

# Tilsynsmelding 1999





# forord

**E**n av Helsetilsynets hovedoppgaver er tilsyn. Tradisjonelt er tilsynsoppgavene oppfattet som en kontroll med at lovbestemte regler og faglige krav blir fulgt i helsetjenesten. I dag etterspørres det i stadig sterkere grad et tilsyn som også sier noe om det faglige innhold og resultatene i helsetjenesten utover lovens minstekrav.

I St meld nr 26 (1999-2000) "Om verdier for den norske helsetenesta", går det klart fram at man ønsker et tilsyn som kan tjene til å evaluere helsetjenesten i forhold til helsepolitiske satsingsområder og prioriteringer. Dette innebærer et tilsyn som ikke bare skal ta stilling til om myndighetskrav er innfridd, men som også må ta stilling til kvalitet og prioriteringer i et ressursmessig perspektiv. Hvordan er helsetjenestens resultater i forhold til kvalitet og kapasitet? Hvilken fordeling har vi av helsetjenestetilbud mellom ulike landsdeler og ulike pasientgrupper? Hvor effektive er tjenestene?

Dette faller inn under det vi kaller *overordnet faglig tilsyn*, og som et ledd i dette arbeidet utgis den årlige tilsynsmeldingen. Det haster med å utvikle dette tilsynet videre. Resultatene fra det overordnede faglige tilsynet kan utgjøre en viktig del av det beslutningsgrunnlag våre myndigheter trenger når helsepolitiske avgjørelser og prioriteringer skal tas i årene som kommer. Resultatene fra tilsynet utgjør også et viktig grunnlag for Helsetilsynets rådgivningsarbeid, som er vår andre hovedoppgave.

Oslo, mai 2000

Petter Øgar  
konstituert helsedirektør





# innhold

Forord .....	1
1. Prioriteringer i helsetjenesten .....	3
2. Helsetilstanden i befolkningen – hva finnes av data? ....	6
3. Forebyggende og helsefremmende arbeid .....	10
4. Bioteknologi – muligheter og dilemmaer .....	13
5. Helsepersonell og behovsdekning .....	16
6. Helsetjenesten for eldre .....	20
7. Sykehusene – kapasitet og drift .....	24
8. Sikrere bruk av legemidler .....	27
9. Tilsyn i et individ- og systemperspektiv .....	29
Referanser .....	32



# 1. Prioriteringer i helsetjenesten

Det er bred enighet i Norge om at helsetjenester er et sentralt velferdsgode. Likevel setter politikerne rammer for hvor mye penger samfunnet skal bruke på helse, og det er nødvendig å prioritere. To utvalg som omhandler prioritering i helsetjenesten, og en stortingsmelding om verdier for den norske helsetjenesten, har synliggjort en rekke dilemmaer vårt samfunn står overfor (NOU 1987: 23; NOU 1997: 18; St.meld.nr.26 (1999-2000)).

Prioriteringsarbeidet fordrer at man ser forebyggende, kurative og pleie- og omsorgstjenester i sammenheng. Helsetjenesten må forholde seg til forskning, undervisning, diagnostikk og rehabilitering så vel som behandling. I forhold til behandlingstilbudet vil prioritering innebære, slik Helsetilsynet ser det, å ha et bevisst forhold til hvilke pasienter som skal ha behandling, hvem som skal ha behandling først, og hvilke typer behandling pasientene skal tilbys.

## Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten

Det er besluttet å opprette et Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten. Regjeringens begrunnelse er bl.a.:

*"Den teknologiske og medisinske utviklingen gir stadig nye behandlingstilbud. Med dette følger stigende krav fra pasienter i befolkningen. Prioriteringsarbeidet blir derfor stadig viktigere".*

Statens helsetilsyn ønsker et slikt råd velkommen. Å ha et råd som ser helsetjenesten i sammenheng og kan vurdere den raske utviklingen innen teknologi og medisin i et helhetlig perspektiv er viktig. Et slikt råd vil kunne synliggjøre de dilemmaer vi står overfor, og konkretisere de valg vi må gjøre. Utfordringene er nå å treffe valg og stå ved

dem, også når konsekvensene tydeliggjøres av konkrete pasientgrupper.

## Prioritering på ulike nivå

I dag prioriteres det på ulike nivå. Det enkelte helsepersonell prioriterer mellom pasienter. Den enkelte virksomhet prioriterer innenfor gitte budsjettammer. Den enkelte kommune/fylkeskommune prioriterer f.eks. mellom ulike virksomheter og tjenestetilbud, og Stortinget avgjør hvor stor del av brutto nasjonalproduktet (BNP) som skal gå til helsetjenesten.

Prioritering må skje på ulike nivå. Men jo nærmere pasienten en beslutning tas, desto tydeligere blir konsekvensene av prioriteringene. Da er det viktig at den konkrete prioriteringen som skjer i møte mellom pasient og helsepersonell er i samsvar med nasjonale målsettinger på området. Det krever at nasjonale prioriteringer er tydelige både for de pasienter som vurderes i en prioriteringsrekkefølge og for det helsepersonell som skal følge opp politiske beslutninger i møtet med den enkelte pasient. Prioriteringer som helsepersonell eller pasienter opplever som urimelige eller gale, må diskuteres åpent slik at politiske og administrative prosesser kan fange opp behov for endringer. Dette gjelder uansett på hvilket nivå prioriteringen skjer.

Prioritering bør skje gjennom offentlig debatt, ellers "vinner" de som har tilgang til de lukkede rom. Åpenhet om prioriteringer er helt nødvendig for å sikre kontroll med hvordan ressursene i helsetjenesten fordeles og brukes. Dette innebærer også at man i et åpent mediasamfunn som vårt må tåle en debatt der det fokuseres på enkeltpasienter.

### **Prioritering må være kunnskapsbasert**

Det er viktig at de behandlingstilbud som gis har effekt, og at dette i størst mulig grad kan underbygges med vitenskapelig dokumentasjon. For å kunne vurdere effekt og nytte av et behandlingstilbud, trengs kompetanse til å bruke analyseredskapene fra statistikk, epidemiologi, etikk og helseøkonomi.

Dagens situasjon er at den dokumenterte effekten av flere vanlige behandlingsformer er mangelfull. Det brukes betydelige ressurser på tiltak der effekten er usikker. Videre pågår det en til dels intens definisjonskamp om hva som er riktig behandling. Et bredt spekter av aktører med ulike interesser deltar i arbeidet med å utvikle retningslinjer for behandling. Det er derfor behov for en sterk og tydelig nasjonal strategi for å utforme og sikre etterlevelse av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Helsetilsynet er glad for den vekt som er lagt på dette i stortingsmeldingen om verdier for helsetjenesten (St.meld.nr.26 (1999-2000)).

Både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder er nødvendig for et godt beslutningsgrunnlag for tiltak og behandling i helsetjenesten. Å finne gode metoder for å vurdere verdier, omsorg, ressurser og behov er en utfordring. En beslutning om prioritering må ofte bygge på en avveining mellom vitenskapelig dokumentasjon, verdivalg og samfunnets ressurser.

### **Helsetjenesten som marked for høyspesialisert teknologi og legemidler**

Utviklingen av nytt medisinsk høyspesialisert utstyr er rivende, og produsentene er selvsagt opptatt av å selge sitt produkt. Innkjøp av denne type utstyr er også en prioritering, ikke bare på investeringssiden, men også i forhold til hvilke pasienter som skal utredes og behandles, til hvilke kostnader og med hvilken effekt. Derfor kan det ikke være slik at nytt utstyr og ny behandlingsteknologi automatisk legitimerer innkjøp og endring av praksis. Kostnader, effekt og konsekvenser for andre pasientgrupper må vurderes før endelig beslutning tas. Jo større konsekvensene av en slik beslutning er for den totale ressurs situasjonen f.eks. i et sykehus, desto viktigere er det at helheten vurderes før beslutningen tas.

Ny behandling må prøves ut. Mye av dette skjer i dag med utgangspunkt i næringsinteresser. Eksempelvis initierer og finansierer legemiddellindustrien omfattende utprøving av legemidler. Slike utprøvinger legger beslag på store ressurser, og markedsføringsverdien av resultatene kan være stor. En slik blanding av behandling og markedsføring reiser problemstillinger med hensyn til habilitet, etikk, integritet, ressursbruk og prioriteringer. Behovet for offentlig styring bør drøftes.

### **Privat helsetjeneste**

Et økende tilbud av privat helsetjeneste skaper utfordringer for den offentlige helsetjenesten. Den offentlige tjenesten må konkurrere med privat helsetjeneste om personellressursene. Dersom det private tilbudet gjennom prising og siling av hvilke tjenester det tilbyr, får et bedre økonomisk utgangspunkt enn det offentlige, kan privat helsetjeneste tilby lønnsbetingelser som trekker helsepersonell vekk fra den offentlige helsetjenesten.

Det grunnleggende spørsmålet blir hva som skal prioriteres innenfor rammene av den offentlig finansierte helsetjenesten. Disse helse-tjenestene må ha en slik kvalitet og tilgjengelighet at det ikke blir behov for et privat tilbud om de samme tjenestene. Om det offentlige tilbudet ikke strekker til på de områdene som skal omfattes av fellesløsninger, er Helsetilsynet redd for at det utvikles et marked for private tilbud, enten i Norge eller i utlandet. Dette tilbudet vil først og fremst bli for de som kan betale, noe som vil slå sosialt skjevt ut. Det er viktig at både politikere og helsetjenestens aktører klarer å motstå det presset en privat helsetjeneste bidrar til å skape.

En privat helsetjeneste som tilbyr tjenester det offentlige ikke kan eller bør tilby, skaper et marked og således et press på mer helsetjeneste. Et eksempel på dette er en privatklinikks store annonsekampanje i februar 2000 der slagordet er: "*Bilringer hører hjemme på felger*". Dette føyer seg inn i rekken av kommersielle utspill som signaliserer et kroppsideal ikke alle klarer å distansere seg fra. Lykkes man i å befeste inntrykket av at lubne kropp er et helseproblem, vil lidelser som f.eks. anoreksi kunne øke ytter-



ligere. Blir for mange opptatt av og får psykiske problemer knyttet til sin kroppsvekt, kan det også skapes et press mot at den offentlige helse-tjenesten skal bidra til å fjerne uønsket kroppsvekt gjennom f.eks. fettsuging. Dette handler om å forme samfunnets helse- og sykdomskultur. Her har vi alle et ansvar, ikke minst helseperso-nell.

### **Prioritere er også å si nei**

Ressurskrevende handlingsplaner og et nasjo-nalt fokus på pleie og omsorg, barn og unge, psykiatri og store sykehus kan skape inntrykk av at det etter hvert er få grupper eller tilstander som ikke skal prioriteres. Alle grupper og områ-der kan ikke prioriteres like høyt samtidig. Stadig fokus på nye satsingsområder kan imid-lertid tilsløre det faktum at når noe prioriteres opp vil det innebære at noe annet må prioriteres lavere. Det blir derfor vanskelig å få øye på de reelle prioriteringene.

Tilbud etableres, vedlikeholdes og nedlegges som resultat også av andre prosesser enn demo-kratiske beslutninger om prioriteringer.

For eksempel kan konkurranse i et marked med knapphet på helsepersonell eller på spesielle kategorier helsepersonell lede til utilsiktede vridninger. Selv om penger og vilje finnes kan mangel på personell medføre at ikke-prioriterte tilbud bygges opp i sentrale strøk mens høyt prioriterte tilbud ikke kan realiseres i utkant-strøk. Prioritering av helsetjenester innebærer derved også å drøfte virkemidler for nasjonal styring av fordeling av helsepersonell.

Helsetilsynet ønsker at prioriteringsdebatten skal være åpen og beslutningsgrunnlaget tydelig for aktørene – pasientene, politikere og helse-personell.

# 2.

## Helsetilstanden i befolkningen – hva finnes av data?

Statens helse-tilsyn har bl.a. som oppgave å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen for å vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til nasjonale mål og prioriteringer. Fylkeslegene skal bidra i dette arbeidet ved at de skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse (tilsynsloven § 2).

