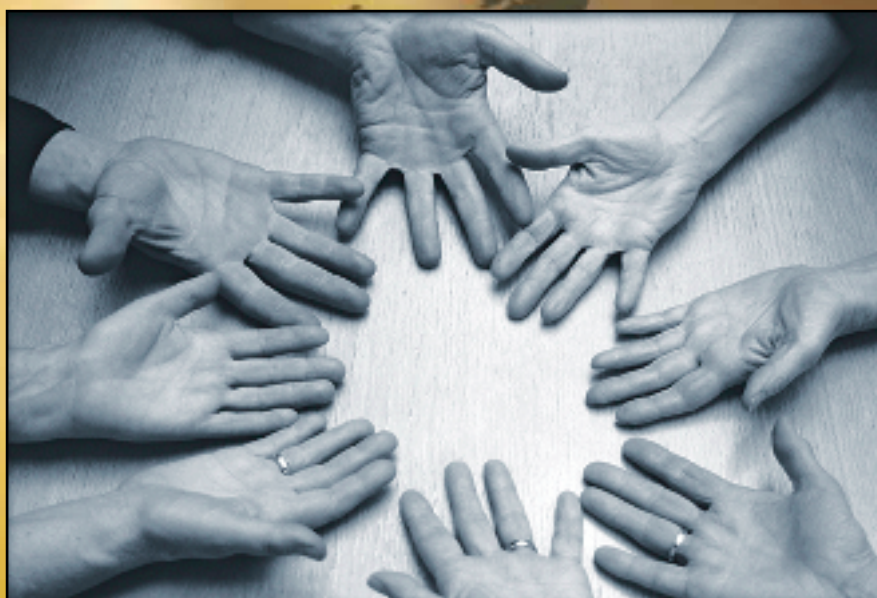


# Tilsynsmelding 2000



Statens helsetilsyn

# Forord

År 2000 ble et merkeår for norsk helsetjeneste. Vi fikk den første Stortingsmelding som beskriver de verdiene helsetjenesten bygger på "Om verdier for den norske helsetenesta". Med raske organisatoriske endringer, og større vekt på økonomi og effektivitet, kan vi få et økende press mot de grunnverdiene helse-tjenesten er tuftet på; solidaritet og likeverd. Med denne meldingen har Storting og regjering gitt helse-tjenestens utøvere i alle ledd klare signaler. Nå som før, er det i forhold til de svakeste og de som har det vanskeligst i samfunnet at vi blir prøvet i forhold til disse verdiene.

Det er gledelig at departementet i omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen vil inkludere tilsyn med sosialtjenestene blant Helsetilsynets og fylkeslegenes oppgaver. Mange av de gruppene som dårligst kan ivareta egne interesser, er storforbrukere av både helse- og sosialtjenester. Vi tror derfor dette vil bli en mer hensiktsmessig ordning både for brukerne og for samfunnet. Det "nye" Helsetilsynet vil styrke det overordnede faglige tilsynet med helse- og sosialtjenestens utforming, resultater og behovsdekning. Trygghet for dem som har det vanskeligst i samfunnet skal være en rettesnor for alt vårt arbeid.

De siste årene har tilsynsetaten fokusert på oppbygging av internkontrollsystem i helsetjenesten. Dette er fortsatt viktig, men det er samtidig behov for

at staten ser mer på innholdet i helsetjenesten og resultatene av helsetjenestens arbeid. Dette er nødvendig for å sikre at helsetjenesten arbeider med de riktige sakene på rett måte. Dette er en forutsetning dersom det statlige tilsynet skal kunne påvirke utviklingen av innholdet i helsetjenesten og prioriteringen i forhold til nasjonale målsettinger.

Samarbeid, samordning og kommunikasjon er den røde tråden i årets tilsynsmelding. Helsetilsynet og fylkeslegen legger i sitt tilsyn stor vekt på sammenhengen i tjenestekjeden og samspillet mellom ulike nivåer og deltjenester. Våre erfaringer fra tilsynet er at der det ofte svikter i dagens helsetjeneste, er i overgangen mellom ulike tjenester. Jo mer spesialisert en virksomhet blir, desto større er mulighetene for feil, dersom ikke systemer for samordning, kommunikasjon og samarbeid fungerer godt.

Oslo, mai 2001

*Lars E. Hanssen*  
Lars E. Hanssen  
helsedirektør



# Innhold

## **Forord**

## **Innhold**

Noen kritiske rammefaktorer . . . . .	s. 3
Hvordan fremme kvalitet i helsetjenesten? . . . . .	s. 7
Speiler helsetjenesten et flerkulturelt samfunn? . . . . .	s. 11
Barn og unges helse og oppvekstmiljø . . . . .	s. 15
Utfordringer i smittevernarbeidet . . . . .	s. 20
Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere . . . . .	s. 24
Psykiatrien - problemområder og utfordringer . . . . .	s. 28
Problemstillinger i livets slutfase . . . . .	s. 31
Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten . . . . .	s. 35

# Noen kritiske rammefaktorer

Til tross for at behandlingsmulighetene stadig øker i bredde og omfang, og til tross for at Norge bruker en stadig større andel av sitt bruttonasjonalprodukt til helsetjenester, har helsetjenesten de senere årene vært preget av kapasitetsproblemer, økonomiske kriser og innsparinger. Denne situasjonen har særlig preget de store sykehusene og eldreomsorgen i enkelte kommuner. Dette har medført at det på mange områder tidvis har vært vanskelig å følge opp befolkningens forventninger og behov, og krav til kvalitet og service.

Med raske organisatoriske endringer, og større vekt på økonomi og effektivitet, kan vi få et økende press mot de grunnverdiene helsetjenesten er tuftet på: solidaritet og likeverd. Det er i forhold til de svakeste og de som har det vanskeligst i samfunnet at vi blir prøvd i forhold til disse verdiene.

## Prioritering

Den nye pasientrettighetsloven slår fast at prioritering skal skje på grunnlag av sykdommens alvorlighetsgrad og forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen. Alle har rett til nødvendig helsehjelp, men bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av den og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Dermed blir vurderingen av hva som er nyttig og kostnadseffektiv behandling helt avgjørende i prioriteringsprosessen. Det sentrale spørsmålet blir hvordan dette skal gjøres og av hvem?



Som det står i Verdimeldingen: ”Om den norske helse-tenesta skal vere truverdig i prioriteringsspørsmål og ha tillit i folket, er det heilt nødvendig at prioriteringsspørsmål blir drøfta offentleg”  
(St.meld. nr.26 (1999-2000)).

Dagens virkelighet er at den dokumenterte effekten av mange vanlig benyttede behandlingsformer er mangelfull, ja til dels fraværende. Det er en rekke eksempler både i Norge og internasjonalt på at like tilstander behandles ulikt, og at det er uenighet om hva som er riktig behandling. I SAMDATA-rapporter refereres for eksempel hyppigheten av kirurgisk fjerning av livmoren ved sykehus i de ulike fylkene (SINTEF Unimed 2000). For denne behandlingsformen, i tilfeller hvor det ikke foreligger kreft, er det store geografiske forskjeller i Norge. Det samme gjelder for kirurgisk behandling av alvorlig hjertesykdom. Forskjellene kan ikke forklares ved forskjeller i sykkelighet, men må forklares dels ut fra ulike oppfatninger av hva som er riktig behandling, ressursknapphet og manglende systematikk i kvalitetsarbeidet.

Det må være et mål å redusere denne variasjonen ved å utvikle gode metoder for å fastlegge hva som er riktig behandling, og ved å sørge for at denne behandlingsformen velges. Dette handler bl.a. om utvikling og etterlevelse av gode kliniske retningslinjer. Det må også være et mål at nye behandlingsmetoder og nytt utstyr ikke tas i ordinær bruk før nytten er dokumentert.

I innstillingen til Verdimeldingen etterlyser Stortingets sosialkomité faggrupper som skal gi råd om prioriteringer innen sine fagfelt og styrke det tverrfaglige, samordnede prioriteringsutvalget. Statens helsetilsyn har innledet et samarbeid med spesialistforeningene i Lægeforeningen om felles forståelse av kriteriene for prioritering.

### Et godt kunnskaps- og faktagrunnlag

Oppdaterte kunnskaper og et godt faktagrunnlag er en forutsetning for riktige beslutninger, rasjonell ressursutnyttelse og gode behandlingstilbud.

The National Institute for Clinical Excellence (NICE) ble etablert i England og Wales i 1999 som en del av National Health Service. Instituttet skal formidle kunnskap om dokumentert praksis og godkjente retningslinjer og gi veiledning om hva som er god praksis til pasienter, helsepersonell og offentligheten. NICE gir ut retningslinjer bl.a. om diagnostikk og behandling av ulike sykdommer og tilstander. Instituttet baserer sin kunnskap på ulike kilder, samt ekspertgrupper.

Helsetilsynet har foreslått opprettet et nasjonalt medisinsk kunnskapssenter - etter modell av NICE. Dette senteret skal framskaffe kunnskap om hvordan helse-tjenesten arbeider i forhold til en rekke problemstillinger. Helsetjenesten er i dag preget av mangel på en helhetlig evalueringsstrategi. Helsestatistikk blir hentet inn og vurdert brokkvis og ukoordinert av mange ulike instanser. Konklusjoner fra enkeltstående forskningsrapporter blir slått stort opp uten at de er metodisk evaluert eller satt inn i en sammenheng.

Det trengs et nasjonalt krafttak og en tydelig statlig samordning for å bringe aktørene sammen og få et tungt organ med sammensatt kompetanse og stor autoritet, for å kombinere forskning, utredning, rådgivning og implementering.

### Medisinsk forskning

Helsetilsynet er bekymret for tilstanden i medisinsk forskning i Norge. Forskningsinnsatsen er lav, det er store rekrutteringsproblemer, og vi vil om kort tid få store problemer med å fylle lærestillingene med forskningskompetente medisinerere.

Det er viktig å være klar over den nære sammenhengen mellom medisinsk og helsefaglig forskning i Norge på den ene siden, og kvaliteten på den norske helsetjenesten, også i et kortsiktig perspektiv, på den andre siden. Dersom vi ønsker at helsetjenesten også i framtiden skal være i stand til å kunne gi befolkningen det beste medisinen har å tilby, er det essensielt at Norge deltar i medisinsk og helsefaglig forskning på høyt nivå.

Resultatene fra kartleggingen av det menneskelige genmaterialet vil få store konsekvenser for norsk helsevesen på en rekke områder. Etterhvert som ikke bare oppbygningen, men også funksjonen til hele det menneskelige arvestoffet blir kjent, vil dette revolusjonere vår forståelse av menneskets biologi. Dette vil gi opphav til ny kunnskap om hvordan sykdom oppstår og utvikles, og det vil gi nye muligheter for forebygging, diagnostikk og behandling.

Selv om det vil ta noe tid før denne nye erkjennelsen får praktisk betydning i hverdagens helsetjeneste, kan vi forvente at det kunnskapsmessige grunnlaget for medisinsk behandling og diagnostikk vil endre seg sterkt i løpet av få år. Det er av grunnleggende betydning at helsepersonell og medisinske forskere er i stand til å nyttiggjøre seg denne kunnskap etter hvert som den gjøres tilgjengelig. Kunnskap om genes funksjon er ikke lenger reservert for spesialiteten medisinsk genetikk, men vil i økende grad bli en integrert del av de fleste medisinske spesialitetene, inkludert allmennmedisin og samfunnsmedisin.

### Helsepersonellsituasjonen

Paradoksalt nok er det fortsatt personellkrise tross flere år med økning i antall utførte årsverk i helse-tjenesten. Som i tidligere år, er det generelle bildet at det er geografiske forskjeller og forskjeller mellom fagområdene. Det er særlig innen psykiatri og geriatri det rekrutteres dårlig.

Legedekningen i kommunehelsetjenesten er noe bedre enn de foregående år, men det er fortsatt mange utkantkommuner som har udekkede legestillinger eller mangler faste leger.

Mens legedekningen i hovedsak er et *fordelingsproblem*, er utfordringene innen pleie- og omsorgssektoren et *volumproblem*.

I løpet av 1990-årene har utdanningskapasiteten av helsepersonell økt betydelig. Antall turnusleger er stigende, og Helsetilsynet har vært nødt til å gi pålegg til sykehus og kommuner for å sikre nok turnusplasser.

Det er en etisk utfordring at Norge i økende grad importerer leger og sykepleiere, samtidig med at vi har en av de beste dekningsgrader i verden. Utdanning av helsepersonell representerer en kostnad for de land som står for utdanningen. Dersom vår import skjer fra land med knapphet på helsepersonell og svak økonomi, skjer det i realiteten en subsidiering fra et fattigere land til et rikt.

## Stor mangel på sykepleiere

Det er mangel på sykepleiere både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Fylkeslegene melder fortsatt om stor sykepleiermangel i eldreomsorgen. Det er betydelige forskjeller mellom fylkene. Foruten Rogaland, melder de tre nordlige fylkene om stor mangel på sykepleiere. I Nordland klarer ikke kommunene å dekke døgnkontinuerlig tjeneste for sykepleiere, verken i ordinær tjeneste eller som bakvakt. I Troms er det ikke søkere til opprettede stillinger.

Det er en tendens til at omsorgsarbeidere erstatter hjelpepleiere der det er vakanser. Troms melder at omsorgsarbeidere utfører både pleiefaglige og praktiske oppgaver i åpen omsorg. Både i Hordaland og Sør-Trøndelag meldes det om økt bruk av ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten.

Det er en bedring i dekning av psykiatriske spesialsykepleiere så å si i hele landet. Dette tilskrives handlingsplanen og opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid og handlingsplan for sosial- og helsepersonell.

I spesialisthelsetjenesten er det særlig mangel på spesialsykepleiere innen intensiv, operasjon og aneste-

si. Sykepleiermangelen på disse områdene er i mange tilfeller en begrensende faktor for operativ kapasitet.

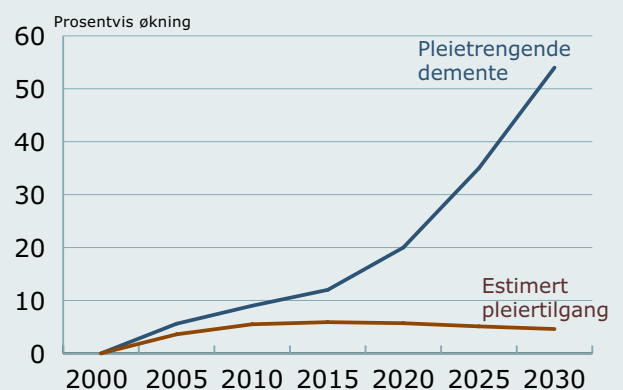
## Dramatisk behovsøkning i tiden framover

I rapporten "Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030", er det beregnet en økning på 40-80 % i antall pasienter i alle sykdomsgrupper fram til 2030 (Statens helsetilsyn 1999). Dette vil medføre et betydelig økt pleiebehov. Rekrutteringsgrunnlaget for pleieryrkene øker derimot ikke i takt med sykdomsutviklingen (se figur).

Skal vi mestre helsetjenestens utfordringer 30 år fram i tiden, må vi i løpet av de nærmeste årene i enda større grad sørge for å planlegge for dette. Både helsetjenesten og utdanningssystemet trenger tid til endring.

I denne sammenheng gir den kraftige reduksjonen i antall ungdommer som i løpet av 90-årene avsluttet videregående opplæring med en praktisk helse/omsorgsutdanning, grunn til bekymring.

Utvikling av pleiebehov, eksemplifisert med økning i aldersdemens og potensielt antall pleiere



## Fastlegereformen

Det er stilt store forventninger til at fastlegeordningen, som trer i kraft fra 1. juni 2001, skal styrke legepasientforholdet og bidra til en mer kostnadseffektiv primærlegetjeneste. Det har underveis vært stilt spørsmål ved om det ville være et tilstrekkelig antall leger til å betjene ordningen. De aller fleste leger i primær-

legepraksis har nå inngått avtaler med kommunene. Det er svært få som ikke har ønsket å bli med i ordningen.

