



Fylkesmannen i
Nordland

HELSETILSYNET
I NORDLAND

Medisinalmelding 2006 – Nordland

Fylkesmannen i Nordland, Helseavdelinga og Helsetilsynet i Nordland

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 3 |
| Helse Nord RHF | 4 |
| Trender i eldreomsorgen | 6 |
| Tilsyn | 11 |
| • Tilsyn med samfunnsmedisinske oppgaver med vekt på miljørettet helsevern | 8 |
| • Tilsyn med Habiliterings-tjenesten til barn | 9 |
| • Kartlegging – medisinsk nød-meldetjeneste – bruk av helse-radionettet | 10 |
| • Klager etter pasientrettighetsloven | 13 |
| • Tilsyn med akutt mottak av pasienter med koronarsuspekterte brystmerter | 14 |
| • Landsomfattende tilsyn med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere | 15 |
| • Tilsyn med legemiddelhåndtering – systemrevisjon ved helseforetakene i Nordland 2006 | 16 |
| • Systemrevisjoner ved kommunale legevakter i Nordland 2005-2006 | 18 |
| • Landsomfattende tilsyn i 2007 | 20 |
| • Tilsyn med sykehjem | 22 |
| | |
| Folkehelsearbeid i 2006 | 23 |
| | |
| Opptappingsplanen psykisk helse | 25 |
| | |
| Nettside: Reseptregisteret | 25 |
| | |
| Sammenligningstall Nordland | 26 |
| | |
| Litt færre aborter i fjor | 27 |

Medisinalmelding for 2006 kan bestilles hos
Fylkesmannen i Nordland
Helseavdelinga
telefon 75 53 15 22
eller post_helse@fmno.no

Du finner den også på
www.fylkesmannen.no/nordland

Fylkesmannen i Nordland
Statens Hus
Moloveien 10, 8002 Bodø
Telefon 75 53 15 00
Telefaks 75 52 09 77
postmottak@fmno.no
www.fylkesmannen.no/nordland

Forord

De sosiale ulikhetene i helse utgjør en stor folkehelseutfordring. Det er også et rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial posisjon, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder.

De sosiale ulikhetene i helse består, selv om den generelle levestandarden øker. Jo lengre ned på den sosiale rangstigen en befinner seg, jo kortere er levealderen og jo dårligere er helsen.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Et sunt kosthold er viktig for å beholde en god helse. Utviklingen de senere årene har vist et stadig økende antall overvektige. Med de negative konsekvenser dette har for helsen er det nødvendig å sette inn tiltak som kan bidra til å bremse dette. Derfor er fokus på kosthold en viktig del av folkehelsearbeidet.

Som en oppfølging av stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge har Fylkesmannen i Nordland engasjert seg i flere satsingsområder. Det kan nevnes handlingsplan for fysisk aktivitet, tobakksforebyggende arbeid, kosthold og ernæring og helse i plan. Alle disse satsingsområder er viktige når det gjelder å redusere de sosiale ulikhetene i helse.

Helsetilsynet i Nordland gjennomfører årlig omkring tjue systemrevisjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten i fylket. Disse tilsynene er ressurskrevende, både for oss og de virksomhetene som tilses. Det er da viktig at utvelgelsen av tema for tilsyn bygger på en risikovurdering. Tilsynsressursene skal styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskes rettssikkerhet, områder der sannsynligheten for svikt er stor eller der konsekvensene av svikt er alvorlige for pasientene og områder der pasientene ikke selv kan forventes å ivareta egen interesser.

Noen systemrevisjoner er landsomfattende. Det innebærer at Statens helsetilsyn har foretatt den nevnte risikovurderingen. I 2006 ble det gjennomført to landsomfattende tilsyn. Det ene tilsynet omhandlet tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere. Det andre tilsynet hadde fokus på habiliteringstjenester til barn med medfødte eller tidlig ervervede utviklingsforstyrrelser eller skader i nervesystemet og omfattet både kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Områder for våre egeninitierte tilsyn velges også ut fra risikovurderinger. Kildene til informasjon er mange, for eksempel meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om betydelig personskade eller hendelser som kunne ført til betydelig personskade, klagesaker fra pasienter og resultatene fra større kartlegginger. Ved utvelgelsen av virksomheter for tilsyn tas det flere hensyn. Noen sykehus(avdelinger) eller kommuner får hyppigere tilsyn på bakgrunn av risikovurderinger. Uavhengig av dette ønsker vi å tilse hvert helseforetak minst én gang årlig og hver kommune minst vært femte år. Sistnevnte lykkes vi ikke alltid med.

HELSE NORD RHF – organisasjonsmessige endringer og økonomiske utfordringer

1. Hålogalandssykehuset HF – ny organisering

I sak 53-2006 vedtok styret i Helse Nord RHF å avvikle Hålogalandssykehuset som eget helseforetak fra 1. januar 2007. Styret konstaterte med beklagelse at forutsetningene for å videreføre Hålogalandssykehuset ikke var tilstede. Det ble bestemt å overføre Stokmarknes sykehus med tilhørende enheter til Nordlandssykehuset allerede fra 1. september 2006.

-En gravferd og to bryllup. Dette var ordene fungerende direktør i Hålogalandssykehuset, Harald Noddeland, brukte på at Hålogalandssykehuset ble avviklet. Første ”bryllup” ble feiret torsdag 31. august da sykehuset på Stokmarknes ble overført til Nordlandssykehuset. Ordfører i Hadsel, Reidar Johnsen sa at befolkningen i Vesterålen alltid har følt at de ”soknet til” sykehuset i Bodø og ikke til Harstad. – Vi har jobbet for at dette skulle skje. Nå blir rollene sykehusene i mellom mer avklart enn i Hålogalandssykehuset. Nå har vi ett sentralsykehus og to lokalsykehus, sa Johnsen.

Harstad sykehus og Narvik sykehus ble organisert som en del av Universitetssykehuset Nord-Norge HF med virkning fra 1. januar 2007.

1. januar 2007 ble Hålogalandssykehuset lagt ned som egen organisatorisk enhet. I forbindelse med sammenslåingen uttalte direktør Knut E. Schrøder på UNN følgende:

”I Unn har vi tradisjon for samarbeid og endringsvilje – og ikke minst tverrfaglig samarbeid. Det skal vi ta vare på i den nye organisasjonen. Vi skal fortsette å legge vekt på våre kjerneverdier – likeverd, respekt, åpenhet og medbestemmelse – og sørge for at vi innenfor de rammene våre eiere gir oss utvikler et best mulig tilbud til de vi er til for – pasientene.”

Den organisatoriske tilknytningen til rusavdelingene ble bestemt den 8.11.2006. Styret for Helse Nord RHF vedtok at Nordlandsklinikken og Nordnorsk Kompetansesenter Rus i Narvik skulle knyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge HF. - En integrering av Nordlandsklinikken i Unn vil gi en felles organisering av de eksisterende rusavdelingene i Troms og Nordland. Dette vil bidra til et samlet og styrket rustilbud, til muligheter for gjensidig utnyttelse av kompetanse og til et felles

og styrket fagmiljø. Nettopp på dette feltet, som er i så sterk utvikling og vekst, er det viktig å bidra til en mest mulig felles ressursutnyttelse av både penger og fagfolk, sa administrerende direktør i Helse Nord RHF Lars H. Vorland i en kommentar til styrets vedtak. Det ble også sagt at mulighetene for forskning og utvikling vurderes styrket gjennom de foreslåtte løsninger.

Vorland sa videre: ”Ved å knytte Nordnorsk Kompetansesenter Rus til UNN oppnår man å knytte et sterkt kompetansemiljø på rus til Universitetet i Tromsø og til andre regionale og nasjonale kompetansesentra”.

2. Ambulansetjenesten

Februar 2006 ble det bestemt i styret i Helse Nord RHF at alle helseforetakene skulle eie og drive ambulansetjenesten selv. Fra 1. desember 2006 har disse helseforetakene overtatt driften av ambulansetjenesten med unntak av Helse Finmark som skal overta 1. januar 2008 da deres avtaler med private drivere går ut.

En begrunnelse for endringen er at tjenesten er blitt spesialisert, med økt krav til faglighet, kompetanse og kvalitet. Tjenesten blir stadig mer en medisinsk tjeneste. På denne bakgrunnen vedtok styret i Helse Nord at helseforetakene skulle ivareta bilambulansetjenesten og den helsefaglige delen av båtambulansetjenesten.

I denne prosessen har flere av foretakene hatt samtaler og møter med ambulansarbeiderne. Helseforetakene har lagt stor vekt på å få til gode prosesser med de ansatte. Det er mangel på kvalifiserte ambulansarbeidere i Nord-Norge, så det er ikke noen å miste. Alle ambulansemedarbeiderne som jobbet hos private drivere har fått tilbud om jobb i det helseforetaket de sokner til.

3. Felles Akuttmottak (FAM) og omlegging av den kirurgiske akuttberedskapen ved Helgelandssykehuset Mosjøen.

Onsdag 15.11.2006 ble oppstarten av det nye Felles Akuttmottak (FAM) ved Helgelandssykehuset Mosjøen behørig markert. Investeringen på 40 millioner gir plass til 5 legekontorer, legevakt og akuttmottak. Funksjonelt innebærer dette muligheten for et mye tettere samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten om de

akuttmedisinske tjenester.

Oppstarten av FAM ble gjort samtidig med omleggingen av den kirurgiske akuttberedskapen ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Dette innebærer at det ikke skal være kirurgisk sengeavdeling i Mosjøen, med unntak av 4 senger med mulighet for overnatting og observasjon av pasienter som har gjennomgått dagkirurgi. Kirurgiske pasienter som trenger innleggelse for behandling skal av primærlegen legges inn direkte i aktuell avdeling i Sandessjøen (primært bløtkirurgi), Mo i Rana (primært ortopedi) eller et annet sted. Det etableres også et kirurgisk akuttilbud bestående av poliklinikk- og skadestuefunksjon på 24 timers basis alle dager hele året. På dagtid inngår denne funksjonen i dagkirurgisk enhet. Utover dagkirurgiens åpningstid inngår funksjonen i felles akuttmottak (FAM).

Samtidig er det vedtatt oppbygging av en rekke spesialistfunksjoner ved Helgelandssykehuset i Mosjøen.

I sitt Fredagsbrev skriver administrerende direktør Lars Vorland følgende den 17.11.06:

”...Tilbudet til store pasientgrupper som trenger dag- og poliklinisk behandling vil bedres. Målet må være at befolkningen ved sine lokale sykehus skal få tilbud som retter seg mot mange pasienter og for tilstander hvor nærhet er av betydningen for et vellykket resultat. Etableringen av slike tilbud vil dels skje i egen regi, dels vil det skje i et samarbeid med UNN og Nordlandssykehuset.”

Lars Vorland sier tilslutt følgende i sitt Fredagsbrev:

”I Nord-Norge kan ikke lokalsykehuset erstattes av det vi kan få på UNN og Nordlandssykehuset. De lokale sykehus oppfattes som og er lokale trygghetsbaser. De er deler av en behandlingsskjede hvor det i noen tilfeller er nødvendig å ta i bruk alt fra lokal ambulanse, via lokalt sykehus til superspesialisten på UNN. Et godt lokalt tilbud, en velorganisert kjede og topp kvalitet på våre spesialiserte sykehus viser vårt sykehusvesen på sitt beste. Da er omstilling og endring også en nødvendig del av hverdagen. Det skjer både fordi vi skal sikre kvalitet, for å skaffe plass for nye tilbud og fordi pengesekken ikke er utømmelig.”

