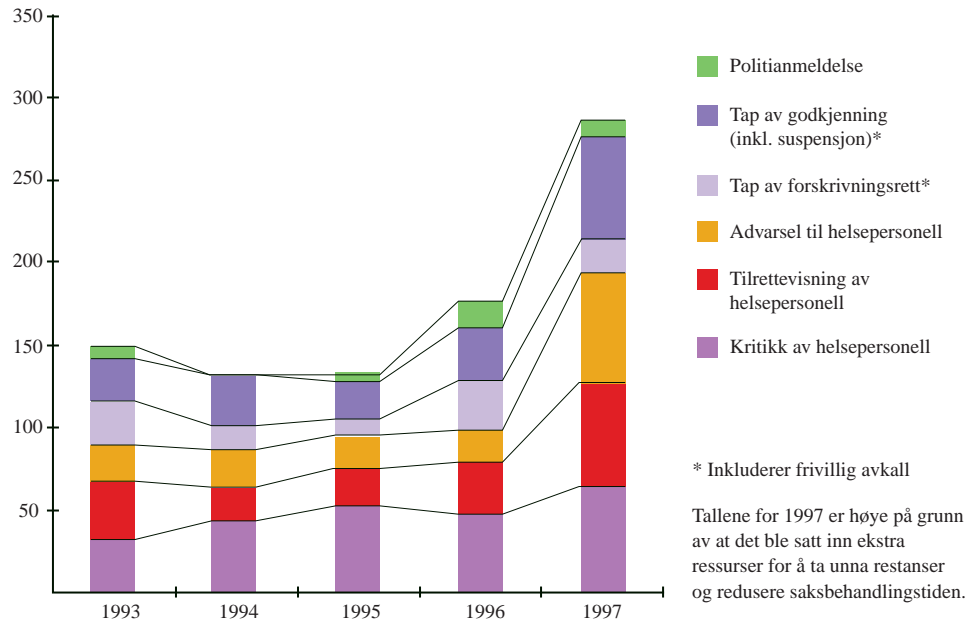
Tilbakekalling av offentlig godkjenning

	1993	1994	1995	1996	1997*
Leger	16	8	5	15	26
Tannleger	2	1	2	5	-
Psykologer	2	2	2	1	2



Fig. 4

Oversikt over reaksjoner mot helsepersonell 1993 - 1997

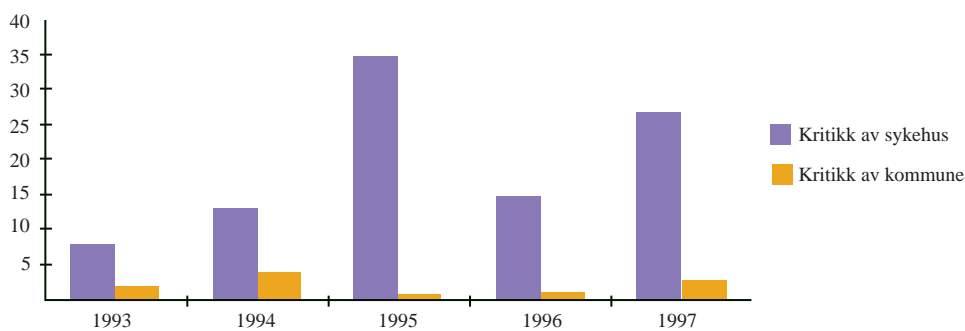


Kilde: Statens helsetilsyn

Helsynets statistikk viser at kritikken i hovedsak rettes mot leger mens tilbakekallsakene rammer leger og sykepleiere i omtrent like stort omfang.

Fig. 5

Oversikt over kritikk mot virksomheter



Kilde: Statens helsetilsyn

7. Internkontroll, tilsyn og rådgivning som virkemiddel for en bedre helsetjeneste

Internkontroll

Tilsynsloven pålegger enhver som yter helse-tjeneste å etablere internkontrollsystem for virksomheten. Et internkontrollsystem er også et kvalitetssystem, men kan være begrenset til bare å omfatte de krav som regelverket stiller. Internkontrollsystemet vil derfor oftest være en del av et større kvalitetssystem. I tilsynsloven er det også et krav at virksomheten skal planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer. Noen av disse normene er definert i andre deler av helse-lovgivningen, andre defineres av profesjonene selv.

Kravet om at virksomhetene i helsetjenesten skal ha et internkontrollsystem ikke bare etter HMS-regelverket¹⁾, men også etter helselovgivningen, innebærer at tilsynet i hovedsak må utføres som en systemrevisjon av virksomhetenes kvalitetssystem.

Nasjonalt strategi for kvalitetsutvikling i helse-tjenesten har som overordnet mål at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000. En kartleggingsundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn sommeren 1997 konkluderer med at virksomhetene i helse-tjenesten var kommet kort i arbeidet med innføring av internkontroll. De fylkeskommunale virksomhetene, spesielt de somatiske sykehusene, er stort sett kommet lenger enn de kommunale virksomhetene.

Ved felles tilsyn med legevakt-tjenesten i kommunene i 1997, ble det påpekt at ca. 2/3 av de virksomhetene som ble gjenstand for tilsyn manglet eller bare hadde et ufullstendig internkontrollsystem.



Felles tilsyn med psykiatriske institusjoner som mottar pasienter som øyeblikkelig hjelp, gjennomført i 1996/97, viste at arbeidet med kvalitetsstyring og internkontroll var kommet kort i svært mange institusjoner.

Tilsyn

Tilsynsmyndighetene legger vekt på at tilsynet fremstår som samordnet, forutsigbart og metodisk likt over hele landet. Helsetilsynet har ansvar for å planlegge og samordne de felles tilsyn som skal utføres i fylkene, sammenstille erfaringene, samt ivareta det nasjonale perspektivet i tilsynet med helsetjenesten.

Helsetilsynet utfører også tilsyn med produksjon og distribusjon av legemidler. Fylkeslegene utfører det oppsøkende tilsynet med de fleste andre områdene av helsetjenesten. Fylkeslegene avgjør hvilke områder av helsetjenesten og hvilke virksomheter de vil føre tilsyn med ut fra en vurdering av forholdene i fylket, med unntak for de felles tilsynsområdene.

1) HMS-regelverket omfatter arbeidsmiljøloven, brannvernloven og lov om tilsyn med elektriske anlegg, alle med tilhørende forskrifter.