Fra tilsynsmyndighetenes side har det vært reist spørsmål om de offentlige allmennlegeoppgavene vil bli godt nok ivaretatt i fastlegeordningen. Flere kommuner har ikke benyttet de muligheter som ligger i regelverket til å øke timetallet til offentlige legeoppgaver.

### Økonomi

Ny teknologi, nye behandlingsformer og nye medikamenter er ofte kostbare. Manglende økonomiske ressurser medfører i enkelte tilfeller stenging av sengeposter og avdelinger for å spare. Dette er uhensiktsmessig og bidrar til en ond sirkel av tiltagende køer, overbelegg og ventelister.

Etatens tilsynsvirksomhet indikerer at det er en reell ressurskrise i sykehusene. Selv om effektiviteten er økt betraktelig, er ventetiden for svært mange altfor lang. Særlig medisinske avdelinger sliter med et ufor-svarlig overbelegg. Den informasjon Helsetilsynet har fått gjennom fylkeslegenes tilsyn, viser at de fleste sykehusene sliter med altfor svak dekning av kontorpersonell, dårlige merkantile rutiner og manglende IT-utvikling. Dette er grunnleggende svakheter i arbeidet med å utvikle en effektiv organisasjon.

Samfunnets behov for helsetjenester er elastisk, derfor vil utviklingen i økonomien være avgjørende for ressursinnsatsen. Sterk vekst i privatøkonomien, koblet med offentlig nøkternhet, vil bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester utenfor et offentlig tilbud og privatfinansierte helseforsikringsordninger.

### Referanser:

Hansen FH, red. SAMDATA sykehus. Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller. NIS-rapport 1/00. Trondheim: SINTEF Unimed; 2000.

Statens helsetilsyn. Scenario 2030.

Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030.

Helsetilsynets utredningsserie 6/99. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.

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

# Hvordan fremme kvalitet i helsetjenesten?



Nesten daglig bringer media oppslag om sykehus-  
tabber, feildiagnostisering, skader, uhell og nesten-  
ulykker i helsetjenesten. Det avislesende publikum gis  
inntrykk av at det er farlig å være pasient i norsk  
helsetjeneste. Det er både sant og usant. Det er usant i  
den forstand at behandlingskvaliteten trolig er bedre  
nå enn tidligere og basert på et sikrere kunnskaps-  
grunnlag. Større åpenhet rundt det at feil og skade  
forekommer, bidrar likeledes til å øke sikkerheten.  
Men samtidig er det sant at det fortsatt forekommer  
feil som medfører pasientskader. Vi har ikke norske  
data på omfanget av dette, men fra utlandet er det  
rapportert undersøkelser som har funnet uheldige

hendelser i 4–17 % av alle sykehusinnleggelses-  
Halvparten av disse hadde det vært mulig å forebygge  
ved en målrettet innsats (Alberti 2001).

Det arbeides kontinuerlig og med mange ulike virke-  
middel med å sikre befolkningen trygge og gode  
helsetjenester. Dette arbeidet følger tre hovedlinjer:  
først og fremst helsetjenestens eget system for å fange  
opp og forebygge svikt, dernest utviklingen av et for-  
svarlig kunnskapsgrunnlag, og til sist myndighetenes  
tilsyn med helsetjenesten.

## Tilsyn

De sentrale formålene med tilsyn er at det skal bidra  
til:

- at pasientenes sikkerhet og rettssikkerhet ivaretas,
- at pasientene føler trygghet og har tillit til helse-  
tjenesten,
- at kvaliteten i helsetjenesten utvikles.

Tilsynet utføres i tre hovedformer: hendelsesbasert til-  
syn med helsepersonell og helsetjenester, systemtilsyn  
med helsetjenestens virksomheter og overordnet  
faglig tilsyn. Alle former for tilsyn inkluderer også  
utstrakt rådgivning.



Rapporter fra tilsyn med helsetjenestens egne systemer for å sikre at tjenesten har riktig kvalitet og fra overordnet faglig tilsyn, er offentlig tilgjengelige bl.a. på våre internettsider: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Dette gjøres ikke for å henge ut noen, men ved at feil og mangler synliggjøres kan de rettes og andre kan lære av dem.

Vi ønsker oss en kultur i helsetjenesten som ser på feil og avvik som noe som kan være et hjelpemiddel til å finne nye og bedre løsningsforslag. For å få dette til, er åpenhet om feil og positive virkemidler i forbedringsarbeidet en forutsetning.

### Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i planlegging og evaluering av helsetjenester er utnyttet i altfor liten grad. Systematisk innhenting av brukernes oppfatninger er sannsynligvis det enkleste og mest effektive kvalitetsfremmende tiltak helsetjenesten kan ta i bruk.

### Klager

Helsetjenester er ikke som andre forbruksvarer eller serviceytelser, og misfornøyde brukere kan i praksis ikke lett finne en annen "leverandør" uten tidstap eller økonomiske omkostninger. I mange situasjoner vil brukernes valgmuligheter være sterkt begrenset. Å klage er oftest den eneste praktisk mulige måten å få gitt uttrykk for misnøye, og klager bør derfor alltid utløse selvransakelse og refleksjon i helsetjenesten.

I mange land er klagebehandlingen i stor utstrekning overlatt til rettsvesenet eller helsepersonellens selvjustis. I Norge har det offentlige bygget ut en rekke ordninger. En viktig begrunnelse for å bruke betydelige offentlige ressurser i klagesaksbehandlingen er å styrke pasientenes tillit til helsetjenesten. I et slikt perspektiv har klager på helsetjenesten eller helsepersonellet flere viktige funksjoner:

### Styrke rettssikkerheten for den enkelte

Rettsikkerheten for enkeltindividet ivaretas bl.a. ved muligheten til å få prøvet avgjørelser for overordnet organ. Den nye pasientrettighetsloven formaliserer adgangen til å klage på rett til helsehjelp, forsvarlig helsehjelp, rett til informasjon og samtykke, samt avslag på anmodning om fornyet vurdering.

### Signalisere mulig svikt

Klager kan ha en viktig signalfunksjon idet de peker mot områder hvor det kanskje kan forekomme svikt, og hvor det derfor kan være behov for nærmere tilsyn. I tråd med moderne kvalitetstenkning og ut fra en erkjennelse av at menneskelige feil ofte kan tilskrives forhold utenfor den enkelte arbeidstakers kontroll, har tilsynsmyndigheten de siste årene lagt stadig større vekt på tilsyn med virksomhetenes system for å forebygge feil.

### Stimulere til forbedringer

Viktigst for å fremme kvaliteten er imidlertid at det incitament og potensiale til forbedring som klagenes representerer, blir utnyttet av helsetjenesten og helsepersonellet selv.

### Meldinger

Læring av uheldige hendelser og nestenuhell forutsetter høy meldefrekvens og stor melde-iver. I forbindelse med den nye loven om spesialisthelsetjenester er det innført endringer i meldeplikten, slik at den bedre understøtter helseinstitusjonenes internkontroll og kvalitetsarbeid. Skader som ligger innenfor normal risiko skal ikke lenger meldes til tilsynsmyndigheten, men som ledd i institusjonens eget kvalitetsarbeid vil det være en sentral oppgave systematisk å gjennomgå og analysere uheldige hendelser og iverksette korrigerende tiltak. Bare betydelige personskader eller hendelser som kunne ha medført personskade, skal meldes til fylkeslegen.

Fylkeslegene har i år 2000 ført tilsyn med kvalitetsutvalg og avviksbehandling ved ett somatisk og ett psykiatrisk sykehus i hvert fylke. Tilsynet fokuserte på kvalitetsutvalgenes sammensetning og funksjon, avviksmelding og avviksbehandling, og hvordan erfaringer fra avvikshendelser blir brukt i forebyggende tiltak.

Det er opprettet kvalitetsutvalg i samsvar med Helsetilsynets retningslinjer i stort sett alle institusjonene, men funksjonen varierer noe fra sted til sted. Det er også etter hvert blitt systematisk melding av avvik i sykehusene, men det finnes fortsatt mye uklarhet når det gjelder hva som skal meldes og hvordan avviksbehandlingen videre skal skje. Den systematis-

ke tilbakemelding til de som har meldt avvik, og bruk av meldingene i forebyggende hensikt er de områder hvor det er størst rom for forbedring.

## Det er menneskelig å feile

”Det er viktig å alminneliggjøre det å feile som lege. Det ligger i fagets natur at det kan oppstå skader, til tross for at en lege har gjort sitt ytterste når det gjelder utredning, diagnostikk og behandling. Vi har vært for opptatt av sanksjoner og kontroll i stedet for å fokusere på systemene når det oppstår medisinske feil eller skader. Pasienten er ikke tjent med leger som er vett-skremt for å gjøre feil.”

Prof.dr.juris, cand.med. Aslak Syse, Institutt for off. rett, Universitetet i Oslo.

Medisin er ingen eksakt vitenskap. Det er knyttet usikkerhet til all medisinsk virksomhet, og ethvert medisinsk inngrep som har virkning, har også bivirkninger. Med den stadig mer effektive – og til dels aggressive – kampen mot sykdom, øker risikoen tilsvarende for uønskede virkninger (Syse et al. 2000).

Usikkerhet i medisinsk praksis må aksepteres både av helsepersonell og publikum. Det er viktig å være klar over at selv den dyktigste lege vil oppleve hendelser som pasienter og pårørende vil oppfatte som legens feil, for den enkelte pasient skiller ikke mellom skade forårsaket av påregnelige hendelser, bivirkninger, hendelige uhell, feilvurderinger eller annen svikt.

Mellom det klart faglig uforsvarlige, uheldige omstendigheter, misforståelser og kommunikasjonsproblemer, er det stort rom for mer eller mindre alvorlige feilvurderinger. Professor Peter F. Hjort har tatt til orde for å benytte den nøytrale benevnelsen ”uheldige hendelser” i stedet for feil. Dette fordi grensen mellom feil og uhell er uklar. Hjort definerer en uheldig hendelse som en utilsiktet og uønsket følge av medisinsk undersøkelse og/eller behandling (Hjort 2000).

I det systematiske forbedringsarbeidet er det viktig å fokusere mindre på menneskelig svikt og subjektiv skyld og mer på organisasjon og system. Når en uheldig hendelse oppstår, er ikke spørsmålet hvem som gjorde feil, men hvordan og hvorfor forsvarsmekanismene sviktet og hvilke faktorer som bidro til å skape de betingelsene hvor feilen oppstod. U hensikts-

messige organisatoriske systemer er oftest en viktigere bidragende faktor enn individuell svikt.

Det er menneskelig å feile. Det er ingen unnskyldning, men en viktig erkjennelse i arbeidet for å unngå feil. En ”ufeilbarlighetskultur” som jakter på syndebukker når noe går galt er uhensiktsmessig i forhold til å forebygge at samme feil gjentar seg.

Kontinuerlig forbedring i helsetjenesten må være basert på god kommunikasjon, læring og erfaringsoverføring mellom de ulike aktørene.

Av de sakene som havner hos tilsynsmyndighetene, blir ca. 90 % behandlet og avsluttet hos fylkeslegen, de resterende blir overført til Helsetilsynet. Disse sakene er av alvorligere karakter, hvor det ofte vurderes om det er grunnlag for å tilbakekalle autorisasjon eller retten til å forskrive legemidler. Dette er saker hvor uheldige hendelser har hatt, eller kunne hatt, alvorlige følger for pasient. Vi tilbakekaller for å forhindre fare for skade på pasienter i framtiden, f.eks. ved helsepersonells rusmisbruk.

## Hvor går grensen for det faglig forsvarlige?

En sentral oppgave for Helsetilsynet og fylkeslegene er å følge opp helsetjenesten i forhold til helselovgivningen, bl.a. føre tilsyn med at driften er faglig forsvarlig.

Kravet til faglig forsvarlighet tar utgangspunkt i tilgjengelig faglig kunnskap, men inneholder også etiske, helseøkonomiske og andre relevante vurderings-temaer. Kjernen i begrepet beskriver det vi kaller *god praksis*. Forsvarlighetskravet har en viss spennvidde. Det må foreligge et kvalifisert avvik fra det som er god praksis før det karakteriseres som uforsvarlig.

Tilsynsmyndighetene blir ofte bedt om å trekke grensen mot det uforsvarlige. En gresnedragning mellom forsvarlig og uforsvarlig virksomhet er nødvendig i den enkelte sak, men er lite egnet som utgangspunkt for kvalitetsarbeidet i helsetjenesten. Retningsgivende for forsvarlighetskravet er ikke grensen mot det uforsvarlige, men hva som er god praksis.

Hva som er *god praksis* vil variere over tid og i takt med den tilgjengelige kunnskap, og må baseres på et forsvarlig kunnskapsgrunnlag. I tillegg til å styrke

klinisk forskning, er det viktig at fagmiljøene, i samarbeid med myndighetene, kontinuerlig arbeider med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere, og med å sikre at disse blir tatt i bruk i helsetjenesten.

Innen store deler av det kliniske fagfeltet vil det være glidende overganger mellom god praksis og uforsvarlig drift. Eksempler er lang ventetid og korridorpasienter. Lange ventetider eller perioder med korridorpasienter behøver ikke i seg selv alltid være uforsvarlig. Slike forhold øker imidlertid risiko for suboptimale behandlingsresultater.

### Medisinske kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer

Økt informasjonstilgang og større bevissthet hos befolkningen gjør at resultat av behandlingstiltak, innhold og kvalitet på tjenestene vil bli etterspurt i større grad enn tidligere. Både nasjonalt og internasjonalt pågår det for tiden et omfattende arbeid med systematisk å knytte kvalitetsarbeid nærmere opp til det faglige utviklingsarbeidet og til prioriteringsutfordringene.

I statsbudsjettet for år 2000 ble det satt av midler til drift av *nasjonale medisinske kvalitetsregistre* innen viktige fagområder i sykehusene. Medisinske kvalitetsregistre skal i første rekke samle kunnskap om kvaliteten på den kliniske behandlingen innen de enkelte fagområder, slik at mindre gode resultater kan bli erkjent, analysert og lede til forbedring. Dette skal skje ved at det enkelte fagmiljø og den enkelte institusjon skal få tilbakemelding om egne resultater som grunnlag for vurdering av egen virksomhet.

Enkelte fagmiljøer har allerede etablert gode medisinske kvalitetsregistre. Eksempler er Nasjonalt register for leddproteser ved Haukeland sykehus og Sentralregisteret for hjertekirurgi ved Rikshospitalet. Disse registrene har imidlertid hatt liten eller ingen forankring hos sykehuseierne, men har vært ivaretatt av ildsjeler i de medisinske fagmiljøene. Dette er et godt utgangspunkt, men driften av registrene kan ikke over tid utelukkende være avhengig av ildsjeler. Forankring, eierskap, organisering, drift og finansiering av medisinske kvalitetsregistre må sikres på en mer tilfredsstillende måte.

I tillegg til å overvåke kvaliteten på den kliniske be-

handlingen, er det behov for overordnede kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. "Generelle kvalitetsindikatorer for sykehus", som er under utarbeiding, skal i første rekke gi informasjon om kvaliteten ved sykehuset som organisasjon, for eksempel indikatorer for pasienterfaringer, tilgjengelighet, pasientflyt og arbeidsmiljø. Slike indikatorer vil kunne være utgangspunkt for forbedringsarbeid og gi pasienter og befolkningen et bedre grunnlag for valg av sykehus.

På lengre sikt bør det også etableres kvalitetsindikatorer for helsetjenester utenfor sykehus, bl.a. for allmennleger og privatpraktiserende spesialister.

### Referanser:

Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. It is time to get serious about them. *BMJ* 2001;322:501-2.

Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:3184-9.

Syse A, Førde R, Førde OH. *Medisinske feil*. Oslo: Gyldendal; 2000.

