



# Helsetilsynet i Telemark

## Fylkesmannen i Telemark

Sosial- og helseavdelingen



Foto Aslak Thorsen

# MEDISINALMELDING

## 2005

# Innhold

<b>Forord.....</b>	<b>5</b>
<i>Innsyn og tilsyn.....</i>	<i>5</i>
<b>Del 1 Helseregion Sør.....</b>	<b>7</b>
<i>Utviklingstrekk for forbruk av medikamenter ved AD/HD.....</i>	<i>7</i>
<i>Infeksjonssykdommer i Buskerud, Vestfold, Telemark og Agder-fylkene.....</i>	<i>9</i>
<i>Familie, fødsler, aldersutvikling, trygd.....</i>	<i>11</i>
<i>Spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>14</i>
<i>Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>17</i>
<i>Forholdene mellom effektivitet og kvalitet.....</i>	<i>19</i>
<b>Gjesteskribenter .....</b>	<b>22</b>
<i>Samarbeidsprosjekt mellom Kommunenes sentralforbund og Helse Sør.....</i>	<i>22</i>
<i>Bedre samhandling til beste for pasienten.....</i>	<i>24</i>
<i>Tilsyn med helsetjenesten – en helseminister ser tilbake.....</i>	<i>28</i>
<i>Samfunnsmedisinske erfaringer fra kommuneåret 2005.....</i>	<i>30</i>
<b>Del 2 Telemark.....</b>	<b>32</b>
<i>Kommunehelsetjenesten.....</i>	<i>32</i>
<i>Tannhelsetjenesten.....</i>	<i>37</i>
<i>Tilsynserfaring i Telemark.....</i>	<i>38</i>
<i>Nasjonale handlingsplaner og satsingsområder.....</i>	<i>44</i>
<i>Forvaltningssaker .....</i>	<i>52</i>
<i>Ansatte i sosial- og helseavdelingen i 2005.....</i>	<i>55</i>

## MUR

Det kan verta ein god mur

av gamal stein,

når ein legg han godt

og måtar han til.

Men han er kanskje feil hoggen

og ulagleg, kalk etter gamal fuging

heng att, ein ser han har vore i mur fyrr.

Best er det å skjota ut ny stein,

hogga han til slik ein vil ha han,

so ein fær gode band

og god vis.

Då fær du ein stød mur.

Og du kan segja han er din.

*Olav H. Hauge, fra Dikt i samling*



Bildet på forsiden er tatt på Jomfruland i Kragerø kommune © Fotograf Aslak Thorsen i Varden

---

Denne publikasjonen kan også leses på [www.fylkesmannen.no/telemark](http://www.fylkesmannen.no/telemark)



## Forord

### Innsyn og tilsyn

Medisinalmeldingen 2005 er delt inn i to hoveddeler. Del 1 har artikler om Helseregion Sør. Del 2 omhandler forhold i Telemark.

Store pasientgrupper er avhengige av at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som er forankret i henholdsvis kommunene og de statlige helseforetakene. Men både store kommuner og helseforetak er komplekse organisasjoner med et mangfold av organisatoriske enheter. Dette innebærer store utfordringer med hensyn til samhandling.

I 2005 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn som undersøkte hvordan 60 norske kommuner sikrer at personer med sammensatte og langvarige behov for helse- og sosialtjenester fikk et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Funnene fra dette tilsyn viser at mange kommuner har et betydelig forbedringsarbeid å gjøre for å sikre at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov får et samordnet og sammenhengende tjenestetilbud som er forsvarlig.

To av gjesteskribentene i Medisinalmeldingen for 2005 tar opp noen av utfordringene når det gjelder samhandling.

Vegard Høgli, fagsjef i Helse Sør RHF, redegjør for *"Helsedialog"*, et samarbeidsprosjekt mellom Kommunenes Sentralforbund og Helse Sør Regionalt Helseforetak.

I en annen artikkel skriver Bjørnar Nyen om sine erfaringer fra tiltak for å *bedre samhandlingen til beste for pasienten*.

Pål Iden redegjør på sin side for samfunnsmedisinske erfaringer fra tre kommuner i Midt-Telemark.

Fylkestannlege Tor Hildre beskriver status for tannhelsetjenesten i fylket.

Det blir flere eldre nordmenn i årene som kommer. Innenfor Helseregion Sør er Telemark det fylket som har størst andel av innbyggerne i aldersgruppen 67 år og eldre. Særlig i aldersgruppen 80 år og eldre er andelen høy i dette fylket. Dette gir grunn til å sette søkelyset på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.

I en av artiklene i denne Medisinalmeldingen reiser rådgiver Audhild Arnesen hos Fylkesmannen i Telemark nettopp spørsmålet: *Hva skjer med syke Eldres rett til helsehjelp?*

Ny kunnskap og ny teknologi endrer oppgavene og forskyver grensene for hva medisinen og helsetjenesten kan utrette. Oppgaver som tidligere ble utført på sykehus, kan nå i større grad overføres til kommunehelsetjenesten. Viktige samarbeidsområder mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet kreftomsorg, omsorg for alvorlig syke og døende mennesker samt tilbud til slagpasienter.

Det har lenge vært et mål i eldrepolitikken at folk skal bo lengst mulig i egen bolig. Som hovedregel bør eldre kunne få nødvendig pleie og omsorg i sine vante omgivelser. Det er behov for et differensiert tilbud i pleie- og omsorgstjenesten både når det gjelder boligløsninger og tjenester. For kommunene vil det være en utfordring å finne den riktige balansen mellom ulike typer av tilbud.

Det er vanskelig å trekke noen klar grense for når sykehjem vil være å foretrekke som varig bolig fremfor omsorgsboliger med bemanning. I institusjoner er det et samlet offentlig ansvar både for bofunksjon og tjenester. I omsorgsboliger og andre private hjem har beboerne ansvar for bofunksjonen. Kommunale individuelle tjenester tildeles etter behov.

Brukernes funksjonsnivå og hjelpebehov vil i alminnelighet være avgjørende for valg mellom sykehjem og andre tilbud.

Mye oppmerksomhet har vært rettet mot legetjenester til pasienter på sykehjem og til beboere i omsorgsboliger og bokollektiv m.m. Sosial- og helsedirektoratet anbefalte i 2005 at det utøves varsomhet med hensyn til å tallfeste en nasjonal bemanningsnorm for legetjenester i sykehjem, jfr. direktoratets Rapport IS-1293. I stedet går direktoratet inn for at det stilles krav i forskrifts form til kommunene om å *"beskrive utvikling og status, vurdere dette i forhold til lovkrav og egne krav til forsvarlighet og god kvalitet, analysere forbedringsbehovet og forbedringsmulighetene, vedta egne normer for legedekning i sykehjem og ha et system for evaluering og revidering ved behov."* Med andre ord vil kommunene etter denne modellen bli utfordret til gjennom en lokal prosess å utvikle og fastsette lokale bemanningsnormer for å oppfylle krav til kvalitet og lovkrav til forsvarlige tjenester.

Det er viktig å sikre gode legetjenester til pasienter på sykehjem. Det er ikke mindre viktig at personer med behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester får tilgang til et like godt tilbud av legetjenester som på sykehjem uavhengig av om de bor i bokollektiv, omsorgsbolig eller annen boform.

Ivaretagelse av brukernes behov vil som regel være et spørsmål om bemanning og organisering av tjenestene. Kompetanse er avgjørende for at syke eldre skal få et bedre

helsetilbud. Et krafttak for å styrke kvalitet og kompetanse blant helsepersonell vil kanskje være det viktigste bidrag til å styrke omsorgen for eldre.

Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med alle helsetjenester og alt helsepersonell. *"Føres det nok tilsyn med norsk helsevesen?"* spør tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen i en av artiklene i denne Medisinalmeldingen. 25 års erfaring fra politisk virksomhet gir den tidligere statsråden grunnlag for å besvare spørsmålet.

Helsetjenestene i vår tid preges av rammevilkår som innebærer stadige endringer, kostnadskutt, produktivitetskrav og tidsfrister. I dagens kunnskapssamfunn står helseforetakene så vel som kommunehelsetjenesten overfor utfordringen å bli lærende organisasjoner. Det vil si å ta i bruk tilbakemeldinger, erfaringer og annen tilgjengelig informasjon for å vurdere og evaluere fortløpende egen virksomhet. Avgjørende i denne sammenheng er den enkelte virksomhets egne systemer for internkontroll og kvalitetsforbedring.

Med denne utfordring om å bli lærende organisasjoner, rettet til kommuner, helseforetak og helsepersonell i fylket, vil Helsetilsynet i Telemark takke for godt samarbeid i 2005.

Skien, 1. mars 2006

Ottar T. Christiansen  
fylkeslege

## Del 1 Helseregion Sør

# Utviklingstrekk for forbruk av medikamenter ved AD /HD

Av overlege, dr.med. Pål Zeiner, Sykehuset Buskerud

I løpet av de senere år har det vært en betydelig økning i omsetning av medikamenter i behandling av hyperkinetisk forstyrrelse eller Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (forkortet AD/HD). Denne økningen gjelder både antall behandlede pasienter, antall definerte døgndoser (DDD) og totalomsetning av medikamenter målt i kroner og øre. Oversikter viser også store variasjoner i DDD mellom fylkene, fra 6/1000 til 19/1000. Hva kan disse tallene si oss om utviklingen av den medikamentelle behandling ved AD/HD?

Det er en økning på 82 prosent i antall behandlede pasienter fra 2003 til 2005 slik at om lag 11 000 barn og ungdom, 0 – 19 år, fikk behandling i 2005. Antallet behandlede pasienter utgjør cirka 0,9 prosent av barn og ungdom i denne aldersgruppen. Dette tall må vurderes opp mot forekomst av AD/HD slik det fremkommer i epidemiologisk studier. Mange studier viser at 3–5 prosent av barn og ungdom har AD/HD i et så stort omfang at medikamentell behandling kan være indisert. Det betyr da at færre enn 1/3 av barn og ungdom med AD/HD mottar medikamentell behandling. Den satsning som har skjedd i den senere tid, blant annet gjennom statlige midler til barne- og ungdomspsykiatri og informasjon om AD/HD, har medført en betydelig økning i antall behandlede pasienter. I tråd med andre klinisk studier er flertallet av pasienter gutter, men dataene viser at stadig flere jenter får behandling. Til tross for denne utviklingen er det imidlertid fortsatt slik at minst 2/3 av barn og ungdom med AD/HD ikke får adekvat medikamentell behandling.

I tråd med økning i antall behandlede pasienter er det en økning i antall definerte døgndoser

(DDD). Nyere langtidsstudier viser at den dosering som tidligere ble anbefalt, ikke var tilstrekkelig for å gi signifikante effekter over tid. Nå anbefales derfor dosering i mg/kg/døgn som er betydelig høyere. Av den grunn blir den relative økning i DDD ennå større enn den økning en kunne forvente ut fra antall behandlede pasienter.

Økt antall pasienter med høyere dosering gir selvsagt økt omsetning av medikamenter ved AD/HD. For få år siden var korttidsvirkende sentralstimulantia i praksis det som kunne brukes. Med kort virketid og dosering 2–4 ganger pr. dag var hovedproblemet med denne behandlingen at svært mange pasienter brukte bare 50–60 prosent av den dose legen hadde foreskrevet. I løpet av de senere år er depotformuleringer av sentralstimulantia blitt tilgjengelig i Norge, pr. 2005 i første rekke Concerta®, som gir et betydelig høyere samsvar mellom foreskrevet dose og den dose som brukes over tid. Fra 2004/2005 er også atomoksetin (Strattera®) blitt tilgjengelig for behandling av AD/HD. Den sistnevnte har blant annet medført at flere pasienter nå kan få effektiv medikamentell behandling uten signifikante bivirkninger. Prisen på de nyere medikamentene er betydelig høyere enn på korttidsvirkende sentralstimulantia. Av disse grunner har kostnader til medikamentell behandling økt betydelig de senere år.

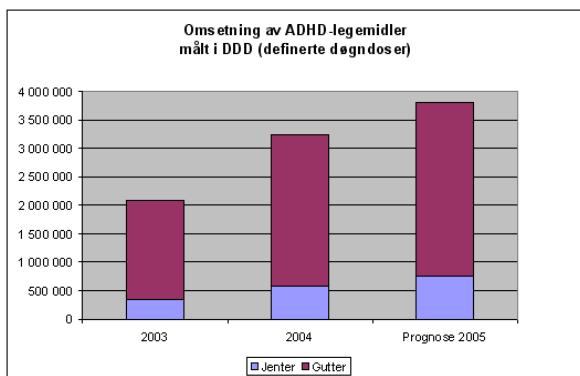
Det er stor variasjon mellom fylkene i Norge målt ved antall behandlede pr 1000. Variasjonsbredden er fra 2 prosent i Buskerud til 0,6 prosent i Hordaland med et gjennomsnitt for landet på 1,1 prosent. Tallene illustrerer tydelig at mange ikke får behandling. Det er vanskelig å forklare de store geografiske variasjonene ut fra antall

fagpersoner, antall leger innenfor spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri og barnesykdommer eller organisering av helsetjenestene. Her er det behov for helsetjenesteforskning.

**Utviklingstrekk for forbruk av AD/HD-medisiner**

Norges Apotekerforening har brukt sin bransjestatistikk for å se på utviklingen av omsetningene av legemidler som brukes til behandling av AD/HD. Tallene tyder på at det nå er i underkant av 11 000 barn som bruker et legemiddel (1) til behandling av ADHD. Dette utgjør 0,9 prosent av alle barn i aldersgruppen 0-19 år.

Det har de siste to årene vært en kraftig økning i bruken av legemidler for behandling av AD/HD hos barn. Økningen er størst blant jenter, og var på 122 prosent fra 2003-2005. Økningen for hele gruppen barn 0-19 år var på 82 prosent.

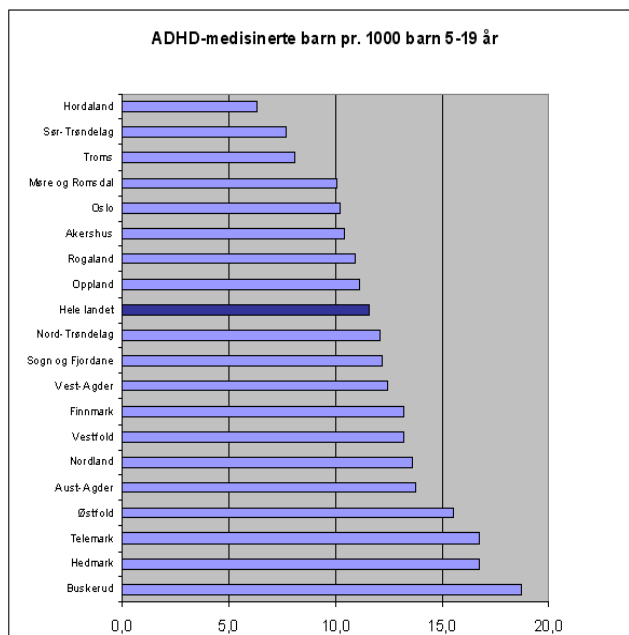


For å sikre at statistikken bare omfatter legemiddel til bruk ved AD/HD, er kun metylfenidat (Ritalin, Concerta og Equasym) og atomoxetin (Strattera) tatt med i statistikkgrunnet. All statistikk i dette oppslaget gjelder barn og ungdom 0-19 år. Svært få barn i alderen 0-4 år bruker legemidlene. I statistikken opererer vi med totaltall for 2005 som er en prognose basert på omsetningen til og med august 2005. Det er en klar overvekt av gutter som bruker disse legemidlene, men andelen jenter har vært økende, fra 16,3 prosent i 2003 til 19,9

prosent i 2005. Men fortsatt er altså 8 av 10 som bruker disse legemidlene gutter.