Det er utarbeidet mange kommune- og fylkeshelseprofiler, helseatlas og medisinalmeldinger der helsetilstandsdata blir presentert på ulike måter. Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn utgir årlig Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene (Sosial- og helsedepartementet, 1999b). Her finnes det et utvalg av data over befolkning og familiestruktur, indeks for

levetårsproblemer, tryggedata, data om kreft og dødelighet og en del informasjon om forbruk av helsetjenester på fylkes- og kommunenivå.

Det er likevel ingen lett oppgave for den enkelte kommunelege eller fylkeslegene å få en god oversikt over helseforhold i eget distrikt. Det er ofte tilfeldig hvilke data som er tilgjengelige. Spørsmål som ofte reises i den forbindelse er:

- Hvilke data er det egentlig behov for?
- Hvilke data er tilgjengelig?
- Er dataene gode nok?
- Hvordan få tak i data og hvordan presentere dem?

### Behov for data om helsetilstand

Kunnskap om helsetilstanden skal bidra til å vurdere omfang, utnyttelsesgrad og behovsdekning i helsetjenesten. For at slike vurderinger skal bli mulige, må det finnes noen nøkkeltall eller nøkkelindikatorer. Vi har ennå ikke et godt datasett som er lett tilgjengelig og som kan brukes til dette formål.

Innsamling av data om helsetilstand til overvåkingsformål kan gjøres på ulike måter, f.eks. ved:

1. løpende landsomfattende registrering av dødsårsaker og sykdommer
2. landsomfattende helseundersøkelser med personlig fram møte og registrering av ulike biologiske variabler



3. helseundersøkelser basert på utvalg og selvrappportert helse, sykdom og plager (enten ved intervju eller spørreskjema).

Pkt. 1 omfatter de sentrale epidemiologiske registrene som dødsårsaks-, kreft- og fødselsregisteret. Hjerte- og karundersøkelsene for 40-åringene i regi av Statens helseundersøkelser er eksempler på pkt.2 (Bjartveit og Wøien, 1997), og helseundersøkelsen som Statistisk sentralbyrå har gjennomført i 1985 og 1995 hører inn under pkt. 3 (Statistisk sentralbyrå, 1998).

For å kunne vurdere utviklingen av en sykdom over tid og for ulike befolkningsgrupper, er det behov for data som er brutt ned på kjønn, alder, fylkes- eller kommunenivå. Det kan synes som om det er nedadgående interesse for helseundersøkelser i befolkningen, og lavt oppmøte eller lav svarprosent ved intervjuundersøkelser vil gi usikre data. Dette kan bety at store datamengder må samles inn for å få et godt datagrunnlag. Det er viktig at omfanget av innhenting av data står i forhold til nytte og kostnad.

Helsetilsynet mener at landsomfattende generelle helseundersøkelser med personlig framføring ikke bør prioriteres. Det må framgå klart om det er et helsetjenestetilbud til den enkelte eller om innsamling av data skal nyttes for statistisk overvåkning. Funn utenom normalområdet kan skape usikkerhet hos de framførte. Helsetilsynet vil anbefale at det gjøres planlagte utvalgsundersøkelser på mindre befolkningsgrupper, der det er klare problemstillinger og der de epidemiologiske forhold vektlegges.

### **Nasjonalt helseindikatorsystem er etablert**

Statens institutt for folkehelse har fått i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å bygge opp et nasjonalt helseindikatorsystem i nært samarbeid med andre institusjoner som forvalter relevante helsedata. Dette

systemet ble lansert på Internett april 2000 og inneholder data og informasjon om helse og helserelaterte forhold, herunder viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer i den norske befolkningen, om mulig også på fylkes- og kommunenivå (Statens institutt for folkehelse, 2000).

Disse dataene blir hentet inn fra eksisterende registre og kilder, og mest mulig av de tilgjengelige data om helsetilstand er lagt inn i en felles database. Selv om det er mange fordeler ved å gjøre dette, er det verdt å merke seg at selve datagrunnlaget, hvis datakvaliteten er dårlig på forhånd, ikke blir bedre av å samles. Det er derfor viktig å være kritisk til datagrunnlaget ved vektleggingen av helseindikatorer.

Ved å legge helseindikatorsystemet ut på Internett er det nå tilgjengelig for aktuelle brukere, som bl.a. politikere, beslutningstakere, media, ulike profesjoner og pasient- og interesseorganisasjoner. Det gjenstår å se hvordan dette systemet vil bli brukt og om brukerne har behov for hjelp til å tolke dataene.

Det kan være svært problematisk å komme med velbegrunnede meninger om hvilke konsekvenser data om helsetilstand bør få for framtidig behov for helsepersonell og utbygging av helsetjenester. Dette kan skyldes:

- tilgjengelige data finnes ikke på ønskelig detaljningsnivå, f.eks. fylke, kommune, bydel
- data finnes ikke fordelt på kjønn og i ønskede aldersgrupper
- manglende samordning av tilgjengelige data
- data har dårlig kvalitet, f.eks. ikke representative data
- data er lite oppdatert



Statens institutt for folkehelse har, i samarbeid med de ulike institusjonene som leverer data til indikatorsystemet, en viktig oppgave i å tilrettelegge data slik at de kan brukes av både fylkesleger og kommuneleger til å overvåke helsetilstanden. Helsetilsynet bidrar i dette arbeidet.

### Eksempler på ulike data om helsetilstand

#### Lungekreft

Lungekreft er en svært alvorlig sykdom som har vist en stor økning i de senere år og krever stor innsats av spesialisthelsetjenesten og til dels høyteknologisk behandling.

Kreftregisteret presenterer årlig nye data om nye krefttilfeller (Kreftregisteret, 2000). Totalt i hele landet har det vært en økning i hyppigheten (insidensen) av lungekreft på 60 % for menn fra 1971-75 til 1996-97 og hele 250 % for kvinner. I 1997 var det 1 240 nyoppdagede tilfeller for menn i alle aldre og 646 for kvinner. Tilsvarende tall for de største kreftformene var 2 140 for brystkreft og 2 330 for kreft i prostata.

Fylkesvise data for lungekreft viser at det har vært en gledelig nedgang i hyppighet av lungekreft for menn i Oslo fra 70-årene fram til i dag, mens det har vært en økning for kvinner i alle fylkene. Agder-fylkene har hatt den største økningen, både blant kvinner og menn, de siste årene. Figur 2-1 og 2-2 viser utviklingen for hele landet og for Oslo og Aust-Agder.

#### Muskel- og skjelettplager

Sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet er som regel mindre alvorlig og ikke livstruende, men rammer svært mange personer, krever stor innsats av primærhelsetjenesten og trygdevesenet og fører ofte til langvarig sykmelding og uførhet.

Helseundersøkelsene i regi av Statistisk sentralbyrå hadde i 1995 et spørsmål om sykdom eller lidelse av mer varig natur (seks måneder eller mer), herunder sykdommer/lidelser i skjelett- og muskelsystemet (Statistisk sentralbyrå, 1998). Dette er en utvalgsundersøkelse der 5 100 husholdninger fra hele landet skulle intervjues.

Fig. 2-1 Hyppighet av lungekreft i to fylker og Norge  
Menn 40–69 år

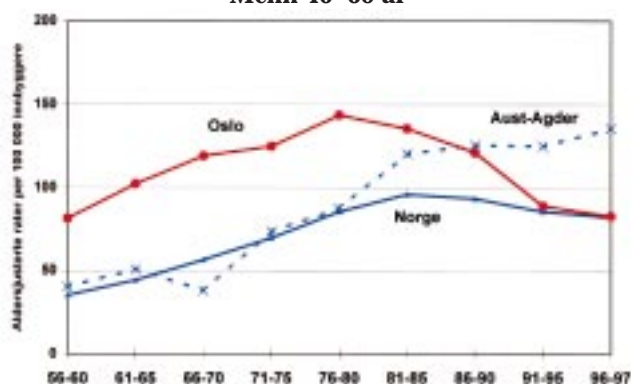
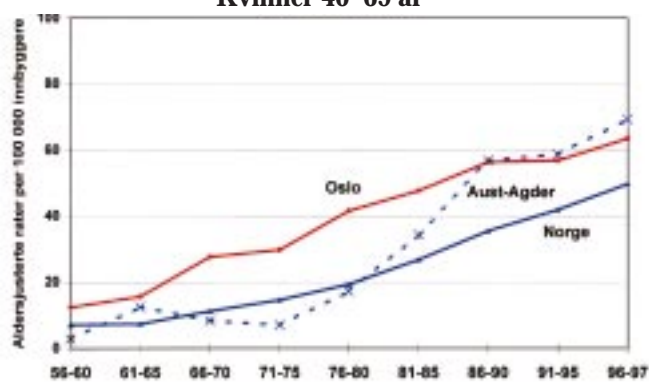


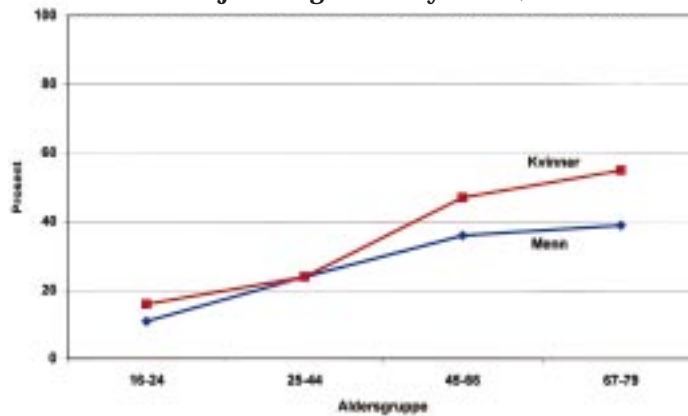
Fig. 2-2 Hyppighet av lungekreft i to fylker og Norge  
Kvinner 40–69 år



Kilde: Kreftregisteret



**Fig. 2-3 Andel personer med varige lidelser/sykdom i skjelett- og muskelsystemet, 1995**



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ca. 80 % av husstandsmedlemmene svarte. Disse data kan splittes på kjønn, noen aldersgrupper og i større regioner, men utvalget er for lite til å presentere data på fylkesnivå.

Figur 2-3 viser andelen menn og kvinner som har svart ja på nevnte spørsmål fordelt på noen aldersgrupper. I aldersgruppen 45-66 år er det 36 % menn og 47 % kvinner som svarer at de har varig sykdom/lidelse i skjelett- og muskelsystemet, og en enda høyere andel i eldre aldersgrupper. Dette tilsvarer ca. 175 000 menn og 225 000 kvinner i alder 45-66 år i hele landet.

### **Epidemiologisk senter?**

I tillegg til at Helsetilsynet og fylkeslegene har som oppgave å overvåke helsetilstanden i befolkningen, er det i dag flere andre statlige institusjoner som også har dette som en av sine oppgaver, bl.a. Kreftregisteret, Folkehelsen og Statens helseundersøkelser.

Sosial- og helsedepartementet har våren 2000 igangsatt en grensesnittsanalyse på forebyggingsområdet, og en samordning av virksomheten på ulike områder vil bli drøftet. Helsetilsynet mener at det er behov for en klarere statlig strategi for hvilke data om helsetilstanden i befolkningen samfunnet trenger og hvordan disse skal innhentes, bearbeides og formidles. Oppretting av et nasjonalt senter for epidemiologisk overvåking kan være en måte å gjøre dette på.

# 3.

## Forebyggende og helsefremmende arbeid

Å forebygge sykdom er gunstig både for den enkelte og samfunnet. Forebygges sykdom hindres lidelse hos den enkelte, og samfunnet sparer ressurser som dermed kan brukes annerledes. Tiltak som fremmer folkehelsen bidrar på samme måte til reduksjon av sykdom, økt livskvalitet og mindre behov for helsetjeneste.

### Utjevning av levekår – et politisk ansvar

Regjeringen Bondevik la fram en stortingsmelding om utjevning av levekår i Norge (St.meld nr.50 (1998-99)). Regjeringen beskriver målet med meldingen slik:

*"Regjeringa vil med denne meldinga varsle strategiar og tiltak med sikte på å redusere uønskete skilnader i økonomiske ressursar og levekår, med særleg vekt på å betre tilhøva for dei dårlegaste stilte".*

På verdensbasis har vi fått en økende økonomisk ulikhet det siste tiåret. De rikeste har blitt rikere, uten at de med lavest inntekt har fått tilsvarende mer å rutte med. Denne trenden er også avdekket i velstående velferdsland, blant annet i Norge. Flere studier viser at store inntektsforskjeller i seg selv har en negativ innvirkning på helsen, og at jo mindre inntektsforskjellene er, jo større er det sosiale samholdet (Wilkinson, 1996).