4. Debatt om lokalsykehusene.

Debatt om lokalsykehusene blusser opp med jevne mellomrom. Debatten om lokalsykehusene opptar også styret i Helse Nord. Styret vedtok i sitt møte 11. oktober 2006 følgende uttalelse om lokalsykehusene:

” Det vises til diskusjon om lokalsykehus. Helse Nord RHF har som hovedstrategi at vi skal tilby

befolkningen et likeverdig helsetilbud av god kvalitet. I Nord-Norge betyr dette at alle lokalsykehusene vil bestå som viktig spesialisthelsetjenestetilbud for befolkningen, jfr. Soria Moria-erklæringens premisser. I tillegg til lokalsykehusene er spesialisthelsetjenesten basert på en fullverdig universitetsklinikk i Tromsø og et bredt spesialisttilbud ved Nordlandssykehuset Bodø. Slik sikres befolkningen et kvalitetsmessig godt tilbud, på det nivå hvor nødvendig spesialisert kompetanse finnes, når slikt behov oppstår.

I debatten om lokalsykehusenes framtidige funksjon vil ikke Helse Nord kunne legge til grunn et perspektiv om at ” alt skal være som det er”. Helse Nord må aktivt forholde seg til de endringer i teknologi og kunnskap slik at befolkningen sikres et moderne og godt tilbud. Det vil innebære dynamiske endringer i organisering og hvor tjenester ytes.

Helse Nord RHF vil utforme sine strategier og mål innenfor de overordnede føringer som gis. Helse Nord har et ansvar for å synliggjøre aktuelle problemstillinger, legge til rette for og delta i offentlig debatt om dette. Det må gjennomføres på en måte som understøtter de faglig krevende prosesser dette er og bidrar til å sikre tillit og legitimitet til utredningsarbeid og beslutninger.”

5. Budsjett 2007 – et uløst problem.

Helse Nord RHF har ved inngangen til 2007 bedt om et utsatt balansekrav på 250 millioner kroner. I Nordland betyr dette f.eks at Nordlandssykehuset har et uløst økonomisk problem på 90 – 100 millioner i 2007. I budsjettet for 2007 er det innarbeidet effektiviseringstiltak tilsvarende 40 millioner kroner i dette helseforetaket. Dette er knyttet til investeringer, syketransport, ambulanse i Vesterålen og generelle effektiviseringstiltak. Samtidig legges det opp til en styrking av tilbudet innenfor indremedisin, kreft, psykiatri og akuttmedisin.

Det regionale helseforetaket har som sagt ovenfor bedt om et utsatt balansekrav på 250 millioner kroner. Den 31.1.2007 offentliggjøres det at Helse Nord får 225 millioner kroner av statens økte bevilgning på 800 millioner kroner til sykehussektoren.

-Meget gledelig, nå må vi klare å få budsjettet i balanse, sier styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol. Han sier videre: ”Utfordringene med å gå i balanse vil fortsatt være krevende, men oppdraget for Helse Nord og helseforetakene vil nå være helt klart.”

Dette viser at Helse Nord fortsatt har tilpasningsproblemer og at spesialisthelsetjenesten i Nordland fortsatt vil stå foran organisasjonsmessige endringer.

Trender i eldreomsorgen

Omsorgstjenestene har i dag over 200 000 brukere, hvorav omkring 40 000 bor i sykehjem og mer enn 160 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem. Tallet på brukere under 67 år er fordoblet de siste 10 år og utgjør nå 50 000. I 2005 ble det utført om lag 110 000 årsverk, halvparten i sykehjem og halvparten som hjemmetjenester og i omsorgsboliger. ^(6, side 9) Statistikk utarbeidet av SSB viser at antallet plasser i aldershjem går ned. I 2005 var det under 2 500 slike plasser, en tredjedel av tallet i 1998. Disse plassene blir ikke lenger erstattet av plasser i sykehjem, og det er nå 38 269 (2005) sykehjemsplasser (34 784 i 1998).

Det finnes i tillegg rundt 300 plasser i annen "boform med heldøgns omsorg og pleie". Dette er institusjoner etter kommunehelsetjenesteloven, og dermed likestilt med sykehjem. Disse boformene har i større grad et spesialtilpasset tilbud for særlige grupper. Det er langt yngre beboere her enn på sykehjem.

Handlingsplanen for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50, 1996-1997) førte til økt antall plasser i sykehjem, men også til at plasser i aldershjem ble erstattet av omsorgsboliger og andre boliger til pleie- og omsorgsformål. Det har samtidig vært en økning i tallet på mottakere av hjemmetjenester, særlig blant yngre. Av 165 000 mottakere er 50 000 under 67 år. Økningen skyldes at flere får hjemmesykepleie. Disse utgjør nå 71 prosent av alle hjemmetjenestemottakere, mens det i 1998 var like mange som fikk hjemmesykepleie som praktisk bistand. ⁽¹⁾ Økningen i antallet omsorgsboliger har vært lang større enn økningen i sykehjemsplasser, dette på bakgrunn av de tilskuddsordninger som særlig Husbanken har hatt.

Pasienter på sykehjem er i svært stor grad fysisk og psykisk svekket, og mange har flere sykdomstilstander. Undersøkelser viser at 82 % var mentalt svekket i større eller mindre grad, og andelen pasienter med stort pleiebehov er stor (91 %). Den samme undersøkelsen viste (1996-1997) at median liggetid var 789 dager, altså litt over 2 år og en måned. ⁽⁴⁾ Median liggetid vil si at halvparten av beboerne lå kortere tid, halvparten lengre. Det foreligger ikke offentlig statistikk som viser median eller gjennomsnittelig liggetid. Det er likevel stor enighet om at liggetiden har gått ned ytterligere, og at terskelen for å få langtidsplass i sykehjem har økt i de fleste kommuner. Av vel 44 000 dødsfall i 2002 skjedde 17 275 på pleie- og helseinstitusjoner utenom sykehus, dette

utgjør 38 % av alle dødsfall i 2002. Tallet for dødsfall på sykehus var 17 867, mens 6521 døde hjemme ⁽²⁾. Disse tallene omfatter både korttids- og langtidsplasser. Tilsvarende tall kommer fram i rapporten "Legetjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov" ⁽³⁾.

På bakgrunn av både pleietyngde og at sykehjem i stor grad gir pleietjenester til pasienter i siste fase av livet stilles det store krav til pleiefaglig og medisinsk kompetanse. Dette viser at sykehjem i svært stor grad må yte avansert medisinsk behandling, smertelindrende behandling og terminalpleie.

Eldres bruk av sykehustjenester har økt kraftig den siste 10 års perioden. Fra 1999 til 2003 har antallet sykehusopphold per 1000 innbygger over 80 år økt fra 653 til 803. I 2001 var det omtrent 13 prosent av den norske befolkningen eldre enn 66 år. Disse 13 prosentene brukte 47 prosent av liggedøgnene ved døgnavdelingene på norske sykehus dette året. ⁽⁵⁾ Tilgang på sykehjemsplasser, både korttidsplasser og langtidsplasser er sentralt for at ferdigbehandlede pasienter kan skrives ut fra sykehus.

Omsorgsmeldingen, St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" skisserer behov og målsettinger for framtidens pleie- og omsorgstjenester ⁽⁶⁾.

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre, krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser. (6, side 11). Tiltak for å forhindre utvikling av og å redusere konsekvensene av senil demens vil være sentralt ^(6, side 13).

I løpet av de siste årene har det vært en stor vekst i antall omsorgsboliger i norske kommuner. Enkelte kommuner har valgt å omgjøre eksisterende sykehjem til omsorgsboliger. Det ser ut til å være stor faglig uenighet om hva som er den beste strategien for utbygging av eldreomsorg framover, når det gjelder forholdet mellom sykehjem og omsorgsboliger med hjemmesykepleie og praktiske tjenester. Det ser ut til å finnes ytterpunkter som på den ene siden mener at det ikke er behov for sykehjemsplasser, mens andre peker på den store forekomsten av mental svekkelse blant sykehjemspasienter og at dette best kan ivaretas på institusjoner, men god faglig standard.

I omsorgsmeldinger sier regjeringen følgende:

”Regjeringen legger til grunn at det er kommunene som må finne en fornuftig balanse mellom tilbud av sykehjem og hjemmetjenester ut fra lokale forhold, behov og ønsker.”^(6, side 85) I meldingen legges det opp til en ny satsing på utbygging av sykehjem, og en videre satsing på omsorgsboliger og tilrettelagte boliger. Det legges opp til et skille mellom langtids boform og mer rendyrket sykehjemsfunksjon,^(6, side 84). Dette kan i praksis synes vanskelig ut fra at det er dokumentert at beboere i sykehjem i stor grad er mentalt svekket og har behov for omfattende medisinsk oppfølging.

I Nordland varierer andelen sykehjems plasser sterkt mellom ulike kommuner, fra 38,1 plasser pr innbygger over 80 år, til 4,6. Gjennomsnittet er 19,6 som er noe over landsgjennomsnittet.⁽⁷⁾ Variasjonen kan ha sammenheng med geografiske forhold og alderssammensetting og bosettingsmønstre. På landsbasis viser den samme statistikken at små kommuner i gjennomsnitt har flere institusjonsplasser enn større kommuner.

Sykehjem, både langtidsplasser og korttidsplasser er en tjeneste som alle kommuner er pliktig til å tilby. Det er sentralt for alle kommuner at det finnes et tilstrekkelig antall korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, dels for å ta imot pasienter som skal utskrives fra sykehus, og for å kunne gi et fleksibelt tilbud for eldre personer som ønsker å bo i eget hjem lengst mulig. For et stort antall beboere blir innleggelse i sykehjem av kort varighet. Det må forutsettes at sykehjem kan gi en avansert medisinsk service, lindrende behandling og god terminalpleie. Det er også sentralt at man gir god omsorg og har evne til kontakt med både beboere og pårørende.

Støtteordninger, både bostøtte og folketrygdens ordninger gir i dag kommunene økonomiske

fordeler ved å satse på omsorgsboliger i stedet for sykehjem. Dette har uheldige følger fordi en ut fra økonomiske vurderinger satser ensidig på omsorgsboliger, og fordi en etablerer ordninger der en i praksis driver sykehjem, med fast bemanning, men kaller dette omsorgsboliger. Det bør foretas en utjevning av betalingssystemet som tar hensyn til dette.

Det blir i stor grad framhevd faglige fordeler ved omsorgsboliger i forhold til sykehjem. For eksempel blir det framhevet at beboerne i sykehjem har liten påvirkning på hvilke tjenester de får, mens beboerne i omsorgsboliger har medvirknings- og klagerett på tildeling av tjenester til seg selv. Det må antas at dette er basert på større undersøkelser av medbestemmelsesmulighet i institusjon kontra omsorgsbolig eller egen bolig. Det framstår som nokså selvfølgelig at en person med senil demens i praksis ikke har store muligheter til å påvirke tjenestetilbudet, verken i sykehjem eller egen bolig. Det blir også framhevd at omsorgsboliger er bedre individuelt tilpasset beboeren. Også dette argumentet framstår som ugyldig når opphopningen av omsorgsboliger blir stor, og det fysiske og praktiske må sammenlignes med et sykehjem.