Omlag 95 prosent av legemidlene som brukes er metylfenidat (Ritalin, Concerta og Equasym), mens atomoxetin (Strattera) utgjør i underkant av 5 prosent (tom. august 2005). Likevel står Strattera for ca. 20 prosent av totalomsetningen som ser ut til å bli på omkring 77 millioner kroner i år.

Det er store fylkesvise variasjoner i hvor mange barn som bruker legemidler for behandling av AD/HD. Buskerud ligger på topp med 19 barn i medikamentell behandling pr. 1000 barn i alderen 5-19 år. Lavest ligger Hordaland med 6 barn i behandling pr. 1000 barn 5-19 år. I Buskerud er det ett barn som bruker et av legemidlene for ca. hvert 50. barn i skolealder, eller ett barn i annenhver klasse i grunn- og videregående skole. I Hordaland finner man ett barn som bruker et av legemidlene for ca. hver 160. barn i fylket. Der må man altså gjennom 6-7 klasser før man finner et barn som bruker medisinen. Landsgjennomsnittet er 11 barn pr 1000 innbygger 5-19 år.



Basert på omsetning målt i DDD pr. 1000 barn 5-19 år.

## Infeksjonssykdommer i Buskerud, Vestfold, Telemark og Agder-fylkene

Av seniorrådgiver Svein-Erik Ekeid, Fylkesmannen i Vestfold

Situasjonen har vært temmelig likeartet i alle fem fylkene i 2005.

Mens media i 2005 var mest opptatt av farlige "nye" sykdommer som Sars, Legionella-lungebetennelse og fugleinfluensa, var helsetjenestens hverdag preget av "gamle" problemer som mage-tarminfeksjoner og smittsomme barnesykdommer:

Sykdom	Totalt	Utlandet
Campylobacteriose	460	225
E-coli-enteritt	6	4
Giardiasis	27	22
Listeriose	1	-
Salmonellose	264	206
Shigellose	26	22
Tyfoidefeber	3	2
Yersinose	56	8
Hepatitt A	13	6

Kilde: Folkehelseinstituttet

Mage-tarminfeksjonene utgjør over en tredjedel av samtlige meldepliktige smittsomme sykdommer som har vært rapportert fra regionen til Folkehelseinstituttets meldesystem for smittsomme sykdommer. Forklaringen på det store antallet mage-tarminfeksjoner ligger i økende reisevirksomhet til områder med fremmed matkultur og "fremmed" bakterieflora, kombinert med begrenset oppmerksomhet blant de reisende på enkle forholdsregler mot matsmitte, som håndhygiene, påpasselighet med gjennomstekt kjøtt og fisk, samt forsiktig omgang med uvasket/uskrelte frukt og grønnsaker.

Vaksinesykdommene er på det nærmeste utryddet:

Sykdom	Totalt
Difteri	-
Kikhoste	185
Kusma	2
Meslinger	-
Poliomyelitt	-
Røde hunder	-

Kilde: Folkehelseinstituttet

Fortsatt relativt stor forekomst av kikhoste gjør det ytterst viktig å opprettholde oppmerksomheten omkring vårt nasjonale vaksineprogram. Særlig fordi det litt uforklarlig fra tid til annen oppstår grasrotbevegelser som oppfordrer til å avstå fra vaksinerings.

Blodsmittesykdommene utgjør fortsatt en utfordring for helsetjenesten og rusomsorgen:

Sykdom	Totalt	Utlandet
Hepatitt B, akutt	39	-
Hepatitt B, kronisk	91	81
Hepatitt C	7	-
Hiv-infeksjon	18	12

Kilde: Folkehelseinstituttet

Statistikken for disse sykdommene avspeiler ellers at vi etter hvert har fått en betydelig innvandrerbefolkning fra himmelstrøk med annet smittepress enn det vi er vant med i Norden.

Når det gjelder mer "eksotiske" sykdommer som malaria og tuberkulose, forekommer det hvert år en håndfull importtilfeller. Helsetjenestens utfordringer ligger kanskje først og fremst i å huske at det er et rimelig stort smittepress fra utlandet for disse

sykdommene, mens de "glemmes" i sammenheng med differensialdiagnostikken.

Folkehelsestrusselen ved epidemier kommer i større grad fra frykt og følelser enn bare fra virus og bakterier, og beskyttelse mot smittsomme sykdommer kommer ikke bare fra vaksiner og antibiotika, men fra psykologiske beredskap og evne til risikovurdering. Faren ved overdreven frykt ligger i at de tiltak som iverksettes eller forslås iverksatt, kan være farligere enn den biologiske trusselen. I et kongelig dekret fra 1710, da det var pestfare i byer i Østersjøen, ble det bestemt at "Svendsker, som uagtet Advarsel trænge eller sniige sig ind i Landet, skald nedskydes og nedgraves uden at berøres med Hænderne", og i 1980-årene var det leger og politikere som foreslo at hiv-positive skulle interneres på Jan Mayen.

Ved mulige epidemier er det fire aktører som former publikums oppfatning av farer og virkelighet: forskere, helsemyndighetene, politikere og mediene. Alle aktørgruppene har et stort behov for å selge sitt budskap for alt fra profitt til forskningsmidler eller handlekraft. I tillegg preges vår samtid av en ganske betydelig "trygghetsnarkomani". Befolkningen i Norge ("i verdens rikeste land") forventer at de har rett til null risiko og hundre og ti prosent beskyttelse.

Landet har sin pandemiplan og kommunene og sykehusene har sine smittvernplaner og planer for sosial- og helsemessig beredskap. På papiret har vi en god beredskap mot fugleinfluensa. Bare fremtiden vil vise om innsatsen med hensyn til å ajourføre disse planene i 2005 har båret frukter og om planene fungerer tilfredsstillende.