Hvert år fører alle fylkeslegene tilsyn med minst to utvalgte områder av helsetjenesten som er felles for alle fylkene. Helsetilsynet utpeker områdene etter samråd med fylkeslegene. I 1997 ble det ført felles tilsyn med kirurgiske avdelinger og kommunale legevaktsordninger. I 1998 blir det ført felles tilsyn med helsetjenesten for eldre og med ventetidsgarantien.

Fylkeslegene har ikke myndighet til å gi påbud om retting av avvikende forhold. Slik myndighet tilligger Helsetilsynet. Helsetilsynet har imidlertid ikke adekvate virkemidler dersom påbud ikke følges. Stenging av avdelinger på sykehus, som Helsetilsynet i dag kan treffe vedtak om, er sjelden noen god løsning. Erfaring viser også at det kan være behov for mer nyanseerte sanksjonsmuligheter enn å stenge virksomheten. Behovet for å gi varsel om påbud har vært økende. Sosial- og helsedepartementet har nå lagt fram forslag om å gi Helsetilsynet mer effektive sanksjonsmuligheter dersom påbud ikke følges.

Rådgivning

Det er viktig at ny kunnskap når fram til den utøvende helsetjenesten på en effektiv måte. Det publiseres årlig ca. 2 mill. artikler i fagtidsskrifter innenfor det biomedisinske feltet, noe som gjør det nærmest umulig å holde seg faglig à jour. Det er derfor behov for effektive metoder både for å innhente nyheter, kontrollere at ny fagkunnskap er pålitelig og for å bidra til at ny kunnskap kan settes ut i livet.

Systematisk internasjonalt samarbeid, både knyttet til "Evidence Based Medicine", Cochrane-samarbeidet og medisinsk teknologivurdering har gitt oss ny metodekunnskap. Nyere kvalitets-teori fokuserer også på at tjenesteutøvere må arbeide mer systematisk med å oppdatere metodebøker basert på allment akseptert kunnskap, slik at foreldede metoder som ikke lenger kan forsvares faglig, tas ut av bruk.

Dagens arbeid fokuserer på å definere hvilke spørsmål som er relevante, utprøving av systematiske metoder for å søke etter og innhente svar i litteraturen, samarbeid om å analysere den foreliggende dokumentasjon og utprøving av metoder for effektiv formidling av kunnskapen og evaluering av effekten.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har alltid hatt en rådgiverrolle både i forhold til departementet, helsetjenesten og befolkningen. Rådene har vært gitt i form av utredninger, veiledningshefter, pressemeldinger, møter, kurs og konferanser. Helsetilsynet har sett et behov for å videreutvikle og forbedre metodene i rådgivningsarbeidet og har i 1997 tatt initiativ til å få fram en veileder som kan gi råd om prosess og metode i arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer og formidle dem til bruk i helsetjenesten. En annen gruppe har satt søkelys på fylkeslegenes rådgiverrolle i samfunnsmedisinske spørsmål.



8. Tilsynserfaringer fra årene 1995–1997

Tilsyn med apotek

Helsetilsynet fører selv tilsyn med apotek som forutsatt i apoteklovgivningen. Det er i perioden gjennomført tilsyn ved 63 apotek. I 1995 ble tilsynsmetodikken lagt om slik at tilsynet nå føres som tilsyn med internkontrollen. Apotektilsyn etter ny metodikk er beskrevet i Norsk Farmaceutisk Tidsskrift nr. 8/96.

Avvik og anmerkninger fra Helsetilsynet følges i det alt vesentlige godt opp av apotekerne.

Avvik og anmerkninger som er gjennomgående ved mange apotek blir omtalt i rundskriv som sendes alle apotek. Det er således gitt anbefalinger fra Helsetilsynet vedrørende bl. a. leveringsnøyaktighet, leveringsdyktighet og temperaturoppfølging (1996), samt ledelse og oppdeling av ferdigpakninger (1997).

I perioden er det gitt advarsler til fem apotek. Advarslene gjaldt manglende oppfølging av bestemmelsene om håndtering av narkotika i apotek, manglende kontroll av og instruks for tilvirkning i apotek, at arbeidsoppgaver som etter loven skal utføres av farmasøyt ble delegert til teknikere, og at oppdeling av legemiddelpakninger ble gjort på en måte som kunne medføre sammenblanding av preparater. Det ble videre gitt advarsler til to apotekere for personlige forhold.

Tilsyn med legemiddeltilvirkere m.v.

Tilsyn med norske legemiddeltilvirkere, grossister og importører er en internasjonal forpliktelse og skal overfor tilvirkerne gjennomføres minst hvert annet år.

Det har i perioden vært utført 35 tilsyn på dette området. Det er påpekt avvik og anmerkninger ved samtlige tilsyn, men ingen forhold har vært av så

alvorlig karakter at det har hatt innvirkning på tilvirkertillatelsen. De avvik som påpekes fra Helsetilsynet følges godt opp fra tilsynsobjektene side.

Tilsyn med blodbanker

Det er gitt frist til utgangen av 1998 for at blodbankene skal kunne søke om tilvirkertillatelse for sin virksomhet som legemiddelprodusenter. (Blodprodukter er definert som legemidler.) I perioden 1995 - 1997 er det utført 35 tilsyn og 12 besøk av mer veiledende karakter ved blodbankene. Helsetilsynets anmerkninger og anbefalinger møtes med stor vilje til oppfølging fra fagmiljøet. Framdriften i å iverksette kravene er likevel varierende, noe som kan tilskrives manglende midler til å gjennomføre nødvendige bygningsmessige endringer.

Tilsyn med helsetjenesten for eldre

Diskusjonen om hva pleie- og omsorgstjenestene skal tilby sine brukere blir ofte en diskusjon om kommunen har nok sykehjems plasser eller ikke. Det kommunale tjenesteapparatet kan ha for dårlig kapasitet og differensiering i tilbudet av hjemmetjenester. Konsekvensen av dette kan bli satsing på flere institusjons plasser, mens det kanskje er manglende kapasitet og trygghet for





hjelp i hjemmet som er hovedproblemet. De eldste eldre kan ha store og sammensatte behov for helse-, pleie- og omsorgstjenester. Dette stiller store krav til samarbeid og samhandling mellom de ulike deltjenestene i kommunene og mellom første- og andrelinjetjenesten.