Helsetilsynet er urolig over at det ser ut til å ta lang tid å utjevne forskjellene i helse-Norge (Alvik, 2000). Som tilsynsorgan er det vår plikt å påpeke disse forskjellene.

Arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i samfunnet vil være et av de mest effektive virke-

midlene for å bedre folkehelsen. Det handler blant annet om hvordan vi som samfunn fordeler goder som inntekt, bolig og utdanning. Det handler også om verdinormene i samfunnet og om å skape sosialt samhold og fellesskap i levende lokalsamfunn som både stiller krav til og støtter den enkelte.

Det er et politisk ansvar å utjevne ulikheter. Sosial utjevning innebærer at noen må få mindre dersom andre skal få mer. Det å frata mennesker goder og privilegier - i et omfordelingsperspektiv - er en av de mest krevende utfordringene vi som samfunn står overfor.

### Kunnskapsbasert forebyggende arbeid

Helsetilsynet og Fylkeslegen i Vest-Agder arrangerte i 1999 den 6. nordiske folkehelsekonferansen i Kristiansand. Konferansen diskuterte hvilke krav til fakta en bør stille før en iverksetter nye tiltak. Vi vet f.eks. i dag at våre helsevaner og vår helse preges sterkt av vårt sosiale miljø, og at røykevaner, drikkevaner og kosthold preges av de vi omgås (Aarø, 1999). Videre har vi klare indikatorer på at helseopplysning i seg selv ikke har tilstrekkelig kraft til å endre atferd. På konferansen ble f.eks. følgende sagt:

*"Hvis vi vet at velmente informasjonskampanjer er et altfor svakt virkemiddel for å påvirke tenårings seksuelle atferd, kan vi styre unna slike tiltak" (Bjørndal, 1999).*

Samtidig vet vi at kombinasjoner av ulike tiltak



kan ha stor effekt. Store kampanjer sentralt kan sette ting på dagsorden, oppfølging lokalt kan fokusere og målrette budskapet. Lokalt engasjement og lokal forankring sikrer også selve bærebjelken i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, det som internasjonalt kalles "empowerment". Uttrykket er vanskelig å oversette til norsk, men betyr å sette mottakeren bedre i stand til selv å ta mest mulig kontroll over eget liv og egen helsetilstand.

Forebyggende og helsefremmende arbeid handler om noe langt mer enn bare kunnskapsoverføring. Fordi koblingen mellom tiltak og effekt kan synes uklar og vanskelig å dokumentere, er det desto viktigere å fokusere på det vi vet. Det er en målsetting innenfor kurativ medisin at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Dette er en målsetting som også bør integreres i tenkingen rundt forebyggende arbeid. På folkehelsekonferansen ble dette problematisert:

*"En rekke nye paradigmer opstod i relation til begrepet "evidence-based medicine – evidence based public health – evidence based health promotion". Blant de tænkssomme er dette blevet et vigtigt arbejdsbegrep. Blant de metodekonforme har evidence-based-begrepet udviklet seg til ren metode-terror, hvor det hævdes, at vi kun ved noget, hvis der foreligger en randomized control trial på området" (Kamper-Jørgensen, 1999).*

Mange forebyggende tiltak preges av lokalt engasjement og idealisme. Dette er faktorer det er vanskelig å måle effekten av, men som allikevel kan være avgjørende for å lykkes.

Helsetilsynet er opptatt av å sette fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid som noe mer enn det som tradisjonell naturvitenskapelig tenkning legger opp til. Samspillet mellom individ og samfunn er helt sentralt. Helsepersonell og andre yrkesgrupper, offentlig sektor, frivillige organisasjoner og representanter for målgruppene må kunne samarbeide om forebyggende og helsefremmende arbeid.

Å evaluere forebyggende tiltak er komplisert, men må ikke være til hinder for at vi stadig søker ny kunnskap om hva som virker.

### **Røyking - lokalt og globalt**

Tobakkskader tar 7 500 liv årlig (NOU 1998: 18). 20 % av ungdom i aldersgruppen 16-19 år røyker. Det vil være mye å hente på å forebygge blant unge før de begynner å røyke, så vel som før røykevanene får satt seg. Et eksempel på et vellykket prosjekt er prosjektet "VÆR røykFRI". Prosjektet er utviklet av Den Norske Kreftforening og er i dag et samarbeid mellom Kreftforeningen, Statens tobakkskaderåd, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Statens helsetilsyn. Programmet retter seg mot ungdom i den alderen hvor det er fristende å prøve den første røyken. Det følger elever fra 8. til 10. klassetrinn, og involverer lærere, foreldre og elever. Elevene øver seg blant annet i å takle situasjoner der de føler seg presset eller fristet til å begynne å røyke. Resultatene viser at "VÆR røykFRI" reduserer nyrekrutteringen av røykere i løpet av tiden på ungdomsskolen med en fjerdedel. En av de viktigste – og vanskeligste – utfordringene prosjektet står overfor er hvordan man skal klare å engasjere og involvere lærere.

Det er et etisk problem at mens røykingen går tilbake i i-land, kompenseres tobakksindustrien for dette ved en stadig mer aggressiv markedsføring av tobakk i u-land. Det er også et etisk tankekors at regjeringen gjennom sitt oljefond har investert 500 millioner kroner i tobakksindustrien (Stortingstidende nr.38 (1998-99)). Dette er en direkte motarbeiding av det arbeidet som Verdens helseorganisasjon gjør for å redusere bruken av tobakk. Også i forebyggende og helsefremmende arbeid er det viktig å tenke globalt.

### **Alder og prioritering**

I et prioriteringsperspektiv kan det være nyttig å se nærmere på hvilke aldersgrupper en velger å fokusere på. Det er lettere å hindre atferd i å oppstå, enn å forsøke å endre den. I et slikt perspektiv er barn og ungdom en viktig målgruppe. Røyking er tidligere omtalt som ett eksempel. Det er en viktig målsetting å hindre at ungdom begynner å røyke. Voksne som rollemodeller for barn og unge må ikke undervurderes. Det er utopi å skape en røykfri generasjon så lenge røyking er normalatferd i store deler av befolkningen.

Ved pensjonsalder står en ved et veiskille. Livssituasjonen endrer seg dramatisk. En kan ikke forebygge seg bort fra alderdommen, men en kan forebygge noen av de plager og den reduserte livskvaliteten som kan følge av høy alder. Det forutsetter et samfunn som fortsetter å verdsette medlemmer også etter at de er ferdig med sitt yrkesaktive liv. Det forutsetter også at helsetjenesten er villig til å satse på forebyggende tiltak rettet mot helseplager som er særegne for eldre mennesker. Imidlertid vet vi at atferdsendring skjer over tid, og at forebygging av f.eks. kreft bør starte mange år i forveien om det skal være effektivt. Dette betyr at man overfor denne målgruppen kun bør iverksette tiltak som kan gi gevinst på relativt kort sikt. Vi vet f.eks. at mosjon har stor betydning for allmentilstand, trivsel og forebygging av skader.

En undersøkelse viste at eldre mennesker frykter lårhalsbrudd mer enn mye annet (Salkeld et al. 2000). Glatte veier, ustø gange og en skjør benbygning kan være en uheldig kombinasjon. For mange er et lårhalsbrudd en dramatisk endring av livskvaliteten, av og til for resten av livet. Ved sykehjem i kommunene Asker og Bærum har en prøvd ut en spesiell type hofteputer som bidrar til å forebygge bruddskader ved fall. Etter at putene ble innført, er lårhalsbrudd redusert med 38 % (Sandvig og Forsén, 2000). Tilsvarende kunne en iverksette tiltak som hindret dårlig ernæring, tiltak som sikret intellektuell stimulans og tiltak som hindret sosial isolasjon. For denne aldersgruppen er det særdeles viktig å ha et spesielt fokus på livskvalitet.



# 4.

## Bioteknologi – muligheter og dilemmaer?

I bioteknologiloven som ble vedtatt i 1994 står det i § 1 at formålet er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Loven gjelder for medisinsk bruk av bioteknologi på mennesker. Loven regulerer bl.a. følgende områder:

- Kunstig befruktning
- Forskning på befruktete egg
- Genetisk undersøkelse av befruktet egg
- Fosterdiagnostikk
- Genetiske undersøkelser
- Genterapi

Myndighetsbestemmelsene i loven er delegert til Statens helsetilsyn. Da loven ble vedtatt ble det bestemt at den skulle evalueres etter fem år. Helsetilsynet har i tre omfattende bidrag til departementets evaluering påpekt en rekke medisinske, juridiske og etiske problemstillinger som loven reiser, samt foreslått flere endringer eller presiseringer av lovens ulike bestemmelser. Sosial- og helsedepartementet forbereder en egen stortingsmelding om evaluering av loven.

En internasjonal kartlegging av menneskets arveanlegg (Human genom-prosjektet) vil sannsynligvis bli ferdig i 2001. Denne kunnskapen kan være nyttig f.eks. for å motvirke kreftutvikling og gi muligheter for behandling av genetisk sykdom, selv om de store gjennombrudd foreløpig ligger langt fram i tid. Samtidig aktualiseres en rekke etiske, sosiale, økonomiske og juridiske problemstillinger.

Forskning innen bioteknologi er i sterk utvikling, og nesten daglig møter vi avisoverskrifter om påståtte revolusjonerende nye funn. Vi skal her belyse noen områder som er aktuelle i forbindelse med evaluering av loven: genetiske

undersøkelser og veiledning samt kunstig befruktning.

### Genetiske undersøkelser

Helsetilsynet har sammen med vårt fagråd for medisinsk bruk av bioteknologi definert genetiske undersøkelser som "alle former for genetiske utredninger av familiær sykdom eller sykdomsdisposisjon, og alle analyser av menneskets arvestoff som har til hensikt å gi informasjon om individets arveegenskaper".

Genetiske undersøkelser kan benyttes diagnostisk ved utredning av sykdom hos en pasient, for å forutsi senere sykdom hos friske mennesker, eller for å teste om en person er bærer av et gen som kan gi sykdom i senere generasjoner.

Et etisk dilemma ved gentesting gjelder spørsmålet om påliteligheten eller sikkerheten ved prognoser om mulig sykdom. Et viktig spørsmål er om det er forsvarlig å opplyse friske mennesker om potensiell alvorlig sykdom som det ikke er behandling for.

Kunnskap om eget arvestoff kan i enkelte tilfeller få betydning knyttet til forplantningen (skal/skal ikke få barn?), f.eks. for den alvorlige hjernesykdommen Huntingtons sykdom (Jakobsen, 1998).

En av de svært få arvelige sykdommer hvor man per i dag vet at det er et stort forebyggingspotensiale er familiær hyperkolesterolemi. Denne sykdommen fører som oftest til hjerte- og karsykdom i tidlig alder. Med endring av livsstil og kolesterolsenkende medikamenter kan risikoen for sykdom reduseres. Genetiske

undersøkelser av pasient og nære slektninger kan avdekke den genetiske defekten og bidra til behandling på et tidlig stadium.

### **Genetisk veiledning**

Det må stilles høye krav til genetisk veiledning ved tilbud om gentesting. De tiltak som tilbys bør ivareta individets rettigheter som bl.a. personlig integritet, medbestemmelse og retten til å reservere seg mot opplysninger og behandling. Resultater av en test får ikke bare stor betydning for den personen som testes, men også for vedkommendes familie og slektninger, og kan føre til redusert livskvalitet. Det kan ofte være vanskelig å forholde seg til resultatene. Noen gentester gir bare opplysning om en viss økt sjans for å utvikle sykdom.

Norske forskere har undersøkt personer etter at de var blitt genetisk testet for Huntingtons sykdom (Jakobsen et al. 1999; Boman, 1999). Reaksjonene hos dem som fikk påvist at de hadde sykdomsgenet ved testingen var blandet, men også noen av dem som ble "frikjent" ved testen fikk betydelige følelsesmessige problemer.