# Speiler helsetjenesten et flerkulturelt samfunn?

*«Dette behandlingstilbud er erfaringsmessig av svært begrenset verdi for fremmedkulturelle. Som regel blir det bare frustrerende både for pasienten og personalet ... og vi har derfor valgt å gi avslag ved denne type henvendelser»*

(Besvarelse på en henvisning til videre behandling i dagens helse-Norge).

Det har alltid vært flere ulike kulturer i landet vårt. Men det var først da vi for noen tiår siden begynte å motta arbeidsinnvandrere og flyktninger i større omfang, at det ble snakket om kulturforskjeller som en viktig dimensjon i forskjellige sektorer i samfunnet. Selv om det også tidligere har vært et press på at "alle skal være like", har ikke ulikheter i de forskjellige kulturene blitt vektlagt når det gjelder samer, kvener, sigøynere og andre som har oppholdt seg i landet vårt i uminnelige tider. Det var først etter at vi fikk grupper som er mer synlig annerledes, at vi begynte å legge stor vekt på "kulturforskjeller" som noe som er viktig, også i helsevesenet.

Selv innvandrere som har bodd i Norge i lengre tid, kan oppfattes som fremmede. Begrepet "fremmed" gir assosiasjoner som ukjent, mystisk, annerledes, uforståelig, kanskje spennende og utfordrende.

Vektlegging av forskjeller og fremmedhet kan skape unødvendig avstand mellom helsearbeidere og pasienter. Helsepersonell kan oppleve at de ikke strekker til, og samtidig gå i lås slik at de ikke bruker den kompetansen som de faktisk har. Resultatet kan bli tjenester av dårlig kvalitet.



I St.meld. nr.17 (1996-97) "Om innvandring og det flerkulturelle Norge", slås det fast at hovedprinsippet er at det ordinære behandlings- og omsorgstilbudet skal gjelde for alle grupper i befolkningen. Å ta på alvor at Norge er flerkulturelt, innebærer at tjenestene må legges til rette for å gi et likeverdig tilbud til en mer mangfoldig brukergruppe.

## Bakgrunnsforhold som har betydning for helsetilstanden

Det har vært foretatt lite systematisk kartlegging av innvandreres levekår. De få som fins legger stort sett vekt på negative aspekter. Det skal derfor minnes om at mange får det bedre etter migrasjon: De kan oppleve at grunnleggende rettigheter tas vare på, og at de kommer vekk fra krig, tortur og forfølgelse, fra fattigdom og sosial usikkerhet. Disse positive aspektene har i liten grad blitt beskrevet.

Om en skal generalisere på grunnlag av de undersøkelsene som fins, og som sammenligner innvandrerbefolkningen med den norske befolkningen, kan det sies

at innvandreres levekår er dårligere enn levekårene for den norske befolkningen.

- **Sosiale problemer** som arbeidsløshet, rammer innvandrere spesielt hardt, og av dem som er i jobb har mange et lavstatusarbeid, til tross for høy utdanning.
- **Generasjonskonflikter og ekteskapsproblemer**, der hensynet til den opprinnelige tradisjonen i hjemlandet og norske forhold kommer i konflikt med hverandre, rammer ofte kvinner på en annen måte, og iblant hardere, enn menn.
- **Marginalisering** av dem som ser annerledes ut tar stadig nye former. Islam er blitt til et fiendebilde på det globale planet, og det er naturlig å tro at muslimer er utsatt for diskriminering også i vårt land. Mørk hudfarge og unorsk framtoning er fremdeles årsaker til marginalisering.

### Om behov for helsetjenester

Det er vanskelig å kvantifisere innvandreres helseproblemer på en meningsfull måte. Det skyldes den enorme variasjonsbredden i bakgrunn og leveforhold. De få undersøkelsene som fins om sykkelighet og dødelighet hos innvandrere, må tolkes med varsomhet pga. store metodologiske problemer forbundet med dem. Resultatene trekker i retning av at flyktninger og innvandrere ikke er generelt mer syke enn den norske befolkningen. De får til dels andre sykdommer enn norske, men det er store og systematiske forskjeller mellom de ulike gruppene. Men når innvandrere og flyktninger først blir syke, kan de få det vanskeligere, og det kan bli mer komplisert å komme ut av sykrollen.

Også blant innvandrere er kvinner generelt mer syke enn menn, og kjønnsforskjellene er større. For begge kjønn gjelder det at alder ved ankomst til Norge, og lengden på oppholdet, ser ut til å være av betydning. Sykeligheten øker med høy alder og lang botid i Norge, slik at gamle innvandrere er sykere enn gamle norske. Omsorg for eldre innvandrere, og spesielt for innvandrerkvinner, blir derfor en utfordring i framtiden.

Et problem som omfatter noen små grupper av innvandrere, men som fikk stor oppmerksomhet i 2000, er kvinnelig kjønnslemlestelse (omskjæring). Det bor anslagsvis 5000-6000 kvinner og jenter i Norge med bakgrunn i land hvor skikken er vanlig. Omskjæring

av jenter er forbudt ved lov i Norge pga. de helsemessige konsekvensene og fordi det strider mot grunnleggende rettigheter. Dersom informasjon og støtte til dem det angår ikke fører fram, har helsepersonell plikt til å varsle barnevern eller politi, hvis det er nødvendig for å hindre at en jente omskjæres, enten i Norge eller under besøk i utlandet.

Helsetilsynets "Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring" er ferdigstilt etter et omfattende arbeid, som bl.a. har inkludert en kartlegging blant helsepersonell og samarbeid med dem som er direkte berørt. Temaområdet er også dekket i materiale som er utarbeidet for ungdom om seksualitet.

Omskjæring av jenter/kvinner rommer mange sentrale aspekter i arbeidet med innvandrere: kultur, religion, migrasjonsprosesser og rasisme. Dette er tematikk som ofte forties.

Etter at tradisjonen og ritualene rundt omskjæring av jenter/kvinner har fått stor oppmerksomhet i media, kjenner nok de fleste dette angår til lovforbudet. Det er likevel behov for mer informasjon og for å gi rom for den smerte som endring av en innarbeidet gammel skikk fører med seg. Her har helsepersonell viktige oppgaver, men de trenger kunnskap og ferdigheter for å kunne skape en god dialog og samarbeid med dem det gjelder. Rådgivning til foreldre er viktig, og de som går imot skikken kan trenge støtte og omsorg. Det er en utfordring for helsetjenesten å gi god omsorg og et godt medisinsk tilbud til jenter og kvinner som er omskåret. Dette gjelder særlig i forbindelse med svangerskap og fødsel, men også ved behandling av komplikasjoner etter omskjæring. Mange kvinner er ikke klar over at deres plager skyldes omskjæringen. Hvis de får et godt medisinsk tilbud, som inkluderer informasjon og omsorg, vil denne sammenhengen bli tydelig. En slik erkjennelse kan være veldig viktig for å få til et brudd med skikken.

Blant flyktninger og asylsøkere er det en stor gruppe mennesker som har gjennomgått tortur. Norge har en sterk faglig tradisjon og stor internasjonal anseelse når det gjelder å frambringe kunnskap om torturens virkninger. Likevel er det fortsatt mange med torturskader som ikke får den medisinske hjelpen de trenger.

## Bruk av hjelpeapparatet

Bruk av hjelpeapparatet er noe annerledes for innvandrere enn for norske. En del forebyggende tjenester som for eksempel vaksinasjon av barn, svangerskapskontroll og mammografi, blir brukt i mindre grad av innvandrere.

Konsultasjonshyppigheten i allmenntilleggsmedisin er omtrent den samme som for norske, eller litt større for visse innvandrergrupper. Det er et gjennomgående trekk at innvandrere får flere symptomdiagnoser enn norske, og at dette i særlig grad gjelder for innvandrerkvinner. Hjemmetjenester ser ut til å bli brukt i minimal grad av de samme gruppene.

Krisesentra i de store byene blir besøkt av betydelig flere innvandrerkvinner enn deres prosentvise andel i disse byene skulle tilsi. Dette kan være uttrykk for at innvandrerkvinner står overfor store problemer når de blir utsatt for vold i ekteskapet eller andre former for samlivsbrudd. De blir ofte svært isolerte og har et meget begrenset støtteapparat som kan stille opp i slike situasjoner.

## Behov for kompetanseheving i helsetjenesten

For enkelte sykdomstilstander hos innvandrere kan det være behov for spesialisert kompetanse. Det vil for eksempel være tilfelle for torturskader, noen spesielle importsykdommer og spesielt vanskelige psykiatriske tilfeller. Helsetilsynet har i løpet av 2000 arbeidet med retningslinjer for helsetjenesten til flyktninger og asylsøkere. Kommuner og fylkeskommuner må tilføre nødvendige ressurser og sikre en hensiktsmessig organisering av helsetjenesten til denne spesielt utsatte gruppen. Men i de aller fleste tilfellene er det som trengs vanlig, godt helsearbeid, som skal ytes der folk bor. Alle som arbeider i helsetjenesten bør få opplæring i, og forståelse for, hvordan ulike kulturer forholder seg til helse og sykdom. Betydningen av migrasjon og marginalisering for helse og sykdom er også viktige tema. Helsepersonell må også konkret kunne samarbeide med tolk. Her er det store utfordringer.

Ved mange helseinstitusjoner er det helsepersonell med ulik etnisk bakgrunn. Dette gir en ypperlig anledning til å bryte ned stereotypier om de «fremmede».

Det fins mange erfaringer og mye kompetanse som kunne komme andre til gode dersom disse erfaringene ble systematisert og analysert. Kollegiale og andre nære personlige relasjoner kan føre til økt forståelse og større nærhet til det som i utgangspunktet synes «fremmed» og «fjernt».

Det beste helsetjenestetilbudet vil bare kunne utformes i et nært, likeverdig og forpliktende samarbeid med innvandrere. Det er ønskelig med økt rekruttering av innvandrere som helsearbeidere, og at godkjenning av utdanning fra andre land gjøres effektivt og rasjonelt.

## Avslutning

Mens innvandrere altså ikke ser ut til å ha noen dramatisk økt sykkelighet rent kvantitativt, er det på det rene at mange ikke får et tilbud som de opplever som relevant eller som fungerer godt for dem. Dette utgjør en stor utfordring, da det er alvorlig at grupper av mennesker ikke får oppfylt sin rett til helsetjenester. Det ser ut som om helsetjenesten har problemer med å betjene individer som representerer et mangfold på en god måte. Dette kan være et symptom på manglende fleksibilitet rent generelt.

Helsetjenesten er en del av samfunnet, og går ikke fri for en nokså allestedsnærværende hverdagsrasisme. Det er ikke snakk om den aggressive og voldelige formen, men mer en tilbaketrekning der helsepersonell ikke utnytter den kompetanse de faktisk har, fordi de føler seg utrygge. Uforståelighet og fremmedhet kan vektlegges istedenfor å se på hvordan profesjonaliteten kan brukes til å gi individet best mulig omsorg. For innvandrere kan helsetjenesten oppleves uforståelig og skremmende, dialogen er iblant vanskelig. Like barn leker best, og helsepersonell yter best arbeid overfor dem som de opplever samhörighet med. Derfor er det viktig å arbeide for å øke forståelse og identifikasjon mellom helsepersonell og de ulike brukergruppene, slik at opplevelse av fremmedhet kan vike plassen for nysgjerrighet og innlevelse.

### Kilder

Austveg B. Helsearbeid og innvandrere. 2.utg. Oslo: Tano; 1994.

Blom S. Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Rapport 98/16. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1998.

Blom S, Ramm J. Ikke-vestlige innvandreres helse. Ikke flere syke, men når de først blir syke. Samfunnsspeilet 1998;(3):6-15.

Gulløy E, Blom S og Ritland AA. Levekår blant innvandrere 1996. Dokumentasjonsrapport med tabeller. Notater SSB 97/6. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 1997.

Havnør AIM. Samlivskrise mellom to kulturer. Muslimske innvandrerkvinner på Kriesenteret i Oslo; muligheter og begrensninger for problemløsning. Magistergradsavhandling i sosialantropologi. Oslo: Universitetet; 1987.

Statens helsetilsyn. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Helsetilsynets veiledningsserie 5/00. IK-2723. Oslo: Helsetilsynet; 2000.

Steihaug S, Rutle O. Legesøkning blant pakistanske innvandrere. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117(17):2.

St.meld. nr.17 (1996-97). Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Sosial- og helsedepartementet.

Sveaass N, Hauff E. Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.

# Barn og unges helse og oppvekstmiljø

Barn är så små att dem kan man köra över  
(Bo Carpelan)

Statens helsetilsyn er én av mange offentlige etater som fra sitt ståsted og med sitt blikk er satt til å etterse at barn og unge ikke "kjøres over".

Det er nærmest overveldende utfordringer helsetjenestene til barn og unge står overfor. Kunnskapstilfanget om trender i negativ retning krever nye kreative forebyggingsstrategier, bl.a. vektlegging av ulike strategier overfor gutter og jenter. En stor internasjonal WHO-undersøkelse slår fast at både røyking, kosthold, alkoholbruk og fritidsaktiviteter blant norske barn og unge er inne i en negativ utvikling, samtidig som subjektive helseplager øker i omfang. Utviklingen ser ut til å være mer negativ blant jenter enn blant gutter (Wold et al. 2000).

Barn og unges psykososiale miljø krever at helsepersonell bør være aktive medspillere i en skolehverdag. Gjennom internasjonale, longitudinelle studier regner en med at mellom 10 og 20 % av barnebefolkningen har så vidt store plager at det går ut over deres daglige fungering (Sosial- og helsedepartementet 2000).

Figuren (se neste side) viser hvordan norske ungdommer rapporterer om sin helse fra en undersøkelse foretatt av Hemil-senteret av et landsrepresentativt utvalg ungdomsskoleelever i 1997 (Sosial- og helsedeparte-



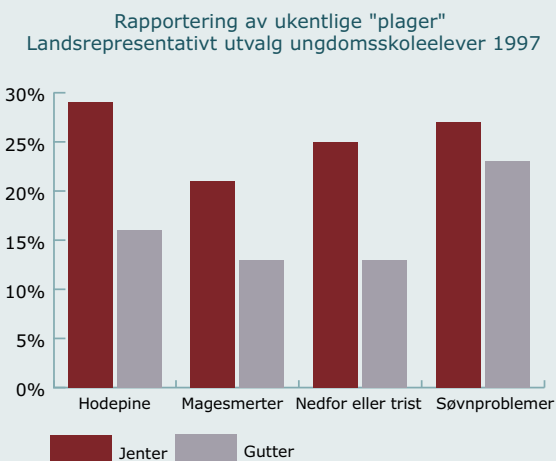
mentet 2000). Som figuren uttrykker, er både psykiske og somatiske plager mest utbredt blant jentene. Dette tydeliggjør hvor viktig det er at kjønnsperspektivet blir ivaretatt i denne type undersøkelser, slik at forskjellen mellom jenter og gutters helsetilstand synliggjøres og kan følges opp mer målrettet.

Barn og ungdoms fysiske oppvekstmiljø er også helse-tjenestens ansvar, og det er fortsatt betydelige utfordringer både innen det sykdoms- og skadeforebyggende arbeidet. Astma og allergi hos barn har tiltatt i de senere årene. Forekomst av astma hos fireåringer er nå 7-8 %, og 5 % hos skolebarn (Wefring 1997; Nystad et al. 1997). Forebygging av ulykker hos barn er viktig, da skadefrekvensen i de yngste aldersgruppene i Norge er høy.

Forebyggingsstrategier som viser resultater, men som krever innsats for å lykkes videre, fortjener oppmerksomhet. En undersøkelse i 2000 som belyser utviklingen i aborttallene siden retten til selvbestemt abort ble lovfestet i 1979, viser at abortraten i aldersgruppen 15-19 år har gått ned med noe over 15 % på landsbasis fra 88/90 til 97/99. (Skjeldestad 2000).