Det vil være viktig for kommunene å satse på både sykehjem og omsorgsboliger. Omsorgsboliger med tilrettelagt servicetilbud vil være et godt alternativ som langtids boform, og gi trygghet for beboere og pårørende. Samtidig må det foreligge tilstrekkelig tilbud for personer med senil demens, omfattende pleiebehov eller omfattende medisinsk service. Ikke minst er det viktig at det finnes reelle korttidsplasser slik at pasienter kan skrives ut fra sykehus, eller få avlastning/korttidsopphold. Behovet for rehabilitering er også meget stort.

Kilder:

1. SSB, Kommunal helse- og omsorgsstatistikk. Endelige tall, 2005
2. SSB statistikkbank, Tabell: 03297: Dødsfall, etter dødssted
3. ”Legetjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov”, Øyvind Lorentzen, Rehab-Nord, 2005
4. Mental svikt hos sykehjemspasienter, Harald A. Nygaard, Mala Naik, Sabine Ruths, Tidsskrift Norske Lægeforening 2000; 120: 3113-6 utgave
5. Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia, SINTEF, http://www.sintef.no/content/page1_____6967.aspx
- 6) St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer, Sosial- og Helsedepartementet, 2006
- 7) Sammenlignings tall for kommunene 2006, IS-1375, Sosial- og Helsedirektoratet, juli 2006

Tilsyn med samfunnsmedisinske oppgaver med vekt på miljørettet helsevern

I mai 2006 ble det gjort systemrevisjon med samfunnsmedisinske oppgaver med vekt på miljørettet helsevern, i to kommuner. Målet med tilsynet var å undersøke hvordan det samfunnsmedisinske arbeidet, særlig oppgaver innen miljørettet helsevern, ble ivaretatt. Tilsynet fokuserte spesielt på:

- hvordan kommunen ivaretok godkjennings- og/eller tilsynsansvaret sitt innen miljørettet helsevern, herunder organisering av arbeidet
- kommunens beredskap ved pandemisk influensa
- hvordan helsehensyn sikres i kommunalt planarbeid og saksbehandling.

Ved begge tilsynene ble det funnet at kommunene ikke ivaretok ansvaret sitt som tilsynsmyndighet innen miljørettet helsevern. Avviket baserte seg på manglende systematisk tilsyn med godkjenningspliktige og meldepliktige virksomheter, manglende tilsynsplan og manglende godkjenning av skoler og barnehager.

Begge kommunene lukket avviket før årsskiftet.

Tilsyn med Habiliteringstjenesten til barn

Tilsyn

Helsetilsynene i Nordland, Troms og Finnmark gjennomførte i 2006 tilsyn ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, Nordlandssykehuset Bodø, Barnehabiliteringstjenesten ved UNN HF, og barnehabiliteringstjenesten ved Helse Finnmark klinikk Hammerfest. Det ble også ført tilsyn med kommunale habiliteringstjenester til barn i følgende kommuner: Alstadhaug og Brønnøy kommuner i Nordland, Nordreisa og Harstad kommuner i Troms og Hammerfest og Båtsfjord kommuner i Finnmark.

Tilsynet omfattet barn i aldersgruppen 0-18 år. For tilsynet var målgruppen for tilsynet var definert slik: "Barn som i hovedsak har behov for helse- og sosiale tjenester og andre deltjenester, herunder barn som har multifunksjonshemninger eller sjeldne sykdommer med behov for omfattende og langvarige tiltak og tjenester. Tilsynet skal særlig avgrenses til barn med medfødte eller tidlig ervervede utviklingsforstyrrelser eller skader i nervesystemet."

Tilsynet innenfor spesialisthelsetjenesten avdekket at habiliteringstjenestene ved de mindre sykehusene er sårbare i forhold til å klare å levere de tjenester som er nødvendige for å ivareta denne barnegruppen. Det er vanskelig å rekruttere fagpersoner til stillinger i denne type tjeneste og tjenestetilbudet blir derfor begrenset. Spesialisthelsetjenesten samarbeider og veileder det kommunale hjelpeapparatet ut fra de faglige forutsetninger hver enkelt barnehabiliteringstjeneste ved de ulike lokalsykehus innehar. Dette medfører at det er stor ulikhet innenfor Helse Nord.

Spesialisthelsetjenesten har et forbedringspotensiale når det gjelder igangsettelse og utarbeidelse av individuell plan. Det var mange ulike faggrupper som arbeidet innenfor tjenestene, og tilsynet fant at det var ulik praksis for dokumentasjon av hvilken helsehjelp som var gitt ved ambulant virksomhet.

Tilsynet med de kommunale habiliteringstjenestene avdekket at i de fleste kommuner tilsynet omfattet så var den koordinerende enhet lite synlig eller ikke etablert. Noen kommuner hadde uklare begrep om hva koordineringsfunksjonen i forhold til individuell plan innebar. Det var også vanskelig å få ansatte til å påta seg koordinatorrollen.

Gjennomgående funn var også at helsesøstrene tok relativt mye ansvar for barna i aldersgruppen 0 – 6 år. Ved overgang til skolealder var det varierende hvordan oppfølging og koordineringsansvar for tjenestetilbudet ble ivaretatt gjennom individuell plan arbeid. I noen kommuner tok PPT og skole stort ansvar for dette, selv om plikten til dette er lagt til de kommunale helse- og sosialtjenestene. Fastlegene til barna var i varierende grad involvert i utredning, oppfølging og planlegging av tjenester til disse barna. Dette kan innebære en fare for at nødvendig medisinsk utredning ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad.

Det ble ikke gjort funn i de to Nordlandskommuner som ble besøkt som gav grunnlag for avvik.

Kartlegging – medisinsk nødmeldetjeneste – bruk av helseradionettet

1. Bakgrunn:

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok 18. mars 2005 "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus". Forskriften trådte i kraft 1. april 2005.

Samhandling:

Kravet til samhandling er gjennomgående i forskriften. Det stilles krav til samhandling i den akuttmedisinske kjeden i § 1 og § 4. Kjeden er ikke definert i forskriften, men det er allment akseptert at den består av de ulike aktørene innen akuttmedisin. Alle ledd i kjeden er viktig og kjeden er ikke sterkere enn det svakeste ledd.

Krav til samarbeid med andre nødetater (brann, politi og hovedredningssentraler) er stillet i § 1 og i § 4. Kommunene og foretakene har plikt til å påse at dens tjenester er i stand til å yte en rasjonell og koordinert innsats som er samordnet mellom dem og mot de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter. Forankring i hele den akuttmedisinske kjeden sikres ved å følge anbefalingene i kommentarene § 4: "For å sikre en koordinert og rasjonell samhandling i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden anbefales samarbeidspartene å etablere samarbeidsfora som kan bestå av utvalgte representanter fra den akuttmedisinske kjeden."

2. Kommunenes plikter innen medisinsk nødmeldetjeneste:

Det sies i § 7 ansvarsforhold:

Kommunen har ansvaret for:

- Etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet
- Etablering og drift av LV-sentral, jfr § 8 og § 10
- Kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen.
- Samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen og øvrige akuttmedisinske tjenester.

Legevaktnummer:

Kommunen skal etablere og drive et fast legevaktstnummer som er operativt hele døgnet. Det sies i merknaden til § 7 at "--- kommunen skal etablere et fast legevaktstnummer hvor befolkningen

skal kunne melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell." Ordningen med at henvendelser håndteres av legekantor i arbeidstiden, og av etablert LV-sentral utenfor arbeidstid er lovlig. Det er imidlertid et krav at innringer skal kunne benytte samme telefonnummer.

Bemanning ved LV-sentraler:

LV-sentraler kommer inn under definisjonen helsetjenester, og bestemmelsene i helselovgivningen er gjeldende. Kommunen vil dermed ha plikt til å sørge for at LV-sentralene utøver sin virksomhet på en faglig forsvarlig måte, blant annet ved å stille krav til kompetanse hos dem som utfører de ulike oppgavene i sentralen. Statens helsetilsyn har i forbindelse med en tilsynssak uttalt at det heller ikke er nok bare å ansette autorisert helsepersonell, det må sikres at personellet faktisk innehar den nødvendige kompetansen til å utføre de oppgavene som pålegges.

Kommunikasjonsberedskap og kommunikasjonsutstyr:

§ 4 i forskriften sier følgende: "Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune – og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett."

§ 8 går videre i å pålegge kommunen ansvar for at det personellet som er definert til å være i akuttmedisinsk beredskap i kommunen skal være tilgjengelig i det til enhver tid gjeldende nasjonale nettet. For tiden har man et nasjonalt analogt helseradionett, men det legges opp til utbygging av et landsdekkende digitalt nett i perioden 2009 – 2011. Det er allerede i gang planlegging av leveranser av et nytt felles digitalt radiosamband av et første utbyggingsområde på sør-østre deler av Østlandet med ferdigstilling av første byggetrinn i løpet av 2007.

3. Spørreundersøkelsen:

På bakgrunn av ovennevnte lovkrav og problemstillinger utarbeidet Helsetilsynet i Nordland et spørreskjema som ble sendt ut til alle kommuner i Nordland / kommunelegen med svarfrist i mai 2006.

Det ble spurt om følgende:

- Har kommunen ett fast legevaktnummer hele døgnet?
 - ✓ Ja eller Nei (hvis nei beskriv ordningen)
- Er dette/disse telefonnumrene betjent hele

døgnet, dvs at man ved oppringning får direkte kontakt med en person?

✓ Ja eller Nei (hvis nei beskriv ordningen)

③ Er det autorisert helsepersonell som betjener telefonen?

✓ Ja (yrkestittel) Nei (beskriv opplæringstiltak)

④ Er personen som betjener legevaktnummeret også tilgjengelig i det lukkede helseradionettet?

✓ Ja (gjelder dette hele døgnet) Nei (beskriv)

⑤ Er lege i vaktberedskap tilgjengelig i det lukkede helseradionettet hele døgnet?

✓ Ja eller Nei (beskriv når han er tilgjengelig)

⑥ Er helseradionettet i aktiv bruk av lege i vaktberedskap?

✓ Ja eller Nei (hva er årsaken(e)?)

⑦ Er helseradionettet i aktiv bruk av den personen som betjener legevaktnummeret?

✓ Ja eller Nei (hva er årsaken(e)?)