Felles tilsyn med sykehjem var planlagt til 1995. Noen av disse fellestilsynene måtte også utføres i 1996. Flere fylkesleger gjennomførte slike tilsyn i flere kommuner også i 1997. Rapportene viser at mange kommuner sliter med de samme problemene:

- Sykehjemmene er stort sett kommet ganske kort når det gjelder utvikling av internkontrollsystem.
- Forvaltningslovens bestemmelse etterleves ikke ved tildeling eller avslag på søknad om tildeling av tjenester, idet det ikke opplyses om klageadgang.
- Beboernes journaler ble ikke ført eller oppbevart slik regelverket krever. Oppbevaring og bruk av informasjon i kardex-systemet skjer i strid med taushetspliktbestemmelsene.
- Regelverket som gjelder for disponering av kontantytelser følges ikke.
- Mange av pasientene på sykehjem er svært syke og trenger sykepleie, mens mange sykehjem må bruke ufaglært bemanning og har små ressurser til faglig vedlikehold.
- Legemiddelhåndteringen foregår ikke i samsvar med gjeldende regelverk, stort sett på grunn av utilstrekkelig bemanning.
- Mange sykehjem har en uhensiktsmessig arealdisponering. Beboerrommene er små, det er få bad og fellesrom.

Den nasjonale handlingsplan for eldreomsorg (1998 - 2001) ble vedtatt i 1997 med en kostnadsramme på ca. 30 milliarder kroner. Ny forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten med retningslinjer for planlegging trådte også i kraft i 1997. Noen av fylkeslegene beskriver erfaringene fra tilsynet med helsetjenesten for eldre i medisinalmeldingene for alle årene i perioden 1995 - 1997. I 1997 er de fleste kommunene i gang med planarbeid, men ennå er arbeidet med internkontrollsystemer i den enkelte in-

stitusjon som regel kommet ganske kort. Personellmangel og rekrutteringsproblemer nevnes fremdeles i 1997. Medisinalmeldingene ga også eksempler på andre problemer:

- Ved de fleste institusjonene ble det påpekt manglende tilbud til aldersdemente som har behov for plasser i skjermet enhet. Mange kommuner klager også over utilstrekkelig støtte fra annenlinjetjenesten til utredning av pasienter med symptomer på aldersdemens, mens andre fylker har fått til velfungerende ordninger. Også rettssikkerhetsproblemene knyttet til gruppa aldersdemente blir påpekt av flere fylkesleger.
- Mange kommuner mangler korttids rehabiliteringstilbud til syke og pleietrengende eldre fordi plassene som var beregnet til korttidsopphold må nyttes til pleietrengende som har behov for varig opphold. Dette fører inn i en ond sirkel, og de som ikke får hjelp til rehabilitering, kan få behov for kostbar og mer omfattende pleietjeneste tidligere enn det som ellers ville vært nødvendig.
- Det er store ulikheter i omfanget og organiseringen av legetjenester som tilbys de eldre. Mange eldre har ikke fast lege, og legeordningen i sykehjem er ofte ikke tilpasset behovet for medisinsk faglig tilsyn. Samhandlingen mellom legetjenester og hjemmesykepleie er også dårlig mange steder. Fylkeslegene påpeker også at mange hjemmeboende brukere må forholde seg til et stort antall skiftende personell.
- I for liten grad foregår det tverrfaglig planlegging, evaluering og samordning av tiltak for oppfølging (behandling, omsorg og rehabilitering) og for å gjøre hverdagen mer meningsfylt på beboernes premisser. Tiltaksplaner for den enkelte beboer mangler ofte. Det er gjennomgående mangel på tid til å ivareta sosial kontakt og mental stimulering av den enkelte.

Tilsynet med kommunale legevaktordning

Det felles legevakttilsynet i 1997 viste at en rekke kommuner samarbeider om den kommunale legevaktorganiseringen. I flere fylker er det også et samarbeid med fylkeskommunen om

drift av legevaktsentraler. Tilsynet avdekket at samarbeidet ikke fungerte tilfredsstillende uten en klar ansvars plassering og gode kommunikasjonslinjer mellom partene, og at dette var en mangel ved nær 4/5 av de undersøkte ordningene.

Sammenhengende behandlingsskjeder

I medisinalmeldingene for 1997 ble fylkeslegene bedt om å gjøre rede for områder hvor det var etablert formelt faglig samarbeid innenfor psykiatri og somatikk. Det ble spesielt bedt om opplysninger vedrørende seksuelle overgrep, helhetlig psykiatriplanlegging, formaliserte tiltaksplaner, aldersdemente og habilitering av barn. Flertallet av fylkeslegene rapporterer at det foregår et formalisert samarbeid på disse områdene. Det er også etablert rutiner for oppfølging etter selvmordsforsøk i de fleste fylkene.

Ved uenighet mellom forvaltningsnivåene om behov og ansvar er det pasient og pårørende som blir taperne. Det er et betydelig forbedringspotensiale i samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Tilsyn ved medisinske avdelinger

I 1994-95 ble det gjennomført felles tilsyn på de medisinske avdelingene ved alle region- og sentralsykehus. Tilsynet avdekket et tilnærmet konstant overbelegg på mange avdelinger. Det avdekket videre at forhold knyttet til journaler

og journalhåndtering ikke var tilfredsstillende, at systemer for internkontroll i liten grad fungerte, og at personalet ofte arbeidet under vanskelige forhold hva angår bygninger og utstyr. Helsetilsynet gjennomførte i 1996 og 1997 kartlegginger av beleggssituasjonen ved medisinske avdelinger. Disse viste en gjennomsnittlig beleggsprosent på henholdsvis 97,5 og 99,9. Et gjennomsnittlig belegg på 85 % regnes som optimalt for rasjonell drift. De høye beleggsprosentene indikerer at avdelingene i lange perioder har en betydelig overbelastning med økt risiko for både for pasienter og ansatte. I tillegg viser kartleggingene at 80 - 95% av innleggelsene gjelder øyeblikkelig hjelp, noe som vanskeliggjør planleggingen.

De problemene som ble avdekket i 1994-95, og som særlig manifesterte seg ved overbelegg og knapp bemanning i forhold til arbeidsbelastningen, synes å ha blitt forverret.