Andelen tenåringsgraviditeter er gått kraftig tilbake og tenåringsfødsler utgjør nå mindre enn 5 % av alle førstegangsfødende (Lappegård 2000). I tillegg er unges kunnskap om sikre prevensjonsmetoder økt - det samme er omsetningen av hormonelle prevensjonsmidler. (Helsetilsynet 2001, Norsk medisinaldepot 2000).



Økningen i utøvelsen av vold i hverdagen viser både en negativ og overraskende utvikling. I en ungdomsundersøkelse i Oslo oppga 10 % av guttene mellom 13 og 18 år at de det siste året hadde opplevd vold der de ble skadet så sterkt at det krevde legebehandling. 5 % av ungdomsskoleelever blir mobbet daglig, og 55 000 barn gruer seg til å gå på skolen på grunn av mobbing (Norges Røde Kors 2001). I en fersk undersøkelse fra Skedsmo kommune avtegner det seg et spesielt overraskende bilde av jenters deltakelse i voldsutøvelse. Blant 13- og 14-åringene er det fire ganger så mange gutter som jenter som oppgir å ha deltatt i slåsskamp. Blant 15-åringene reduseres forskjellen mellom gutter og jenter til 2:1. Denne undersøkelsen føyer seg til et registrert utviklingsmønster nasjonalt. En stadig økende andel av jenter og unge kvinner oppgir å ha vært utsatt for vold, og trusler om vold, slik at de store forskjellene mellom kjønnene i voldseksponering som ble registrert tidlig på 1990-tallet, er i ferd med å viskes ut. Data fra Skedsmo tyder på at jenter nå er aktive deltakere i slagsmål, og ikke bare passive voldsofre (Bjørgero & Haaland 2001).

Disse få eksemplene fra barn og unges hverdagsvirkelighet, er antakelig avspeilinger av grunnleggende verdipolitiske prioriteringer i samfunnet vårt.  
"Forskjellsmeldinga" (St.meld. nr.50 (1998-99))

understreket igjen at sosiale forskjeller i samfunnet fører til ulikheter i folkehelsen. Dette skaper ulike forutsetninger for barn og ungdoms helse. Faktorer i familien som usikker økonomi, arbeidsledighet, dårlig mental helse og få sosiale kontakter, bidrar til og forsterker forskjellene i barne- og ungdomsbefolkningens helsetilstand. Selv om Norge er ett av verdens rikeste land hvor velstanden er høy for de fleste innbyggerne, er det om lag 1,5 % av befolkningen eller rundt 65 000 personer som lever under svært dårlige økonomiske levekår over lang tid – i minst 10 år. De betegnes som kronisk fattige. Minst 20 000 av dem er barn. Tre av ti hushold med ikke-vestlig bakgrunn har en inntekt å leve for som er under grensen for lavinntekt. (Norges Røde Kors 2001). Dette er bekymringsfullt, og bør kreve spesiell oppmerksomhet også fra helsetjenestens side.

### Tilsyn med barn og unges arbeidsmiljø

Miljøet i skoler og barnehager blir regulert gjennom forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Forskriften trådte i kraft i 1996. Gjennom forskriften er det satt krav til inneklima, forebygging av ulykker, psykososiale forhold slik som forebygging av mobbing, samt andre miljøforhold med betydning for barnas helse. Alle skoler og barnehager skulle vært godkjent i samsvar med forskriften innen utgangen av 1998.

Det er kommunene selv som både gir godkjenning, fører tilsyn og derved har ansvar for å påse at forskriften etterleves. Samtidig kommer de ofte i en dobbeltrolle som eier av de fleste skoler og mange barnehager. Dette kan være en vanskelig utfordring, da det kan innebære betydelig ekstra ressurser for å bringe barnehager og skoler opp på det nivået som gjør at de kan bli godkjent etter forskriften.

I 1999-2000 gjennomførte fylkeslegene felles tilsyn med 59 kommuners arbeid med godkjenning av og tilsyn med barnehager og skoler. Dette var ikke nødvendigvis et representativt utvalg. Like fullt viser tilsynet at kommunene generelt var kommet sent i gang med å iverksette og fullføre godkjenningsprosessen, og at mange var kommet kort i arbeidet med å føre et systematisk tilsyn med miljørettet helsevern i skoler og

barnehager. I mer enn halvparten av kommunene som var valgt ut i denne tilsynsrunden, var det ikke utarbeidet et system for tilsyn med miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det betyr at 60 % av kommunene som det ble ført tilsyn med, bryter forskriften.

Tilsynet viste at et system for godkjenning og systematisk tilsyn av barnehager og skoler stiller spesielle krav til organisering i kommunen og til delegering av myndighet.

Tilsynet med miljørettet helsevern i skoler og barnehager bekreftet Asplan Viaks tilsvarende funn fra deres undersøkelse i 1999.

## Tilsyn med helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet

I 2000 gjennomførte fylkeslegene felles tilsyn med skolehelsetjenesten i 60 kommuner. Tilsynet viser at de fleste kommunene gir tilbud om skolehelsetjeneste i barne- og ungdomsskolene. I videregående skoler derimot mangler tilbudet enten helt eller er svært redusert. Et fåtall av kommunene har etablert et internkontrollsystem for å sikre at myndighetskrav og faglige standarder følges.

Omtrent halvparten av kommunene hadde ikke etablert et forpliktende tverretattlig samarbeid for å hjelpe elever som har sammensatte problemer av helsemessig, læringsmessig, psykologisk eller sosial art. 1/3 av de undersøkte kommunene har ikke oversikt over helsetilstand blant elevene og de risikofaktorer som kan ha sammenheng med skolemiljøet. Et fåtall av kommunene oppgir at de regelmessig foretar kartlegging av trivsel og miljøfaktorer i skolene. Dette betyr at i de fleste kommunene som det ble ført tilsyn med, blir ikke den samlede kunnskapen om barn og unges helsetilstand systematisert og brukt i det overordnede planarbeidet i kommunene.

## Hva nå?

Det vekker stor allmenn interesse og engasjement når lovpålagte helsetjenester for barn og unge ikke etterleves av kommuner og fylkeskommuner. Både tilsynet med miljørettet helsevern i barnehager og skoler, og tilsynet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten har fått stor oppmerksomhet i ulike media. I Stortingets

spørretime ble funnene av hvor mangelfull skolehelsetjenesten er i videregående skole, tatt opp som egen sak.

Helsetilsynets ansvar er som det innledningsvis sies, å etterse at barn og unge ikke "kjøres over".

Helsetilsynet utfører ikke selv den konkrete helsetjenesten, men har ansvar for å føre tilsyn med at den utføres i henhold til lov og forskrift og at den er faglig forsvarlig. Kommunene og fylkeskommunene har det reelle ansvaret for tjenestene. Når de felles tilsynene avdekket så store mangler i tjenestene til barn og unge, reiser det urovekkende spørsmål om hvilke verdivalg og prioriteringer kommuner og fylkeskommuner gjør. Helsetilsynet har fått tilbakemeldinger om at kommunene oppgir at ressursmangel er årsaken til at de ikke makter å oppfylle kravene. Det er heller ikke øremerking av midler til disse lovpålagte tjenestene. Ett grep kunne derfor være at midler øremerkes.

De kommunene som det i denne omgang ble ført tilsyn med, vil bli fulgt opp av fylkeslegene til de kan dokumentere at barn og ungdom har et forsvarlig arbeidsmiljø og skolehelsetjeneste. Helsetilsynet vil ta i bruk sine virkemidler der det er nødvendig. Det sterkeste virkemiddelet er påbud til kommunen. Etter disse tilsynene vil dette virkemidlet måtte tas i bruk overfor flere kommuner. Nye tilsyn kan også planlegges. Til tross for nedslående funn i de felles tilsynene, har det å tydeliggjøre kommunenes ansvar etter Helsetilsynets erfaring likevel ført til en ny giv i arbeidet med å styrke arbeidsmiljøet til barn og elever i barnehager og skoler.

På lang sikt vil Helsetilsynet og fylkeslegene fortsette det møysommelige arbeidet med rådgivning og veiledning om helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet til kommunene. En viktig del av dette arbeidet er å være aktive pådrivere for å implementere Helsetilsynets "Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten".

Foreldre som pressgruppe burde bevisstgjøres om hva de kan kreve av helsetjenester for ungene sine, at kommunen og fylkeskommunen har ansvar for at helsetjenester gis og at kommunene ikke år etter år kan gi skoler og barnehager dispensasjon fra å bli godkjent etter barnas "arbeidsmiljølov". Som et ledd i å få forskriften om miljørettet helsevern i barnehager og skoler til å virke bedre, har Helsetilsynet bedt Sosial- og

helsedepartementet om å styrke både barns og foreldres rett til å få informasjon om miljø- og helsetilstanden på skolen eller i barnehagen, og den retten de har til å klage på godkjenning av skoler og barnehager.

### Utfordringer i tjenesten

Tjenestenes kanskje største utfordring ligger i å tilpasse seg samfunnsendringer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har sitt utspring i en tradisjonell medisinsk forebyggingsmodell med infeksjonsbekjempelse og identifisering av risikofaktorer. Dagens tjenester må i enda større grad se barn og unges helse i sammenheng med forhold i oppvekstmiljø og samfunn. De oppgaver helsestasjons- og skolehelsetjenesten utfører innen folkehelsearbeidet, er noen av mange tiltak samfunnet iverksetter for å utjevne de sosiale ulikhetene i barne- og ungdomsbefolkningen. "Opptappingsplanen i psykisk helse" og "Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort" er begge sentrale i utviklingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten framover.

### Forskning og metodeutvikling

Kunnskapstilfanget som viser hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor, er stor. Vi vet generelt for lite om effekten av de forskjellige tiltakene som iverksettes i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det er derfor behov for metodeutvikling og forskningsmessig evaluering av tjenesten. Forskning tyder på at dersom ikke noe blir gjort overfor ungdomsgruppene kan det få konsekvenser for forekomsten av ulike helseproblemer i den voksne befolkningen. (Jessor et al. 1991; Farrington 1995). Helsetilsynet har deltatt i et arbeid initiert av Legeforeningen, vedrørende forskning og fagutvikling i forebyggende helsearbeid blant barn og unge. I rapporten (som er under utarbeidelse), fokuseres ungdomstidens betydning for senere helseatferd.

### Revisjon av forskrifter

Det er behov for en mer samordnet innsats fra miljørettet helseverntjeneste og skolehelsetjeneste mot de psykososiale problemene barn og unge sliter med. Helsetilsynet vil ta opp dette i forbindelse med den pågående revisjonen av forskrift om helsetjeneste i skoler og den sannsynlige revisjonen av forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

### Inter- og intrakommunalt samarbeid

For å sikre at kommunenes forebyggende arbeid blir ivaretatt, bør det vurderes å legges til rette for en økt bruk av interkommunale løsninger, bl.a. innen tilsyn med skoler og barnehager. Det bør også vurderes å legges til rette for en større fleksibilitet i bruk av helsetjenestekompetanse både innen miljørettet helsevern, og i arbeidet innen helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det er nødvendig å utvikle nye organisasjonsmodeller for å sikre et helhetlig og tverrfaglig tilbud til brukerne og styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

## Referanser:

- Bjørge T, Haaland T. Vold, konflikt og gjenger. En undersøkelse blant ungdomsskoleelever i Skedsmo kommune. NIBR-notat 103/01. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2001.
- Farrington DP. The challenge of teenage antisocial behavior. I: M Rutter, red.. Psychosocial disturbances in young people. Cambridge: Cambridge University Press; 1995: s. 83-130.
- Jessor R, Donovan JE, Costa FM. Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
- Lappegård T. Tenåringer og fruktbarhet. Sex, men ikke barn. Samfunnsspeilet 2000;(6):2-8.
- Norsk medisinaldepot. Legemiddelforbruket i Norge 1995-1999. Oslo: Norsk medisinaldepot; 2001.
- Nystad W, Magnus P, Soyseth V. Forekomst av astma blant skolebarn i Norge i perioden 1985-94. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:644-7.
- Skjeldestad FE. 20 år med selvbestemt abort – hva viser aborttallene? SINTEF-rapport STF78 A00251. Trondheim: SINTEF Unimed, Seksjon for epidemiologisk forskning; 2000.
- Sosial- og helsedepartementet. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Oslo: SHD; 2000
- Sosial puls 2001. Brister i velferdssamfunnet. Oslo: Norges Røde Kors; 2001.
- Statens helsetilsyn. UNG 2000. Rapport under publisering. Oslo: Helsetilsynet; 2001.
- Wefring CW. Tverrsnittundersøkelse av 4-åringers helse. Rapport 1. Deskriptiv vurdering. Tønsberg: Vestfold sentralsykehus; 1997.
- Wold B, Hetland J, Aarø LE, Samdal O, Torsheim T. Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales. Hemil-rapport 1/00. Bergen: Hemil-senteret; 2000.

# Utfordring i smittevernarbeidet

Mens en tidligere gjerne tenkte at smittsomme sykdommer var noe Norge ble påført fra utenverdenen, blir det stadig tydeligere at Norge er en del av et globalt nettverk der også smittestoffer inngår. Smitten går ikke nødvendigvis bare den ene veien. Globale nettverk kjennetegnes ved utvidet kontakt, og ved at mennesker og varer forflytter seg over hele kloden. Reisevirksomheten både til og fra Norge øker stadig. I likhet med de fleste andre land, er også norsk økonomi helt avhengig av resten av verden. Ja, hele vår velstand er basert på internasjonal arbeidsdeling og handel.

Disse raske forflytningene både av folk og varer bidrar bl.a. til at behovet for informasjon og rådgivning om smittevern har økt både blant fagfolk og til befolkningen for øvrig. Kugalskap og den menneskelige formen Creutzfeldt-Jacobs sykdom, og utbruddet av munn- og klovsyke i Storbritannia denne vinteren, illustrerer nettopp kompleksiteten i moderne samfunn og hvordan de globale nettverkene fungerer i smittevernsammenheng. Både primærleger og sykehus blir stilt overfor sykdomsgrupper hvor de mangler kunnskap og erfaring. Smittevernarbeidet krever årvåkenhet og at det etableres et godt samarbeid mellom helsemyndigheter, dyrehelsetilsyn og næringsmiddeltilsyn internasjonalt.



## Smittevernarbeidet i kommunene må styrkes

En kartlegging fylkeslegene gjennomførte i 1999 på oppdrag fra Helsetilsynet, viste at bare 2/3 av kommunene har utarbeidet smittevernplaner slik lov om smittsomme sykdommer fra 1994 pålegger. Loven danner grunnlaget for vår beredskap og fastlegger ansvaret både for forebyggende og kurative tiltak, samtidig som den stadfester de rettigheter befolkningen har. Det forebyggende smittevernet er først og fremst et kommunalt ansvar, og kommunehelsetjenesten bør ha en sentral plass i arbeidet med å forebygge smittsomme sykdommer.

Det kan være flere årsaker til at smittevernarbeidet i kommunene står svakt:

- Det er sviktende kunnskap og erfaring om smittevernarbeid blant helsepersonell.
- Smittsomme sykdommer oppleves ikke lenger som et stort helseproblem.
- Smittevern blir ikke prioritert i forhold til andre akutte oppgaver innen kommunehelsetjenesten. Utviklingen av fastlegesystemet kan forsterke dette.

- Smittevernarbeidet er svekket som en følge av dårlig rekruttering og stor utskiftning av kommuneleger gjennom flere år. Dette gjelder også i sentrale kommuner. Det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunehelsetjenesten er inne i en krise som ikke bare rammer smittevernet.

## Ny giv for det nasjonale smittevernarbeidet?

Helsetilsynet har samarbeidet med Folkehelse om å gjennomføre et prosjekt i 2001 for å styrke smittevernarbeidet i kommunene. I arbeidet vil det bl.a. bli lagt vekt på:

- Presisering av helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten.
- At alle kommuner innen utgangen av 2001 skal ha utarbeidet smittevernplaner hvor bl.a. hiv/aids-forebyggende arbeid og tuberkulosekontroll skal ha egne kapitler.
- Kompetanseheving hos smittevernansvarlige leger og annet helsepersonell som er involvert i smittevernarbeid.
- Å forberede eventuelt tilsyn i 2002 med smittevernarbeidet i kommunene.