## Familie, fødsler, aldersutvikling, trygd

av kommunerådgiver Hogne West Furumo, Fylkesmannen i Telemark

2004	Buskerud	Vestfold	Telemark	Aust-Agder	Vest-Agder	Landet u/Oslo
<b>Kjønn og alder</b>						
Andel kvinner	50,7	50,9	50,7	50,3	49,9	50,2
Andel menn	49,3	49,1	49,3	49,7	50,1	49,8
Andel 0 åringer	1,2	1,1	1	1,1	1,2	1,2
Andel 1-5 år	6,1	5,9	5,7	6,1	6,6	6,3
Andel 6-15 år	13,1	13,6	13,1	14	15	14
Andel 16-18 år	3,6	4	3,9	4,1	4,3	3,9
Andel 19-24 år	6,8	6,9	7,1	7,6	7,8	7,1
Andel 25-66 år	55,6	54,6	54,3	54	52	53,9
Andel 67-79 år	8,8	9,1	9,4	8,4	8,3	8,8
Andel 80 år og over	4,8	4,9	5,5	4,7	4,7	4,7
<b>Levekårsdata</b>						
Andel skilte og separerte 16-66 år	12,8	13,6	12,7	11,5	10,4	11
Andel enslige forsørgere med trygd	2,7	3,2	3,2	2,9	2,8	2,8
Andel uførepensjonister 16-66 år	9,1	11,8	12,2	12,7	12,2	10
Andel enslige innbyggere 80 år og over	66,8	67	67,4	69,9	67,7	67,2
Forventet levealder ved fødsel, kvinner	80,8	80,6	80,6	80,3	81,3	81,3
Forventet levealder ved fødsel, menn	75,4	75,2	74,9	74,9	75	75,6
Levendefødte per 1000 innbyggere	11,7	10,6	10,4	11,3	12,1	11,8
Døde per 1000 innbyggere	9,5	9,6	10,3	9,5	8,7	8,9
Innflytting per 1000 innbyggere	53,4	55,2	43,4	43,9	43,4	47,9
Utflytting per 1000 innbyggere	50,7	50,4	42,3	43,4	42,3	46
Samlet fruktbarhetstall 1996 -2000	1,8	1,8	1,8	1,9	2,1	2
Andel innvandrerbefolkning	8,8	6,4	6,1	5,5	7,6	6,1
Andel innvandrerbefolkning 0-5 år	10,3	7,2	7,4	5,6	4,5	5,7
Andel innvandrerbefolkning 0-16 år	9,9	6,4	7,2	5,3	4,7	5,4
<b>Bosettingsstruktur</b>						
Andel av befolkningen i tettsteder	77,6	83,4	74,4	67,2	77,7	74
Gj.snittlig reisetid kommunesenteret min.	6,7	5,1	7	6,7	7	7,7
<b>Arbeidsmarked</b>						
Andel sysselsetting i stat	9	9,4	9	9,4	9,1	10,3
Andel sysselsetting i fylkeskommune	1,7	1,9	1,9	2,3	2	2
Andel sysselsetting i kommune	17,4	17,8	21	20,2	20,2	18,5
Andel sysselsetting i øvrig virksomhet	71,9	70,9	68,1	68,1	68,6	69,2
<b>Arbeidsledige</b>						
Andel arbeidsledige 16-24 år	2,5	3	3,7	3,3	2,6	2,9
Andel arbeidsledige 25-66 år	2,4	2,6	2,8	3,1	2	2,5

## Kommentarer til KOSTRA-tall 2004 for Helseregion Sør

(foranstående tabell)

### Kjønn og alder

Som tallgrunnlaget viser er det spesielt Vest-Agder som har størst andel av befolkningen under 18 år. Fylket ligger gjennomgående over landsgjennomsnittet i aldersgruppene 1-5 år, 6-15 år og 16-18 år. Dette kan skyldes fødselstallene i fylket, der Vest-Agder har flest antall levendefødte pr. 1000 innbyggere (12,1) i 2004 og høyest samlet fruktbarhetstall i perioden 1996-2000 (2,1).

Vest-Agder er det fylket som har færrest innbyggere i alderen 25-66 år, og er således også det fylket med lavest andel arbeidsledige.

Telemark er det fylket som har størst andel av innbyggere i aldersgruppene 67-79 år og 80 år og over. Spesielt andelen innbyggere i aldersgruppen 80 år og vil kunne medføre kostnadsdrivende effekter. Bosettingsstrukturen i Telemark fylke (tettsted og gjennomsnittlig reisetid) vil kunne bidra til å forsterke denne type effekter.

### Levekårsdata

Vestfold har flest andel skilte og separerte i alderen 16-66 år, og scorer således også høyt på andel enslige forsørgere med trygd.

Buskerud har vesentlig færre andel uførepensjonister i alderen 16-66 år sammenliknet med de øvrige fylkene og landsgjennomsnittet.

Telemark har flest antall døde pr. 1000 innbyggere. Forklaringen på dette kan være at Telemark har en relativt høy andel innbyggere i aldersgruppene 67-79 år og 80 år og over.

I forhold til inn- og utflytting pr. 1000 innbyggere er det i første rekke fylkene Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder som har resultater som i hovedsak sammenfaller med

landsgjennomsnittet. Turnoveren i Buskerud og Vestfold er vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet både med hensyn til inn- og utflytting. Felles for samtlige fylker er at innflyttingen er høyere enn utflyttingen. Vestfold scorer best, Aust-Agder dårligst.

Når det gjelder innvandring er det Buskerud som har den høyeste andelen innvandrerbefolkning (8,8). Vest-Agder scorer nest høyest på denne parameteren (7,6). Dette skyldes trolig nærheten til storbyer, herunder Oslo og Kristiansand.

### Bosettingsstruktur

Vestfold er det fylket som hvor størst andel av befolkningen bor i tettsteder (83,4). Dette skyldes trolig fylkets størrelse og demografiske utforming. Aust-Agder har færrest andel av befolkningen som bor i tettsteder.

Fylkene Telemark og Vest-Agder har gjennomsnittlig lengst reisetid til kommunesenteret i minutter (begge 7 min.), men ligger begge godt under landsgjennomsnittet (7,7). Vestfold har her et langt lavere resultat (5,1).

### Arbeidsmarked

Tallgrunnlaget viser at det er flest offentlige ansatte i fylkene Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Videre går det frem at de nevnte fylker har en større andel av befolkningen ansatt i kommunal virksomhet sammenliknet med fylkene Buskerud og Vestfold.

I Buskerud og Vestfold er en større andel av befolkningen ansatt i øvrig virksomhet, herunder privat og offentlig.

### **Arbeidsledige**

Telemark har høyest andel arbeidsledige i alderen 16-24 år (3,7) og ligger godt over landsgjennomsnittet (2,7). Buskerud ligger forholdsvis lavt (2,5)

Aust-Agder har høyest andel arbeidsledige i alderen 25-66 år, jf. andel befolkning 25-66 år. Landsgjennomsnittet er 2,5.

## Spesialisthelsetjenesten

### Utviklingstrekk og foretaksformer

av fylkeslege Anne Sofie Syversen, Aust-Agder

Sykehusreformen begynner å få satt seg, og det har i 2005 ikke vært noen store organisatoriske endringer. For generell omtale av spesialisthelsetjenesten og de endringer som har funnet sted, vises derfor til Medisinalmelding for foregående år.

#### Evaluering av foretaksreformen

Det har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vært gjennomført 3 evalueringer av foretaksreformen i 2005. Rapporten "Belysning av helseforetaksmodellens funksjonalitet – en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer", skrevet av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann, og Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR) sin rapport "Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2001-2005" (O-1690) konkluderer begge med at reformen legger til rette for statlig styring og utvikling.

Rapporten utført av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann anbefaler klart at den lokale og regionalpolitiske innflytelse utvides. De foreslår at dette kan gjøres gjennom fast etablering av samfunnspanel, eller at det åpnes rom for deltakelse av kommunale politikere og fylkespolitikere i styrene til de regionale og lokale helseforetakene. Konsulentrapporten peker også på at det er behov for at Stortinget i høyere grad blir involvert på en strategisk måte i utviklingen av spesialisthelsetjenesten og at det blir skapt en plattform for dette.

Agenda og Muusmann peker videre på at i dagens situasjon, hvor spesialisthelsetjenesten er preget av relativt få og ganske store helseforetak, vil samspillet mellom

spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten være den kanskje største utfordringen for det norske helsesystem som helhet i de nærmeste årene. De påpeker det særskilte i at mange oppgaver er lagt til spesialisthelsetjenesten som i mange europeiske land er lagt til primærhelsetjenesten, og viser til utbygging av tilbud innen rus, rehabilitering og sykefrakt som eksempler.

Konsulentrapporten påpeker at Sosial- og helsedirektoratet har enkelte oppgaver som de regionale helseforetak i høy grad kan overta ansvaret for. De peker særlig på områder som IKT, prioritering og kvalitet hvor det i dag skjer dobbeltarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetak. Evalueringen fra NIBR konstaterer at de tydeligste resultatene i reformen er innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner, mens det i begrenset – om enn varierende – grad har vært gjennomført arbeids- og funksjonsfordelingstiltak.