I tillegg til dette ønsket man tilbakemelding på følgende problemstillinger:

- Hvordan sørger kommunen for at helsepersonell som skal være tilgjengelig i det lukkede helseradionettet, har tilstrekkelig opplæring i bruk av det kommunikasjonstekniske utstyret og at kompetansen vedlikeholdes?
- Digitalt nødnett, dvs. et nytt helseradionett, vil være på plass i Nord-Norge i løpet av en femårsperiode (tidligst 2010). Hva mener du er de viktigste forutsetningene for at nødnettet skal bli en suksess, dvs. bli det foretrukne kommunikasjonsmidlet innad i helsetjenesten?
- Hvordan dokumenterer LV-sentralen sin telefoniske kommunikasjon med pasient, lege og AMK? (lydlogg, papirlogg, journalnotat, ingen dokumentasjon, annet)

4. Hovedfunn:

Helsetilsynet i Nordland fikk tilbake svarskjema fra 41 kommuner.

| Spørsmål | Antall kommuner | |
|--|-----------------|-----|
| | JA | NEI |
| Ett fast tlf – nummer til legevakt? | 32 | 9 |
| Er legevaktsentralen betjent hele døgnet? | 38 | 3 |
| Er det autorisert helsepersonell som betjener legevakt- telefonen? | 38 | 3 |
| Er personen i legevaktsentralen også tilgjengelig i nødnett? | 36 | 4* |
| Er lege tilgjengelig i nødnett? | 28 | 12* |
| Bruker legen aktivt nødnett? | 26 | 14* |
| Bruker LV sentralen aktivt nødnett? | 30 | 10 |

Kommentarer:

9 kommuner har ikke ett fast telefonnummer til legevakt. Flesteparten av disse kommunen (8 kommuner av 9) deltar i interkommunale legevakter der det er ulike nummer før og etter kontortid. Dvs. at det er ett bestemt nummer til daglegevakten i kontortiden i den enkelte kommune som deltar i samarbeidet, mens den interkommunale legevakten med et annet telefonnummer overtar etter kontortiden. 3 kommuner av 41 kommuner har krysset av at de ikke har legevakt - sentralen betjent hele døgnet. I kommentar - feltet har den ene av disse kommunene opplyst at man har telefonsvarer som oppgir et akutt nummer som alltid er betjent, mens den andre kommunen oppgir at man automatisk blir satt over til riktig legevakt nummer hvis man ringer etter kontortid. Den 3. kommunen har ikke oppgitt noen begrunnelse.

De aller fleste kommuner har autorisert helsepersonell som betjener legevakttelefonen. De tre kommuner som ikke har en slik ordning bruker servicetorg (1 kommune) eller en generell vakttelefon som ikke alltid er betjent av helsepersonell. Autorisert helsepersonell som oppgis er enten lege, sykepleier, legesekretær eller hjelpepleier. Hjelpepleier er lite brukt i legevaktsentralene.

Nødnett:

* Når det gjelder spørsmålene angående nødnett er antall kommuner nedjustert til 40. Grunnen til dette er at 3 kommuner ikke har svart, og 1 kommune som har svart ikke har fått montert utstyr for nødnett

4 kommuner har personell i legevaktsentralen som ikke er tilgjengelig i nødnett. Mange leger er enten ikke tilgjengelig i nødnett eller bruker dette nettet ikke aktivt. Om dette betyr at man bare er tilgjengelig deler av døgnet eller at man ikke prioriterer bruken av dette nettet i det hele tatt kommer ikke klart fram av denne undersøkelsen. Men flere leger sier at man aldri har hatt bruk for dette nettet. Det er også slik at 10 legevaktsentraler ikke bruker nødnettet aktivt. Men her bør det bemerkes at enkelte kommuner har noe dårlig dekning.

Når det gjelder opplæring i bruk av nødnettet har de fleste kommuner samarbeid med ambulansepersonellet. Mange kommuner oppgir at de har regelmessig trening og samhandling med dette personellet. Få kommuner oppgir at de har et regelmessig samarbeid med AMK eller helsefor- etaket om driften av nødnettet.

Suksesskriterier for det nye digitale nødnettet oppgis til å være:

- Sikkerhet
- Dekning
- Enkel betjening
- Liten størrelse og robust
- Batterikapasitet
- God opplæring
- Billig

Det er spesielt god dekning som er tatt med av mange kommuner som et svært viktig suksesskriterium i forbindelse med det nye digitale nødnettet.

Dokumentasjon:

Dokumentasjon av kommunikasjonen mellom LV –sentraler og pasient, lege og AMK er oppgitt til å være slik:

| | Lydlogg | Papirlogg | journalnotat | Annet |
|---------|---------|-----------|--------------|-------|
| Pasient | 8 | 12 | 12 | - |
| Lege | 7 | 12 | 7 | - |
| AMK | 14 | 10 | 3 | - |

Noen kommuner har ikke svart på dette spørsmålet, mens andre oppgir flere måter å dokumentere denne kommunikasjonen. Dvs. at man har kombinasjoner av lydlogg og papirlogg og papirlogg og journalnotat.

5. Oppsummering

Kommunene har hatt pålegg om kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten helt siden 1990, jfr. Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste med ikrafttredelse 1.9.1990 (opphevet 1.4.2005). I denne forskriften ble det bestemt at personell i ekstern vaktberedskap skulle kunne kommunisere

med hverandre og med andre nødetater i et system enhetlig utformet for hele landet. At såpass mange legevaktsentraler og leger ikke bruker nødnettet 16 år etter at denne ordningen ble innført er ikke tilfredsstillende. Dette kan føre til at viktig informasjon ikke når fram til rett tid i den akuttmedisinske kjeden med de negative konsekvensene dette kan medføre.

Det er heller ikke tilfredsstillende at 9 kommuner har en ordning med flere telefonnummer til legevakten. I en kritisk situasjon kan dette føre til tap av tid med negative konsekvenser. Bruk av automatiske telefonsvarere er ikke i henhold til forskriften ettersom eldre og funksjonshemmede kan ha problemer med å oppfatte budskapet i en slik telefonsvarer av forskjellige årsaker.

Poenget er at man skal få telefonisk kontakt direkte med kvalifisert helsepersonell når man ringer legevakten.

Klager etter pasientrettighetsloven – legemiddelassistert rehabilitering, utviklingstrekk

LARiNORD ble etablert den 01.01.05 ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og er organisert som en egen enhet i Avdeling for behandling av rusmiddelmisbruk. I tillegg til hovedkontoret i Tromsø, har tiltaket utøvende team i Nordland med kontortilhørighet ved Nordlandsklinikken i Narvik og i Bodø sentrum. LARiNORD har totalt 11 stillingshjempler. I Nordland er det tilsatt en fagkonsulent i Narvik og 3 fagkonsulenter i Bodø.

Det er Helsetilsynet i Troms som fører tilsyn med LARiNORD. Helsetilsynet i Nordland behandler imidlertid klagen fra Nordland over brudd på pasientrettighetsloven relatert til LAR.

Antall pasienter i Legemiddelassistert rehabilitering i Nord-Norge pr. 01.01.07 var 179, hvorav 109 pasienter er hjemmehørende i Nordland. Nordland fylke har altså en forholdsmessig stor del av disse pasientene, også når det justeres for innbyggertall.

Ved årsskriftet sto det 65 pasienter på venteliste, 47 av disse pasientene er fra Nordland. Disse pasientene er vurdert som rettighetspasienter, og er innvilget LAR-behandling, men venter på oppstart.

Det var pr samme dato 20 søkere til vurdering, 9 av disse er fra Nordland.

Når det gjelder LAR har antall pasienter inkludert i denne behandlingsformen blitt mer enn fordoblet siden LARiNORD startet opp.

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Inntil årsskriftet 2006/2007 har det vært et problem at LARiNORD ikke har satt individuelle behandlingsfrister for pasientene. Mange pasienter har også ventet svært lenge på oppstart av LAR-behandling de allerede er innvilget. De har ikke hatt en frist og har derfor ikke kunnet klage over fristbrudd. Det er enighet mellom LARiNORD og Helsetilsynene i Nord-Norge om at rettighetspasienter ikke bør vente på behandling lengre enn 6 måneder.

Helsetilsynet i Nordland mottar få skriftlige klager fra pasienter, men får informasjon via andre kanaler om brudd på pasientrettighetsloven. En av kanalene vi får informasjon fra, er brukerorganisasjonen Marborg, som er brukerorganisasjonen for pasienter i LAR. Andre informasjonskanaler kan være pårørende til rusmiddelavhengige, fastleger o.a. Helsetilsynet i Nordland opplever at brudd på pasientrettighetsloven er et større problem på dette feltet, enn det antall klager skulle tilsi.

Tilsyn med akutt mottak av pasienter med koronarsuspekterte brystmerter

Helsetilsynet i Nordland gjennomførte i 2006 systemrevisjon av somatiske spesialisthelsetjenester til pasienter med akutte koronarsuspekterte brystmerter ved Nordlandssykehuset HF Vesterålen, og Hålogalandssykehuset HF Narvik. Systemrevisjonen

ble gjennomført i samarbeid med Helsetilsynet i Troms, og omfattet også Hålogalandssykehuset HF Harstad, i Troms fylke.

Systemrevisjonen omfattet tre områder i virksomhetenes kliniske drift:

- Hvordan pasientene blir tatt i mot, undersøkt og observert ved akutt mottak
- Tilsynet omfattet helsehjelp gitt av spesialisthelsetjenesten ved akutte koronarsuspekterte brystmerter.

Tilsynet vurderte om pasienter med akutte koronarsuspekterte symptomer blir forsvarlig håndtert, observert, utredet og behandlet ved henvendelse, transport, mottak og innleggelse i Nordlandssykehuset HF Vesterålen. Ved tilsynet ble det vurdert om involvert helsepersonell har nødvendig kompetanse for å stille diagnose innen forsvarlig tid, og om behandling igangsettes uten uforsvarlig tap av tid.

- Kommunikasjon mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved innleggelse for akutte koronarsuspekterte brystmerter

Tilsynet undersøkte om EKG og annen relevant klinisk informasjon i hastesituasjoner med mistanke om akutt koronarsykdom blir formidlet til behandlende lege innen faglig forsvarlig tid.

- Sykehusets prosedyredokumentasjon og sykehusets journalføring ved mottak av pasienter med akutte koronarsuspekterte brystmerter

Tilsynet skulle avklare om informasjonssystemene på aktuell avdeling er forsvarlig etablert, og forsvarlig vedlikeholdt, drevet og benyttet, og om helsehjelp som gis blir dokumentert ved forsvarlig journalføring

Ved systemrevisjonen ved Hålogalandssykehuset HF Narvik ble det påvist ett avvik fra gjeldende myndighetskrav:

- Medisinsk avdeling oppfyller ikke krav til ordning med pasientansvarlig lege

Hålogalandssykehuset HF Narvik inngår fra 1.1.2007 i UNN HF. Tilsyn med virksomheten føres videre av Helsetilsynet i Troms, som ivaretar oppfølgingen av revisjonsfunnet.

Ved systemrevisjonen ved Nordlandssykehuset HF Vesterålen ble det påvist ett avvik fra gjeldende myndighetskrav:

- Medisinsk avdeling oppfyller ikke krav om at pasientansvarlig lege skal identifiseres i epikrise

Helsetilsynet i Nordland har mottatt og akseptert redegjørelse for lukking av avviket. Tilsynet i Hålogalandssykehuset HF er avsluttet.

Landsomfattende tilsyn med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere

Tilsyn

I 2006 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere. Tilsynet ble regionalt, med et felles revisjonslag for Nordland, Troms og Finnmark, og omfattet seks ulike funksjoner (områder). Det ble gjennomført to tilsyn i hvert av fylkene.

Nordlandsklinikken vurderer størstedelen av henvisningene til slik behandling i Nordland. Ut fra dette ble det gjennomført tilsyn ved vurderingsenheten og en behandlingsavdeling med døgnbasert behandling under 6 mnd varighet, begge ved Nordlandsklinikken. Tilsynet ble gjennomført 24. til 26. april 2006.