## Hva slags utfordringer står vi overfor?

Velkjente sykdommer har endret karakter ved at bakterier utvikler resistens mot antibiotika. Relativt nye sykdommer som hiv/aids, Creutzfeldt-Jakobs sykdom, Ebola og legionellose minner oss om at beredskapen kunnskaps- og ressursmessig må opprettholdes og styrkes. Vi må også være åpne for nye problemstillinger og vurdere nøye hva slags konsekvenser disse skal ha for smittevernarbeidet. De nasjonale og internasjonale utfordringene i smittevernarbeidet er ofte ikke sammenfallende i tid.

De vanskelige smittevernsakene dreier seg ofte om tilstander som er sjeldne, men alvorlige, og tilstander der det mangler tilfredsstillende dokumentasjon. Samtidig har disse sakene ofte store økonomiske implikasjoner.

Et sentralt spørsmål er hvilken risiko og hvilken sårbarhet vi mener bør foreligge, før vi bestemmer at helsetjenesten skal gjennomføre nye smitteverntiltak. I

vurderingen av hvilke smitteverntiltak som skal iverksettes, må formålet med tiltaket stå i forhold til innholdet. Skal vi følge ”føre var”-prinsippet, eller skal vi avvente sikrere viten? I tillegg til den kjente risiko er det også en opplevet risiko, og til slutt kommer alltid spørsmål om hvor mye tiltakene vil koste. Tillit er ikke noe en har, men noe en stadig må gjøre seg fortjent til.

## Prioner, en annerledes utfordring

Creutzfeldt-Jakobs sykdom er et eksempel på at nye, uventede smittsomme sykdomsvarianter kan oppstå. Her er det spørsmål om ”føre var”-prinsippet. Sykdommen er også et eksempel på hvor tett smittsomme sykdommer henger sammen med internasjonal handel. En ny variant av sykdommen ble identifisert i 1996 i Storbritannia. Sykdommen er forårsaket av samme agens (prion) som framkaller bovin spongiform encefalopati (BSE), best kjent under navnet kugalskap. Sykdommen er bare påvist i Europa og er totalt diagnostisert hos 96 personer (Gill 2000).

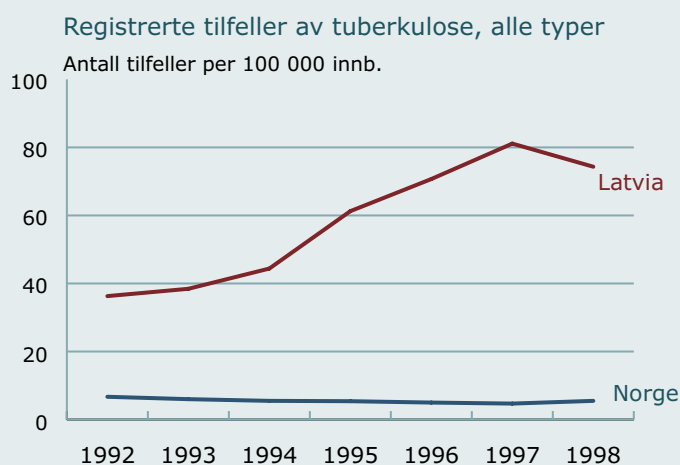
Forebyggende tiltak har først og fremst vært konsentrert om å utrydde tilstanden hos storfe og hindre at kjøtt fra infiserte dyr blir brukt som menneske- eller dyremat. Spørsmålet om sykdommen kan overføres ved bruk av blod fra infiserte mennesker, er gjenstand for grundig vurdering, men det er til nå ikke kjent at noen har blitt smittet på denne måten. Spørsmålet som nå diskuteres i de fleste land, er om man på denne bakgrunn må utelukke blodgivere som har oppholdt seg mer enn seks måneder i England i perioden 1980-95, og om man kan få i seg smittestoffer ved å spise kosttilskudd som er fremstilt av vev fra storfe.

Selv om risikoen for å pådra seg sykdommen kan synes minimal, vurderes det å iverksette store og kostnadskrevende tiltak for å hindre spredning. Den store satsingen må sees på bakgrunn av fortsatt uvisshet rundt smitteveiene og ringvirkningene av sykdommen, ikke minst for jordbruksnæringen. Den store satsingen kan nok også sees på som et uttrykk for at sykdomsutbruddene skjer i vår egen del av verden.

## Resistens, en ny utfordring for velkjente sykdommer

I internasjonal sammenheng har norske leger tatt til orde for en restriktiv bruk av antibiotika. I Norge har dette gitt positive resultater ved at landet så langt har vært spart for omfattende forekomst av resistente bakterier. Som et ledd i "Handlingsplanen for å motvirke antibiotikaresistens" har Helsetilsynet gitt ut en håndbok om antibiotika i allmennpraksis (Statens helsetilsyn 2000). En tilsvarende håndbok rettet mot sykehus vil bli utgitt våren 2001.

Som kjent er tuberkulose en av de viktigste dødsårsakene i store deler av verden, ofte i kombinasjon med hiv/aids. Tuberkulosesituasjonen har de senere årene vært stabil i Norge med omtrent fem nyoppdagede tilfeller per 100 000 innbyggere årlig (se figur). Ved riktig gjennomført behandling blir de aller fleste pasienter med tuberkulose friske. Resistens mot tuberkelbasillen utvikles imidlertid lett dersom behandlingen ikke blir gjennomført på riktig måte, for eksempel ved at behandlingen avbrytes eller at det behandles i "utide". Særlig i fattige land er riktig behandling et stort problem. I et av våre "naboland", Latvia, er forekomsten av tuberkulose mer enn ti ganger større enn i vårt land. Årsakene til dette er mange og omfatter fattigdom, dårlig diagnostikk, problemer med å følge opp behandlingen eller mangel på legemidler. I Norge er det også eksempler på at den langvarige behandlingen har sviktet og at pasienter har utviklet resistens. Det er derfor nødvendig å sikre at helsepersonell har den nødvendige kompetansen for å oppdage og behandle tuberkulose korrekt.



Det har vært enkelte spredte utbrudd av en annen type bakterier, meticilinresistente gule stafylokokker (MRSA), som har forårsaket infeksjoner i norske sykehus, og hvor smitekilden har vært pasienter innlagt på sykehus i utlandet. Helsetilsynet har fastsatt forskrifter som krever at helsepersonell fra land utenfor Norden skal forhåndsundersøkes for resistente bakterier før de begynner å arbeide i norske sykehus (Statens helsetilsyn 1996). Det er også retningslinjer for undersøkelse og isolasjon av pasienter som er behandlet poliklinisk eller ved utenlandske sykehus. Å styrke smittevernarbeidet i sykehusene er et ansvar for sykehusenes eiere og ledere.

Når det gjelder kjøp av kirurgiske tjenester for norske pasienter utenlands, er Helsetilsynet bekymret for at en slik pasientbro også vil kunne innebære import av multiresistente bakterier fra utenlandske sykehus. Sykehusene har i dag ikke den nødvendige isoleringskapasitet og beredskap til å håndtere en slik pasientbro. 300-400 pasienter overføres allerede årlig fra utenlandske til norske sykehus. Hvor mange av disse som legges inn på nytt i tremånedersintervallet etter behandling i utlandet, er usikkert. Dersom antallet norske pasienter som skal behandles i utlandet øker, vil presset på isoleringsplassene øke. Kostnadene vil også øke for norske sykehus som etterbehandler eller reinnlegger pasientene som behandles utenlands. For pasientene er det en ekstra belastning å bli isolert, når de er på sykehus.

Når isoleringskapasiteten er utilfredsstillende, vil ikke de smittede pasientene få et faglig forsvarlig behandlingstilbud. Dette kan igjen øke risikoen for infeksjoner hos andre pasienter eller personalet. Helsetilsynet mener at dersom et stort antall pasienter skal behandles i utlandet må smittevernarbeidet på norske sykehus bedres og isoleringskapasiteten økes.

Bedrede behandlingsmuligheter for personer som lever med hiv og aids, gir også nye utfordringer for smittevernet her til lands når det gjelder utvikling av resistens og i det forebyggende arbeidet. Flere kommer til å leve lengre med viruset. Et aktuelt spørsmål er hvorvidt hivsmittede personer som ikke har fått oppholdstillatelse i Norge, skal få tilgang til denne behandlingen. Behandlingen er i dag såpass komplisert at det kreves stor nøyaktighet fra pasientens side for å følge den opp. Det kan lett oppstå resistensutvikling dersom behandlingen senere blir avbrutt.

## Referanser

Gill N. Developments in variant Creutzfeldt-Jacob disease. *Eurosurveillance* 2000;(5):89-90.

Statens helsetilsyn. Antibiotika i allmennpraksis. IK-2693. Oslo: Helsetilsynet; 2000.

Statens helsetilsyn. Råd for anvendelse av smitteverneloven §3-3. Forhåndsundersøkelse – smittsomme sykdommer. Rundskriv IK-28/96. Oslo: Helsetilsynet; 2000.



# Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere

Det er få områder som til de grader engasjerer og utfordrer både faglige og politiske miljø som legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. Mange gir uttrykk for sterke og polariserte meninger. Slik må det bli på et område som rommer en sammenblanding av fordommer, moral, medlidenhet, avhengighet, utstøtning, besteborgerlighet, kriminalitet, nød, sykdom og overdødelighet. En pågående debatt er om misbruks- og rusproblematikken hører hjemme i sosialomsorgen eller helsevesenet. I Norge, i motsetning til i mange andre land, er behandlingen av rusmisbrukere lagt til sosialtjenesten.

## Hvorfor er narkotikamisbruk også et medisinsk problem?

Helsetjenesten møter mange av disse pasientene og kan oppleve at de er i en reelt forvilt situasjon. Det er naturlig å vise medfølelse. Helsetilsynet har fått en rekke henvendelser fra leger som føler at det her er grupper med marginal helse, som lever et liv i skjul for det medisinske behandlingsapparatet.

Fra Helsetilsynets side var narkotikamisbruk tidligere ikke ansett som en medisinsk tilstand. Med støtte i internasjonale publikasjoner (National Institutes of Health 1997; Kreek 2000) har vi i den senere tid erkjent at behandling av narkotikamisbrukere også er et medisinsk problem. Flere behandlingsmetoder kan være aktuelle, og ikke alle pasienter skal ha narkotiske legemidler. Når det gjelder legemiddelassistert rehab-



ilitering er det imidlertid dokumentert at de beste metodene innebærer langvarig substitusjon med metadon eller et lignende legemiddel, i adekvate doser, koblet med bredt anlagte psykososiale tiltak hvor brukeren også må akseptere en viss grad av kontrolltiltak (Ward 1999; Bell & Zador 2000; Waal 2000). Det er disse såkalte "høyterskelprogrammer" de norske "metadonsentrene" har tatt i bruk.

I de nevnte referansene er det referert til studier som dokumenterer klare helsegevinster i form av redusert risiko for overdosedødsfall og redusert risiko for allmennfarlige smittsomme sykdommer ved bruk av "høyterskelprogrammer". I tillegg blir andre somatiske og psykiske lidelser ofte mer tilgjengelige for behandling, og narkotikamisbrukeren får en større psykososial stabilitet og et mer verdig liv.

I andre land, som for eksempel Nederland og Storbritannia, brukes "lavterskelprogrammer" som gjerne innebærer ukontrollert utlevering, og som setter minimale eller ingen krav til narkotikamisbrukeren. Dokumentasjonen på helsemessige effekter fra disse

programmene viser inkonsistente resultater og svært usikker effekt på dødelighet (Waal 2000).

Fra tidligere å ha hatt en svært restriktiv holdning til forskrivning som ikke hadde medikamentfrihet som endelig mål, har altså Helsetilsynet ut fra internasjonal dokumentasjon og nasjonale erfaringer endret syn: Målet må være rusfrihet, og da må vi akseptere at substitusjonsbehandlingen kan bli langvarig, for enkelte kanskje livslang. Men det forutsettes en faglig forsvarlig behandling og at det kan dokumenteres en helsegevinst for den enkelte pasient.

I forbindelse med revisjon av en ti år gammel veileder til allmennlegene i forskrivning av vanedannende legemidler, er Helsetilsynets tilrådinger vedrørende legemiddelassistert rehabilitering innarbeidet.

## Nødvendig helsetjeneste

Helsetilsynet slår fast at helsetjenesten har et ansvar for å ta del i den legemiddelassisterte rehabiliteringen av narkotikamisbrukere. Med andre ord: Dersom det etter en medisinskfaglig vurdering foreligger et behov som kan avhjelpes med legemiddelassistert rehabilitering, er helsetjenesten pliktig til å bidra. Dette blir da å anse som en ”nødvendig helsetjeneste” etter kommunehelsetjenesteloven. Ingen kommuner kan unndra seg dette ansvaret, heller ikke de som mener at dette må være spesialisthelsetjenesten sin oppgave.

Med mulighet for en betydelig helsegevinst ved den legemiddelassisterte rehabiliteringen, blir det vanskelig å snakke om enten en sosialtjeneste eller en helsetjeneste. Det er både en sosialtjeneste og en helsetjeneste. Derfor snakker vi (eller rettere sagt britene) om ”shared care”. I rundskrivet fra Sosial- og helsedepartementet fra september 2000 er det slått fast at legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere forutsetter et nært samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten.

## Legens rolle

Legens rolle er viktig, ikke minst for å avhjelpe og behandle sykdommer som avdekkes hos narkotikamisbrukeren. Men når det gjelder forskrivningen av legemidlene til bruk i den legemiddelassisterte rehab-

iliteringen, er det tydelig gjennom den erfaringsbaserte litteraturen at legemidlene bare er tilretteleggende verktøy for å sette inn de hjelpetiltak som betyr noe: Somatisk og psykiatrisk behandling, miljøterapi, bolig, attføring, utdanning, arbeid og sosial rehabilitering. Selve begrepet legemiddelassistert rehabilitering indikerer også dette.

Vi må derfor ikke dytte den legemiddelassisterte rehabiliteringen inn bak legekontorets lukkede dør. Det er noe med dette arbeidsfeltet som gjør at det ikke kan betraktes ”som enhver annen konsultasjon hos legen”. Helsetilsynet har eksempler på leger som har gått inn i dette arbeidet med de beste hensikter, men som etter hvert har fått store problemer med å forholde seg til denne pasientgruppen på en faglig forsvarlig måte. Andre leger har kommet i fortvilte tvangssituasjoner der utpressing og trusler har gjort hverdagen til et mareritt.

## Forsvarlighetskrav

Helsetilsynet har i sin reviderte veileder lagt vekt på at legen skal inngå i et tverrfaglig samarbeid. For hver pasient under legemiddelassistert rehabilitering, bør det være etablert en ansvarsgruppe som sammen skal legge opp en individuell plan, ta alle de tverrfaglige avgjørelser og evaluere arbeidet fortløpende. Det anbefales også at hver enkelt lege som er engasjert i arbeidet med en narkotikamisbruker som får legemiddelassistert rehabilitering, har en annen lege å rådføre seg med rundt de medisinskfaglige beslutninger som må tas underveis. Veilederen setter opp en sjekklister for legene over de faktorer som vil inngå i tilsynsmyndighetens eventuelle forsvarlighetsvurdering. I korte trekk går dette på krav til individuell plan, tverrfaglig samarbeid, etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten, systematisert oppfølging og evaluering, forsvarlige forskrivnings- og utleveringsordninger, rutiner for kontrollopplegg og tilstrekkelig dokumentasjon i journalen.