Agenda og Muusmann påpeker behovet for å fokusere på kvalitetsarbeid, og at dette må utgjøre "en naturlig, integrert del av eierstyringen, hvor dokumentasjon og rapportering av kvalitet utgjør en like naturlig del av den samlede eiermonitorering av den offentlige del av produsentsystemet som dokumentasjon og rapportering på tall". Dette er helt i samsvar med konklusjonen Helsetilsynene innen Helseregion Sør gjorde etter gjennomføring av tilsyn med kvalitetsarbeid i sykehusene i 2004. Konsulentene foreslår at det blir utarbeidet en nasjonal strategisk plan for spesialisthelsetjenestens utvikling, og at det

overordnede strategiske kvalitetsarbeid forankres i et uavhengig organ.

### Betraktninger fra Helsetilsynet

At det ikke har vært noen store endringer siste året skulle tilsi større ro i organisasjonene og mulighet for å konsolidere situasjonen og driften, og implementere og operasjonalisere forventninger, vedtak og krav fastsatt i styringsdokumenter og regelverk. Fortsatt synes imidlertid fokus i stor grad å være rettet mot økonomi og budsjettoverholdelse, målt i kroner og produktivitet (ytelse per krone).

### Noen utviklingstrekk

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om lov om helseforetak m.m. sies det klart at eierskifte er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for en bedre helsetjeneste i fremtiden, og den konkretiserer målene omkring

- å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider til undersøkelse og behandling
- å prioritere pasienter i tråd med de retningslinjer som nasjonalt trekkes opp
- å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene
- å ha god tilgang til helsetjeneste uavhengig av bosted
- å ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver
- å styre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal pleie- og omsorgstjeneste

Behandlingskapiteten har økt og ventetidene har blitt redusert. Med den økte ressursinnsatsen som har vært, kunne dette også vært resultatet uten eierskifte. Men det er godt for de som har fått redusert ventetiden. I

lys av andre punkt, skulle man kanskje tenke at det var kreftpasienter, psykiatriske pasienter, kronikere og eldre som har fått reduserte ventetider. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Ventetider for kreftpasienter er jevnt over uendret, men relativt lave. Det vil si at denne gruppen var prioritert også før reformen. Median ventetid er som før reformen varierende, og har økt for noen kronikergrupper som pasienter med epilepsi og parkinsonisme. Utover dette synes også mange kronikergrupper å ha nydt godt av aktivitetsveksten i sykehussektoren. Gruppen 80år+ står for en redusert andel av opphold. Gruppen har hatt en økende andel ikke planlagte reinnleggelser kort tid etter utskrivning som kan indikere at presset på liggetid for eldre er blitt vel høyt. I denne sammenheng er imidlertid også oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten en viktig diskusjon.

Hva gjelder ressursfordeling har utgiftsnivået økt mer innen somatikken (27 prosent) enn psykiatrien (18 prosent) og andelen av utgifter innen spesialisthelsetjenesten som går til psykiatrien har gått ned i perioden for opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2004. Ser en på perioden 2001-2004 er forskjellene mindre.

Fjerde punkt handler om geografisk lik tilgjengelighet til tjenester. Pasientrettighetsloven inneholder bestemmelser om at alle som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin søknad vurdert med hensyn til om de har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det viser seg at mens Helse Midt RHF tilstår ca 90 prosent rett til nødvendig helsehjelp, er tilsvarende tall for Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ca 50 prosent. Videre ser man forskjeller i bruk av tilbud fra en landsdel til annen. Så selv om det knapt noen gang har vært mer snakk om prioritering enn nå, ser man foreløpig ikke så mange konkrete resultater av det.

(Kilder: SAMDATA 2004)

### **Kvalitet i tjenesten**

Helsetjenestens fremste mål er å helbrede, dernest lindre – og mest av alt: Ikke gjøre skade. Alle som rammes av sykdom ønsker å bli friske, eller i alle fall så friske som mulig. Ingen forventer det umulige ut av helsevesenet, men alle forventer å bli tatt på alvor, møtt med respekt og forståelse, og at ikke helsen forringes som følge av feilbehandling.

Kunnskapssenteret kom i 2005 med en rapport (4-2005) om dødelighet etter hofteoperasjoner, hjerneslag og hjerteinfarkt. Resultatene gjengis ikke her, tallene er til dels gamle og er forbundet med store metodiske svakheter. Å måle endepunkter er imidlertid nødvendig om man med sikkerhet skal vite om utviklingen går riktig vei. Som nevnt er det imidlertid få gode indikatorer som er utviklet for å kunne evaluere det egentlige og endelige behandlingsresultat. Vi støtter konsulentrapportenes konklusjoner om at arbeidet med kvalitetsstyring bør påskyndes.

### **Åpenhet en forutsetning for tillit**

Befolkningen i dag krever åpenhet og innsyn, begge deler nødvendige forutsetninger for å kunne påvirke – og medvirke. Hvis ikke den samme informasjon er tilgjengelig for brukere, politikere, fagfolk og ledelse, kan ikke samhandlingen bli likeverdig. Skjult informasjon gir makt, og makt står i motsetning til tillit. Tillit i sin tur er nødvendig for å oppnå gode behandlingsrelasjoner, og resultater, det er ikke noe man bestemmer at man skal få, men som man må gjøre seg fortjent til. Det viktigste er likevel at fagmiljøene og hvert enkelt sykehus får informasjon og data som kan brukes til å forbedre kvaliteten i sitt arbeid.

### **Lovgivningens betydning for faglig forsvarlighet**

Målet for all pasientbehandling er det samme for utøver og pasient. Helsepersonell er genuint opptatt av å yte best mulig service og behandling. Det er det man er utdannet for, og alle trives vi best i jobben dersom vi oppnår gode resultater og derigjennom opplever stolthet. Det er eier og drivers plikt å legge til rette for at helsepersonell skal kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte (helsepersonelloven §16). Lovgivingen er ganske detaljert på hvilke plikter som hviler på tjenesten, og hvilke rettigheter pasienten har. Erfaringer gjennom blant annet tilsyn har vist at det er et godt stykke igjen før plikter som for eksempel pålegges pasientansvarlig lege er oppfylt, og før pasientens rettigheter er oppfylt, jf for eksempel individuell plan.

### **Myndighet følger ikke alltid ansvar**

Lovgivning er (en av flere) rammebetingelser for utøvelse av faglig forsvarlig hjelp. Det gir muligheter, men leses ofte som avgrensning av ansvar. Regelverket er bygget på fortidens erfaringer. Fremtiden ligger foran oss og innebærer også det ukjente, som ikke kan reguleres i kraft av at det ikke har opptrådt ennå. Enhver utøver og virksomhet må altså være innstilt på å gå utover sitt ansvarsområde om man skal kunne oppfylle pasientens behov i fremtiden. Ikke minst gjelder dette i samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten. Vi ser gjentatte ganger at det nettopp er på dette området at den faglige forsvarlighet settes på prøve. Det skulle ikke komme overraskende på noen at pasientens sårbarhet øker i en fase der tryggheten rokkes ved og angst for det ukjente oppstår. Bare den som strekker seg vil ha mulighet for å lykkes.

## Psykisk helsevern i spesialisthelsetjeneste n

av fylkeslege Anne Sofie Syvertsen, Aust-Agder

Helseregion Sør har fortsatt lavest personelldekning i 2004 tross 20 prosent personelløkning, men høyere produktivitet i poliklinikkene enn de andre helseregionene.

Helseregion Sør ligger langt over de øvrige regionene i døgnplassdekning.

Døgnplassstilbudet for barn- og unge i helseregion Sør er mye lavere enn for helseregion Øst og Nord.