Overbelegget er ikke redusert samtidig som det meldes om en økende personellmangel. En del av overbelegget skyldes at kommunene eller bydelene ikke overholder sin forpliktelse til å ta imot medisinsk ferdigbehandlede pasienter.

Tilsyn ved kirurgiske avdelinger

I 1997 ble det utført tilsyn i form av systemrevisjoner ved minst en kirurgisk avdeling i hvert fylke. En foreløpig gjennomgang av fylkeslegenes rapporter viser mangler ved journalrutinene ved de fleste avdelingene som ble revidert. Videre ble

Fig. 6 Ubesatte spesialisthjelmere fordelt på helseregioner, 1995–1997

	1995	1996	1997
Helseregion I	4%	5%	6%
Helseregion II	6%	6%	6%
Helseregion III	10%	11%	10%
Helseregion IV	13%	18%	14%
Helseregion V	14%	16%	18%
Landsgjennomsnitt*	9%	10%	10%

* *Untatt statssykehus og stiftelser med landsdekkende funksjoner.*

Kilde: Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS)



det observert at kvalitetsutvalgets funksjon og sammensetning ikke er tilstrekkelig kjent ved mange avdelinger. Mangler ved og kunnskap om melderutiner for skader ble også påpekt overfor en rekke avdelinger.

Påbud og varsel om påbud gitt i 1996 og 1997

I 1996 ga Helsetilsynet åtte varsler til fylkeskommuner om at det ville bli gitt pålegg dersom ikke alvorlige mangler ble rettet (Oslo 2, Rogaland 2, Akershus, Aust-Agder, Hordaland og Sør-Trøndelag 1 hver). Fylkeslegene har i 1997 i seks tilfeller funnet det nødvendig å bringe saker inn for Statens helsetilsyn med tanke på bruk av påbudshjemlene. I 1997 gav Helsetilsynet varsel om påbud eller påbud knyttet til forhold ved fire sykehus:

Regionsykehuset i Sør-Trøndelag. Sør-Trøndelag fylkeskommune fikk 23. oktober 1997 varsel om påbud grunnet for lang ventetid på både kurativ og lindrende strålebehandling ved sykehuset. Ventetiden for kurativ behandling var på det aktuelle tidspunkt opptil 3 måneder. Varselet om påbud ble trukket tilbake 22. januar 1998, men situasjonen er labil, og tilsynsmyndighetene følger utviklingen nøye.

Haukeland sykehus. Hordaland fylkeskommune fikk 2. juli 1997 varsel om påbud grunnet vedvarende overbelegg på medisinsk avdeling. Den 10. oktober fikk sykehuset nytt varsel om påbud grunnet lang ventetid på strålebehandling og mangelfull tilgang til og føring av journal på onkologisk avdeling. Varslene om påbud ble trukket tilbake 17. mars 1998, da situasjonen var bedret på begge avdelingene. Situasjonen ved sykehuset er fortsatt sårbar, og det er fortsatt enkelte uavklarte forhold vedrørende medisinsk avdeling. Tilsynsmyndighetene følger situasjonen nøye.

Sentralsykehuset i Akershus. Akershus fylkeskommune fikk 23. mai 1997 varsel om påbud grunnet kritikkverdig og uforsvarlig drift av sykehusets medisinske avdeling. Stort overbelegg ved avdelingen viste seg å kunne ha til dels alvorlige konsekvenser for pasientbehandlingen. Plassering av mange pasienter i korridorene

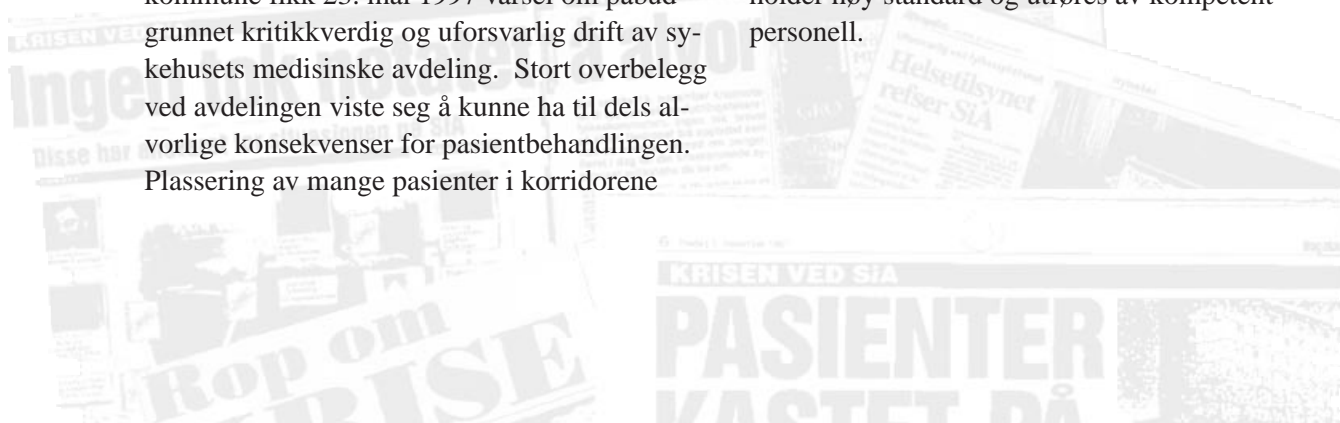
skapte dårlige hygieniske forhold og uverdige situasjoner der pasienters personlige integritet ikke ble ivaretatt. Situasjonen ble ikke vesentlig endret i løpet av året, og Akershus fylkeskommune ble 22. desember 1997 gitt påbud om å endre forholdene umiddelbart. Påbudet ble ansett etterkommet den 3. februar 1998, etter at fylkeskommunen hadde redegjort for iverksatte og planlagte tiltak.

Fylkeskommunen har i juni 1998 redegjort for de tiltak som er iverksatt og de videre planer for kapasitetsøkning. Helsedirektøren er fortsatt bekymret for situasjonen ved Sentralsykehuset i Akershus, og tilsynsmyndighetene følger situasjonen nøye.

Rana sykehus. Nordland fylkeskommune fikk 10. november 1997 varsel om påbud grunnet avvik knyttet til praktiseringen av visse bestemmelser i abortloven. Varsel om påbud ble gitt etter flere resultatløse anmodninger fra fylkeslegen om å rette opp de påviste avvik. Varselet ble trukket tilbake 25. november 1997, etter at fylkeskommunen hadde redegjort for hvordan avvikene skulle rettes opp. Saken anses som avsluttet i Helsetilsynet.