Helsetilsynet ønsker å legge de nødvendige føringer for å få et likeverdig og sikkert helsetilbud til pasientene, også narkotikamisbrukerne. Det skal ikke være tilfeldig hvilken behandling pasientene mottar, alt etter geografi og legevalg. Langvarig behandling med metadon eller lignende legemiddel er en meget spesi-

ell behandling. Medikamentene kan også brukes som rusmiddel og som illegal salgsvare. De er giftige og kan forårsake dødsfall. De helbreder ingen, og brukeren forblir avhengig. Derfor er det nødvendig å trekke rammer for hva som kan aksepteres som faglig forsvarlig behandling.

### Organisering

Regelverket er slik at metadon og lignende legemidler bare kan rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av departementet. Per i dag er det opprettet fem slike tiltak i form av regionale sentre for legemiddelassistert rehabilitering. Disse sentrene kan gi tilbud om slik rehabilitering og har ansvar for å godkjenne opplegget for den enkelte klient. Sentrene har ansvar for, innen egen region, å utvikle og veilede det lokale hjelpeapparat som har oppfølgingsansvar for den enkelte narkotikamisbruker.

Helsetilsynet registrerer at den legemiddelassisterte rehabiliteringen - slik den nå er organisert og finansiert - medfører en opphopning av klienter i de regionale sentrene, og ventelisten av søkere som er kvalifisert for behandling, blir for lang.

Departementet har signalisert en desentralisering av den legemiddelassisterte rehabiliteringen.

Organisering av helsetjenesten og hvordan denne finansieres er ikke Helsetilsynets ansvarsområde. Men for Helsetilsynet er det viktig å påpeke at bedret kapasitet ikke må gå på bekostning av kravene til kvalitet. Derfor er det viktig å holde godkjenningen av den enkelte pasient for inntak i den legemiddelassisterte rehabiliteringen, så sentralisert som mulig. Helsetilsynet mener at godkjenningen fortsatt skal ligge til de regionale sentrene. Til grunn for inntaksvurderingen skal det ligge en søknad fra sosialkontoret, og det skal inngå en samlet tiltaksplan som, ved siden av sosialfaglige vurderinger, må inneholde medisinskfaglige vurderinger fra pasientens faste lege og eventuelt fra involverte spesialister.

Når en godkjenning foreligger, kan det være formålstjenlig å desentralisere selve behandlingen. Dette forutsetter imidlertid at desentraliseringen følges med ressurser til oppbygging av kompetanse og styrking av kapasiteten i kommunenes helse- og sosialtjeneste.

Det forutsetter også at veiledningsapparatet knyttet til de regionale sentrene og spesialisthelsetjenesten styrkes. Spesialisthelsetjenesten må bygges opp slik at den har nødvendig kapasitet til å avhjelpe og behandle de somatiske og psykiatriske sykdommer, som den legemiddelassisterte rehabiliteringen gjør tilgjengelig. Ikke minst gjelder dette pasientene med ”dobbeltdiagnoser”, dvs. kombinasjonen av rusmiddelproblematikk og psykiatri. Helsetilsynet får henvendelser fra fortvilte allmennleger som ikke får hjelp i spesialisthelsetjenesten med tung psykiatri knyttet til rusproblematikk. Legemiddelassistert rehabilitering betinger at helsetjenesten kan stille opp og behandle de sykdommer som avdekkes.

### Resultatkrav

Legemiddelassistert rehabilitering er ikke enkelt. Behandlingen inneholder en rekke avveininger mellom fasthet og omsorg. Erfaringer fra Bærum (Rønning 2000) viser at 20 % av pasientene har store vansker med å innordne seg de rammer som rehabiliteringsopplegget setter. Mange av disse har ”dobbeltdiagnoser”, men så godt som alle har fått det en del bedre. Evaluering av framgang må ses i et langt tidsperspektiv og i en bred psykososial sammenheng, men det skal likevel være framgang.

Det er helsetjenestens ansvar å påse at kravet om framdrift i behandlingen blir et hovedpunkt i ansvarsgruppens evalueringsarbeid. Foreligger det ingen framdrift, er ytterligere bidrag fra helsetjenesten til den legemiddelassisterte rehabiliteringen ikke forsvarlig. Da er det viktig å huske på at legemiddelassistert rehabilitering bare er ett av flere mulige behandlingstilbud denne gruppen kan profitere på. Behandling ved institusjonsopphold av ulike slag kan være andre innfallsvinkler.

Derfor er det igjen viktig å understreke at legemiddelassistert rehabilitering ikke er *løsningen*.

Legemiddelassistert rehabilitering er et virkemiddel, et verktøy for å komme nærmere en løsning.

Helsetjenesten skal, der gitte kriterier er oppfylt, gjennom faglig forsvarlig virksomhet, bidra til at alle som vil ha helsemessig nytte av legemiddelassistert rehabilitering, kan få tilbud om dette.

## Faktarute

Prosentandel ungdom i alderen 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt hasj eller marihuana har på 5 år økt fra 10 til 19 %.

Antall sprøytenarkomane i Norge er på 10 år nesten tredoblet. Antallet anslås nå til å være mellom 9 000 og 12 000.

Om lag 1000 narkomane har i dag tilbud om legemiddelassistert rehabilitering.

Fra 1998 til 1999 ble beslaglagt mengde av benzodiazepiner og barbiturater fordoblet. Beslaglagt mengde i 1999 var 180.000 tabletter.

327 personer døde i år 2000 som følge av bruk av narkotika. Dette er det høyeste antall som noen gang er registrert og 50 % høyere enn året før.

Av 327 overdosedødsfall var 29 personer under 20 år. Dette er en firedobling fra året før.

På 10 år er prisen på heroin på det illegale markedet sunket til under halvparten.

30 % av de innsatte i norske fengsler er dømt for lovbrudd etter narkotikalovgivningen.

(Sosial- og helsedepartementet, 2001)

## Referanser

Bell J, Zador D. A risk-benefit analysis and methadone maintenance treatment. *Drug Safety* 2000;22(3):179-90.

Kreek MJ. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000;909:186-216.

National Institutes of Health. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. NIH Consensus Statement 1997 Nov 17-19;15(6):1-38.

Rønning K. Legemiddelassistert rehabilitering – så enkelt at selv legen kan gjøre det? *Rus & avhengighet* 2000;(6):8-10.

Sosial- og helsedepartementet. Narkotikaproblemene i Norge 2000. Rapport om situasjon og tiltak. Oslo: SHD; 2001.

Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999;353: 221-6.

Waal H. Risk reduction as a component of a comprehensive multidisciplinary approach to drug abuse problems. Report to the Co-operation group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Pompidou Group; 2000.

[www.med.uio.no/ipsy/skr/riskred.htm](http://www.med.uio.no/ipsy/skr/riskred.htm)

# Psykiatrien - problemområder og utfordringer

Et lands etiske og moralske verdigrunnlag avspeiles i måten mennesker med psykiske lidelser behandles på. I denne sammenheng er integrering, avstigmatisering og alminneliggjøring sentrale og nødvendige begrep. Tegn på stigmatisering er fremdeles tilstede i det norske samfunn, og unyanserte antagelser og utsagn i media og samfunnet for øvrig er med på å opprettholde oppfatningen av mennesker med psykiske lidelser som noe mindreverdige, skambelagte og truende.

## Psykiske lidelser - omfang

15-20 % av befolkningen har psykiske lidelser i milde eller alvorligere grad. Rådet for psykisk helse anslår at 50 000 mennesker i Norge har alvorlige kroniske psykiske lidelser, hvorav 20 000 har varige behandlings- og bistandsbehov. 400 000 personer har andre alvorlige eller moderate lidelser med tidvist stort behandlingsbehov (St.meld. nr.25, (1996-97)).

Omtrent hver tredje uføretrygd skyldes psykisk lidelse, og psykiske lidelser er den hurtigst økende årsak til uføretrygd. Det er forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til type og utvikling av psykiske lidelser, og med hensyn til bruk og tilgang til de ulike tjenestetilbudene (NOU 1999:13).

Psykiske lidelser utgjør således et stort problem i samfunnet, både i form av menneskelig lidelse og økonomiske utgifter. Samtidig er det store mangler i tjenestetilbudene for mennesker med psykiske lidelser.

Dette ble påpekt i stortingsmeldingen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, som beskrev situasjonen med følgende ord:



- Det forebyggende arbeidet er for svakt.
- Tilbudene i kommunene er for få.
- Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester er for dårlig.
- Opphold i institusjon blir ofte for kortvarig.
- Utskrivning er mangelfullt planlagt.
- Oppfølgingen er ikke god nok.

## Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006

Opptrappingsplanen har som siktemål å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og det forebyggende arbeidet innen dette området (St.prp. nr.63, 1997-98). Ved Stortingets behandling av planen ble det vedtatt at tjenestene skulle styrkes betydelig i løpet av de nærmeste åtte årene.

Sammen med de nye helselovene som trådte i kraft fra 1. januar 2001, representerer opptrappingsplanen et betydelig moderniseringsprosjekt innen norsk psykisk

helsevern, og omfatter ideologiske og etiske overbygninger, nasjonale føringer med hensyn til organisering av virksomheter, samt kompetanseoppbygging.

Den overordnede intensjon og ideologi er å gi brukeren et sammenhengende, helhetlig og kvalitativt godt tjenestetilbud, som preges av et fleksibelt og desentralisert psykisk helsevern i forpliktende samarbeid med andre etater og tjenestetilbud, så nær pasientens hjemsted som mulig.

Det er viktig å presisere at opptrappingsplanen representerer en satsing innen psykisk helsevern, hvor evne til langsiktig og konsekvent strategisk tenkning og handling fra sentrale myndigheters side, er av avgjørende betydning for å lykkes. Det er vesentlig at man i denne prosessen unngår å falle for fristelsen til å velge kortsiktige ”ad hoc”-løsninger, som bryter med opptrappingsplanens helhetstenkning og konsekvens.

## Tvang i psykiatrien

Det finnes ingen fullstendig oversikt over den samlede bruk av tvang innen psykisk helsevern. Men ut fra de ufullstendige data som foreligger, ser det ut som om Norge bruker mer tvang ved innleggelse i psykiatriske institusjoner enn andre land. Dette gjelder både i forhold til det totale antall innleggelse og i forhold til hvor stor del av befolkningen som blir tvangsinnlagt.

Dette kan skyldes flere forhold:

- Et stort antall tvangsinnleggelse kan være et uttrykk for manglende samarbeid mellom primærhelsetjenesten og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det har vært antydning at en del av tvangsinnleggelsene kunne vært unngått hvis pasientene på et tidligere tidspunkt i forløpet, hadde mottatt tilstrekkelig hjelp fra behandlingsapparatet.
- Norsk lovgivning åpner for at man kan legge en pasient inn til observasjon på en psykiatrisk klinikk med tvang, for å bringe på det rene om han/hun har en alvorlig sinnslidelse.
- I en del andre land kreves det domstolsbehandling før man kan tvangsinnlegge en pasient.
- Man kan ikke se bort fra at det blant den norske befolkningen finnes en aksept og forståelse for nødvendigheten av det å tvangsinnlegge psykiatriske pasienter. En tvangsinnleggelse krever en begjæring

fra pasientens familie eller offentlig myndighet. Flere ledd i det norske samfunn (dvs. både befolkningen selv og det offentlige) deltar altså i prosessen fram mot en tvangsinnleggelse.

Store fylkesvise og geografiske forskjeller vitner om uensartet praksis og tradisjon også innenfor Norges grenser. Det er derfor viktig å tilstrebe en nasjonal oversikt over den totale tvangsbruken innen psykisk helsevern her i landet. Et viktig verktøy i den forbindelse er det såkalte Minste basis datasett (MBDS), som ble innført fra og med driftsåret 2000. En fortløpende registrering av kvalitetssikrede pasientdata fra alle landets behandlingseenheter skal gi myndighetene en bedre mulighet til å analysere ressursutnyttelse, behandlingresultat og kvalitet på tjenestene.

Datasettet er i 2000 revidert i forhold til nytt lovverk fra 1. januar 2001, og pasientens rettsikkerhet er styrket ved at det må fattes et formelt vedtak ikke bare om selve tvangsinnleggelsen, den medikamentelle behandlingen og tvangsmiddelbruken, men også på alle former for tvangsbehandling og restriksjoner som skjerming, innskrenkninger av forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon og beslag. Alle slike vedtak blir fra 1. januar 2001 registrert, og vil gi helsemyndighetene tilgang til en nasjonal oversikt over tvangsvedtak innen psykisk helsevern i landet. Dette er et viktig skritt på veien mot å få oversikt over bruken av tvang i Norge. Men vi vil også trenge annen type kunnskap for å forklare grunnene til variasjoner regionalt og over tid. Statens helsetilsyn vil i løpet av 2001 gjennomgå og vurdere bruken av tvang i forhold til det nye lovverket i psykisk helsevern.

## Et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud

Den tradisjonelle institusjonspsykiatrien er i løpet av de siste 30 år blitt kraftig nedbygget. Opptrappingsplanen legger opp til en modell som består av et desentralisert psykiatritilbud i aktiv samhandling med kommunale tjenesteytere.

Det er nedlagt et betydelig planarbeid både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå som har resultert i at psykisk helsearbeid i vesentlig grad er blitt mer synlig

på kommunenes dagsorden, og fylkeskommunene er godt i gang med planer for omstrukturering og utbygging av sine tjenestetilbud. Enkelte kommuner og bydeler har imidlertid fortsatt mangelfulle behandlings- og oppfølgingstilbud til pasienter som skrives ut fra andrelinjetjenesten. Manglende tjenestetilbud kommunalt sammen med kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten med påfølgende tidlig utskrivning fra institusjonene, resulterer i flere og flere ”svingdørspasienter” i psykiatrien: Pasientene blir kasteballer mellom ulike behandlings- og forvaltningsnivåer. Nedbyggingen av institusjonspsykiatrien med tilhørende døgnplasser har skjedd i et tempo som dessverre ikke har vært avpasset i forhold til den kommunale oppbyggingen av tilbud til disse gruppene. Samtidig er det også mye som peker i retning av at samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten mange steder ikke fungerer.

Kommunene har for få fagpersoner og strukturerte tilbud. Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser er en av de gruppene som kommer dårligst ut når det gjelder gode og sammenhengende tjenestetilbud. En kartlegging av tilbudene til denne gruppen illustrerer også de generelle problemene kommunene sliter med: Helt avgjørende mangler og problemer ved tilbudet både fra habiliteringstjenesten, psykiatrien og somatisk spesialisthelsetjeneste er beskrevet i rapporten som er utgitt i Helsetilsynets utredningsserie (Statens helsetilsyn 2000b). Hovedproblemer er knyttet til omfanget av tilbudene, veiledning og kompetanseoppbygging, mulighet for innleggelse i døgnenhet ved kriser, mulighet for korttidsbehandling og for langtidsbehandling. I tillegg er det mange kommuner som rapporterer mangler knyttet til diagnostisk utredning, polikliniske og ambulante behandlingstilbud, og i samarbeidet mellom habiliteringstjeneste og psykiatri.

En del av kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten kan trolig bedres ved en bedre styring av ressursene. Med utgangspunkt i en analyse av ”beste praksis” er det et produktivitetspotensiale på 25-30 % på nasjonal basis for de psykiatriske poliklinikkene (Statens helsetilsyn 2000a). Et slikt produktivitetspotensiale forutsetter at poliklinikker med lav produktivitet blir like produktive som de som i dag etablerer ”beste praksis” i form av konsultasjoner/tiltak.

Resultatene er i tråd med tilbakemeldinger fra allmennleger i primærhelsetjenesten om at den psykiatriske spesialisthelsetjenesten oppleves som lite tilgjengelig. I tillegg kan det synes som om det er vanskelig for allmennlegen å få supervisjon, veiledning og faglig støtte fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Utredningen følges opp av Helsetilsynet, og vil resultere i en ”håndbok” for drift av psykiatriske poliklinikker med vekt på økt tilgjengelighet for brukerne, bedre ressursutnyttelse og større fokus på resultater.