Nordlandsklinikken er en institusjon for behandling av rusmiddelmisbrukere. Klinikken var i 2006 en selvstendig del av Hålogalandssykehuset, og er den eneste institusjonen for døgnbehandling av rusmiddelmisbrukere i Nordland. For øvrig tilbys det bare poliklinisk behandling i fylket. Vurderingsenheten behandler ca 200 henvisninger til behandling i 2. linjetjenesten pr år (2005). Behandlingsenheten tilbyr behandling til avrusning (nivå 2) og behandling med opptil 6 mnd varighet (nivå 3). Klinikken har plass til 27 pasienter på enerom, og av disse er det 3 skjermede plasser. Klinikken har dekket stillinger for fagpersonale ved klinikken.

Dokumentasjon vedrørende driften, rutiner for mottake og vurdering av henvisninger, rutiner for innleggelse, behandling og utskriving, internkontrollsystem, diagnoseverktør med mer ble innhentet før tilsynet. Under tilsynet ble 11 personer intervjuet. Under tilsynet ble 20 journaler fra vurderingsenheten (alle fra januar 2006 samt tilfeldig uttrukne fra desember 2005) gjennomgått. Videre ble det gjennomgått pasientjournaler (alle tilfeldig uttrukne), 4 fra pasienter innlagt for tiden, 4 journaler fra pasienter utskrevet i samsvar med plan, tilfeldig uttrukne fra 2005, 2 fra pasienter utskrevet etter eget ønske men ikke i samsvar med plan, 2 fra pasienter utskrevet etter behandlingsbrudd, etter initiativ fra klinikken, og 4 fra pasienter ved skjermet avdeling. Også protokoll for ransaking i forbindelse med mistanke om alkohol, medikamenter, farlige gjenstander ble gjennomgått.

Tilsyn med vurderingsenheten omfattet mottak og vurdering av henvisninger med henblikk på kompetanse, konkrete faglige og differensialdiagnostiske vurderinger og kunnskap om behandlingsfaglige tilnærminger i de eksisterende behandlingstiltak.

Tilsyn med behandlingsenheten (døgnbasert behandling under 6 mnd varighet) la vekt på følgende områder: Kompetanse, utredning, behandling og avslutning av behandling.

Det ble ikke funnet avvik ved revisjonen, dette er definert som mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Det ble gitt 3 merknader, dette er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

Ved vurderingsenheten/behandlingsenheten

1. Pasienter som ønsker behandling ved Nordlandsklinikken selv om de ikke kan behandles innen fastsatt frist, blir registrert som "pasientbestemt utsettelse". Dette skjer uten at pasientene blir tilstrekkelig orientert om konsekvenser i forhold til rettigheter, og om ventetider ved andre institusjoner eller helseregioner.

Ved behandlingsenheten:

2. Nordlandsklinikken følger ikke i tilstrekkelig grad opp den plikt til utarbeidelse av individuell plan som framgår av lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5, jf lov om pasientrettigheter § 2-5.

3. De ansatte ved klinikken har lite kjennskap til system for avvikshåndtering, og systemet brukes for lite og usystematisk.

Siden det ikke ble funnet avvik har det ikke vært aktuelt å fastsette frister for å rette påpekte forhold.

Tilsyn med legemiddelhåndtering – systemrevisjon ved helseforetakene i Nordland 2006

Bakgrunn og gjennomføring

Spesielt gjennom meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er Helsetilsynet kjent med at området legemiddelhåndtering er utsatt for svikt. Feil i forbindelse med legemiddelhåndtering kan medføre betydelig skade på

pasient. Det fremgår av meldingene av svikt skjer både i forbindelse med ordinasjon og utdeling av legemidler. Med utdeling av legemidler forstås uttak av legemidler fra medisinskap eller rom, istandgjøring av pasientdoser og utlevering eller administrering av legemiddeldosene til den enkelte pasient.

På denne bakgrunn besluttet Helsetilsynet i Nordland å foreta tilsyn med legemiddelhåndteringen ved én avdeling ved hvert av de tre helseforetakene i fylket, henholdsvis ved Nordlandssykehuset HF barneavdelingen ("store barn") i Bodø, Helgelandssykehuset HF medisinsk sengepost i Mosjøen og Hålogalandssykehuset HF kirurgisk sengepost på Stokmarknes.

Område

Tilsynet ble avgrenset til hvordan forsvarlig legemiddelutdeling sikres i forbindelse med:

- **Ordnasjon**
Hvordan sikres forsvarlig kommunikasjon ved ordinasjoner
- **Istandgjøring**
Hvordan sikres det at rett medikament istandgjøres
Hvordan sikres det at rett dose istandgjøres
- **Utlevering**
Hvordan sikres det at rett pasient får medikamentet
Hvordan sikres det at rett dose utleveres
Hvordan sikres det at medikamentet administreres korrekt

Funn

Ved barneavdelingen i Bodø ble det ikke funnet avvik, dvs. brudd på lov- eller forskriftskrav.

Synonympreparater

Ved begge de andre tilsette avdelingene gis pasienten systematisk et ikke-ordinert synonympreparat når det ordinerte medikament ikke er tilgjengelig. Ofte ordinerer legene medikamenter uten å sjekke i sykehusets legemiddelliste/innkjøpsavtalen hvilke medikamenter avdelingen skal ha. Hvis avdelingen da ikke har det ordinerte medikamentet på lager, er rutinen at sykepleier gir pasienten et synonympreparat, som regel uten å konferere med lege. Aktuelt synonympreparat finner man ved å sjekke ATC-nummer i Felleskatalogen. Hvis sykepleier føler seg sikker på hvilket synonympreparat det ordinerte medikamentet har, konsulteres ikke Felleskatalogen. Dette er et avvik forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner § 8, nr 1, jf. hpl §§ 11 og 16. Det fremgår av legemiddelforsyningsforskriften at utdeling av legemidler til pasient bare bør skje etter skriftlig ordinasjon fra lege eller etter generelle skriftlige direktiv. I helsepersonelloven § 11 heter det at kun leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Virksomhet som yter helsehjelp, skal i henhold til § 16 i samme lov organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Når synonympreparat utdeles, er det et legemiddel som ikke er ordinert av lege. Det er også en risiko for at det ikke gis et synonympreparat, da mange legemidler har nesten likelydende navn. Begge sykehusene har nå rettet opp forholdet. Helsetilsynet i Nordland tilskrev ultimo september Sosial- og helsedirektoratet vedr. problemene rundt generisk bytte av medikamenter.

Dobbeltkontroll ved utdeling av medikamenter til injeksjon/ infusjon

Ved én av de tilsette avdelingene var det ikke rutine å foreta dobbeltkontroll av istandgjøring og utlevering av medikamenter til injeksjon/infusjon. Dette er et avvik fra forskrift om legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner § 8 nr. 3, der det heter at kontroll av legemidler til injeksjon/infusjon så vidt mulig skal kontrolleres av to personer.

Det er ikke utarbeidet rundskriv til forskrift om legemiddelforsyningen mv. til sykehus osv, men forskrift om legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten har en likelydende bestemmelse om at legemidler som skal injiseres eller infunderes så vidt mulig skal dobbeltkontrolleres. Av rundskrivet til denne forskriften fremgår at formuleringen ”så vidt mulig” må forstås slik at det skal kunne gis god begrunnelse for å fravike dette kravet. Videre fremgår det av rundskrivet at det følger av internkontrollplikten at virksomheten skal ha et system for å sikre etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen som retter seg mot virksomheten. De samme hensyn gjør seg gjeldene på sykehus som i kommunehelsetjenesten når det gjelder istandgjøring av medikamenter som skal injiseres/ infunderes. Da ordlyden i de to nevnte forskriftene er helt likelydende, må man kunne anta at lovgiver har ment at man kan legge samme fortolkning av bestemmelsen til grunn når det gjelder legemiddelhåndteringen i sykehus og andre helseinstitusjoner som det som fremgår i rundskrivet til forskrift om legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten. Ved den aktuelle virksomheten var den ingen rutine for å gjennomføre dobbeltkontroll, og det forelå ingen begrunnelse for hvorfor de ikke har det. Avviket er nå lukket.

Dokumentasjon på utdeling av legemidler

Ikke ved noen av de tilsette virksomhetene ble alle arbeidsoppgaver relatert til utlevering av legemidler dokumentert og dokumentasjonen lagret i pasientjournalen. Et sted ble det signert samlet på kurven for hver ilagt pasientdosett og ikke for hvert enkelt medikament som ble lagt i dosetten. Et annet eksempel er at dobbeltkontroll gjennomføres, men ikke dokumenteres i form av signatur på kurven. Et tredje eksempel er at den som leverer ut legemidlet til pasienten (og som ikke har istandgjort legemidlet), ikke dokumenterer på pasientens kurve at medikamentet nå er gitt. Noe av årsaken til manglende signatur kan skyldes at pasientkurven noen steder er utformet slik at det ikke er plass til signatur.

I forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner § 8 nr 5 et det et krav at det føres fortegnelse over all utdeling av legemidler til innvortes bruk. Det er ikke utarbeidet merknader til denne forskriften, men forskrift om legemiddelhåndteringen i kommunehelsetjenesten har en likelydende bestemmelse. Av merknaden til § 8 til denne forskriften fremgår at kravet om fortegnelse over utdeling av legemidler anses oppfylt forutsatt at legen signerer legemiddelantegningen på kurve, kardex eller liknende.

Når de forskjellige arbeidsoppgavene relatert til utdeling av legemidler ikke dokumenteres i pasientjournalen, er dette altså ikke et brudd på et myndighetskrav. Imidlertid mener både Helsetilsynet og de tilsette virksomhetene at dokumentasjon bør foreligge. Utdeling av legemidler til én pasient innebærer flere handlinger og disse utføres til dels av forskjellige personer. Det er da flere muligheter for svikt. Dokumentering av hver enkelt arbeidsoppgave er med på å sikre at alle ledd i legemiddelutdelingen blir gjennomført.

Avvikshåndtering

Ved to av tre avdelinger var det i ferd med å bli etablert en kultur for å melde avvik. Ansatte ved avdelingen fikk imidlertid sjelden endelig tilbakemelding mht. sykehusets/avdelingens konklusjon vedrørende avvik som var meldt. Alle virksomhetene ble derfor vurdert å ha et forbedringspotensiale når det gjaldt å bruke avviksmeldinger systematisk i sitt kvalitetsarbeid.

Systemrevisjoner ved kommunale legevakter i Nordland 2005-2006

Helsetilsynet i Nordland gjennomførte i perioden november 2005 - oktober 2006 tilsyn med legevaktstjenesten i fem kommuner i fylket: Bodø, Sørfold, Narvik, Rana og Øksnes. Tilsynet ble ikke avgrenset til "legevakten", men omfattet kommunenes øyeblikkelige hjelp-tjeneste hele døgnet.

lig hjelp-tjeneste hele døgnet.