Mange kvinner med opphopning av brystkreft eller eggstokk-kreft i familien gis nå anledning til å teste seg for brystkreftgenene (BRCA1 og BRCA2). Sannsynligheten for at funn av slike gener skal føre til sykdom vil avhenge av flere faktorer. Det har vært hevdet at risikoen for at bærere av ett av disse genene skal utvikle brystkreft før 70-årsalderen er ca. 85 prosent, mens en ny undersøkelse har estimert risikoen til 56 prosent (Struewing et al. 1997).

Hvordan skal man leve med nyervervet kunnskap som gentesting kan gi? Den svenske antropologen Lisbeth Sachs har i en årrekke systematisk fulgt kvinner som har fått genetisk informasjon. I boka "Att leva med risk" skriver hun om fire kvinner i 30-40 - årsalderen med familiær krefthistorikk og som får beskjed om at de er bærere av sykdomsgener for kreft (Sachs, 1998). Etter 1-2 års genetisk

veiledning, råd fra ulike spesialister for og imot forebyggende operasjon og en nagende tvil om hvor stor kreftfaren egentlig er, velger kvinnene å fjerne de friske brystene og/eller eggstokkene. Livet for disse fire ble sterkt forandret og forfatteren reiser spørsmålet i etterhånd: Kan man virkelig operere bort en uro?

### **Kunstig eller assistert befruktning**

Utvikling innen medisinsk teknologi har muliggjort en rekke behandlingsmetoder for å avhjelpe barnløshet.

I Norge ble det første barnet unnfanget ved "in vitro fertilisering" (IVF) eller prøverørsbefruktning i 1984. I de seneste fem år er det påbegynt mellom 2 500 og 3 000 IVF-behandlinger årlig. Sjansen for å lykkes ved første forsøk er ca. 25 %, og mellom 50 og 60 % etter tredje forsøk. Norge var det første land i verden som i 1987 fikk en egen lov for å regulere assistert befruktning. Denne loven ble inkludert i lov om medisinsk bruk av bioteknologi i 1994.

En forholdsvis ny metode, mikroinjeksjon (ICSI), benyttes særlig i de tilfeller der menn har så dårlig sædkvalitet at vanlig prøverørsbefruktning ikke er mulig. Ved denne metoden føres en enkelt sædcelle inn i egget ved hjelp av en injeksjonsnål. Denne metoden har vært benyttet i Norge i fire år, og til nå er det født ca. 500 barn etter denne metoden. Noen forskningsresultater fra utlandet har vist en overhyppighet av fødselsdefekter hos ICSI-barna, mens nyere rapporter ikke viser en slik sammenheng. Helsetilsynet har godkjent bruk av ICSI-metoden til 2003, og den skal da evalueres på nytt.

Det er også reist spørsmål om denne befruktningsformen kan videreføre en redusert forplantningsevne til mannlige avkom. Vi må minst vente en generasjon for å få svar på dette. Nok et etisk dilemma for en teknologi i rask utvikling!



Donasjon av egg, bruk av surrogatmor, nedfrysing av ubefruktede egg eller eggstokkvev og uthenting av spermier fra testikkelen er ikke tillatt i Norge i dag. I andre land tilbys flere av disse metodene. For eksempel kan man på Internett finne "Center for Surrogate Parenting & Egg Donation". Her kan man få muligheten til å bli surrogatmor, få tak i en surrogatmor eller opplysninger om hvordan man skal kunne gi bort eller motta et egg. Uansett hvor mange behandlingsmetoder som tilbys, vil mange kvinner aldri lykkes med å få barn på denne måten.

### **Behov for informasjon**

Informasjon om behandlingstilbud, virkninger og bivirkninger og hvilke andre alternativer som finnes, vil være avgjørende for at den enkelte skal kunne orientere seg, vurdere fordeler og ulemper og ta valg. Helsetilsynet har derfor foreslått en større informasjonssatsing i samarbeid med Bioteknologinemnda.

Kunnskap blir svært viktig både for politikere som skal trekke opp den videre kursen på dette området og for allmennheten som blir bombardert med mer eller mindre seriøs informasjon.

I dagens informasjonssamfunn vil det være nødvendig med en bevisst tilrettelagt og planlagt informasjonsstrategi dersom man skal nå fram til de ulike målgruppene. Det blir en stor utfordring for helsetjenesten å medvirke i dette arbeidet.

Så langt har offentlige myndigheter kun i begrenset utstrekning drevet informasjonsvirksomhet for å øke befolkningens og helsepersonells kunnskaper om medisinsk bruk av bioteknologi. Som følge av manglende helhetlig informasjonsvirksomhet, vil informasjonsarenaen og den offentlige debatt på dette området lett bli dominert av legemiddelfirmaer, bioteknologiselskaper, produsenter av medisinsk utstyr, eller persongrupper med sterke egeninteresser.

Den raske utviklingen innenfor medisinsk bioteknologi medfører at den enkelte pasient stilles overfor en rekke nye og vanskelige valg. Samtidig vil helsetjenesten sannsynligvis bli utsatt for et større kommersielt press i årene som kommer. Denne medisinske utviklingen nødvendiggjør en debatt om hva slags virksomhet lovverket generelt bør tillate. Nye og kostbare undersøkelses- og behandlingsmuligheter vil kreve at man også drøfter hvilke tilbud det offentlige bør dekke og hva den enkelte skal betale selv.

Mange av temaene som er omtalt i dette kapitlet har både etiske og medisinske sider. Det er vanskelig å finne "riktige" svar, og mange vil ha sterke meninger om hva som er riktig i ulike situasjoner. Det kreves derfor politiske beslutninger som bygger på en avveining av ulike hensyn.





## 5. Helsepersonell og behovsdekning

Tilgang på tilstrekkelig antall helsepersonell med riktig kompetanse er avgjørende for kvalitet og kapasitet i helsetjenesten. Det er derfor urovekkende at det gjennom flere år har vært et økende antall ledige stillinger i den offentlige helsetjenesten, økende geografisk skjevfordeling av helsepersonell og utstrakt bruk av korttidsvikarer.

På bakgrunn av den store mangel på fagpersonell i helse- og sosialsektoren igangsatte Sosial- og helsedepartementet en handlingsplan for helse- og sosialpersonell i 1998 (Sosial- og helsedepartementet, 1999a).

"Rett person på rett plass" er målsettingen for handlingsplanen. Den påpeker at helse- og sosialpersonell:

- ikke utnyttes godt nok
- ikke er fordelt godt nok
- ikke samarbeider godt nok

Dessuten har medisinske framskritt og vekst i omsorgsbehovene sammen med generell økonomisk vekst skapt større etterspørsel etter personell enn utdanningene har tilført.

### Hvordan oppfatter fylkeslegene situasjonen?

Rapportene fra fylkeslegene fra 1999 bekrefter at det er stor mangel på helsepersonell i helsetjenesten. Helsetilsynet har bedt fylkeslegene vurdere personellsituasjonen med hensyn til rekruttering, stabilitet, vakanser og behovsdekning.

### *Kommunehelsetjenesten*

Hovedtendensen er at det er ledige stillinger for allmennleger og at det er vanskelig å få besatt kommunelege I-stillinger med kompetente leger. Det er vanskeligere å rekruttere fastlønnede leger enn leger med driftsavtale. Problemene varierer fra fylke til fylke.

Fra Sør-Trøndelag og nordover rekrutteres leger i økende grad fra utlandet. Det er vanskelig eller umulig å få norske søkere til stillingene. Det ser ut til at dette problemet er større jo lenger nord i landet vi kommer. En annen tendens er det økende antall korttidsvikarer. Fylkeslegen i Nordland opplyser at det er dårlig stabilitet i legestillingene, og dette har blitt verre i 1999. Det merkes også en økende overgang av allmennleger til sykehus. I Nordland er det størst bruk av vikarer og størst andel utenlandske leger i kommuner med mindre enn 4 000 innbyggere (Andersen et al. 1999).

Samtlige fylkesleger rapporterer om sykepleiermangel og rekrutteringsvansker til pleie- og omsorgstjenesten. Særlig gjelder dette spesialsykepleiere i psykiatri og geriatri. Det er dels mange vakanser og ustabilitet i gruppen. Små kommuner sliter mest med å beholde og rekruttere sykepleiere.



Enkelte melder at det er en økende andel ufaglært arbeidskraft, og i en del kommuner er mangelen på sykepleiere så stor at de ikke klarer å dekke døgnkontinuerlig drift i hjemmesykepleien.

I helsesøstertjenesten rapporteres vakanser og rekrutteringsproblemer av betydning bare i et fåtall av fylkene. Det største problemet innenfor denne gruppen ser ut til å være for få opprettede stillinger til å ivareta de oppgavene de er satt til. Det samme gjelder også for jordmødre. De fleste kommunene har opprettet stillinger, men det er ofte deltidsansatte med små stillingsbrøker. For landet sett under ett er det en bedring i deknningen av fysioterapeuter.

Tilgang på farmasøytisk arbeidskraft er et problem i halvparten av landets fylker. Problemet er størst i Nord-Norge, Nord-Trøndelag og på Vestlandet. Enkelte steder er problemet så stort at det går ut over lovpålagte oppgaver og publikums behov for apotek tjenester.

#### *Fylkeshelsetjenesten*

I region Nord-Norge har spesialisthelsetjenesten de største problemene med å rekruttere kvalifisert personell, særlig legespesialister som psykiater, radiolog, reumatolog, øre-nese-hals-lege, onkolog, geriater, kardiolog, grenspesialister innen kirurgi (nevrokirurgi) og til lokalsykehusene også innen generell kirurgi og medisin. Det mangler søkere til ledige stillinger. Det er videre mangel på radiografer og spesialsykepleiere. Generelt er det lettere å rekruttere personell til regionsykehus/sentralsykehus enn til lokalsykehus. I Nordland bruker samtlige sykehus private formidlingsfirmaer for å kunne opprettholde forsvarlig drift.

Også i helseregionene Øst, Sør, Vest og Midt-Norge melder fylkeslegene om mangel på legespesialister. Særlig gjelder dette psykiatere, gynekologer og anestesileger. Det meldes også om rekrutteringsproblemer. Det er mangel på spesialsykepleiere, særlig intensiv-

og operasjonssykepleiere, og det er mangel på radiografer. Generelt meldes det fra alle regionsykehus om en stor andel ubesatte sykepleierstillinger.

#### **Fordeling av leger i spesialisthelse tjenesten**

Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS) er fra 01.01.99 avløst av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR). NR er et rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet i legefordelingsspørsmål. Formålet er å sikre nasjonal styring over fordelingen av legestillinger i kommune- og fylkeshelsetjenesten. Etter den nye ordningen fastsetter Sosial- og helsedepartementet årlige rammer for hvor mange nye legestillinger/-hjemler som kan opprettes i kommune- og fylkeshelsetjenesten.

Årsrapportene fra ULS viser oversikter over godkjente offentlige legestillinger og legeårsverk inklusive spesialister med driftsavtaler, mens privatpraktiserende spesialister ikke er med (Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS), 1999). Oversikter per 31.12.98 som viser godkjente og ubesatte stillinger for alle spesialitetene, bekrefter fylkeslegenes rapporter om mangelfull dekning bl.a. på områdene: anesthesiologi, generell kirurgi og radiologi.

Helseregion Nord har størst andel ubesatte stillinger i alle tre spesialitetene, med hele 38 % ledige stillinger i radiologi per 31.12.98.

I helseregion Vest og Midt-Norge var ca. 10 % av radiologstillingene ledige, og minst ledighet var det i helseregion Øst og Sør. De to statlige sykehusene hadde i slutten av 1999 besatt nesten alle sine stillinger. Andel ledige stillinger gir ikke en god oversikt over behovsdekningen i fylkene, men peker på rekrutteringsvansker og manglende tilgang på leger i noen av spesialitetene.