Forpliktende og formaliserte samarbeidsfora mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten anses som avgjørende for å lykkes med helhetlig samarbeid og samhandling rundt pasienten. Det er viktig å betone mer veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenestens side. Dette betyr i praksis at den psykiatriske spesialisthelsetjenesten må bli mer tilgjengelig for allmennlegen, primærhelsetjenesten og andre kommunale tjenesteytere. Den nye loven om spesialisthelsetjeneste slår fast at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

### Referanser

NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr.25 (1996-97). Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St.prp. nr.63 (1997-98). Opptappingsplan for psykisk helse. Sosial- og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn. Psykiatriske poliklinikker – en evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatri. Helsetilsynets utredningsserie 4/00. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000a.

Statens helsetilsyn. Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Helsetilsynets utredningsserie 5/00. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000b.

# Problemstillinger i livets slutfase

Spørsmålet om bruk av "sedasjon i terminal fase" har vært gjenstand for stor debatt med utgangspunkt i den såkalte Bærumsaken. En annen debatt har vært knyttet til "R minus", en merknad i journalen som innebærer at noen pasienter som rammes av en akutt tilstand med tilsynelatende livløshet, ikke bør forsøkes gjenopplivet (resusciteres). Helsetilsynet har det siste året vært involvert i begge sakene. Pasientrettigheter og plikter for helsepersonell og virksomheter som yter helsetjenester har stått sentralt.



## Hva er Bærumsaken?

- Saken ble tatt opp til behandling etter klage fra en overlege på en annen overlege ved Bærum sykehus. Saken gjaldt vurdering av bruk av "terminal sedering" i behandlingen av en kreftsyk pasient ved Bærum sykehus. I klagen ble det hevdet at det var gitt aktiv dødshjelp.
- Saken ble forberedt av fylkeslegen og oversendt Helsetilsynet i november 1998.
- Overlegen som framsatte klagen anmeldte forholdet til politiet i januar 1999.
- Saken ble forelagt en ekstern sakkyndig til vurdering.
- Helsetilsynet behandlet saken og avsluttet med kritikk mot overlegen og sykehuset i mai 1999. Overlegen ble kritisert for mangelfull journalføring i umiddelbar tilknytning til iverksettelsen av den sederende behandling. Videre kritiserte Helsetilsynet sykehuset for ikke å ha tilstrekkelige rutiner for iverksettelse og oppfølging av "terminal sedering" som behandlingsform.
- Saken ble tatt opp til ny behandling av Helsetilsynet i juni 1999 etter at det i media hadde framkommet kritikk av behandlingen av saken.
- Helsetilsynet oppnevnte ytterligere 5 sakkyndige til å foreta vurderinger i saken.
- Helsetilsynet avga en uttalelse til politiet i juni 2000.
- Helsetilsynet sendte brev til landets sykehus i juli 2000 om de prinsipper som var lagt til grunn ved vurdering av "terminal sedering" som behandlingsform.
- Saken er under behandling av påtalemyndigheten.



### Sedasjon i terminal fase eller lindrende sedering til døende

Sedasjon i terminal fase innebærer behandling som ved hjelp av legemidler reduserer bevissthetsnivået hos døende pasienter i den hensikt å dempe sterke og vedvarende smerter eller andre sterkt plagsomme symptomer, men uten intensjon om å forkorte livet.

Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening har lansert begrepet "lindrende sedering" og begrunner en endring slik: "Terminal sedering kan oppfattes som at sederingen gjøres for å avslutte pasientens liv. Med begrepet lindrende sedering til døende beskrives det som skjer og hvorfor. Dessuten spesifiseres det hvilke pasienter det angår." (Husom 2001).

Etter Helsetilsynets vurdering har Rådet for legeetikk, ved å benytte begrepet "lindrende sedering til døende", tatt et skritt videre i videreutviklingen av beskrivelsen av behandlingen.

### Hva innebærer lindrende sedering til døende?

Det er et stort ansvar å skulle beslutte at lindrende sedering til døende skal settes i verk. Denne typen beslutninger vil derfor både underveis og i ettertid kunne diskuteres i lys av om behandlingen eller prosessen rundt beslutningen har vært forsvarlig. Etter norsk og internasjonal rett er det med få unntak påkrevet med pasientens samtykke før medisinsk behandling iverksettes. I lov om pasientrettigheter av 1999 stadfestes pasienters rett til medvirkning og informasjon. Som hovedregel skal pasienten være så godt informert om sin egen situasjon at han eller hun kan gi et informert samtykke til hva slags helsehjelp som skal gis. I enkelte situasjoner kan pårørende representere pasienten når samtykke skal gis. I andre tilfeller vil det måtte være opp til behandlende helsepersonell å anta at et slikt samtykke foreligger (presummert samtykke). Dette gjøres med utgangspunkt i pasientens handlemåte og dersom omstendighetene ellers taler for at hun eller han sannsynligvis ønsker behandlingen.

Helsetilsynet vurderer at pasientens rett til medvirkning står sentralt ved slik behandling. Det skal tas hensyn til pasientens ønsker ved valg av om det skal gis behandling eller ikke og eventuelt hvilke behand-

lingsmetoder som skal benyttes. I helsepersonelloven og i journalforskriften, stilles det krav til at behandling skal dokumenteres for å sikre at den er forsvarlig. Ved behandling som vurderes å være av inngripende karakter eller ved behandling hvor legemidler benyttes utenfor vanlig indikasjon, stilles det strenge krav til å gjøre nedtegnelser i journalen som skal dokumentere behandlingen, og de overveielser og beslutninger som ligger til grunn for denne. I tillegg skal behandlingsansvarlig lege, så langt det er mulig, konferere med annet helsepersonell før det treffes beslutning om valg av behandling i livets slutfase.

Journalen skal først og fremst bidra til å sikre en forsvarlig behandling av pasienten. Den skal i tillegg kunne ivareta at pårørende, og andre, det være seg tilsynsmyndighet eller påtalemyndighet, i ettertid skal kunne foreta en vurdering av alle sider ved den behandlingen som er gitt pasienten. Pasientjournalen vil også kunne bidra til å ivareta helsepersonellens rettsikkerhet.

### Helsetilsynets vurdering av sedasjon i terminalfasen

I et brev til landets sykehus 6. juli 2000 redegjorde Helsetilsynet for de prinsipper som ble lagt til grunn i vurderingen til politiet i den såkalte Bærumsaken. Det framgår av brevet at vurderingen ikke dekker alle situasjoner som kan oppstå ved sedasjon i terminal fase, men er knyttet til den konkrete saken. I brevet omtaler Helsetilsynet forutsetningene for at det kan være forsvarlig å sedere i terminalfasen, krav til beslutningsprosessen, informasjon til pasient og pårørende, samtykke og medvirkning og hvilke krav som stilles til dokumentasjon ved slik behandling. Statens helsetilsyn konkluderte med at det kan aksepteres som faglig forsvarlig å benytte sedasjon som behandlingsform for pasienter med kreft i terminal fase under særlige vilkår.

Bærumsaken har tydeliggjort behovet for klarere retningslinjer for lindrende sedering i terminalfasen. Et utvalg nedsatt av Rådet for legeetikk har utarbeidet et utkast til retningslinjer for slik behandling i klinisk praksis (Rådet for legeetikk 2001). Forslaget er nå sendt til høring. Helsetilsynet tar sikte på å gjennomgå de prinsipper som bør legges til grunn for lindrende sedering til døende i etterkant av denne høringen.

## Kritikk mot Helsetilsynet i Bærumsaken

I media framkom det sommeren og høsten 1999 sterk kritikk av Helsetilsynets behandling av Bærumsaken. Det framkom blant annet påstander om at Helsetilsynet hadde gitt en uriktig og for mild reaksjon i saken, at den sakkyndige som ble benyttet ved første vurdering av saken skulle ha vært inhabil, og at Helsetilsynets medisinskfaglig ansvarlige i saken også skulle ha vært inhabil. Daværende helsedirektør Anne Alvik fikk innvilget permisjon fra mars 2000, og i slutten av april 2000 avga daværende konstituert helsedirektør Petter Øgar en vurdering av Helsetilsynets behandling av saken til Sosial- og helsedepartementet.

Denne vurderingen ble forelagt Lovavdelingen i Justisdepartementet til vurdering.

### Hva er Lovavdelingens konklusjoner?

- Det er ikke grunnlag for å anse den sakkyndige eller Helsetilsynets medisinskfaglig ansvarlige inhabile til å medvirke i saksbehandlingen på den måten som de har gjort. Spørsmålet om det var grunn til overlate den fortsatte behandling i Helsetilsynet til en annen enn Helsetilsynets medisinskfaglig ansvarlige i den situasjon som forelå, er likevel et spørsmål om administrativt skjønn.
- Den forvaltningsrettslige plikt til å nedtegne opplysninger som innhentes utenfra, synes ikke å være fullt etterlevd når det gjelder visse opplysninger, som Helsetilsynet mottok telefonisk fra eksterne fagfolk.
- Fra et rettslig synspunkt var saken ikke fullt tilstrekkelig utredet i samsvar med de krav som forvaltningsloven § 17 første ledd stiller, da den ble søkt avsluttet ved Helsetilsynets brev 25. mai 1999. I den situasjonen man sto oppe i burde f.eks. uttalelsen fra den sakkyndige ha vært forelagt for klageren i tillegg til den påklagde overlegen. Hvorvidt Helsetilsynet skulle utrede den konkrete saken med sikte på et generelt standpunkt til terminal sedering og aktiv dødshjelp, er etter Lovavdelingens syn et spørsmål om administrativt skjønn.
- Så langt Lovavdelingen kan se ut fra konstituert helsedirektørs rapport 27. april 2000, har Helsetilsynets saksbehandling for øvrig vært forsvarlig sett i rettslig perspektiv. Hvorvidt saksbehandlingen kunne eller burde ha vært lagt annerledes an ut fra administrativ policy, går Lovavdelingen ikke inn på.

## ”R minus” eller ”HLR minus”

”R minus” refererer seg til en avgjørelse som går ut på at en bestemt pasient som rammes av en akutt tilstand med tilsynelatende livløshet, ikke skal forsøkes gjenopplivet (resusciteres). Ved slike tilstander vil det ta noen minutter før hjernen er helt ødelagt. I løpet av disse minuttene kan gjenopprettelse av hjerte-lunge-funksjonene i noen tilfelle redde liv og redusere risiko for varig hjerneskade. Hjerte-lunge-redning (HLR) er slik sett en faglig mer korrekt betegnelse enn resuscitering. Vi vil i fortsettelsen holde oss til dette begrepet.

Ved en eventuell hjerte-lunge-redning blir det ofte et spørsmål både om jus og etikk (Aabakken & Enger 1997). Helsepersonell er forpliktet til å ha pasientens beste for øye. Dette innebærer også at man ikke skal bringe pasienten inn i en uverdigg forlengelse av dødsprosessen, hvis det kan unngås. Dette er bakgrunnen for at man mange steder i den nasjonale og internasjonale medisin har innført en forhåndsbestemmelse om at hjerte-lunge-redning hos enkelte pasienter, på visse vilkår, ikke skal iverksettes. Forutsetningen er at man faglig sett er sikker på at tiltakene med hjerte-lunge-redning vil føre til en uverdigg forlengelse av dødsprosessen. Problemene rundt en slik bestemmelse har nylig vært gjenstand for offentlig debatt i vårt land.

”HLR minus” har til hensikt å signalisere overfor leger og annet personell som blir tilkalt til pasienten utenfor ”vanlig arbeidstid” og som ikke kjenner pasienten, hvilke vurderinger det faste behandlingspersonellet har gjort.

På samme måte som på området ”lindrende sedering til døende”, fastsetter lovverket som omfatter pasientenes rettigheter og helsepersonells plikter, rammene for å fatte alvorlige beslutninger som ”HLR minus”.

Både medisinsk etikk og gjeldende lovverk tilsier at man innenfor dette området må respektere pasientenes egen rett til bestemmelse. Erfaringene viser at pasienter ofte ønsker å overlate denne typen beslutning til legen. Bedømmelse av livskvalitet er likevel noe den enkelte pasient må ta stilling til. Det er avgjørende at alle parter, først og fremst pasienten selv og de pårørende, forstår at det dreier seg om en forhåndsbestemmelse. En forhåndsbestemmelse som treer i kraft dersom en spesiell, hypotetisk situasjon skulle inntreffe, og som skal forebygge at pasienten settes i en vanskelig tilstand.

Grunnlaget for beslutningen er en medisinsk faglig vurdering som må fattes på høyest mulig kompetansenivå. Alle hensyn i forhold til prognosen for sykdommen må avdekkes og avveies. Avveiningen må kunne ut i begrunnelse for en eventuell "HLR minus"-bestemmelse. Alle som deltar i arbeidet med pasienten må forelegges bestemmelsen og ha anledning til å ytre seg. Det bør foreligge bred enighet i personellgruppen om avgjørelsen. Forhåndsbestemmelsen om "HLR minus" foretas av ansvarlig overlege. Begrunnelsen skal dokumenteres og avgjørelsen skal vurderes fortløpende.

I pasientens journal beskrives hvilke tiltak som ikke skal gjennomføres hvis livløshet inntreffer, med begrunnelse og signatur fra ansvarlig overlege eller annen overlege med et klart definert behandlingsansvar. Annet helsepersonell må imidlertid til enhver tid gjøre selvstendige vurderinger, jf. helsepersonelloven, både i de tilfeller det er gjort en forhåndsbestemmelse om "HLR minus", og i de tilfeller det ikke er foretatt en slik forhåndsbestemmelse.

### Helsetilsynets anbefalinger

Med bakgrunn i mediaomtale henvendte Helsetilsynet seg høsten 2000 til alle norske offentlige og private somatiske sykehus, og ba om en tilbakemelding om retningslinjer for bruk av "R minus / HLR minus". Av 80 utsendte forespørsler mottok Helsetilsynet 65 svar.

Noe over halvparten av de sykehusene som svarte på henvendelsen fra Helsetilsynet, hadde utarbeidet retningslinjer for "R minus / HLR minus". Enkelte sykehus var i gang med utarbeidelse, blant annet som følge av mediaomtalen. De sykehus som ikke hadde nedfellede retningslinjer, var i hovedsak sykehus med arbeidsområder som gjør problemstillingen noe perifer.

Helsetilsynet anbefaler at alle somatiske sykehus skal ha skriftlige retningslinjer for bruken av avgjørelsen "HLR minus". Helsetilsynet ser imidlertid at det finnes sykehus med et pasientgrunnlag hvor problemstillingen ikke er like aktuell. Det anbefales likevel at også disse sykehusene drøfter behovet for retningslinjer.

### Referanser

Husom N. Lindrende sedering – siste utvei under kontrollerte forhold. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:370.

Rådet for legeetikk, Den norske lægeforening. Lindrende sedering til døende. Forslag til retningslinjer. Oslo: Den norske lægeforening; 2001.

Aabakken L, Enger E. Hjerne-lunge-redning- skal, skal ikke? Et spørsmål om jus etikk og kvalitetssikring [leder]. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:4205.

# Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

I Verdimeldingen (St.meld.nr.26 (1999-2000)) understrekes det at arbeidet med utviklingen av nye samhandlingsformer må gis høy prioritet på alle nivåer i de kommende år. Det må tas utgangspunkt i pasientens behov ved at det gis et faglig forsvarlig tilbud uten at pasientene blir kasterballer mellom forvaltningsnivåene.

Gjennom tilsynsarbeidet og arbeidet med klagesaker ser Helsetilsynet og fylkeslegene at det særlig er i overgangen mellom helsetjenesten på ulike forvaltningsnivåer at problemer oppstår. Dette kan være i form av mangelfull utnytting av erfaringer, undersøkelser og vurderinger i primærhelsetjenesten og mangelfull kontakt ved innleggelse på sykehus. Utskrivning fra sykehus til et kommunalt omsorgstilbud forsinkes ofte på grunn av manglende samarbeid mellom nivåene og oppleves spesielt problematisk for pasienter og pårørende.