### Årsverk

På landsbasis har det vært en vekst i personelldekningen innen psykisk helsevern i perioden 1998-2004 på 14 prosent. Det har vært ulik veksttakt i helseregionene i perioden.

Personelldekningen økte mest i helseregionene Sør og Nord, om lag 20 prosent, men fortsatt har helseregion Sør sammen med helseregion Midt-Norge, lavest personelldekning i 2004.

De største ulikhetene mellom regionene ser en innen ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge.

### Flere får døgntilbud

Det totale antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne er redusert med nesten 1100 (17 prosent) siden 1996. I løpet av planperioden har man fått færre omsorgsplasser i sykehjem, og flere behandlingsplasser i distriktpsikiatriske sentra (DPS). Måltallet om 2040 døgnplasser i DPS er nådd, men det er grunn til å tro at mange av disse fortsatt er knyttet til en struktur basert på sykehjem og at målsettingen om omstilling til aktive behandlingssentra ennå ikke er nådd fullt ut. I

denne sammenhengen er det først og fremst fagpersonell det skorter på.

Selv om antallet døgnplasser er redusert, er det i dag flere pasienter som mottar døgntilbud enn tidligere. Det er en mindre andel av pasientene som har langvarige opphold i døgningstusjon. At flere får behandling kan også være et resultat av at det nå er flere behandlere med riktig kompetanse enn tidligere.

Målt ved antall *utskrivninger* har behandlingsskapasitet ved døgningstusjoner for voksne økt med over 40 prosent fra 1998 til 2004.

De regionale forskjellene i psykisk helsevern for voksne er vesentlige mindre enn for barn og unge.

### Økt tilgjengelighet

Poliklinisk behandling i psykisk helsevern har økt både for barn, unge og voksne. I 2004 økte antallet konsultasjoner ved poliklinikker for voksne med ni prosent. I løpet av 2004 ble det gjennomført 759 000 konsultasjoner for voksne, noe som tilsvarer nesten 2200 konsultasjoner per 10 000 voksne innbyggere.

### Tilbudet til barn og unge

I perioden fra 1998 til 2004 er det kommet til 500 nye fagårsverk i poliklinisk virksomhet for barn og unge. Dermed er Opptappingsplanens mål på 400 allerede nådd. Ressursinnsatsen har ført til at dobbelt så mange barn og unge fikk tilbud om behandling i 2004 sammenlignet med 1998.

Målet er å kunne gi tilbud til fem prosent av barn og unge. Helseregionene har ikke kommet like langt. Det skal likevel understrekes at samtlige helseregioner hadde

vekst i antall behandlede pasienter i 2004. I 2004 behandlet poliklinikkene 14 prosent flere barn og unge.

Det er ulike faktorer som ser ut til å bidra til forskjellene i dekningsgrad mellom regionene;

- prioritering av tjenester for barn og unge med hensyn til ressursinnsats, tjenestestruktur

- utbygging av polikliniske tjenester, og produktivitet i poliklinikkene i form av at hver behandler tar i mot flere pasienter i løpet av året

Målsettingen om vekst i antall årsverk er nådd uten at antall barn og unge som får et tilbud har vokst like sterkt. Aktivitetsveksten ligger først og fremst i at antall tiltak per barn har økt. Regionale forskjeller i antall barn og unge som får et tilbud, og årsverksinnsats, tyder på at der fortsatt er et potensial for økt produksjon. Dersom antall døgnplasser reduseres, må man antakelig kompensere for dette ved økning i den polikliniske aktivitet utover planens opprinnelige målsetting.

I Helseregion Sør har personelldekningen økt med ca. 20 prosent. Dette er høyest i landet. Men også i 2004 har Helseregion Sør, sammen med Helseregion Midt-Norge, lavest personelldekning. Helseregion Sør lå langt under landsgjennomsnittet.

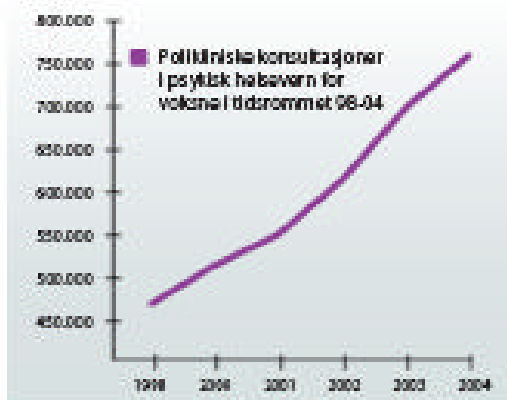
### Døgnplasser

På nasjonalt nivå har man kun oppnådd 18 prosent økning i døgnplasstilbudet for barn- og unge. Målet er 50 prosent økning. Helseregion Midt-Norge, Vest og Sør har mye lavere døgnplassdekning enn Øst og Nord.

Mens 95 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge mottar poliklinisk behandling, går omlag halvparten av personellressursen til polikliniske tjenester. Det

betyr at utbygging av polikliniske tjenester har langt større effekt på dekningsgraden enn utbygging av døgnvirksomheten.

### Utvikling i antall polikliniske konsultasjoner.



### Dekningsgrad for barn og unge. (2004)



Andel av barn og unge som får tilbud om behandling.

Kilde: SINTEF rapport; "opptreppingsplanen etter 5 år - utviklingen i helseregionene, prosjektnr. 78i02630 rapportnummer STF78 A055004, Jorid Kalseth.

## Forholdene mellom effektivitet og kvalitet

av fylkeslege Svein Lie, Vestfold

“Når man ikke kan måle det som er viktig, blir det man kan måle tillagt viktighet”. Dette sitatet fra en ukjent kilde i Petersen og Bjørnenaks bok “Fra økonomisk teori til klinisk praksis” (1) er mer betegnende for norsk helsevesen enn det vi ønsker. Effektivitet og kvalitet er sentralt for tjenesten og ofte omtalt som mål for styringen. I virkeligheten er forholdet mellom effektivitet og kvalitet både preget av motsetninger og vanskelig å måle. Derfor er det viktig å følge bruken av disse begrepene. Erfaringen fra de siste regionale tilsyn i Helse Sør-området viser flere eksempler på at kravet til kvalitet er blitt nærmest usynlige i forhold til produktivitet og økonomiske krav. Vi mener blant annet å ha sett dette under tilsynet med gastrokirurgiske avdelinger i 2005. Her viste det seg at de ansatte ikke hadde tid til tilstrekkelig føring av journal for å ivareta forsvarlig kommunikasjon i pasientbehandlingen. Det forelå heller ikke krav fra ledelsen som sikret eller fulgte opp at journalføringen var forsvarlig.

### Hva er effektivitet?

Sammenliknende undersøkelser i sykehussektoren vurderer ofte sykehusenes effektivitet og produktivitet. Begrepene blandes ofte i dagligtale fordi de henger så tett sammen. Produktivitet sier noe om hvor mye som skapes, mens effektivitet sier noe om arbeidet er virkningsfullt i forhold til innsatsfaktorene. Produktivitet er rent beskrivende, mens effektivitet er et normativt begrep ved at prestasjonene til sykehuset måles i forhold til en norm. Sykehus med lav produktivitet kan likevel være effektive fordi de utnytter ressursene godt.

I økonomiske modeller skilles mellom flere typer effektivitet (3). Sykehus vurderes ofte ut fra kostnadseffektivitet, der en for eksempel

sammenlikner forbruket i kroner med antall innleggelses eller antall operasjoner. I teknisk effektivitet vurderes innsatsfaktorene, som årsverk eller antall senger, opp mot et mål på hvor mange som er behandlet. Økonomiske analyser av sykehus ser på bruk av ressurser ved produksjon av helsetjenester. Dette innebærer at analysen sier noe om man gjør tingene “riktig” i økonomisk forstand. Det er viktig å være klar over at analysen ikke fanger opp om man gjør de riktige tingene eller om kvaliteten er god nok.