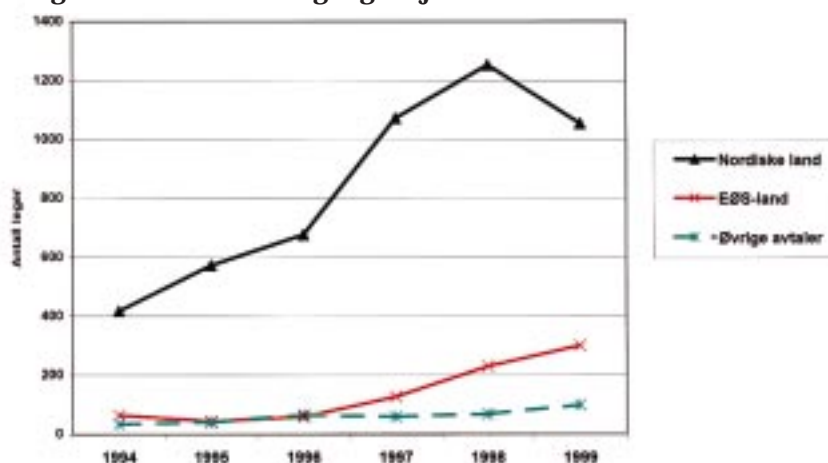
## Utenlandsk personell

Fylkeslegen i Oslo har landsfunksjon for godkjenning av alt utenlandsk helsepersonell, med unntak av lisensutstedelse til nordiske leger. Myndigheten til å gi midlertidig lisens til nordiske leger er delegert til fylkeslegen i det fylke legen skal arbeide. Utenlandsk helsepersonell godkjennes enten på grunnlag av nordisk overenskomst, etter EØS-avtalen eller på grunnlag av nødvendig myndighet.

ten, eventuelt hvor de arbeider.

I fylkeslegenes rapporter for 1999 opplyses om økende språkproblemer, særlig i forbindelse med leger som snakker dårlig norsk. I noen tilfeller skaper kulturforskjeller problemer. Utenlandske leger kjenner heller ikke alltid godt nok til norsk helselovgivning eller til organiseringen av tjenestene. Problemene er størst på Vestlandet, Midt-Norge og i Nord-Norge som har høyest

Fig. 5-1 Utenlandske leger godkjent i 1994 til 1999



Kilde: Fylkeslegen i Oslo

Figur 5-1 viser antall leger som er blitt godkjent i henhold til ulike avtaler i perioden 1994 – 1999. Som det framgår har det vært en stor økning i antall godkjenninger, spesielt fra nordiske land.

Tilsvarende utvikling har det også vært for sykepleiere, med en særlig sterk økning for nordiske sykepleiere. Fra 523 godkjenninger i 1995 til 2 333 i 1997. I 1999 var antallet redusert til 1 569 sykepleiere. I samme år ble det godkjent 65 sykepleiere fra EØS-land og 55 i henhold til øvrige avtaler. Dette er kun en beskjeden økning fra tidligere år. Vi vet ikke hvor lenge de som får godkjenning blir i Norge. Det finnes heller ikke opplysninger som kan vise om alle som har fått godkjenning arbeider i helsetjenes-

andel utenlandske leger. Fylkeslegene ser flere klagesaker hvor språkproblemer er det primære eller ett av flere elementer i en sak.

Veiledere i allmennmedisin har gitt uttrykk for en bekymring for de faglige konsekvenser det har for norsk primærhelsetjeneste at det aktivt rekrutteres leger fra ikke-nordiske EØS-land direkte til arbeid i allmennmedisin. Bekymringen er knyttet til en under vurdering av hvilke språklige ferdigheter og samfunnsmessig og kulturell forståelse som kreves. De rutiner som i dag er lagt opp for språkopplæring og førstehånds faglig innføring i norsk medisin og primærhelsetjenestens arbeidsområder er i følge veilederne åpenbart ikke tilstrekkelige (Westin, 2000). Helsetilsynet ser alvorlig på de ovenfor



nevnte problemer. Arbeidsgiverne, det vil si kommuner og fylkeskommuner, har plikt til å gi opplæring og veiledning for utenlandske leger som skal arbeide i helsetjenesten. Her er det påvist svikt i en rekke tilfeller. Helsetilsynet vil i 2000 sette fokus på hvordan arbeidsgiver sikrer at kravene til språkferdigheter og andre kvalifikasjoner ivaretas ved ansettelse av helsepersonell fra utlandet.

### **Fordeling av helsepersonell**

Det er de små kommunene i utkantstrøk, særlig i Nord-Norge, som har størst vansker med å rekruttere og beholde helsepersonell. Situasjonen er mye den samme også i Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Det er blitt påpekt at det største problemet med legene ikke er at det er for få av dem, men at det er for mange jobbmuligheter, og at de ikke velger de jobbene samfunnet ønsker de skal ta (Øgar, 2000). Når det gjelder legedekningen, er det i første rekke et fordelingsproblem, mens det for helsepersonell i pleie- og omsorgssektoren er et reelt volumproblem.

Kommunene planlegger nå innføring av fastlegeordning fra 2001. Denne ordningen vil tydeliggjøre allmennlegenes populasjonsansvar, men er ingen garanti for en bedre realisering av helsepolitiske mål eller utjevning av geografiske forskjeller. Utkantkommuner har mange steder så å si

ikke norske søkere til legestillingene. Behovet dekkes til en viss grad av vikarer, noe som gir dårlig kontinuitet, språkproblemer og liten stabilitet blant helsepersonell. Helsetilsynet er imidlertid opptatt av det etiske dilemma som kan oppstå dersom Norge rekrutterer leger fra land som har mangel på leger selv.

Vi kan slå fast at det er stor mangel på fagfolk i store deler av landet og på en del viktige tjenesteområder. Vi trenger virkemidler som i større grad fordeler helsepersonell i tråd med uttalte prioriteringer, og virkemidler for å få pleiepersonell tilbake til yrket. Disse arbeidstakerne er i stor grad kvinner, og det er viktig å minske arbeidsbelastningen som disse er utsatt for. Pleie- og omsorgsyrkene er blant de siste fysiske tunge manuelle yrkene i samfunnet.

Det gjenstår å se om Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording og handlingsplanen for helse- og sosialpersonell er tilstrekkelige for å utnytte og fordele helsepersonell på en bedre måte. Det kan også stilles spørsmål om helsetjenestens organisering er optimal, om arbeidsforholdene er godt nok tilrettelagt og om den offentlige helsetjenesten tilbyr lønnsforhold som tiltrekker helsepersonell med ønsket kompetanse der det er behov for dem.

# 6.

## Helsetjenesten for eldre

### Handlingsplan for eldreomsorgen

Et av målene i Stortingsmeldingen "Handlingsplan for eldreomsorgen" er å gi en bedre helsetjeneste for eldre (St.meld.nr.50 (1996-97)). Det er fylkesmannen og fylkeslegen som følger opp stortingsmeldingen i det enkelte fylket. Øremerkede midler blir gitt til kommunene for å styrke både omfanget og kvaliteten på tjenestene. Fylkeslegens bidrag i vurderingen av planene er i særlig grad å sørge for at de helsefaglige aspekter blir tilstrekkelig ivaretatt i den kommunale planleggingen, og å påse at spørsmålene om kompetanse og kvalitet i helsetjenestene er tatt med.

I institusjonene i pleie- og omsorgstjenesten er kvinnene i overvekt, sju av ti i aldersgruppen 75–90 år er kvinner, åtte av ti i aldersgruppen over 90 år. Eldre kvinner vil sjeldnere enn eldre menn ha en ektefelle som omsorgsperson hjemme. Behovet for både institusjons- og hjemmetjeneste vil derfor relativt sett være større for kvinner.

Hvordan kommunen i framtiden vil sørge for nødvendig helsehjelp slik at befolkningen får nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand står helt sentralt. Kommunene må sørge for tilstrekkelig kvalifisert personell til å ivareta disse oppgavene. Kvalifisert helsepersonell er etter Helsetilsynets oppfatning den mest kritiske faktor for å nå målsettingen om en kvalitativ og kvantitativ god helsetjeneste for eldre.

### Fylkeslegenes

årsrapporter for 1999 rapporterer om særlig stor satsing i kommunene på å bygge nye omsorgsboliger. I hvilken grad dette vil være et godt tilbud til de sykeste og mest pleietrengende vil avhenge av personelltilgangen. Kommunenes arbeid med å utarbeide internkontrollsystemer er kommet kort når det gjelder helsetjenesten for eldre. Flere fylkesleger melder at kommunene ikke vet om de grunnleggende behov blir dekket hos brukerne. Kvaliteten på mange av tjenestene er i dag ikke god nok. Helsetilsynet og fylkeslegene følger dette nøye gjennom tilsyn og rådgivning til kommunene.

Hvorvidt kommunehelsetjenesten blir i stand til å ivareta alle oppgavene innenfor denne delen av helsetjenesten, vil i særlig grad avhenge av kommunenes evne og mulighet til å beholde og dyktiggjøre det personell som allerede arbeider i sektoren. Det er også behov for å øke deres kompetanse i forhold til nye oppgaver.

Mulighet for fagutvikling og kompetanseheving virker stimulerende og kan bidra til kontinuitet i ansettelsesforhold, noe som er viktig for kvalitet i pasientarbeidet.



### Sykehjemmenes funksjon

Helsetilsynet har i 1999 gjennomført en kartlegging av legetjenesten i sykehjem (Statens helsetilsyn, 1999a). Undersøkelsen dekket mer enn 75 % av landets sykehjemsplasser. Det ble konkludert med at hvert tredje sykehjem sliter med ustabil og ufaglært pleiepersonell. Disse sykehjemmene har også problemer med å holde på legene. I flertallet av sykehjemmene er den medisinske utstyrsmengden så beskjeden at legen enten må låne utstyr på eget legekontor eller henvise pasientene videre for enkle undersøkelser. Det er nødvendig med mer og bedre medisinsk utstyr for å unngå unødvendig henvisning til spesialist.

Rapporten avdekket at legene selv mener at det er behov for 25 % flere legetimer på sykehjem. Enkelte leger opplever at den totale arbeidsmengden blir for stor, og at problemet best kan løses ved tilføring av flere legeårsværk i de kommunene som står svakest. Det er verdt å merke seg at legene som deltok i undersøkelsen i større grad nevner behovet for å styrke sykepleiertjenesten enn legetjenesten. Legene mener det er behov for flere sykepleierstillinger og for tiltak som kan skape større stabilitet blant pleiepersonalet.

Fylkeslegenes årsrapport bekrefter at legedekningen i sykehjem varierer mellom kommunene, og at det mange steder er svært få legetimer avsatt til arbeid i sykehjemmene. Det er store mangler i tilbudet til aldersdemente, og ofte er tilbudet for lite differensiert.

Det pågår nå en diskusjon om sykehjemmenes framtidige rolle i framtidens pleie- og omsorgstjenester. Blant de ting som diskuteres i en rapport utgitt av Sosial- og helsedepartementet om sykehjemmenes rolle og funksjoner i framtidens pleie- og omsorgstjenester, er sammenhengen mellom sykehjem og omsorgsboliger (Sosial- og helsedepartementet, 1999c).

Flere modeller for organisering blir drøftet i rapporten.

Helsetilsynet mener at sykehjemmet i framtiden ideelt sett ikke bør inneha noen varig bofunksjon for noen grupper. Sykehjemmet bør være kommunens tilbud til alle aldersgrupper som i et avgrenset tidsrom har behov for døgnkontinuerlige tjenester i form av medisinsk behandling, rehabilitering/opptrening og sykepleie. Helsetilsynet mener videre at avlastning og tilbud ved akutte omsorgsbehov ikke har en naturlig plass i sykehjemsfunksjonen, og understreker at en vektlegging av medisinsk behandling ved sykehjemmene vil medføre et behov for å sikre den faglige kompetansen.

Statens helsetilsyn tilrår at kommunen skal ha plikt til å legge til rette for et varig botilbud for de som har behov for heldøgns pleie, omsorg eller tilsyn. I hovedsak gjelder det følgende grupper:

- Kronisk syke og funksjonshemmede med stort behov for medisinsk behandling og pleie
- Pasienter med aldersdemens som ikke kan ta ansvar for seg selv
- Pasienter med alvorlige atferdsvansker (med bakgrunn både i psykisk sykdom, psykisk utviklingshemming og aldersdemens)
- Pasienter med stort tilsynsbehov eller behov for bofelleskap under tilsyn (hovedsakelig innen psykisk helsevern)

Den skisserte funksjonsbeskrivelsen for sykehjemmene og omsorgsboligene i rapporten fra Sosial- og helsedepartementet er en framtidig målsetting, og det synes ikke realistisk å nå målene i løpet av få år. Både mangelen på fagpersonell, særlig leger og sykepleiere, behovet for å tilføre økonomi i takt med det økende antall eldre, og behovet for organisasjonsmessige og bygningsmessige endringer, tilsier en endring over tid. Det må likevel ikke glem-

mes at nettopp i en periode med mangel på medisinsk fagpersonell vil en konsentrering av de helsefaglige arbeidsoppgaver kunne gi en bedre utnyttelse av dette personalet, og et aktivt fagmiljø vil kunne bidra til bedre rekruttering.