Tilsynet ble innrettet for å kunne besvare følgende spørsmål

- **Hvordan kommunen har sikret tilgjengelighet til lege(vakt) hele døgnet, herunder:**
 - om pasienter får raskt telefonisk kontakt med lege
 - om øyeblikkelig hjelp-kapasiteten ved legekantoret på dagtid er tilfredsstillende
 - om legevakten er dimensjonert og fungerer slik at behov for øyeblikkelig hjelp- konsultasjon/-sykebesøk utenom ordinær arbeidstid blir ivare tatt.
- **Hvordan tilstrekkelig realkompetanse i legevaktarbeidet hos dem som deltar i legevaktarbeidet sikres, herunder:**
 - om de ansatte har nødvendig kompetanse vedrørende hvordan legevaken er organisert, i bruk av kommunikasjonsutstyr, om legevaktområdets geografi og gode nok norsk-kunnskaper
 - om de ansatte har kompetanse i bruk av akuttutstyr, samt generell medisinsk kompetanse.
- **Hvordan tilstrekkelig kommunikasjon mellom legevakt og øvrig helsetjeneste sikres, herunder:**
 - om det sendes epikrise til fastlege når det er nødvendig
 - om det er etablert rutiner for samarbeid med andre deler av den kommunale helsetjenesten, så som hjemmesykepleien og psykiatritjenesten.
- **Hvordan forsvarlig journalføring og øvrig dokumentasjon av henvendelser sikres, herunder:**
 - om det føres journal ved alle telefonhenvendelser der det gis medisinsk råd
 - om det føres tilstrekkelig journal ved konsultasjoner/sykebesøk.

Viktige funn som angikk flere kommuner er gjengitt nedenfor. Funnene baseres på dokumentasjon fremlagt av kommunene, intervjuer med ansatte og gjennomgang av journaler og

legevakt(sentral)logger. Fullstendig rapport for hver kommune finnes på www.helsetilsynet.no.

Tilgjengelighet

I tre av fem kommuner var det ikke et system som sikret at lege var kontinuerlig tilgjengelig i det lukkede kommunikasjonsnett for helsetjenesten. Dette er et avvik fra forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 8, jf. § 4 hvor det heter: De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten. Ved at helsepersonell i vakt er tilgjengelig i et lukket radionett styrkes mulighetene for effektiv samhandling mellom de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Det er derfor av vesentlig betydning at leger i vakt alltid er tilgjengelig i dette kommunikasjonsnett og at det er system for opplæring og vedlikehold av ferdigheter mht. bruk av helseradioen. Manglende erfaring hos vaktlege i bruk av kommunikasjonsutstyret kan innebære at vedkommende faktisk ikke er tilgjengelig ved oppkalling og heller ikke selv kan bruke helseradioen når dette er påkrevd.

Tre av fem kommuner hadde ikke ett fast legevaktnummer som var betjent hele døgnet. Dette er et avvik fra forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 7 a). Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 at kommunehelsetjenesten også skal omfatte medisinsk nødmeldetjeneste. Dette innebærer at kommunen skal etablere et fast legevaktstnummer hvor befolkningen hele døgnet kan melde fra om behov for øyeblikkelig hjelp direkte til kvalifisert helsepersonell. Det kan føre til uforutsigelig tids-spille dersom mennesker i akutte situasjoner må forholde seg til flere telefonnummer. De kan bli usikre på hvilket nummer de skal ringe på den aktuelle tiden på døgnet og dermed måtte ringe mer enn ett telefonnummer for å komme fram til vakthavende helsepersonell. Man risikerer også å bli møtt av en telefonsvarer.

Kompetanse

Én kommune ble gitt avvik pga. at det ikke var etablert et system for som sikret nødvendig opplæring av nyansatte og vikarer ved legevakten. Dette er et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 6-1 hvor det heter at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. I tre andre kommuner ble det

påpekt et forbedringspotensiale på dette området. I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 6-1 plikter enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Systematisk opplæring av helsepersonell i bruk av utstyr og kommunikasjonsmessige kunnskaper og ferdigheter samt faglig opplæring er med på å sikre at legevaktspasienter får forsvarlig helsehjelp.

Kommunikasjon

To kommuner fikk en merknad om at det ikke var etablert et system som sikrer at epikrise alltid sendes fastlegen i tilfeller hvor dette med fordel kunne vært gjort. I følge kommunehelsetjenesteloven § 1-3a skal kommunen planlegge, organisere og lege til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov, jf. også helsepersonelloven § 16 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. I henhold helsepersonelloven § 45 skal helsepersonell, dersom ikke pasienten motsetter seg det, gi opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på en forsvarlig måte. Det skal foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av å utveksle slike opplysninger. Det er viktig at det er etablert et internkontrollsystem som sikrer at epikrise sendes fastlege på bakgrunn av en relevant medisinsk faglig vurdering. I to andre kommuner kunne det ikke med sikkerhet fastslås om epikrise blir sendt når det er nødvendig, men det kom ved tilsynet frem at ev. oversendelse av epikrise ikke journalføres.

Dokumentasjon

Ved tre legevaktsentraler ble det påpekt mangelfulle rutiner mht. å sikre journalføring av telefonrådene som gis øyeblikkelig hjelp-pasienter som ikke mottas til konsultasjon. I følge forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 10 c) må LV-sentralene ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon. I henhold til forskrift om pasientjournal § 8 d) skal journalen inneholde opplysninger om helsehjelp gitt ved telefonkontakt med pasienten, dersom slike opplysninger er relevante og nødvendige. Det er viktig å etablere gode journalføringsrutiner for å sikre at relevant kommunikasjon vedrørende pasienten blir dokumentert. I de aktuelle kommunene ble telefonkonsultasjoner der lege ikke var involvert hovedsakelig bare dokumentert i loggen, ikke i den enkelte pasients journal.

Ved to legevakter ble aktiviteten ikke logget. Ved to legevaktsentraler som er åpne utenom legevaktens åpningstid var loggføringen mangelfull ved at tidspunkt for telefonhenvendelser til legevaktsentral ikke konsekvent ble dokumentert og at henvendelsene sjelden var påført prioritet. Dette er ikke et direkte avvik fra et myndighetskrav, men i henhold til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 10 bør viktig trafikk logges. Med logging menes en systematisk og kronologisk registrering av virksomhetens aktiviteter.

Øvrig

I fire av de fem kommunene er legevaktsentralen lagt til sykehus og benytter sykehusansatt personell. Legevakten er for tre kommuner vedkommende også helt eller delvis lokalisert til sykehus og bruker sykehusansatte sykepleiere. I tre av de fire kommunene synes det å være et forbedringspotensiale hva angår å ha oversikt over aktiviteten ved legevaktsentral og legevakt, for eksempel i form av samarbeidsmøter med sykehuset eller rapporteringskrav fra legevakt(sentral). Det er kommunens ansvar å sørge for forsvarlige legevaktstjenester til befolkningen og andre som oppholder seg i kommunen. Også når oppgaver overlates til andre, må kommunen ha et system for å overvåke driften

Landsomfattende tilsyn i 2007

Statens helsetilsyn har besluttet områdene som skal undersøkes gjennom landsomfattende tilsyn i 2007.

Landsomfattende tilsyn betyr at fylkesmennene og/eller Helse-tilsynet i fylkene gjennomfører tilsyn med samme tema i alle

fylker, vanligvis som systemrevisjoner.

Tilsynene som er besluttet for 2007 er:

- Kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser
- Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus
- Avlastnings- og støttekontaktjenester etter sosialtjenesteloven

Tilsynene gjennomføres som systemrevisjoner. Det innebærer at det legges vekt på om virksomhetene styres slik at de sikrer etterlevelse av kravene i sosial- og helselovgivningen.

Hvorfor opplyse om områdene på forhånd?

Formålet med tilsynet er å sikre forsvarlige sosial- og helsetjenester. Som et ledd i prosessen med å velge tilsynstemaer har Helsetilsynet vurdert om det er risiko for at tjenestene ikke er gode nok. Ved å rette oppmerksomheten mot sårbare områder og områder med fare for svikt, ønsker tilsynsmyndigheten å få virksomhetene til å iverksette tiltak for å bedre tjenestene. Oppmerksomhet om tilsyn og tilsynstema er virkemiddel for å bidra til forbedringer.

Ved utvelgelse av områder for landsomfattende tilsyn vil Statens helsetilsyn særlig rette oppmerksomheten mot områder der internkontroll er påkrevd for å sikre forsvarlige tjenester. Det kan for eksempel være områder hvor det ytes tjenester til mottakere som har vansker med å ivareta sine interesser og rettigheter. Gjennom internkontroll skal virksomhetene selv iverksette tiltak som sikrer tjenestemottakerne deres rettigheter, og forbedrer tjenesteområder der konsekvensene av svikt er alvorlige for tjenestemottakerne.

De landsomfattende tilsynene i 2007

For 2007 forberedes tre landsomfattende tilsyn, ett rettet mot den kommunale helse- og sosialtjenesten, ett mot spesialisthelsetjenesten og ett mot sosialtjenesten.

Kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser

Tilsynet skal rette oppmerksomhet mot kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. I den forbindelse skal tilsynet blant annet undersøke hvordan kommunene fanger opp personer som har behov for hjelp, utreder deres hjelpebehov og sikrer tilstrekkelige tjenester som personene har krav på. Tilsynet skal også undersøke hvordan kommunene følger opp pasientene under behandling og koordinerer nødvendige tjenester, og hvordan samhandlingen og tilretteleggingen for tjenester etter utskrivning fra institusjonsopphold blir ivaretatt.

Et sentralt forhold i dette tilsynet er hvordan sosial- og helsetjenestene er koordinert for å sikre tilstrekkelig hjelp til personer med alvorlige psykiske lidelser.

Avlastnings- og støttekontaktjenester etter sosialtjenesteloven

Fylkesmennene skal gjennom dette tilsynet undersøke om kommunene sikrer en forsvarlig tildeling av avlastnings- og støttekontaktjenester og at de sikrer at avlastere og støttekontakter har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter.

Tilsynet skal rettes mot tjenester til alle aktuelle brukergrupper, men skal ikke undersøke avlastningsopphold i såkalte barneboliger og støttekontaktjenester under opphold i slike boliger. Denne avgrensningen er gjort fordi det planlegges et landsomfattende tilsyn rettet mot slike boliger på et senere tidspunkt.

Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

Dette er et tilsyn rettet mot spesialisthelsetjenesten. Temaet er valgt fordi sykehusenes akuttmottak illustrerer flere aktuelle problemstillinger ved organisering og drift av spesialisthelsetjenester. Akuttmottakene har særlige utfordringer ved at aktiviteten er uforutsigbar, og at de leger som arbeider der har sin styringslinje i ulike avdelinger/klinikker/divisjoner. Dette krever forening av ansvar og myndighet og organisatoriske og styringsmessige tiltak for å sikre faglig forsvarlig virksomhet.

Tilsynet skal omfatte den delen av virksomheten som yter tjenester fra en pasient ankommer til vedkommende forlater et akuttmottak. I tilsynet skal det særlig legges vekt på tjenestene til pasienter som kommer inn med uavklarte diagnoser, og på situasjoner som kan betegnes som hverdagskriser, det vil si når den løpende belastningen blir uvanlig stor uten noen forutgående dramatisk hendelse. Tilsynet vil se på forholdet mellom faglige og styringsmessige utfordringer i mottaket.

Tilsyn med sykehjem

Helsetilsynet i Nordland har de siste 6 årene gjennomført 5-7 systemrevisjoner hvert år med helsetjenesten ved utvalgte sykehjem. Gjennomgående tema for disse tilsyn har vært grunnleggende behov, legemiddelhåndtering og journalføring. Saksbehandling har tidligere vært et sentralt tema, men har vært nedtonet som eget tilsynsystem da vi over tid har

sett en positiv utvikling på dette område. De siste to år har smittevern og infeksjonskontrollprogram blitt tatt inn som fast tema.