Hovedinntrykk fra tilsynet

En fungerende internkontroll skal gjøre det mulig for virksomheten å fange opp mangler slik at feil kan rettes lokalt, eventuelt at det gis melding til eier om forhold som krever eiers medvirkning. Helsedirektøren har merket seg at verken kommunene eller fylkeskommunene selv utbedret de forholdene som ble funnet utilfredsstillende, før de ble avdekket og påpekt av fylkeslegen. I de aller fleste tilfellene blir da forholdene, som ovenfor nevnt, rettet innen rimelig tid, og etaten har god erfaring fra dialogen med eiere og ledelse. Som en konklusjon mener tilsynsmyndighetene at den helse-tjenesten som tilbys i norsk helsevesen stort sett holder høy standard og utføres av kompetent personell.



9. Psykiatriske pasienter fra institusjon til lokalsamfunn?



Det er ikke holdepunkter for påstander om en økning i psykiatrisk sykkelighet de siste tiårene, men psykiatrien og psykiatriske pasienter er blitt mer synlige i media såvel som i nærmiljø og lokalsamfunn. Dette skyldes i hovedsak at psykiatriske pasienter ikke lenger oppholder seg i årevis i lukkede institusjoner, men får anledning til å prøve ut et mer normalt liv etterhvert som de vurderes å være tilstrekkelig friske til det. Samtidig er det blitt større åpenhet om psykiske lidelser, og mer mediaoppmerksomhet om lidelsene og pasientene.

Det er viktig å slå fast at en normalisering av livssituasjonen og større åpenhet er en positiv utvikling. Også personer som på grunn av sin sykdom eller på grunn av bivirkninger fra medisiner har en adferd som avviker fra flertallets, må kunne leve utenfor institusjon uten å risikere utstøtning eller mobbing.

Desentralisering av psykiatrien fra store institusjoner til åpne, lett tilgjengelige og lokalt tilpassede behandlingstilbud er en viktig målsetting. Nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene forutsatte en betydelig oppbygging av desentraliserte fylkeskommunale behandlingstilbud og kommunale bo- og omsorgstjenester. Det er fremdeles behov for en forsert utbygging av slike tilbud. I St prp nr 63(1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, er det foreslått betydelige bevilgninger for å bygge ut tilbudene i kommunene.

Av fylkeslegenes tilsynsmeldinger for 1997 går det fram at mange pasienter ikke blir skrevet ut fra institusjonene fordi det ikke eksisterer kommunale tilbud som kan dekke deres omsorgsbehov. De trenger ikke et institusjonstilbud, men er likevel for syke til å klare seg uten tilpassede kommunale tjenester.

Ulike kartlegginger (SINTEF rapport nr. 5/97 og NOU 1995:14) viser at en stor andel innlagte pasienter (20-30%) burde vært ved andre typer avdelinger eller fått tilbud utenfor institusjon. Unødvige institusjonsopphold og feilaktig bruk av behandlingsplassene innebærer også at økonomiske og personellmessige ressurser ikke brukes der de trengs mest. En viktig side av dette er at innlagte pasienter som er ferdigbehandlet opptar plasser som burde tilbys andre med et mer akutt behov for innleggelse.

Mangelfulle behandlingstilbud lokalt fører således til

- innleggelse som kunne vært unngått
- i noen tilfeller unødvig forlengelse av opphold
- i andre tilfeller for tidlige og for dårlig forberedte utskrivninger
- belastning for nærmiljøet rundt pasienten.

Situasjonen i Oslo fremstår noe annerledes enn i landet for øvrig. Mens pasienter i andre fylker i stor grad forblir i institusjon i påvente av et kommunalt tilbud, blir pasienter tilhørende Oslo i bekymringsfull grad utskrevet til et dårlig utbygget eller manglende tilbud. Det er Oslo kommunes ansvar å sikre et faglig forsvarlig tilbud også utenfor de psykiatriske institusjonene. Dette er det bred politisk enighet om, men det ser ut som dette ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp gjennom etablering av gode tilbud i bydelene. Oslo er dessuten i likhet med andre hovedsteder preget av storbyproblemer som skaper egne utfordringer for det psykiatriske hjelpeapparatet.

Norge har nå best psykiaterdekning i Norden i forhold til folketallet. Andelen besatte sykepleierstillinger i psykiatriske institusjoner har vært økende i senere år, og andelen ufaglærte har gått sterkt ned. I kommunene er det de siste årene opprettet en rekke nye stillinger for psykiatriske sykepleiere. Selv om en rekke av disse fortsatt er ubesatte, har det totale antallet utførte årsverk økt.

To psykiatriske pasienter er i 1998 under etterforskning for dobbeltdrap henholdsvis i Rogaland og Nordland. Drapene har ført til debatt om behandlingen av farlige sinnslidende. Fylkeslegene i Rogaland og Nordland har utarbeidet rapporter fra begge hendelsene. Fylkeslegene har vurdert de virksomheter som hadde det faglige ansvaret for oppfølging av pasientene. Rapportene er over-

sendt Helsetilsynet for videre behandling.

Det er viktig å presisere at slike tragiske hendelser ikke må etterlate et bilde av psykiatriske pasienter flest som potensielt farlige og voldelige. Det er opprettet regionale sikkerhetsavdelinger som skal ivareta behandlingen av det fåtall pasienter som ansees som farlige og med behov for særlige sikkerhetstiltak. Det er ingen holdepunkter for at drapene skjedde som en følge av manglende kapasitet innenfor disse avdelingene. En av pasientene var frivillig innlagt og i ordinær permisjon da drapene skjedde. Den andre var ikke innlagt på det aktuelle tidspunkt, men fikk poliklinisk behandling. I de konkrete sakene vil tilsynet måtte innbefatte en vurdering av om det var mulig å forutse at disse pasientene ville være til fare for seg selv eller andre.