### **Samhandling mellom kommune- og fylkeshelsetjenesten**

Veiledning fra annenlinjetjenesten har betydning for kvaliteten i helsetjenesten for eldre i kommunene. Etter lov om spesialisthelsetjenester vil de som arbeider i sykehus få plikt til å gi kommunehelsetjenesten råd og veiledning. Faglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har betydning for hvilke medisinske funksjoner kommunene kan ivareta og hvordan de blir utført. Samarbeidet fungerer ikke optimalt i dag og må bedres for å sikre kvaliteten på helsetjenestene til eldre. Et sentralt problem i forhold til dette er at det fortsatt er for få leger med spesialistutdannelse i geriatri. Mangelfulle muligheter for tilstrekkelig utredning og behandling av pasienter med aldersdemens er en annen utfordring.

I en offentlig utredning "Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende" behandles spørsmålet om samhandling mellom nivåene (NOU 1999: 2). Mandatet gruppen fikk var å utarbeide en helhetlig plan for pleie- og omsorgstilbudet og hvordan behandlingen kunne organiseres i sammenhengende kjeder for å gi den beste livshjelp til uhelbredelig syke og døende mennesker. Sentralt i planen skal være en vurdering av både innholdet og organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet. Dette stiller store krav til samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten.

Helsetilsynet støtter at det ikke opprettes egne institusjoner (hospice) for alvorlig syke og døende. Tilbudet bør organiseres innen den eksisterende helsetjenesten. Forutsetninger for at intensjonene i NOU

1999:2 skal kunne realiseres er at kommunene har et tilstrekkelig antall personell med relevant kompetanse, og at det er samarbeid på tvers av ulike nivå i helsetjenesten.

### **Nasjonalt geriatriprogram**

Geriatriprogrammet startet i 1994 og ble avsluttet ved utgangen av 1999. Det er brukt ca. 18,3 millioner kroner til å stimulere styrking av fylkeskommunal geriatri. I alt 15 fylker har mottatt tilskudd, hvorav sju av fylkene manglet geriatriisk tilbud. Ved programmets slutt er det etablert geriatriisk spesialisthelsetjeneste eller team med geriater i alle landets fylker. Dette har brakt norsk geriatri et stykke videre og bidratt til et løft for helsetjenester for eldre i alle deler av landet.

Norge har nå totalt 100 spesialister i geriatri og ca. 1 500 sykepleiere med videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Som et ledd i å utvikle den tverrfaglige kompetansen er det gjennomført en rekke fagutviklingsprosjekt, og en rekke publikasjoner er under utgivelse. Det er etablert nye samarbeidsformer mellom første- og annenlinjetjenesten, blant annet områdegeriatriisk team. Disse er utprøvet og evaluert.

Videreføring er sikret gjennom politiske vedtak i fylkeskommunene om spesialisthelsetjeneste i geriatri, og Stortinget har bevilget 7 millioner kroner i statsbudsjettet for 2000 til videreføring av:

- Prosjekt undervisningssykehjem
- Nasjonalt formidlingssenter i geriatri
- Geriatriisk intranett (elektronisk sykehusnettverk) som prosjekt under formidlingssenteret
- Statlige stimuleringstiltak til fylkeskommunal geriatri i enkelte fylker.

### **Utfordringer framover**

De store satsingene under geriatriprogrammet og handlingsplanen for eldre er nød-



vendig for å kunne gi medisinsk forsvarlig behandling og nødvendig pleie og omsorg for den økende andel eldre i tiden framover. Ifølge framskrivning av folkemengden fra år 2000 til 2030 vil aldersgruppen fra 70 år og oppover øke fra 515 000 til 781 000 (Statistisk sentralbyrå, 1999). Tilsvarende vil aldersgruppen 80 år og over øke fra 190 000 til 300 000 i denne perioden.

En analyse av sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030 viser at antall eldre som lider av hjerte- og karsykdommer, kreft og andre store folkesykdommer vil øke med 40–60% til år 2030 (Statens helsetilsyn, 1999b). Med dette som bakgrunn, er Helsetilsynet bekymret for at vi i Norge i dag har en situasjon hvor de medisinske avdelinger er

overfylte, ofte med pasienter liggende i korridorene. Samtidig rapporteres det om mangel på sykehjemsplasser og utilstrekkelig tjenestetilbud i omsorgsboliger. Det kan være grunn til å reise spørsmål om det totale "sengetall" i tjenestekjeden sett under ett er for lite.

I den store satsingen som Handlingsplanen for eldreomsorg har lagt opp til, vil det være viktig å vurdere om de sykeste og mest pleietrengende kan få medisinsk forsvarlig behandling og nødvendig pleie og omsorg innenfor andre organisatoriske rammer. Tilsynsmyndighetene har en viktig rolle i oppfølgingen av denne satsingen med tilsyn og rådgivning overfor både kommune- og fylkeshelsetjenesten.



# 7.

## Sykehusene – kapasitet og drift

Aldri har det vært behandlet så mange pasienter ved norske sykehus som nå. Ifølge siste Samdata-rapport økte antall innleggelser i de somatiske sykehusene med 3 %, fra 664 060 i 1997 til 683 672 i 1998, mens antall senger ble redusert med ca. 1 % (SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, 1999). Antall polikliniske konsultasjoner økte i samme periode med 10 %, fra 2 710 000 til 2 980 000. I disse to årene var andel reinnleggelser den samme, 21,5 % pasienter hadde mer enn ett sykehusopphold i løpet av samme år.

Til tross for den høye behandlingsaktiviteten har det de senere årene vært sterk fokusering på kapasitetsproblemer med overbelegg og korridorpasienter og lange ventetider ved sykehusene. Økonomiske problemer og budsjettsprekke med påfølgende innsparingstiltak er en gjenganger. Fokus har særlig vært rettet mot regionsykehusene og de store sykehusene.

### **Korridorpasienter i 1999**

På bakgrunn av situasjonen som framkom i Helsetilsynets kartlegging i 1998 ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger med betydelig overbelegg og korridorpasienter, foretok Helsetilsynet en oppfølgende og utvidet kartlegging i juni 1999. Vi valgte denne gangen å kartlegge situasjonen ved indremedisinske avdelinger, hvor problemene var størst forrige gang.

Hovedfunnene ved de indremedisinske avdelingene, sett på landsbasis, var at:

- belastningen og overbelegget i form av korridorpasienter og høy beleggprosent ikke var endret i 1999 sammenlignet med 1998.

- korridorpasienter forekommer ofte eller regelmessig ved 80 % av avdelingene
- korridorpasienter er fremdeles regelen og ikke unntaket
- i stor grad var det de samme sykehusene som hadde overbelegg og omtrent på samme nivå også i 1999. I både 1998 og 1999 var overbelegget størst ved de store sykehusene.

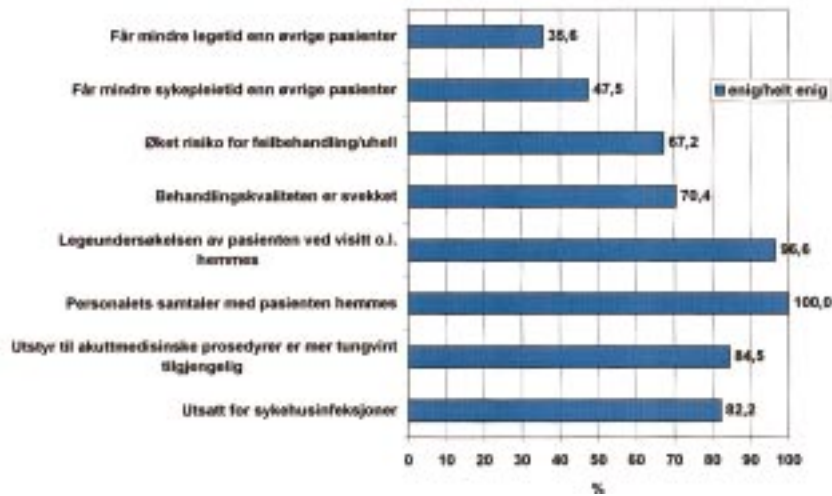
Registrering av ferdigbehandlede pasienter som ikke var utskrevet fra indremedisinsk avdeling en bestemt dag i juni 1999 viste at 15 av sykehusene hadde seks eller flere på kartleggingsdagen. Det var flest ferdigbehandlede pasienter ved sykehusene i Oslo, med over 20 pasienter ved tre av sykehusene.

Spørreundersøkelsen viste entydig at de faglig ansvarlige ved sykehusavdelingene oppga at korridorpasienter i stor grad gir uheldige konsekvenser (se figur 7-1). Et stort flertall svarte at arbeidssituasjonen og arbeidsforholdene er slik at behandlingskvaliteten svekkes når avdelingen har korridorpasienter.

Det er allmenn enighet om at sykehuskorridoren ikke er egnet for pasientbehandling. Det medfører økt risiko for svekket kvalitet i behandling og pleie. Situasjonen med korridorpasienter ved en rekke av landets sykehus



Fig. 7-1 Forhold som gjelder korridorpasienter



sikrer heller ikke i tilstrekkelig grad ivaretagelse av pasientens integritet og alminnelig verdighet.

#### *Hvorfor har vi korridorpasienter?*

Det ser ut som om det store omfanget av korridorpasienter er et særnorsk fenomen. Land vi kan sammenligne oss med har ikke tilsvarende aksept for forekomst av korridorpasienter slik som ved norske sykehus.

Årsakene til overbelegg er komplekse. Det kan synes som om det mange steder er blitt helt vanlig å ha korridorpasienter og at dette er en ordning man lever med. Kan det være at økningen i antall eldre og økt behov for sykehusinleggelse er kommet overraskende på mange sykehuseiere? Det er ikke alltid tatt høyde for en utvikling som burde vært forutsett, med bedre planlegging og kapasitetsøkning av sengeplasser og personell, tilpasset dagens og morgendagens behov.

#### *Fylkeskommunenes rolle i forhold til overbelegg*

Flere fylkeskommuner synes å ha vært relativt passive i forhold til overbelegg og korridorpasienter. Dette gjelder flere av de fylkene hvor situasjonen er problematisk med betydelig og regelmessig overbelegg. Enkelte fylkeskommuner har likevel vært aktive for å gjøre noe

med problemene. Kartleggingen viste imidlertid at tiltak og løsninger i stor grad var overlatt til det enkelte sykehus. Mange sykehus har gjort en betydelig innsats innenfor de rammer og muligheter de har for å bedre situasjonen.

Helsetilsynet har gjennom de nevnte kartlegginger, med tilsynssaker og varsler om påbud, satt fokus på fylkeskommunens ansvar som eier av sykehusene, og hvordan de følger opp eier- og arbeidsgiveransvaret som de er pålagt ifølge lovverket. Det kan synes som om ansvar for drift og håndtering av overbelegg ofte er overlatt til det enkelte sykehus. Det kan også stilles spørsmål ved om det styringssystemet enkelte fylkeskommuner har etablert, fungerer tilfredsstillende i forhold til å løse dette problemet.

I prinsippet bør korridorpasienter ikke aksepteres. Bare unntaksvis kan dette godtas som en nødløsning. Det må arbeides kontinuerlig for å bedre situasjonen på dette området.

Sykehuseierne må ta situasjonen på alvor i langt større grad enn hittil. Helhetsløsninger på tvers av nivåer i helsetjenesten, og med sterkere involvering av kommunal og fylkeskommunal ledelse bør vurderes.

#### **Korridorpasienter og sykehusinfeksjoner**

Infeksjoner som pasienten pådrar seg under sykehusopphold (sykehusinfeksjoner), medfører

unødvendige, og ofte store lidelser. I tillegg kommer betydelige økonomiske konsekvenser for helsetjenesten. Av innlagte pasienter blir 5-7 % rammet av sykehusinfeksjoner. Slike infeksjoner kan til en viss grad forebygges gjennom bygningsmessige tiltak, riktig bruk av antibiotika, og ikke minst gjennom kvalitetstiltak som bygger på opplæring, gode hygiene-prosedyrer og sikring av at disse følges.