Det fremkommer ofte bekymringsmeldinger og klager på forholdene i sykehjem, bl.a gjennom media og muntlige og skriftlige henvendelser. Bekymringene gjelder i hovedsak medikamenthåndtering, og manglende oppfyllelse av grunnleggende behov herunder bruk av skjermingstiltak, manglende enerom og manglende aktivitetstilbud til pasientene.

Kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften er to sentrale forskrifter som skal medvirke til at tjenestene etter helselovgivningen blir ivaretatt på en kvalitetsmessig og god måte. Foruten disse to er også journalforskriften, forskrift om legemiddelforsyning mv i den kommunale helsetjeneste og nye krav om å utarbeide infeksjonskontrollprogram sentrale i forhold til kvaliteten på tjenestetilbudet i sykehjem.

I 2006 ble det gjort tilsyn med helsetjenesten ved sykehjem i Fauske, Vefsn, Herøy, Hemnes og Bodø kommune

Grunnleggende behov

4 av 5 kommuner fikk avvik på grunn av at det ikke var etablert sikre system som sikret at grunnleggende behov ble ivaretatt. Gjennomgående funn viste at innholdet i kvalitetsforskriften var lite kjent ute i virksomheten. Det er ofte ikke etablert noe system for å utarbeide tiltaksplaner eller pleieplaner på individnivå. Fysiologiske behov som gjelder mat, drikke og pleie synes ivaretatt, men det er et generelt problem ved de fleste sykehjem at det er få tilbud om psykososial stimulering, aktivitet og fysisk trening. Behov for fysioterapeut er ofte større en det tilbudet som gis. To av sykehjemmene hadde ikke tilbud om enerom til alle på langtidsopphold. Alle sykehjemmene hadde etablert kontakt med tannhelsetjenesten.

Dokumentasjonsplikt

Tilsynet avdekket mangler og svikt i forhold til kravene i journalforskriften i alle kommunene. Avvikene var i hovedsak knyttet opp til organisering av journalen og manglende struktur, uryddig journalsystem ofte en kombinasjon av papirsystem og elektronisk dokumentasjonssystem. Videre fant tilsynet at det gjennomgående ikke ble registrert at pasienten manglet samtykkekompetanse.

Legemiddelhåndtering

På dette området ble det ikke påpekt avvik i noen kommuner.

Smittevern

Det er nå krav om at alle sykehjem skal ha et infeksjonskontrollprogram, et slikt program skal omfatte alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i institusjonen.

3 av 5 kommuner hadde ikke utarbeidet nødvendig skriftlig dokumentasjon for infeksjonsforebyggende og infeksjonsovervåkende tiltak som skal inngå i et infeksjonskontrollprogram.

Folkehelsearbeid i 2006, med særlig vekt på ernæring og vektøkning

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter mange tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å:

- utvikle et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og en sunn livsstil
- fremme trygghet og medvirkning for den enkelte og gode oppvekstvilkår for barn og ungdom
- forebygge sykdommer og skader.

Som en oppfølging av stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, har det kommet flere viktige dokumenter fra nasjonalt hold til hjelp i utformningen av det lokale folkehelsearbeidet

- Handlingsplan for fysisk aktivitet
- Ny strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2006 – 2010
- Handlingsplan for et bedre kosthold 2007 – 2011
- Stortingsmelding om sosial ulikhet i helse

Et sunt kosthold er viktig for å beholde god helse. Dette er noe de fleste vet, men ikke alle vet hva et sunt kosthold er. Utviklingen de senere årene viser et stadig økende antall overvektige og fete mennesker her i landet. Med de konsekvenser dette har for helsa, er det nødvendig å sette inn tiltak som kan bidra til å bremse denne uhendige utviklingen. Vi vet at overvekt og særlig kombinert med inaktivitet, kan føre til ulike livsstilssykdommer som diabetes type 2, hjerte-kar lidelser og enkelte kreftformer. Derfor er fokus på kosthold en viktig del av folkehelsearbeidet.

Ernæringsarbeidet i helseavdelingen hos Fylkesmannen i Nordland har i 2006 vært preget av samarbeid med ulike aktører fra offentlig og privat sektor. Det ble etablert en ressursgruppe som jobber med ernæring på ulike måter. Gruppen består av fagfolk som alle har ernæring som en del av jobben, i større eller mindre grad. Gruppen bidrar med faglige innspill overfor fylkesmannens folkehelserådgiver, og er på den måten viktige bidragsyttere i folkehelsearbeidet. Ressursgruppe ernæring har i 2006 hatt fokus på å utarbeide en oversikt over ressurspersoner med ernæringskompetanse i fylket. Flere av gruppemedlemmene blir brukt som foredragsholdere, og opplever stor etterspørsel etter kunnskap. Dessuten har flere av medlemmene i ressursgruppa spesialkompetanse innen ernæring, og brukes som foredragsholdere. Henvendelsene kommer både fra barnehage,

skoler, SFO, foreldre. Det er behov for ernæringskompetanse hos alle ansatte i barnehagene. Vi har fått laget en power-point-presentasjon, med råd om kosthold og ernæring til praktisk bruk for lekfolk i skole og barnehager.

Det er et mål for ernæringsarbeidet i Nordland at statens anbefalinger / retningslinjer for skolemåltidet/mat i barnehager/ serveringssteder følges. I barnehager og skoler må kosthold/kostprofil inn i årsplaner, og følges av en praktisk-pedagogisk metode. Noen steder er dette allerede inne, mens andre steder er dette ikke på plass.

Barn og unge i Norge spiser omtrent halvparten av anbefalt inntak av frukt og grønt per dag. Vi vet ikke det nøyaktige tallet for Nordland, men det er liten grunn til å tro at barn og ungdom her spiser mer frukt og grønnsaker enn ellers i landet. Det eksisterer ulike prosjekter og ordninger som alle søker å bidra til et sunnere kosthold blant barn og unge, et av dem er abonnementsordningen for frukt og grønt. I Nordland deltar nå 58% av grunnskolene i denne abonnementsordningen. Likevel er elevdeltakelsen forholdsvis lav, bare 21% av det totale antall elever ved nordlandsskolene deltar i denne ordningen. Det finnes andre fruktordninger ved noen skoler, som for eksempel at skolen eller enkeltklasser har avtale med den lokale kjøpmannen om å få eller kjøpe billig frukt, men vi har ikke noen oversikt over alle de ulike ordningene. Imidlertid er det en eller annen form for fruktordning ved 134 grunnskoler i fylket.

Det nasjonale prosjektet "Fysisk aktivitet og måltider i skolen" er inne i sitt siste år. I Nordland er imidlertid denne satsingen koblet til satsingen "Helsefremmende skoler", og videreført i tre år til, fra 01.08.07.

Egen prosjektleder ble ansatt for tre år fra 01.08.2004. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Nordland fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland.

Prosjektleder har holdt kurs og samlinger, og til nå har 743 lærere fra 174 forskjellige skoler deltatt. Samlinger er gjennomført i alle Nordlands 9 regioner. Barnehagene i Fauske, Bodø, Alstahaug, Dønna og Herøy kommune har deltatt på kurs i ernæring og fysisk aktivitet.

De aller fleste skolene i Nordland har daglig fysisk aktivitet og fokus på skolemåltidet, også de som ikke har fått midler eller deltatt på kurs. Nordland fylkeskommune har installert vannkjølere og

elevene har fått drikkeflasker. 4 barne- og ungdomsskoler har vannkjøler. Noen skoler har ulike måltidsordninger med eller uten foreldrebetaling. To skoler har gratis måltid for elevene takket være sponning.

En del tilbakemeldinger fra skolene peker på at skolefruktordninga i sin nåværende form, ikke når ikke de som trenger den mest, (jfr. gradientutfordringen). 25 skoler har ordning med måltid og ytterligere 45 har kantineordning, tallene kan være større da disse er basert på de rapportene som foreligger.

I samarbeid med Nordland Fylkeskommune har Fylkesmannen i Nordland finansiert underprosjekter med fokus på ernæring, kosthold og fysisk aktivitet, her nevnes to eksempler:

- Sprekere skolebarn, 6 skoler med oppfølging fra idrettskretsen med fokus på fysisk aktivitet gjennom idrett.
- ”MER-kampanjen” er en satsing Opplysningskontoret for frukt og grønt har på at barn og unge skal spise mer frukt og grønt. Denne spesielle satsingen gjelder tilbudet på idrettsarrangementer. Idrettslagene får tilført gratis utstyr for oppkutting av frukt ved å melde seg på, og rapporterer inn resultatene. Så langt ser det ut til at folk gjerne kjøper oppkuttet frukt i stedet for sjokolade og kaker, som tradisjonelt har vært en stor del av mattilbudet ved idrettsarrangementer.

Grønne kantiner

Fylkeskommunen eier og driver de fleste kantine i videregående skoler. Fylkesmannen i Nordland har i samarbeid med fylkeskommunen arrangert kurset ”Grønne kantiner” for kantineansatte ved videregående skoler senhøsten 2006. Kurset var meget populært, og det blir spennende å følge utviklingen i serveringstilbudet i kantine framover. Det foreligger planer om å arrangere kurs for de resterende kantineansatte vinteren 2007, samt trinn II av dette kurset for alle kantineansatte i løpet av våren 2007.

Planer for det videre arbeidet med helsefremmende skoler

- Undersøkelse gjennomføres i *alle* Nordlands skoler for å få vite hvor mange som har nådd kriteriene for fysisk aktivitet og skolemåltid. I tillegg vil vi forsøke å få en oversikt over hvilke skoler som (og i hvor stort omfang) har atferdsprogram og tiltak mot tobakk.
- økt fokus på videregående skoler, 2-3 modellskoler vil bli valgt
- Grønne kantiner, det utarbeides en helhetlig plan og kursrekke tilbys
- Barnehager og SFO tas i enda større grad med i arbeidet.
- Fortsatt satse på kurs i fysisk aktivitet og kost/ernæring
- Enda bedre koblinger mot helsetjenesten, de kommunale FYSAK-koordinatorene og frivillige lag og foreninger.

Andre tiltak, som i hovedsak gjelder den voksne befolkningen. Fylkesmannen i Nordland har i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune arrangert kurslederkurs i kostveiledning for brukere av grønn resept og andre med behov for hjelp til omlegging av livsstil, med vekt på kostholdet. Dette er et ledd i oppfølgingen og videreutviklingen av grønn resept-ordningen. Kurset gikk over to dager og har vært utviklet og utprøvd i to kommuner før det ble arrangert i Nordland. Hovedvekten var lagt på en gjennomgang av kurskonseptet med fordypning i endringsfokuseret veiledning. Det var 40 deltakere, en del fra skolesektoren, men de fleste fra helsesektoren. Vi vet at det har vært arrangert kostveiledningskurs i noen kommuner i etterkant av kurset, men har ikke oversikt over hvor mange.

I noen kommuner har det vært gjort forsøk med overvektsbehandling av barn og unge, noen med støtte fra Fylkesmannen. Det er for tidlig å si noe om resultatene av disse tilbudene, som har vart kun et halvt år. Behovet for slike tilbud ser imidlertid ut til å øke, også blant barn og unge.