### Hva er kvalitet?

Det er flere definisjoner på kvalitet, to av dem lyder:

Norsk standard (2) gir følgende definisjon:

«Kvalitet: helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som antydnet.»

En annen definisjon som ofte er benyttet, hvor det fokuseres mer på brukernes behov, er utformet av en av teoretikerne på området, E. Jersin:

«Med kvaliteten av et produkt/en tjeneste, menes produktets/tjenestens evne til å tilfredsstille kundenes/brukernes behov, ønsker, krav og forventninger.»

Disse definisjonene har til felles at de er nærmest altomfattende og vanskelige å definere i en rutine eller beskrivelse. Løsningen blir derfor ofte at man legger mer vekt på å notere og melde det som avviker fra det kvalitetskravet som gjelder. Kravet til å ha internkontrollsystem, som spesielt skal følge opp sårbare områder, understreker denne tenkemåten.

### **Kvaliteten forutsettes å være konstant!**

Forhold som kvalitet og helseforbedring er oftest ikke tatt inn i økonomiske analyser. Kvaliteten forutsettes å være konstant, uten at det sies noe om hvordan dette skal sikres. Dette er et svært viktig poeng siden økonomiske analyser ofte er knyttet opp til politiske beslutninger. Økonomiske analyser er ofte et sentralt argument for nye reformer. Derfor er det viktig å følge med på hvilke andre forhold som må trekkes fram samtidig. Kvalitet er et eksempel på et slikt viktig forhold.

### **Hvorfor er kvalitet et viktig spørsmål i februar 2006?**

Norge ligger på verdenstoppen i offentlig forbruk per innbygger til helsetjenester. Det er god grunn til å anta at de fleste forbedringene vil måtte komme i form av økt kvalitet og ikke bare i form av at tjenestene vokser i volum. Vi vet at det skjer feil og uønskede hendelser. Basert på beregninger i andre land, er det blant annet beregnet at vi har 1500 til 2000 dødsfall hvert år på grunn av feil i vårt helsevesen.

I festskriftet "Medisin og samfunn" omtaler Kjekshus og Nordby (4) styringen av helsevesenet og viser til at styringen preges av to former for rasjonalitet: økonomisk-administrative rasjonalitet og medisinsk rasjonalitet. Disse har delvis stått i motsetning til hverandre og den økonomisk-administrative rasjonaliteten har tatt over mer og mer av styringen av helsevesenet i de siste tiår. De to formene ser på rasjonell sykehusdrift fra hver sin ende. Medisinsk rasjonalitet kan sees på som et "nedenfra-opp-syn" på rasjonalitet som:

er partikulær og reduksjonistisk

bygger på legers autonomi

forutsetter ubegrenset ressurstillgang

foretar prioritering ut fra en begrenset rasjonalitet ("her og nå"-ressurser og sykdommens alvorlighetsgrad)

hevder at legene har den reelle kompetansen til å foreta medisinske valg ved de enkelte avdelingene

Økonomisk-administrativ rasjonalitet er, i motsetning til medisinsk rasjonalitet, opptatt av at beslutninger om enkelthandlinger skal begrunnes ut fra et videre perspektiv hvor en rekke metaforer tas i betraktning. Økonomisk-administrativ rasjonalitet har et syn som:

er kollektivistisk (ved å ta mindre hensyn til enkeltindivider)

bygger på avgrenset legeautonomi

forutsetter en begrenset ressurstillgang

foretar prioriteringer fra nytte-kostnadsanalyser

hevder at kompetansen kommer "ovenfra"

Kjekshus og Nordby konkluderer med at både tradisjonelt ren medisinsk rasjonalitet og økonomisk-administrativ rasjonalitet ikke er dekkende for beslutningsprosesser og styring av sykehus. Vi mener likevel inndelingen kan gi et nyttig bidrag til forståelsen for hvorfor kvalitetssikring har så svakt stilling i deler av sykehusdriften.

Vår erfaring fra tilsyn viser trekk i helsetjenesten og spesielt sykehusene, som kan forklares på bakgrunn av disse to modellene. Svikt i tjenestene skyldes sjelden at det enkelte helsepersonell ikke har hatt tilstrekkelig faglig kunnskap, men skyldes oftere at det er svikt i samhandling mellom flere som deler ansvar for behandling av en pasient. Til tross for det, melder helsepersonell sjelden fra om svikt eller fare for svikt i behandlingsskjeden, som for eksempel ved manglede mulighet til journalføring, som ved tilsynet ved gastrokirurgiske avdelinger (5).

Det kan forklares med et "partikulær og reduksjonisk" syn og at for eksempel legene oppfatter seg autonome og at de ikke er en del av et behandlesystem.

Ved det samme tilsynet, og i flere andre sammenhenger, har det vist seg at administrativ ledelse ikke har fanget opp dette i overvåking av driften. De hadde ikke dokumenterte tiltak som viste at de undersøkte eller ville sikre at journalføringen var i orden. Forklaringen kan være at den økonomisk-administrative rasjonaliteten ikke tar til hensyn til fare for svikt i den medisinske faglige delen av virksomheten. Denne oppfatningen er ytterligere styrket i forbindelse med tilsyn der administrativ ledelse har gitt uttrykk for at kvaliteten forutsettes holdt konstant forsvarlig, uavhengig av endringer i arbeidssituasjonen og uavhengig av økt krav til produktivitet. Oppfatningen kan delvis også styrkes ved vurdering av styringsbrevene til de regionale helseforetakene (RHFene) som inntil 2006 hadde et langt mer presist krav til økonomistyring enn til kvalitet.

### Konklusjon

Kravene til effektivitet og kvalitet står ikke i direkte motstrid til hverandre, men de tilhører hver sin form for rasjonalitet i helsevesenet. Det er stor oppmerksomhet på økonomisk-administrativ rasjonalitet som benytter sammenlikningsmodeller med vekt på effektivitet. I disse modellene er kvalitet vurdert som konstant, og et ansvar for fagpersonell, uansett endring i rammevilkår. Dermed blir de to formålene ofte i praksis stående mot hverandre, uten at "partene" synes å forholde seg bevisst til denne motsetningen, og tar den med i styringen. Det kan ikke aksepteres.

Fem år etter innføring av plikt til internkontroll synes oppgaven klar når det gjelder kvalitetsarbeidet: Ledelsen av sykehusene må bli langt bedre til å etterspørre og følge opp kvalitet i behandlingen. Det er ikke tilstrekkelig å følge opp et begrenset antall indikatorer fra styringsbrevet. Hvert sykehus må ta selvstendig ansvar for å følge opp sine risikoområder. Erfaringen med svikt i journalføringen fra det landsomfattende tilsynet med gastrokirurgiske avdelinger, viste at det er fare på svikt på områder som ikke er omtalt spesifikt i styringsbrevene. Balansert målstyring må innebære at styret for hvert sykehus følget opp kvalitetsmål på linje med økonomi og produktivitet.