Helsetilsynet har satt i gang en utredning av de drap og andre alvorlige voldshandlinger som er begått av utilregnelige sinnslidende i årene 1994-96, som foreslått i St meld nr 25 (1996-97). Mye tyder på at de tall for slike drap som tidligere er oppgitt, er for høye. Gjennomgangen forventes å være ferdig i august 1998, og vil bl. a. gi mer nøyaktige tall for forekomsten av drap begått av utilregnelige sinnslidende. Gjennomgangen skal videre utgjøre grunnlag for et utvalg oppnevnt av departementet som skal vurdere om disse sakene har fellestrekk som gjør det nødvendig med systemendringer for bedre å ivareta pasientenes og befolkningens sikkerhet.



10.

Er det nok leger og sykepleiere i Norge?

Legemangel i Norge?

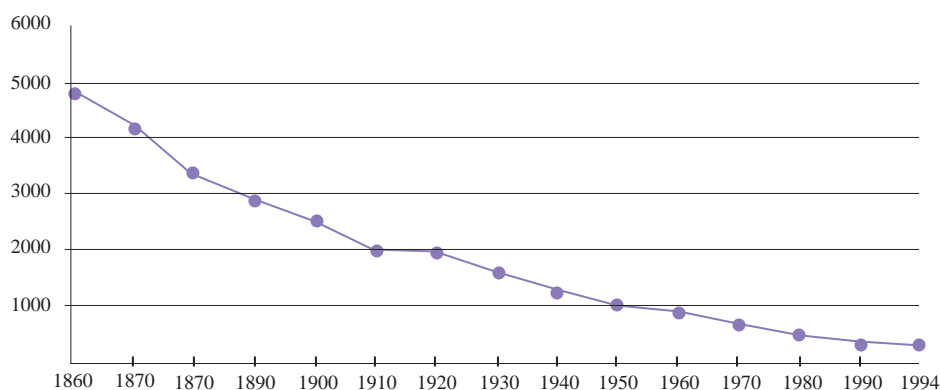
Til tross for at antall leger i Norge har økt fra ca. 4.000 i 1960 til ca. 14.000 i dag, er det fortsatt legemangel i utkantkommunene og utilstrekkelig spesialistdekning ved mindre sykehus. Det faller da naturlig å reise spørsmålet om det faktisk er for få leger i Norge eller om vi bruker dem feil.

I 1997 hadde Norge ca. 14.000 yrkesaktive leger under 70 år, hvorav 8263 var godkjente

spesialister (tall fra Legeforeningen). I gjennomsnitt hadde Norge i 1996 ca. 24 yrkesaktive leger per 10.000 innbyggere. Til sammenligning hadde Sverige 26,9, Danmark 29 og Finland 28,4. Situasjonen i Europa for øvrig viser ytterpunkter på 40,8 i Spania og 15,6 i Storbritannia. Norge er blant de land som har høyest legedekning i Europa, og vi ligger på nivå med f. eks. Danmark, Sverige og Tyskland.

Fig. 7

Antall innbyggere pr. lege i Norge 1860 - 1994



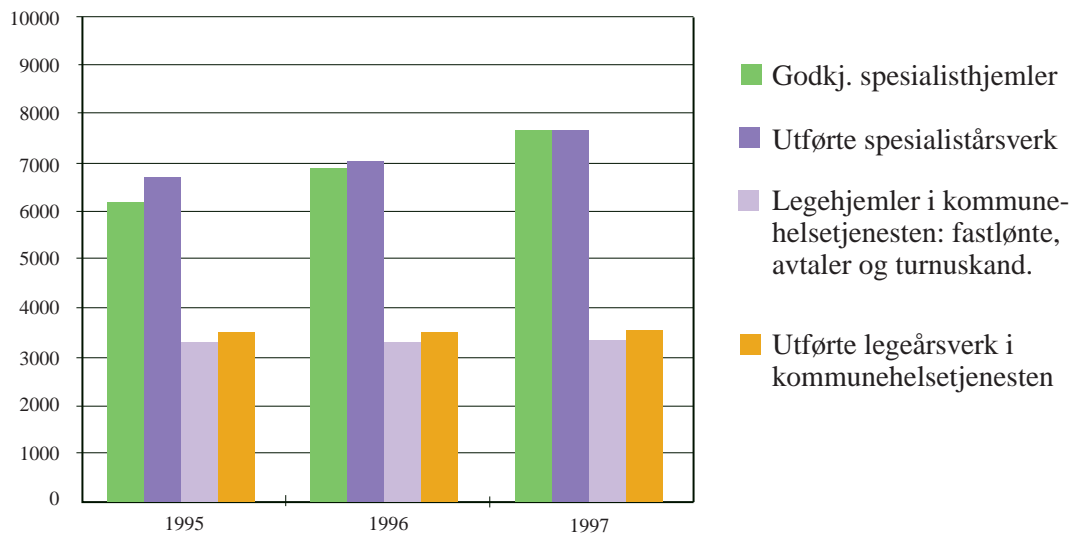
Kilde: Statens kartverk

Riktignok har Norge sammen med Finland og Sverige lav befolkningstetthet (henholdsvis 13, 15 og 21 personer per km²) sammenlignet med de fleste andre land i Europa (Danmark 121 og Tyskland 217). Mens særlig Danmark og Tyskland rapporterer legeoverskudd, har vi i Norge en rekke ubesatte legestillinger.

Til tross for mange ubesatte legeårsverk i både spesialist- og kommunehelsetjenesten har det skjedd en vekst i antall utførte legeårsverk i Norge. Statistikken viser at den største økningen har skjedd i spesialisthelsetjenesten. Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har økt fra ca. 6000 i 1995 til nesten 8000 i 1997. Kommunehelsetjenesten har derimot knapt hatt noen økning i antall årsverk i samme periode.

**Fig. 8**

Forholdet mellom godkjente legestillinger og utførte årsverk, 1995 - 1997



Forskjellene i fig. 8 mellom legehjemler og utførte årsverk i kommunehelsetjenesten utgjøres av de «avtaleløse legene.

Landsgjennomsnittene tilslører de store forskjellene som finnes mellom fylkene, bl.a. i antall ubesatte stillinger; jfr. fig. 9.

Fig. 9 Ubesatte hjemler i kommunehelsetjenesten fordelt på helseregioner, 1995–1997

	1995	1996	1997
Helseregion I	4	16	31
Helseregion II	37	47	45
Helseregion III	37	31	38
Helseregion IV	33	46	33
Helseregion V	45	51	59
Hele landet*	173	190	205

* På grunn av avrunding til hele tall, vil tallene for hele landet være lavere enn summen av tallene for regionene.