## Etablerte ordninger for samarbeid

Mange steder i landet har tjenesteyterne selv tatt initiativ til å etablere ordninger for et nærmere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Fylkeslegene meldte i årsrapporten for 2000 at flere fylkeskommuner har etablert et formalisert samarbeid med kommunene, spesielt knyttet til (re)habilitering for barn og voksne, bl.a. ved at sykehusene har opprettet rehabiliteringsenheter som gir råd og veiledning til kommunene og den enkelte pasient. Ved enkelte sykehus er det også formalisert et samarbeid for



psykiatriske og geriatriske pasienter, og for pasienter med kreft, diabetes og slag.

I Østfold, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms er det ansatt allmennleger i deltidsstillinger ved sykehusene ("praksiskonsulenter") for å medvirke til bedre kommunikasjon og samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten ved innleggelser og utskrivinger. Et slikt samarbeid mellom allmennleger og spesialister fører til bedre relasjoner, bedre kommunikasjon og praktisk samspill mellom de to legegruppene (Kvamme 2000).

Det er viktig at slike tiltak får rom til å utvikle seg videre også innenfor rammene for den framtidige organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

## Noen aktuelle problemstillinger

### Overbelegg i sykehus

En medvirkende årsak til overbelegg og korridorpasienter ved mange sykehus er opphopning av utskrivningsklare pasienter. Helsetilsynets kartlegging av gamle i sykehus høsten 1998 viser at forlenget syke-

husopphold på grunn av venting på kommunalt tilbud ved utskrivning er et omfattende problem og gjelder mer enn hver tredje indremedisinske pasient 75 år og over (Statens helsetilsyn 2000). Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter trådte i kraft 1. januar 1999 og gir anledning til å gi kommunene dagbøter fra 14 dager etter at pasienten er ferdigbehandlet i sykehus. Dette forutsetter at det er inngått avtale mellom kommunene og fylket. Formålet med forskriften er å medvirke til bedre ressursutnyttelse ved å redusere antall liggedøgn for ferdigbehandlede pasienter i sykehus.

Rapporter fra fylkeslegene i 2000 viser at mange fylkeskommuner har inngått avtaler om ferdigbehandlede pasienter, men bruk av dagbøter er gjennomført i få fylker. De fleste mener at det er for tidlig å si noe sikkert om konsekvensene av ordningen. Noen mener at det har ført til en bedre dialog og mer samhandling. Andre antyder at enkelte kommuner lar ferdigbehandlede pasienter bli liggende 14 dager i sykehus, da det er billigere å betale dagbøter enn å ta imot pasientene. Helsetilsynet vil kartlegge praktiseringen og effekten av forskriften om betaling for ferdigbehandlede i 2001.

### Helsetjeneste for eldre

Fylkeslegenes fellestilsyn med eldreomsorgen i kommunene i 1998 viste betydelig svikt i tilbudet på flere områder, også når det gjelder dekning av basale behov som mat, personlig stell og hygiene.

Helsetilsynets kartlegging av gamle i sykehus i 1998 viste at 42% av belegget i landets indremedisinske avdelinger var 75 år og over. Det ble avdekket til dels betydelige mangler i samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten, slik som manglende tilpasning av tekniske hjelpemidler, manglende tilbud fra hjemmetjenesten og venting på sykehjemsplass eller rehabilitering.

Gjennom den statlige satsingen på eldreomsorgen vil pleie- og omsorgstjenesten i kommunene få tilført betydelige ressurser og gis mulighet til en kapasitetsøkning som vil bidra til å avlaste hele tiltakskjeden. Men det er også nødvendig å fokusere på organisering, regelverk og faglig kvalitet. Helsetilsynet har påbegynt et arbeid med en veileder for helsetjenesten for eldre. Denne vil utarbeides i takt med de strukturendringer som departementet arbeider med vedrørende pleie- og omsorgstjenestene.

### Kreftomsorgen

«Nasjonal kreftplan», St. prp. nr. 61 (1997-1998) omhandler primært opptrapping av kreftomsorgen i spesialisthelsetjenesten, men angir også noen konkrete tiltak for å styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten. Ved regionsykehusene bygges det opp kompetansemiljøer innen lindrende behandling med ansvar for kompetanseoverføring til lokalt nivå. En helhetlig tiltakskjede fra primærlege til nødvendig spesialisthelsetjeneste er meget sentralt i arbeidet med god kreftomsorg. Helsetilsynet har overfor departementet påpekt en mangelfull oppfølging i de regionale helseplanene i forhold til å beskrive en slik helhetlig tiltakskjede overfor kreftpasienter.

## Utfordringer nå og framover

### Kommunene

Situasjonen er preget av økt press i eldreomsorgen på grunn av flere behandlings- og omsorgstrengende samt raskere utskrivning fra sykehus av sykere og dårligere pasienter. I siste 10-årsperiode har det skjedd en forskyvning av oppgaver fra sykehusene og spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette stiller store krav til kommunene både i forhold til kapasitet, ressurser og kompetanse. Ikke alle kommunene har maktet denne oppgaven til tross for en betydelig kapasitetsøkning som følge av handlingsplan for eldreomsorgen. Mangel på helsepersonell, særlig sykepleiere, er fortsatt et stort problem i mange kommuner.

Økt antall aldersdemente er en ressurskrevende gruppe som trenger tilrettelagte tilbud i kommunene (Eeg & Nygård 1999) og bedre medisinsk utredning i spesialisthelsetjenesten pga. nye behandlingsmuligheter. Fylkeslegene vil i 2001 gjennomføre et felles tilsyn med helsetjenesten for aldersdemente i kommunene.

Det er usikkert hvordan innføring av fastlegereformen fra 2001 vil innvirke på behovet for tjenester og samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten. Det kan føre til at pasienter blir fulgt bedre opp av sin faste lege med færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Men det kan også avdekke nye behov for spesialisthelsetjenester, og det må vurderes om fastlegeordningen gir forskyvning av oppgavefordelingen mellom kommunene og sykehusene.

## Nasjonalt helsenett

Det skrives omlag 1,8 millioner henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten hvert år (Grimsmo 2000). Dette arbeidet er beregnet å tilsvare omtrent 150 legeårsværk. Ca. hver tiende pasient hos primærlegen blir henvist videre. Størstedelen av kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene går fremdeles via brev. Det er store gevinster å hente ved en mer rask og effektiv kommunikasjon mellom primærleger og sykehus. Dette er viktig for pasientenes sikkerhet og kvaliteten på behandlingen.

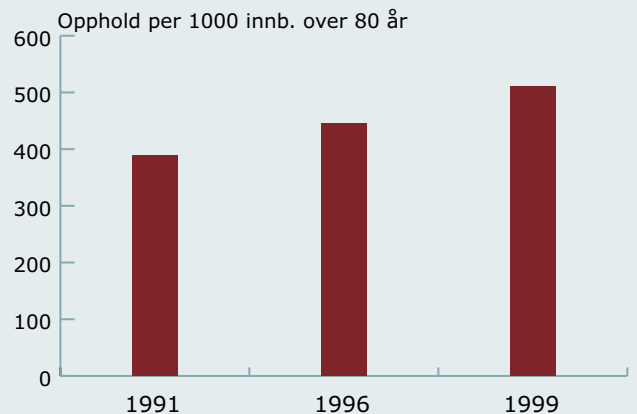
Elektronisk kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten er forsøkt både ved henvisning til sykehus og ved epikriser fra sykehus. Det nyetablerte Midt-Norsk Helsenett (MNH) skal brukes som kommunikasjonsvei for den elektroniske trafikken med epikriser, og legekontorer og helseinstitusjoner som skal kunne motta epikriser må være koplet til dette nye, egne "bransjenettet" for helsestellet i Midt-Norge. Også andre fylker og regioner utprøver elektroniske rapporteringssystemer. Det er nylig vedtatt en statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, Si@, for perioden 2001-2003 (Sosial- og helsedepartementet 2001).

Helsetilsynet forventer at tiltaksplanen følges opp slik at helsetjenesten kan utnytte de gevinster moderne informasjonsteknologi gir. Et nasjonalt helsenett må sikre en framtidig kommunikasjon på tvers av fylker, regioner og statlige helseforetak.

## Sykehusene

På 90-tallet var driften ved sykehusene endret i retning av færre senger, kortere liggetid, økt andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, mer dagbehandling og mer poliklinisk behandling. Pasientbelegget er preget av økt antall eldre og disse har oftere sammensatte lidelser (se figur). Det har vært stadige økonomiske kriser med ulike innsparingstiltak. Det har vært betydelig overbelegg og mange korridorpasienter, særlig ved de store sykehusene.

Sykehusinnleggelser blandt eldre over 80 år i tre perioder  
Gjennomsnitt for hele landet



På bakgrunn av Helsetilsynets kartlegginger av korridorpasienter ved de somatiske sykehusene i 1998 og 1999 har Helsetilsynet i 2000 sendt rundskriv til landets fylkeskommuner med anbefalinger for planlegging og drift for å unngå overbelegg og korridorpasienter. Helsetilsynet og fylkeslegene vil overvåke situasjonen i tiden framover.

En rapport fra Senter for helseadministrasjon viser at Norge har den laveste dekningen av indremedisinske senger i Norden og mangler ca. 500 indremedisinske senger på landsbasis (Walde & Skretting 2000). Det er videre beregnet at vi har behov for totalt 3000 til 5000 nye sykehussenger fram til 2050 dersom sykehusene drives på samme måte som i dag (SINTEF Unimed 1999).

Mange pasienter er i dag feilplassert på spesialiserte poster og avdelinger ved de store sykehusene, bl.a. fordi enkelte pasienter må legges der det er ledig plass, uavhengig av lidelsen. Samtidig har den sterke spesialiseringen innen de medisinske fagområdene svekket muligheten for å gi et helhetlig behandlingstilbud til pasientene. Dette gjelder spesielt eldre pasienter med vanlige sykdommer eller sammensatte lidelser som krever innsats fra mange ulike fagfolk.

Etablering av "generelle" indremedisinske poster eller lokalsykehusavdelinger i de store sykehusene kan være én vei å gå. En annen mulighet er en kapasitetsøkning, og ikke nedbygging, innen de store fagområdene (indremedisin og kirurgi) ved enkelte lokalsykehus framfor å bygge ut de store sykehusene.

Flere undersøkelser viser, ved gjennomgang i ettertid, at 20-25% av øyeblikkelig hjelp-innleggelsene i sykehus kunne vært unngått (Mellesmo & Melsom 1999). Medisinsk undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten kan ofte skaffes uten sykehusinnleggelse, f. eks. ved hjelp av poliklinikk, dagutredning og økt bruk av sykehotell. Telemedisinsk service vil øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten uten at pasienten må reise til sykehus. På lengre sikt kan dette senke presset også på øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved at behandlingen kommer tidligere i sykdomsforløpet.

### Er sykehjem eller sykestuer et alternativ?

Mange pasienter er i dag et felles ansvar i en slags gråsoner mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utbygging og opprusting av sykehjem eller sykestuer kan være et fornuftig tiltak for å ta hånd om enklere medisinske problemstillinger der pasienten trenger en seng i institusjon noen dager med tettere oppfølging av allmennlege og for pasienter som trenger oppfølging etter sykehusopphold. Institusjonene må være utrustet og bemannet for å kunne påta seg slike oppgaver. En slik tjeneste benevnes i blant som 1 1/2 -linjetjeneste.

Det er ca. 100 plasser i landets sykestuer, og denne institusjonstypen er et eksempel på organisatorisk samarbeid mellom fylkeskommune og kommune. Helsetilsynet har oversendt en vurdering til departementet i februar 2001 om sykestuene sin framtidige rolle: Sykestuefunksjonen – the missing link? Her blir det pekt på muligheten for at sykestuefunksjonen kan ivaretas i distriktssomatiske senter eller i sykehjem med medisinsk behandlingsaktivitet. Sykestuene bør vurderes i lys av departementets gjennomgang av sykehjemmets framtidige rolle og funksjoner (Sosial- og helsedepartementet 1999). Helsetilsynet mener sykestuefunksjonen har sin plass i spesialisthelsetjenesten, nettopp for ”gråsonepasientene” og bør inngå som del av helseforetaket. Det samme gjelder for dagens spesialsykehjem.

Mange pasienter har behov for innleggelse i en døgninstitusjon, men ikke nødvendigvis behov for sykehushets spesialiserte tjenester. Disse vil kunne behandles bedre i sykehjem eller sykestue enn i en korridor i en spesialavdeling ved et stort sykehus. Ikke minst gjel-

der dette de gamle pasienter med sammensatte lidelser. Et mer differensiert helsetilbud som er tilpasset pasientens behov, vil også gi en mer fornuftig bruk av spesialkompetansen på sykehusene.

### Referanser

Eeg A, Nygård A-M. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Tønsberg: INFO-banken; 1999.

Grimsmo A. Beregning av potensielle økonomiske konsekvenser ved overgang til elektronisk henvisning/epikrise. Notat til Sosial- og helsedepartementet, gjengitt på [www.mnhelse.net](http://www.mnhelse.net) 25.07.2000.

Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar - ei studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Avhandling ved Institutt for allmenntillegging og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo; 2000.

Mellesmo S, Melsom R. Nødvendigheten av innleggelse belyst ved en undersøkelse av øyeblikkelig hjelp ved Sentralsykehuset i Akershus. Spesialoppgave ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo; 1999.

SINTEF, Unimed, NIS. 16 prosent av befolkningen - halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet. SINTEF-rapport STF78 A99527. Trondheim: SINTEF, Unimed, NIS helsetjenesteforskning; 1999.

Sosial- og helsedepartementet. Statlig tiltaksplan 2001-2003. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Si@! Oslo: SHD; 2001.

Sosial- og helsedepartementet. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, -analyse av alders- og sykehjemfunksjoner. Rapport I-0971B. Oslo: SHD; 2000.

Statens helsetilsyn. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Helsetilsynets utredningsserie 7/99. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000.

Walde N, Skretting P. Overbelegget ved medisinske avdelinger. Fra brannslukking til brannvern? Rapport 2/00. Spesialoppgave ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo; 2000.

## OVERORDNET FAGLIG TILSYN

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fastslår i § 1 at Statens helse-tilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten i landet.

*Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen, og ut fra dette vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer.*

Overordnet faglig tilsyn innebærer at tilsynet ikke bare skal ta stilling til om myndighetskrav er innfridd, men også vurdere kvalitet og prioriteringer. Dette innebærer at etaten må benytte metoder som sier noe om resultatene i helsetjenesten, i forhold til kvalitet, kapasitet, fordeling, effektivitet og andre aktuelle problemstillinger.

Det er i dag mange ulike instanser som samler inn og vurderer statistiske data knyttet til helsetilstand og helsetjenestens ytelser. Datakvaliteten varierer både med hensyn til representativitet og validitet. Det samles også inn mange data som ikke brukes på noen systematisk måte. Det er stort behov for sterkere samordning av dette arbeidet slik at data av tilstrekkelig god kvalitet kan innhentes, gjøres tilgjengelige og kobles sammen til meningsfull evaluering- og styringsinformasjon for myndighetene.

Etter at det aktuelle faktagrunnlag er samlet inn, skal data systematiseres og analyseres. Her er det viktig å vurdere arbeidet i forhold til gitte referanserammer som, i henhold til definisjonen for overordnet faglig tilsyn, er befolkningens behov og nasjonale mål og prioriteringer. Under nasjonale mål og prioriteringer inkluderer vi både aktuelle lover og forskrifter og helsepolitiske mål som kommer til uttrykk gjennom nasjonale handlingsplaner og satsningsområder.

Formidling av resultater vil skje gjennom Helsetilsynets tilsyns-melding, fylkeslegenes medisinalmeldinger og i særskilte rapporter. 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.