For pasienter som er plassert i korridorer, mangler grunnleggende muligheter for elementære forholdsregler, f.eks. lett tilgang til håndvask. Plassering av pasienter i korridorer er som regel et uttrykk for en overbefolket avdeling. En grunnleggende forutsetning for å hindre spredning av smitte, er å skille smitteførende personer fra andre. Sentrale tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner blir derfor å få bort korridorsengene, få flere ensengsrom og flere isolat.

Overbefolkede sykehusavdelinger gjør det ekstra viktig at sykehusene har etablert effektive infeksjonskontrollprogram. Forskriften om smittevern i helseinstitusjoner pålegger helseinstitusjonene å ha slike program.

Fylkeslegene gjennomførte i 1999 tilsyn med smittevern i 42 kirurgiske og medisinske avdelinger. Tilsynsrapportene viser at det står mye igjen før de krav som helsemyndighetene har stilt, er oppfylt. Fullstendig infeksjonskontrollprogram manglet ved ca. 1/3 av avdelingene. Mer enn 2/3 av kvalitetsutvalgene manglet medlemmer med infeksjonsmedisinsk kompetanse. En tredel av avdelingene hadde ikke tilfredsstillende rutiner for å hindre at pasienter med antibiotikaresistente bakterier ble liggende i korridorer. Ved 13 avdelinger var det brudd på kravene knyttet til håndvask. To av fem regionssykehus hadde ikke tilfredsstillende luftsmitteisolat. Fylkeslegene vil følge opp disse avvikene, og det vil bli vurdert å gi påbud der hvor svikten er mest alvorlig.

Problemet rundt korridorpatienter og smittevern er også tatt opp i en ny tiltaksplan for å mot-

virke antibiotikaresistens (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Ett av tiltakene fra SHD er å bidra til å redusere overbelegg i sykehus for å unngå korridorpatienter.

### **Veien videre - tiltak under utprøving**

Ved mange av sykehusene er det i gang ulike prosjekter og tiltak for å bedre situasjonen og øke effektiviteten. Både Forum for organisasjonsutvikling i sykehus og Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling har siden 1995 gitt økonomisk støtte til flere slike utviklingsprosjekter. Fortsatt mangler sluttrapporter for de fleste prosjektene, og få har til nå beskrevet om tiltakene har hatt den ønskede effekt.

De ulike prosjekter belyser imidlertid viktige problemstillinger som vil kunne føre til et kvalitativt bedre tilbud og en mer effektiv organisering. Framover er det etter Helsetilsynets oppfatning viktig å fokusere på:

- Å bedre samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten om tidligere utskriving av pasienter
- Å tilpasse sykehjemsplasser i kommunene til avlastnings-, korttids- og utredningsopphold, noe som igjen vil kunne hindre en del innleggelser
- Å atskille planlagt og akutt behandling innen kirurgi der det er lang ventetid for operativ behandling
- Pasientflyt og fjerning av interne flaskehalsar for å få til en mer målrettet pasientstrøm gjennom sykehusoppholdet ("Rett pasient på rett plass, til rett tid")
- En ytterligere overføring av pasienter til poliklinisk behandling og dagbehandling
- Planlegging ut fra kjennskap til den demografiske utviklingen.



## 8. Sikrere bruk av legemidler

Feilbruk av legemidler er et stort problem både i helseinstitusjoner og i primærhelsetjenesten, noe som bekreftes gjennom fylkeslegenes tilsyn og gjennom klagesaker. Det kan dreie seg om uheldig terapivalg, men ofte oppnår man ikke de ønskede resultater fordi det gjøres feil i forbindelse med håndteringen og administreringen av de forordnede legemidler. Videre kan observasjonen og oppfølgingen av pasienten være utilstrekkelig. Målet må være at rett legemiddel skal gis til rett pasient i rett dose til rett tid, men også at pasienten skal ha rett informasjon og rett observasjon.

### Meldinger om feil

Meldesentralen i Helsetilsynet mottar rapporter om uhell og skader ved landets sykehus. Nest etter fallskader er legemiddelfeil hyppigste meldekategori (17 %). Flere undersøkelser bekrefter det generelle inntrykket: Ved intensivavdelingen ved Haukeland sykehus fant man i 1997/98 ett avvik om dagen, og 45 % av alle feil var knyttet til håndtering og bruk av legemidler (Hunskår og Flaatten, 1998). En undersøkelse fra 32 sykehjem i Rogaland i 1997 avdekket også et stort antall feil i slike institusjoner (Bakke, 1998).

Undersøkelser fra Norge og Sverige indikerer at så mye som 5-10 % av alle innleggelse i sykehus har tilknytning til uheldig eller feilaktig legemiddelbruk (Kjustad et al. 1987; Danell-Boman et al. 1998). Blant eldre er legemiddelrelaterte sykehusinnleggelse enda vanligere, sannsynligvis 10-17 %. Noen av disse innleggelsene skyldes bivirkninger som ikke kan tilskrives feilvurderinger eller feilbruk. Mange kunne imidlertid vært unngått.

Når det oppstår feil i forbindelse med legemiddelbruk får dette ofte betydelige medisinske, menneskelige og helseøkonomiske konsekvenser.

Opplysninger fra Meldesentralen gir grunnlag for å anta at feil bruk av legemidler i sykehus medfører så mange som ca. 15 dødsfall per år og 80-100 alvorlige skader. Tallene fra Meldesentralen representerer sannsynligvis minimumstall. De feil som har gitt de alvorligste konsekvensene dreier seg om tilfeller der legemidlet er gitt på feil måte eller i feil dose (større enn forordnet). Flere av dødsfallene er relatert til komplikasjoner i forbindelse med blodfortynnende behandling.

### Kostnader

I 1999 ble det omsatt legemidler i Norge for vel 10 milliarder kroner, og ca. 70 % av dette dekkes over offentlige budsjetter (Norsk Medisinaldepot, 2000). Utgiftene til legemidler øker år for år, noe som i hovedsak skyldes overgang til nye legemidler eller innføring av ny behandling for sykdommer som det ikke har vært behandling for tidligere. Feilbruk og dårlig utnyttelse av en så dyr innsatsfaktor som legemidler påfører samfunnet store og unødvendige kostnader. Tar vi utgangspunkt i at 5 % av de årlige 700 000 sykehusinnleggelsene kan unngås ved riktigere legemiddelbruk, og at prisen for ett liggedøgn er 4 000 kroner, blir potensialet for innsparing 140 mill. årlig, gitt at de aktuelle innleggelsene bare er av et døgn varighet. Beløpet representerer altså et klart minimums-anslag.

Stadig større press på sykehusene fører til kortere liggetid. Primærhelsetjenesten får dermed større ansvar for kompliserte behandlingsregimer, bl.a. infusjons- og injeksjonsmedikasjon,

hjemmedialyse og total parenteral ernæring. Dessuten skjer det en større forflytning av pasienter enn tidligere mellom de ulike omsorgsnivåene: sykehus, sykehjem, aldershjem og hjem. En situasjon med mange aktører som har ansvar for pasienten stiller store krav til gode rutiner for informasjon, dokumentasjon og kommunikasjon i og mellom nivåene for at alvorlige avvik og feil skal unngås.

### **Regelverk knyttet til legemiddelforsyning/håndtering**

I hele helsetjenesten, men særlig i sykehjem og hjemmebaserte tjenester, er det mangel på helsepersonell med nødvendig kompetanse. Dette fører til at en del oppgaver blir utført av personell med svært begrenset kunnskap om legemidler. Helsetilsynet mottar stadig spørsmål fra helsetjenesten og fylkeslegene om hvordan kvaliteten på legemiddelhåndtering bør sikres, og om hvordan ressursene i en personellmessig presset situasjon bør utnyttes best mulig. Et sentralt punkt er hva slags opplæring og oppfølging som må ligge til grunn for at personalet skal få den kompetanse som er nødvendig.

Helsetilsynet har i lengre tid fått klare tilbakemeldinger fra fylkesleger og helsetjenesten om at gjeldende regelverk ikke er tilpasset dagens situasjon. Forskriftene som regulerer legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten og i sykehus er mer detaljert enn de fleste andre forskrifter som gjelder for helsetjenesten. I praksis gir imidlertid forskriftene langt fra noen uttømmende regulering av feltet.

En gjennomgang av regelverket viser at det på flere punkter er behov for en revisjon for å få lik og mindre detaljorientert regulering av legemiddelforsyningen.

Statens helsetilsyn ønsker at regelverket oppdateres, slik at det kan fungere som grunnlag for gode rutiner og som et godt tilsynsverktøy. Ny helselovgivning, ikke minst lov om helsepersonell, aktualiserer en revisjon og tilpasning av regelverket ytterligere.

### **Sikrere legemiddelbruk**

Helsetilsynet har med støtte fra Sosial- og helsedepartementet igangsatt prosjektet "Sikrere legemiddelbruk – med spesiell fokus på primærhelsetjenesten". Med sikker legemiddelbruk menes i dette prosjektet at pasienten, når beslutning om medikamentell

behandling er tatt, får legemidlet eller legemidlene utlevert eller administrert med rett kvalitet (rett legemiddel, rett pasient, rett dose, rett tid, rett motivasjon, rett informasjon og rett observasjon). I begrepet ligger også at det må sikres at annen behandling eller andre tiltak som iverksettes av helsepersonell eller av pasienten selv, ikke har utilsiktet innvirkning på legemiddelbehandlingen. Hovedmål for prosjektet er å redusere antall feil i forbindelse med bruk av legemidler, samt å optimalisere ressursbruken på området.

I 1999 har Helsetilsynet kartlagt og analysert faglige, organisatoriske og økonomiske problemer, barrierer og muligheter som eksisterer innen legemiddelbruks- og håndteringsproblematikken i helsetjenesten. Regelverket som gjelder for legemiddelforsyningen er gjennomgått, og flere problemområder er identifisert.

En rekke kvalitetsutviklingsprosjekter som er i gang i helsetjenesten er identifisert og registrert med tanke på høsting av erfaringer. Helsetilsynet har også gitt støtte til flere forsøksprosjekter, både i primærhelsetjenesten og i sykehus. Tankegangen er at rutiner og praksis i 1. og 2. linjetjenesten bør ses i sammenheng for å sikre kontinuitet og kvalitet i behandlingen. Prosjektene fokuserer på mange aktuelle problemstillinger, og omfatter bl.a. teknologiutnyttelse ved håndtering av legemidler, datakommunikasjon mellom ulike nivåer i helsetjenesten, pasienten som ressurs, og systemer for oppgradering og vedlikehold av kompetanse for helsepersonell.

Legemiddelhåndteringsprosjektet er tenkt å løpe fram til 2004, og omfatter en rekke aktiviteter og tiltak. Prosjektet vil fokusere på følgende hovedområder:

- Regelverksutvikling tilpasset ny helselovgivning
- Internkontroll og kvalitetssystemer med fokus på organisasjonskultur og ansvarsplassering. Behov for og bruk av dokumentasjons- og kommunikasjonssystemer mellom omsorgsnivåer og mellom helsepersonell med ansvar for den enkelte pasient står sentralt
- Kompetanseutvikling
- Utvikling av informasjonsteknologi og annen teknologi for å forenkle og kontrollere rutiner.



# 9.

## Tilsyn i et individ- og systemperspektiv

Tilsynssaker skal ivareta to viktige hensyn. På den ene siden skal tilsynsmyndigheten bidra til å fremme kvalitet og forsvarlighet i helsetjenesten gjennom å føre tilsyn med om helselovgivningen følges. I tillegg skal pasientenes og helsepersonellens rettssikkerhet ivaretas. Pasienter og pårørende kan henvende seg til tilsynsmyndigheten når de mener de har grunnlag for å klage på helsetjenesten.

Hovedansvaret for å sørge for korrigerende av feil og avvikshendelser ligger i virksomhetene og hos helsepersonellet. Bedring av kvalitet skjer først når man ute i helsetjenesten tar tak i hendelsene og setter inn tiltak for å hindre gjentakelse.