Rapport om opptrappingsplanen psykisk helse

Nordland fylke mottok i 2006 over 133 millioner kroner i øremerket tilskudd til psykisk helsearbeid. I henhold til statistikk for 2004 vet vi at dette finansierte nærmere 240 årsverk. Fylket ble innvilget 1,5 millioner kroner i tilskudd til videreutdanning for i alt 34 studenter. I tillegg har staten gitt tilskudd til bygging av 167 boliger for psykisk syke i Nordland i perioden fra 1998 til 2007. Det gjenstår ferdigstilling av 54 boliger pr. utgangen av 2006. I henhold til styringshjulet, viser det seg at fylket ligger godt over landsgjennomsnittet hva angår antall årsverk til oppfølging i bolig, det bevilges også mer tilskudd pr. innbygger til brukerorganisasjoner.

Fylkesmannens oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse har fortsatt hatt høy prioritet. Individuell oppfølging av de fleste av

kommunene har vært det viktigste virkemidlet, sammen med arrangement av ulike seminarer, kurs, møter og samlinger.

En sentral oppgave for Fylkesmannen har vært oppfølging av bruken av individuell plan, samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforretak/DPS-er. Det har også vært et ekstra fokus på den nye veilederen for psykisk helsearbeid voksne i kommunene, samt gjennomføring av opplæringsprogrammene i skolesatsningen "Psykisk helse i skolen". Samarbeidet internt hos Fylkesmannen innen rusområdet er også prioritert, særlig med fokus på dobbeltdiagnosene. Det har også vært et utstrakt samarbeid innen psykisk helse og arbeid, "Vilje viser vei" (på fylkes- og nasjonalt plan) og storbysatsningen (i Bodø). Grønn omsorg-prosjektet gikk inn i en ny periode i fylket i 2006.

Ny nettside om forskrivningen på resept – Reseptregisteret

Folkehelseinstituttet har opprettet en nettside, www.reseptregisteret.no, med opplysninger om bruk av legemidler på resept. Opplysninger kan hentes ut fordelt på aldersgrupper, kjønn og fylke/helse-region. Data for årene 2004 og 2005 er inkludert. Tall for 2006 vil legges ut på nettsidene fra mai 2007.

Reseptregisteret uttrekksløsningen: Prevalens

folkehelseinstituttet
www.fhi.no

Kunnskap for folkets helse

Startside Reseptregisteret

Statistikk fra Reseptregisteret

Velg legemidler via legemiddelgrupper

- ADHD-midler
- Allergimidler
- Antibiotika
- Antidepressiva
- Astma- og KOLS-midler
- Biologiske midler / biologiske medikamenter

Velg legemidler via ATC-systemet

- A Fordøyelsesorganer og stoffskift
- B Blod og bloddannende organer
- C Hjerte og kretslap
- D Dermatologiske midler
- G Urogenitalsystem og kjønnsormoner
- H Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønshormoner og insulin

Velg legemidler via produktnavn og/eller virkestoff

Virkestoff: Produktnavn:

Måltall

- Antall brukere
- Brukere per 1000 Innbyggere
- Befolkningsgrunnlag
- Omsetning i kroner
- Omsetning i doser (DDD)

Periode

2006 (Kommer mai 07)

2005

2004

Kjønn

- Begge kjønn
- kvinne
- Mann

Alder

- Alle aldre
- 0 - 9
- 10 - 19
- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49

Bosted

- Hele landet
- Helseregion Midt-Norge
- Helseregion Nord-Norge
- Helseregion Sør
- Helseregion Vest
- Helseregion Øst
- Akershus
- Aust-Agder

Noen interessante sammenligningstall for kommunene i Nordland

| | Befolkning 1.1.2000 | Befolkning 1.1.2006 | Indeks 2006 * | Ressursbruk pr. innbygger til helse, sosial og pleie/ /omsorg 2005** |
|--------------|------------------------|------------------------|------------------|---|
| Bodø | 41 367 | 44 992 | 5,6 | 11 795 |
| Narvik | 18 600 | 18 365 | 7,1 | 16 622 |
| Bindal | 1 921 | 1 741 | 5,7 | 26 081 |
| Sømna | 2 116 | 2 048 | 5,6 | 18 597 |
| Brønnøy | 7 433 | 7 565 | 7,3 | 15 903 |
| Vega | 1 414 | 1 308 | 6,7 | 23 814 |
| Vevelstad | 592 | 515 | 5,3 | 27 666 |
| Herøy | 1 881 | 1 725 | 7,9 | 20 630 |
| Alstahaug | 7 440 | 7 306 | 7,0 | 14 561 |
| Leirfjord | 2 242 | 2 156 | 6,7 | 16 267 |
| Vefsn | 13 553 | 13 440 | 7,1 | 15 780 |
| Grane | 1 652 | 1 543 | 5,3 | 17 334 |
| Hattfjelldal | 1 634 | 1 503 | 4,9 | 21 703 |
| Dønna | 1 582 | 1 507 | 7,4 | 23 892 |
| Nesna | 1 882 | 1 769 | 7,7 | 17 687 |
| Hemnes | 4 689 | 4 542 | 6,6 | 19 854 |
| Rana | 25 255 | 25 355 | 8,0 | 15 134 |
| Lurøy | 2 107 | 1 971 | 5,0 | 22 099 |
| Træna | 466 | 453 | 6,1 | 24 221 |
| Rødøy | 1 570 | 1 376 | 5,0 | 29 272 |
| Meløy | 6 796 | 6 715 | 5,6 | 18 013 |
| Gildeskål | 2 351 | 2 107 | 6,0 | 27 694 |
| Beiarn | 1 311 | 1 159 | 4,1 | 23 845 |
| Saltdal | 4 887 | 4 751 | 8,1 | 27 898 |
| Fauske | 9 632 | 9 551 | 7,7 | 15 421 |
| Skjerstad | 1 098 | - | - | - |
| Sørfold | 2 367 | 2 119 | 7,6 | 22 543 |
| Steigen | 2 977 | 2 760 | 7,3 | 22 902 |
| Hamarøy | 2 008 | 1 821 | 7,4 | 25 865 |
| Tysfjord | 2 302 | 2 118 | 7,7 | 24 769 |
| Lødingen | 2 471 | 2 314 | 7,6 | 19 829 |
| Tjeldsund | 1 527 | 1 396 | 6,7 | 19 210 |
| Evenes | 1 523 | 1 365 | 7,1 | 25 531 |
| Ballangen | 2 775 | 2 701 | 8,7 | 19 039 |
| Røst | 666 | 598 | 6,3 | 19 654 |
| Værøy | 775 | 748 | 5,1 | 21 575 |
| Flakstad | 1 575 | 1 454 | 5,9 | 19 889 |
| Vestvågøy | 10 750 | 10 797 | 7,4 | 16 426 |
| Vågan | 9 229 | 9 021 | 8,9 | 15 341 |
| Hadsel | 8 321 | 8 001 | 8,0 | 16 691 |
| Bø | 3 288 | 2 946 | 8,3 | 23 920 |
| Øksnes | 4 758 | 4 567 | 8,6 | 18 452 |
| Sortland | 9 230 | 9 639 | 7,9 | 15 823 |
| Andøy | 5 744 | 5 245 | 7,6 | 19 311 |
| Moskenes | 1 352 | 1 183 | 5,1 | 20 256 |

Kilde: Styrings- og informasjonshjulet 2006, Sosial- og helsedirektoratet.

* Samleindeksen 2006 uttrykker den gjennomsnittelige verdien på 7 indikatorer for levekårsproblemer. Disse indikatorene er: Sosialhjelp, dødelighet, uføretrygd, attføringspenger, vold, arbeidsledige og overgangsstonad. Jo høyere verdi, jo flere levekårsproblemer sammenlignet med andre kommuner. I indeksen har en ikke tatt hensyn til at tallene for en del små kommuner er statistisk usikre. Det bør derfor vises varsomhet i tolkningen av indeksen for små kommuner.

** Brutto driftsutgifter i kroner per innbygger 2005 til den samlede helse-, sosial-, og pleie- og omsorgstjenesten.

Litt færre aborter i fjor

Det ble foretatt rundt 100 færre aborter i Norge i 2005 enn året før. Nedgangen var størst i Nordland, mens blant andre Oslo og Vest-Agder hadde en liten økning. Tallet på tenåringsaborter er fremdeles på et lavt nivå sammenlignet med 1980- og 1990-tallet.

I 2005 ble det utført 13 989 svangerskapsavbrudd mot 14 071 i 2004. Regnet per 1 000 kvinner var det 12,9 aborter i aldersgruppen 15-49 år i 2005 og 13,1 i 2004. Tallene er med andre ord stabile og har endret seg lite fra 2004 til 2005.

Flest aborter utføres i aldersgruppen 20-24 år, deretter faller antall aborter med økende alder.

Mer i nemndene

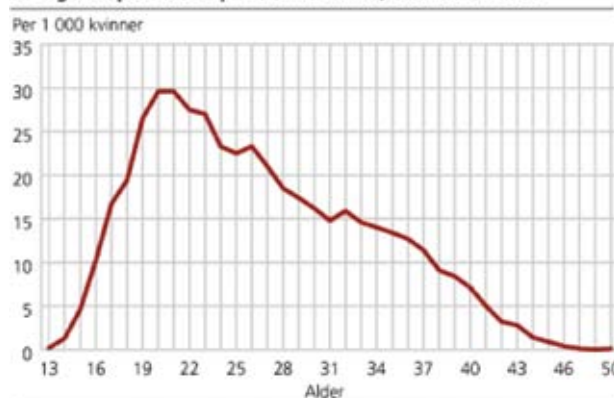
De aller fleste abortene utføres før 12 uker. 4,1 prosent er såkalt nemndbehandlede svangerskapsavbrudd som utføres etter 12. uke. I 2005 ble det utført 580 svangerskapsavbrudd etter behandling i nemnd. Det har likevel vært en stigning i nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i de senere år, fra om lag 500 i 2000/2001 til 510 i 2003 og 530 i 2004.

Flest i Finnmark

Finnmark har flest svangerskapsavbrudd i forhold til folketallet med 18,8 aborter per 1 000 kvinner i aldersgruppen 15-49 år.

Aborttallene er lavest i Sogn og Fjordane og Rogaland med 9,5 aborter per 1 000 kvinner i alderen 15-49 år.

Svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner, etter alder. 2005



Færre tenåringsaborter

Antallet tenåringsaborter er nesten uforandret fra 2004 til 2005. Per 1 000 kvinner 15-19 år ble det utført 15,4 aborter i 2005 mot 15,7 i 2004.

Finnmark og Troms hadde den høyeste andelen tenåringsaborter i 2005 med 26,2 aborter per 1 000 kvinner i aldersgruppen. Laveste abortrate blant tenåringer hadde Vest-Agder, med 11,4.

Andelen tenåringsaborter er på et lavere nivå enn på 1980- og 1990-tallet. På 1980-tallet ble det utført om lag 22 aborter per 1 000 kvinner i aldersgruppen 15-19 år, på 1990-tallet var raten om lag 19, mens tallet i 2005 altså var 15,4.

Medikamenter

Abortframkallende medikamenter benyttes ved en stadig større andel av svangerskapsavbruddene til og med uke 9. I 2005 ble 5 259 aborter eller 45,5 prosent utført ved hjelp av medikamenter, en økning fra 1 917 aborter i 2000.