Kilde: Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS).

Ulik spesialisering - ulik status

Rekrutteringen til ulike spesialiteter kan variere over tid, og vil avhenge både av spesialitetens relative status, samt inntekts- og arbeidsforhold. Det er for tiden vanskelig å få besatt stillinger til samfunnsmedisinske oppgaver og innen patologi og enkelte laboratoriefag i sykehusene. Disse gruppene kan sies å ha blitt hengende etter i inntektsutviklingen. De kliniske spesialiteter vil også ha ulik status i publikums, fagmiljøets og politikeres øyne. Prestisjefylte fagområder får økt ressurstilførsel og rekrutterer lettere.

Årsakene til at vi stadig opplever legemangel til tross for god tallmessig legedekning er flere. Vi vet f. eks. at leger i dag bruker mye tid på oppgaver som kunne vært utført av annet personell. En bedre organisering av arbeidet ville kunne frigge legerressurser. "Forum for organisasjonsutvikling i sykehus" har i sitt mandat å være en

pådriver og ta initiativ til organisasjonsutvikling i sykehus og mellom 1.- og 2.-linjetjenesten.

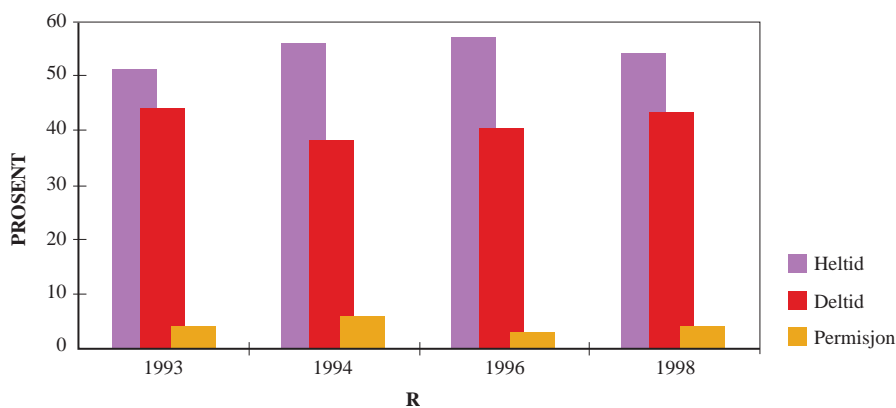
Det er også behov for at noen ser på forholdene i kommunehelsetjenesten.

Har vi nok sykepleiere?

Det mangler i dag sykepleiere til en rekke oppgaver kommuner og fylkeskommuner er satt til å ivareta. Årsstatistikken viste f. eks. at kommunehelsetjenesten hadde 1310 ubesatte sykepleierstillinger i 1994, (inklusive helsesøstre og jordmødre) og at dette tallet hadde økt til 2285 i 1997. I samme periode økte imidlertid også antall utførte sykepleierårsverk. Mens det i 1994 var 332 innbyggere per utført årsverk i kommunehelsetjenesten, var tallet i 1997 redusert til 277. Både antall stillingshjemler og antallet sykepleierårsverk har økt, men ikke tilstrekkelig til å dekke den økende etterspørselen.

Fig. 10

Sykepleiere etter ansettelsesforhold: heltid/deltid/permisjon
1993 - 1998



Kilde: Medlemsundersøkelse utført av Opinion for Norsk Sykepleierforbund.


Fig. 11

Årsverk utført av ulike typer helsepersonell i Norden i 1996 per 100 000 innbyggere

	Danmark ¹⁾	Finland	Island ²⁾	Norge	Sverige
Leger	290 ³⁾	284	299	240	269
Tannleger	88	93	102	84	86
Sykepleiere	706	1219	591	878	813
Hjelpepleiere	706	681	387	815	738
Jordmødre	20	75	55	29	.. ⁴⁾
Fysioterapeuter	88	116	82	106	83
I alt	1898	2520	1515	2152	1990

1) Tall fra 1995

2) Tall fra 1994

3) Tall fra 1994, angir antall leger med hovedstilling på mer enn 18 1/2 time per uke

4) Er inkludert under sykepleiere

Kilde: NOMESKO, helsestatistikk for de nordiske land, 1996, utdrag fra tabell 6.5.

Rapporten "Arbeidskraftreserven blant sykepleierutdannede" brukte tall fra 1996, og viste at av 72.000 godkjente sykepleiere under 65 år var ca 3.000 ikke yrkesaktive, og 15.000 arbeidet utenfor helsetjenesten. Mer enn 40% av de yrkesaktive sykepleierne arbeidet deltid. Det er bekymringsfullt at så mange sykepleiere ikke er yrkesaktive, velger deltidsarbeid eller velger andre yrker.

Som tabellen viser, er det ikke store forskjeller mellom de nordiske land når det gjelder lege- og tannlegedekning, selv om Norge lå lavest. Finland og Norge hadde noe bedre fysioterapeutdekning enn de andre nordiske landene. Finland og Island hadde vesentlig høyere jordmordekning enn Danmark og Norge som ligger på omtrent samme nivå. Samtidig har Island vesentlig lavere sykepleier- og hjelpepleierdekning og Finland vesentlig høyere

sykepleierdekning med noe lavere hjelpepleierdekning enn de andre landene. Dette avspeiler også organisatoriske forskjeller i helsetjenesten.

Bedre utnyttelse av helsepersonellens arbeidstid

Vi har trolig nok leger og sykepleiere i Norge i dag. Legenes arbeidstid er ikke alltid optimalt utnyttet. Dels er det mangel på ulike støttefunksjoner og til dels er de beskjeftiget i stillinger som ikke er opprettet i tråd med offentlige helseprioriteringer. Det trengs ytterligere styringsmekanismer for å sikre at leger arbeider der samfunnet ønsker og trenger dem.

Mange sykepleiere forsvinner helt eller delvis ut av yrket etter en kort yrkeskarriere som sykepleiere. Det er en utfordring å skape arbeidsvilkår som gjør at denne personellressursen kan utnyttes bedre enn i dag.

11. Norge i verden



Økt reisevirksomhet og økt internasjonal matvarehandel

Økt internasjonalt samkvem har mange positive elementer. Samarbeidet over landegrensene øker innsikt og forståelse for ulike kulturer og levemåter, og er nødvendig for å trygge vårt felles miljø og bygge fredelige relasjoner. Økt samkvem og økt reisevirksomhet mellom land skaper også nye utfordringer for helsetjenesten.