Helsetilsynet og fylkeslegene er svært opptatt av de problemstillingene som Sleipner-ulykken og togulykken i Østerdalen har reist. Tilsynsmyndigheten må ha fokus på de systemer som skal forebygge at individuelle feil får store konsekvenser. Dersom vi skal lære av feil som begås, må vi klare å skape kulturer der de som erkjenner svakheter i egen organisasjon og forsøker å gjøre noe med disse, ikke skal betraktes som de dårligste i klassen. Åpenhet rundt det alminnelige i å feile, er en forutsetning for at vi stadig skal bli bedre på sikkerhet for brukere og personell.

Tilsynsmyndigheten må ha fokus på både individ og system, men det er viktig å presisere at systemfokusering gir størst potensiale for forbedringer. Tilsynsetatens oppfølging av hendelsene har også en sentral plass i et kvalitetsperspektiv. Ved å ta stilling i disse sakene, sier tilsynsmyndigheten hvor grensen går mellom det akseptable og uakseptable. Det forutsetter bl.a. at erfaringene fra disse sakene når ut til

helsetjenesten.

Helsetilsynet ivaretar dette

bl.a. gjennom publikasjonen Helseretts-info

og deltagelse på seminarer. Det er imidlertid et behov for å systematisere sakene bedre. Et systematisert materiale kan i større grad danne grunnlag for generell kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Denne problemstillingen er sentral i et nyopprettet klagesaksprosjekt som er iverksatt i Helsetilsynet fra og med 1. mars 2000.

### Behandlede saker og reaksjoner i 1999

Helsetilsynet behandlet i alt 250 tilsynssaker i 1999. Dette er en økning i forhold til året før. Halvparten av sakene ga ikke grunnlag for reaksjoner mot det påklagde helsepersonellet. Av de sakene der det ble reist kritikk, ble kritikk reist mot systemansvarlig i 17 % av tilfellene. I alt 21 helsepersonell mistet sin godkjenning og dermed retten til å utøve sitt yrke. Av de som mistet retten til å praktisere var seks leger og ni sykepleiere. Det er bare de alvorligste sakene som sendes til Helsetilsynet fra fylkeslegene. Langt de fleste avgjøres hos fylkeslegene.

Det var også i 1999 nødvendig å ta i bruk påbudsinstituttet. I fem ordinære saker ble det gitt varsel om påbud. Av de sakene som per mars 2000 var avsluttet har det bare i ett tilfelle vært nødvendig å fatte vedtak om påbud. I de øvrige fire tilfeller har forholdene blitt utbedret, etter dialog mellom tilsynsmyndighet og kommune/ fylkeskommune. Kapasitetsproblemer var et element i alle sakene både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten der det ble gitt varsel om påbud.

### **Påbud i tilsynssaker mot kommunehelsetjenesten**

Det ble i 1999 gitt varsel om påbud til to kommuner. Stavanger kommune fikk varsel om påbud fordi man ved ett sykehjem fant at pasientene ikke fikk dekket sine grunnleggende behov for hjelp under måltider, ved toalettbesøk og for å komme opp av sengen. Masfjorden kommune fikk varsel om påbud fordi de pga. konstant overbelegg ikke var i stand til å gi et forsvarlig tilbud til aldersdemente pasienter. Ingen av sakene er per mars 2000 endelig avsluttet.

### **Påbud i tilsynssaker mot sykehus og sykehuseiere**

I 1999 ble det gitt varsel om påbud til tre fylkeskommuner. Nordland fylkeskommune fikk varsel om påbud grunnet stort overbelegg ved Nordland sentralsykehus over lengre tid. Planer for utbedring av forholdene er nå utarbeidet og iverksatt og saken er avsluttet fra Helsetilsynets side. Også Sør-Trøndelag fylkeskommune fikk varsel om påbud i fjor. Stort og vedvarende overbelegg ved Regionsykehuset i Trondheim førte til at Helsetilsynet fant forholdene uforsvarlige. Den 16. mars 2000 utløste korridorpasienter påbud til medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim.

Statens helsetilsyn ga i tillegg Hordaland fylkeskommune varsel om påbud på grunnlag av uforsvarlig lang ventetid for palliativ og kurativ strålebehandling ved Haukeland sykehus, onkologisk avdeling. Varsel om påbud er trukket tilbake, men situasjonen må fremdeles anses som sårbar. Fylkeslegen er bedt om å følge situasjonen ved at fylkeskommunen hver tredje måned gir rapport om ventetiden for strålebehandling.

### **Påbud i tilknytning til manglende beredskap mot svikt i forbindelse med overgangen til år 2000**

I 1999 gjennomførte tilsynsmyndigheten et "ekstraordinært" tilsyn med helsetjenestens beredskap mot svikt i forbindelse med over-

gangen til år 2000. Det ble gjort omfattende kartlegginger av status i kommuner og fylkeskommuner. Helsetilsynet ville vite hvordan helsetjenestens beredskap for å forebygge svikt var når det gjaldt:

- Egne systemer og utstyr
- Strømforsyning
- Telekommunikasjon
- Vannforsyning
- Avløp og kloakk

Per oktober 1999 vurderte fylkeslegene at status i sykehusene var slik at det ikke var påkrevet å gi påbud. Enkelte sykehus ble imidlertid gitt en tett oppfølging. Situasjonen i kommunene var ikke like god. I 77 kommuner vurderte Helsetilsynet i samråd med de aktuelle fylkesleger at arbeidet var kommet for kort. Disse kommunene ble således gitt påbud etter kommunehelsetjenesteloven § 3-6, jf. tilsynsloven § 5 om å utarbeide beredskapsplaner for å forebygge svikt. Ved årsskiftet hadde alle kommunene fulgt opp.

### **Når noen varsler om feil**

Tilsynsmyndigheten får tilgang til informasjon gjennom ulike kanaler. En kultur der medarbeidere tillates å kommentere andres og egne feil er nødvendig dersom informasjon skal nå utover de enkeltpersoner som til enhver tid er involvert i en hendelse. Men å uttrykke tvil om andres handlinger er ikke alltid lett. Selvsagt oppleves det som spesielt ille dersom det har foregått noe sterkt kritikkverdig som kolleger vil måtte svare for. Den såkalte Bristol-saken i England har vist hvor viktig denne problemstillingen er. Bristol-saken handlet om at kirurger over tid opererte hjertesyke barn på en måte som førte til mange dødsfall. Siden dette relativt sett dreide seg om få barn, ble dødsfallene ikke fanget opp av statistikken. En kollega på sykehuset slo til slutt alarm, og det hele utviklet seg til en helsepolitisk skandale i England. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening, vises det til undersøkelser som avdekker problemene knyttet til denne problemstillingen:



*"I medisinsk forskning er uredelighet satt på dagsordenen etter flere skandaler i utlandet. Foreløpig har vi hatt få slike saker i Norden, men det er grunn til å merke seg at blant 47 undersøkte saker var bare tre varslet av underordnede leger. Yngre kolleger er engstelige for å henlede oppmerksomheten mot mulige uregelmessigheter blant overordnede på grunn av frykt for represalier" (Nylenna, 2000).*

Den som sier fra (på engelsk har disse fått betegnelsen "whistleblowers") har krav på å bli beskyttet mot såvel formelle som uformelle sanksjoner av ledelse og kolleger. Helsetilsynet er opptatt av å skape forståelse i helsetjenesten for at lojaliteten til pasienter av og til krever at noen varsler.



# Referanser

- Aarø, L.E. (1999) Forebygging må skje lokalt - myte eller realitet? I: *Rapport fra den 6. nordiske folkehelsekonferanse*, s. 96-108. Kristiansand: Fylkeslegen i Vest-Agder
- Alvik, A. (2000) Sosial ulikhet skaper dårlig helse. *Utposten* 29, 28-29.
- Andersen, F., Herder, O., Forsdahl, A. (1999) Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97. *Tidsskr Nor Lægeforen* 119, 1296-1298.
- Bakke, K.A. (1998) Legemiddelhåndtering. Feil på feil. *Sykepleien* 86, 8-12.
- Bjartveit, K., Wøien, G. (1997) Risikofaktorer for hjerte-karsykdom i Norge. Resultater fra undersøkelser i 18 fylker. Oslo: Statens helseundersøkelser.
- Bjørndal, A. (1999) Fra tro og tradisjon til kunnskap. I: *Rapport fra den 6. nordiske folkehelsekonferanse*, s. 77-81. Kristiansand: Fylkeslegen i Vest-Agder
- Boman, H. (1999) Reaksjoner på genetisk testing. *Tidsskr Nor Lægeforen* 119, 1867.
- Danell-Boman, M., Bäckström, M., Dahlqvist, R. et al. (1998) Läkemedelsbiverkningar som orsak till akut intagning vid medicinklinik. Umeå: Norrlands Universitetssjukhus.
- Hunskår, R., Flaatten, H. (1998) Alle kan gjøre feil. *Sykepleien* 86, 48-51.
- Jakobsen, L.B. (1998) Psykososiale konsekvenser av presymptomatisk gentest for Huntingtons sykdom. Oslo: Rikshospitalet, Smågruppesenteret og Psykosomatisk avdeling.
- Jakobsen, L.B., Malt, U., Nilsson, B., Rosenlund, S., Heiberg, A. (1999) Psykososiale konsekvenser av pre-symptomatisk gentest. *Tidsskr Nor Lægeforen* 119, 1913-1916.
- Kamper-Jørgensen, F. (1999) Er faktakunnskap alene tilstrækkelig? I: *Rapport fra den 6. nordiske folkehelsekonferanse*, s. 83-91. Kristiansand: Fylkeslegen i Vest-Agder
- Kjustad, L., Klemetsdal, B., Pape, J. (1987) Bivirkninger hos eldre - årsak til innleggelse i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 107, 551-552.
- Kreftregisteret (2000) Kreft i Norge 1997. Oslo: Kreftregisteret.
- Norsk Medisinaldepot (2000) Nøkkeltall og utviklingstrekk ved legemiddelomsetningen 1999. Pressemelding.
- NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1998: 18 Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1999: 2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Nylenna, M. (2000) Når noen må si fra. *Tidsskr Nor Lægeforen* 120, 179.
- Sachs, L. (1998) *Att leva med risk. Fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter*. Stockholm: Gedins.



Salkeld, G., Cameron, I.D., Cumming, R.G., Easter, S., Seymour, J., Quine, S. (2000) Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a trade off study. *BMJ* 320, 241-246.

Sandvig, S., Forsén, L. (2000) Forebygging av lårhalsbrudd ved hjelp av hoftebeskytter - et helsetjenestetiltak. Akershus fylkeskommune, Asker og Bærum kommune, Folkehelse.

SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning, Rønningen, L.(Red.), (1999) Samdata sykehus 4/99. Trondheim: SINTEF.

Sosial- og helsedepartementet (1999a) Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001. Rett person på rett plass. 3. utgave, Oslo: Grafisk Consult as.

Sosial- og helsedepartementet (1999b) Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenligningstall for kommunene 1999. Oslo: Falch Hurtigtrykk.

Sosial- og helsedepartementet (1999c) Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Informasjonsforvaltning.

Sosial- og helsedepartementet (2000) Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens (2000-2004). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

St.meld.nr.50 (1998-99) Utjammingsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld.nr.26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld.nr.50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet. Sosial- og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn (1999a) Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Utredningsserie 8-99. Oslo: Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn (1999b) Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Utredningsserie 6-99. Oslo: Statens helsetilsyn.

Statens institutt for folkehelse, (2000) Nasjonalt helseindikatorsystem. <http://www.folkehelse.no/avdelinger/sa/safh/nhis/> 14.04.2000.

Statistisk sentralbyrå (1998) Helseundersøkelsen 1995. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (1999) Statistisk årbok 1999. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Stortingstidende nr.38 (1998-99) Stortingsforhandlinger. Debatt om revidert nasjonalbudsjett 1999, s.4160 og 4231.

Struewing, J.P., Hartge, P., Wacholder, S. et al. (1997) The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. *N Eng J Med* 336, 1401-1408.

Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur (ULS) (1999) Sluttrapport for 1998. Oslo: ULS.

Westin, S. (2000) Fellesuttalelse om legerekuttering til allmennmedisinen. Brev 06.04.2000.

Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy societies. The affliction of inequality*. London: Routledge.

Øgar, P. (2000) For få leger eller for mange pasienter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 120, 108-110.

Fotografier: NPS Bildebyrå AS