Økningen i internasjonale flyreiser øker også risikoen for sykdomsspredning. Verdensomspennende epidemier som tidligere brukte år på å spre seg, kan nå gripe over fra en verdensdel til en annen i løpet av et halvt døgn. Frihandel, økende transport og stadig større produksjonsenheter for matvarer uten tilsvarende økt kontroll, øker spredningspotensialet. Store partier infiserte matvarer kan bli spredt til mange områder i verden på kort tid og skape mange parallelle epidemier. Det kan oppstå interessemotsetninger mellom internasjonal frihandel på matvareområdet og smittevernet.

Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens har hittil vært et vesentlig mindre problem i Norden enn i resten av verden. Viktige problemer er behandlingsresistent tuberkulose og antibiotikaresistente gule stafylokokker og tarmbakterier. Det er også en stor økning i antall dødsfall på grunn av resistent malaria.

Utviklingen av smitteoffers motstandsdyktighet (resistens) mot antibiotika er et hurtig voksende problem verden over. Problemet skyldes bl.a. feil og unødvendig bruk av antibiotika. I norsk helse-tjeneste har vi dels et overforbruk av antibiotika, dels bruker vi i for stor grad bredspektrede legemidler, det vil si antibiotika som samtidig virker mot flere ulike bakterier. Norske helsemyndigheter arbeider med å utvikle retningslinjer og iverksette tiltak for å styre forbruket av antibiotika.

De fleste genmodifiserte matvarer inneholder arveegenskaper (gener) som, hvis de overføres til bakterier, kan gjøre dem motstandsdyktige mot antibiotika. Dersom disse arveegenskapene skulle bli overført til bakteriene hos mennesker som spiser disse matvarene, kan vi risikere at antibiotika ikke lenger vil være virksomme, og dette vil innebære en trussel mot befolkningens helse. Helsetilsynet har derfor advart mot innførsel av genmodifiserte matvarer som inneholder resistensgener mot antibiotika.

Nye sykdommer

«Nye» sykdommer omfatter både sykdommer som ikke har vært kjent tidligere og nye varianter av tidligere kjente sykdommer. Begrepet brukes litt upresist også om sykdommer som har spredd seg til nye geografiske områder og om sykdommer som ikke lenger reagerer



på behandling som tidligere har vært effektiv. I løpet av de siste 20 årene har vi sett minst 30 slike sykdommer. Som eksempler kan nevnes hiv-infeksjon, nye typer dødelig blødningsfeber, deriblant Ebola og Marburg, Hantavirus-infeksjoner med nye egenskaper og en ny variant av kolera som ble oppdaget i India i 1992, og som nå også har spredt seg til Bangladesh, deler av Kina, Thailand og Sør-Amerikas vestkyst.

Den norske befolkning lever under gode hygieniske forhold, har god ernæring og god vaksinasjonsstatus. Vi har med Smittevernloven av 1994

fått et moderne regelverk. Den gunstige epidemiologiske situasjon vi lenge har hatt i vår del av verden, har imidlertid medført at både befolkningen og helsetjenesten er mindre oppmerksomme overfor infeksjonssykdommer enn før. Kombinasjonen av «nye» sykdommer, antibiotikaresistens, frihandel, økt reiseaktivitet og andre endringer i verdenssamfunnet gjør at smittsomme sykdommer kan bli en økende trussel mot folkehelsen også i vårt land. Et internasjonalt helsesamarbeid er en grunnleggende forutsetning for å kunne lykkes i å forebygge disse sykdommene.



12.

Sluttord

Verdenssamfunnet blir i økende grad klar over den erkjennelse som lå bak dannelsen av Verdens Helseorganisasjon i 1948: Helseproblemerne anerkjenner ikke nasjonale grenser, og må bekjempes av det internasjonale samfunnet i fellesskap. Helt siden Karl Evang spilte en ledende rolle i etableringen av Verdens Helseorganisasjon, har de nordiske land vært viktige støttespillere for organisasjonen, og

nordiske borgere har hatt viktige verv på alle nivåer. Helsedirektør Anne Alvik er nå styremedlem. Helsetilsynet har deltatt aktivt i arbeidet for å fremme Gro Harlem Brundtland som ny generaldirektør i Verdens Helseorganisasjon, og ser fram til at hennes ledelse vil gi organisasjonen ny kraft i det viktige arbeidet mot fattigdom og for fulle menneskerettigheter som grunnlaget for god helse.



Kildehenvisninger

1. Fylkeslegenes medisinalmeldinger
2. Pasienter i psykiatriske institusjoner. Rapport 5/97, SINTEF
3. NOU 1995-14, Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner
4. Middellevetidsutvalget, Sunhedsministeriet, Danmark, 1994
5. Oslohelse, Ullevål sykehus, 1998
6. Opinion, måling utført på oppdrag fra NSF, 1998
7. Samdata, 1996
8. Legemiddelforbruket i Norge 1992-1996. Norsk Medisinaldepot, 1997
9. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JIM, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-59.
10. Wilkinson RG. Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards? *British Medical Journal*. 1997; 314: 591 - 4.
11. Sjøgaard J. Levetidsdeterminanter analysert på aggregert nivå. I: Brønnum-Hansen H(red). Simulasjons- og prognosemodeller. Rapport fra en temadag på DIKE den 17. juni 1996.
12. Arbeidskraftreserven blant sykepleiere, 1997
13. Nasjonalatlas for Norge, Statens Kartverk, 1996.
14. Helsepersonellregisteret, Statens helsetilsyn.
15. OECD Health Data 97.
16. Strateginotat nr. 1: Faglige satsningsområder og forumets arbeidsmåter fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, 23. februar 1998.
17. "Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner", to hefter i Statens helsetilsyns utredningsserie, "-til deg som leder" 2/98, IK-2615, og "- til deg som medarbeider" 3/98, IK-2616.
18. Årsmelding 1997, Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS)
19. Helsestatistikk for de nordiske lande 1996, NOMESCO 50:1998

Illustrasjoner:

Side 23 og 24: Mira/Samfoto

Øvrige: Intra Media



Statens helsetilsyn

Calmeyersgt. 1

Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo

Tlf.: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90