Helsepersonells profesjonelle ansvar innebærer at en melder fra om hendelse om svikt eller fare for svikt. På lengre sikt bør sykehusene utvikle langt bedre systemer for internrevisjon, for eksempel etter modell fra Danmark eller tilsvarende i USA

### Referanser:

*Pettersen IJ, Bjørnenak T. Fra økonomisk teori til klinisk praksis: om økonomisk styring i helsesektoren. Oslo: Cappelen akademiske forlag, 1997.*

*Norsk standard, "NS-ISO 8402 Kvalitetsledelse og kvalitetssikring - terminologi".*

*Kjekshus LE. Om å sammenlikne sykehusprestasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3035-39.*

*Kjekshus LE, Nordby H. Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering: Medisin og samfunn: Festskrift til Grete Botten: Unipub forlag 2003.*

*Rapport til Helse Sør RHF. Oppsummering etter landsomfattende tilsyn med virksomheter som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer, Statens helsetilsyn*

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## Gjesteskribenter

# Samarbeidsprosjekt mellom K ommunenenes sentralforbund og Helse Sør

Av fagsjef Vegard Høgli, Helse Sør RHF

### Samhandling mellom kommuner og helseforetak skal gi helhetlige og koordinerte helsetjenester

Behov for styrket samhandling mellom kommuner og helseforetak, slik at pasientene skal få helhetlige og koordinerte helsetjenester, har nå bred støtte både i faglige og politiske kretser. Fra kommunene og de enkelte helseforetak helt opp til regjeringsnivå, er det i 2005 og inn i 2006 uttrykt forståelse for at dette er en viktig oppgave. Enkelte mener at et styrket samarbeid mellom kommunene og helseforetakene er det enkelttiltak som kan gi best effekt i arbeidet med å styrke helsetilbudet til befolkningen i Norge.

Kommunenenes sentralforbund (KS) og Helse Sør RHF har i 2005 utviklet et felles langsiktig program for samhandling i Helseregion Sør. Programmet har fått navnet "Helsedialog". Mange ledere og medarbeidere fra kommunene og helseforetakene har deltatt i programarbeidet sammen med representanter for brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og fastlegene.

### Dialogkonferanser viste bred samhandlingserfaring

Programarbeidet startet opp våren 2005 med fire fylkesvise dialogkonferanser hvor til sammen vel 300 representanter for helsetjenesten i regionen deltok. På disse konferansene tok deltakerne utgangspunkt i sine beste erfaringer med samhandling mellom helseforetak og kommuner. Ved å fokusere på det man har lyktes med, kom det frem en rekke gode innspill til programmet og hva som skal til for å lykkes i samhandlingen.

Jeg er imponert over den brede erfaring og det sterke engasjement som deltakerne på disse konferansene viste.



Helsedialogkonferanse på Straand hotell, Vrådal

### Hele 34 enkeltprosjekter ble presentert

Dialogkonferansene og arbeidet rundt disse førte til en rapport med en lang rekke forslag til hvordan man kan styrke og videreutvikle samhandlingen til pasientenes beste. Forslagene er delt i hovedgruppene nedenfor. Hvert forslag er støttet av og illustrert ved en rekke eksempelprosjekter – til sammen 34 - som er prøvet ut:

opprettelse av lærings- og mestringssentra ved alle helseforetak i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene

styrking av likemannsarbeidet

felles retningslinjer for arbeid med individuelle planer

videreutvikling av felles opplæring og kompetanseutveksling

innføring av praksiskonsulentordning for ulike yrkesgrupper

økning i bruk av ambulante behandlingsteam

innføring av felles rutiner og prosedyrer i hele helseregionen

skriftlige, konkrete samarbeidsavtaler mellom alle kommuner og helseforetakene

utprøving av felles drift av helsetjenester der dette er hensiktsmessig

utvikling av elektronisk samhandling i helseregionen



### Mye kan gjennomføres med dagens ressurser

Mange tiltak vil kunne gjennomføres innen eksisterende ressursramme. Andre forslag er avhengig av tilførsel av ressurser slik at man kan få prøvet ut nye samhandlingstiltak med betydelig overføringsverdi.

Høsten 2005 var programrapporten ute til høring og kommentarer hos en lang rekke interessenter i regionen. Innspillene fra denne høringen lå til grunn for en stor høringskonferanse i oktober.

Programmet er nå vedtatt av alle fylkesstyrene i KS i regionen og av styret for Helse Sør RHF. Et eget programstyre er oppnevnt som utarbeider de organisatoriske og finansielle rammer for gjennomføring av programmet. Enkelte tiltak er allerede iverksatt, men hovedgjennomføringen starter tidlig i 2006.

Programmet har identifisert mange gode eksempler på velfungerende samhandling. Den store utfordringen framover er å identifisere og stimulere de faktorene som gjør at samhandling fungerer godt hver gang.

Det første målet er å sikre at de verdiene og prinsippene som ligger til grunn for "Helsedialog" blir godt kjent og danner rammen for all samhandling i alle deler av helsetjenesten. Videre vil metoden brukt i programmet kunne tjene som mønster for forbedringstiltak i alle deler av helsetjenesten.

På denne måten vil vi signalisere at vi ønsker at samhandling i helsevesenet skal bestå av dialog snarere enn diktat, og være bygget på likeverdighet, respekt og tillit!

### Honnør til kommunene og KS

Som prosjektansvarlig fra Helse Sør sin side, vil jeg gjerne gi en honnør til kommunene og til KS for deres engasjement i dette prosjektet. Fra den kommunale siden ble det tidlig sagt at dette prosjektet ville de være med på og satse skikkelig. Det har de gjort. Både organisatorisk og menneskelig har kommunene vært en flott samspillet i vårt fellesprosjekt om "Helsedialog".

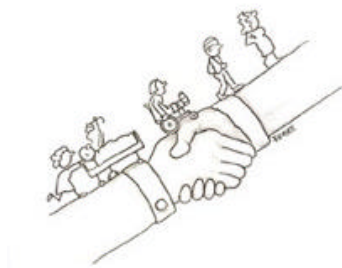
Flere andre regioner har meldt sin interesse for å lære av vårt prosjekt. Helseminister Sylvia Brustad fikk presentert prosjektet ved sitt første besøk i regionen, og uttrykte stor interesse og ba om å bli holdt orientert om den videre utviklingen.

## Bedre samhandling til beste for pasienten

ved Bjørnar Nyen, spesialist i allmennmedisin,  
prosjektleder i Stiftelsen GRUK, redaktør for  
Prosedyrepermen for samhandling i Telemark

Samhandling er ikke noe nytt. Men står vi overfor et skifte nå med mer utbredt vilje i norsk helsevesen til samhandling på langs og på tvers? Samhandling er bare et ord, og ord i seg selv gjør ofte lite nytte. Det er ikke nok med snakk om samhandling – vi må aktivt samhandle, og til det trengs både arenaer og verktøy for samhandling, om det skal være til nytte for pasientene. Det er som mannen på bedehuset sa: "Det er ikke nok å si Halleluja, man må gjøre det også!"

I Helseregion Sør har man lagt ned mye arbeid i å utvikle et program for samhandling - Helsedialog. Denne artikkelen omhandler verktøy og arenaer for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten – først om et lokalt tiltak i Telemark og deretter om en ganske bred bevegelse som er i ferd med få en viktig plass i dette feltet i Norge. Begge er en del av Helsedialog.



### Prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjenesten i Telemark

Navnet er langt og kanskje ikke så godt heller, for det handler ikke egentlig om prosedyrer, men om retningslinjer. Og nå er det ikke lenger noen perm som det var de første årene; nå kommer den bare i elektronisk versjon på CD. Om ikke lenge finnes den på nett, og den

vil kunne lastes ned om man ikke skal arbeide med den online.



La meg klippe fra introduksjonen i "Prosedyrepermen":

"Prosedyrepermen" er en samling veiledende råd for håndtering av kliniske problemstillinger som krever samarbeid mellom 1. og 2.-linjetjenesten.

Hvordan kan allmennleger og sykehus best samarbeide om å gi pasientene optimal behandling og service, og bidra til at ressursene i helsevesenet blir brukt rasjonelt? En lokal redaksjonskomite bestående av allmennleger i samarbeid med kolleger på sykehusene i Telemark har arbeidet med denne samlingen kontinuerlig siden 1989, og revidert og supplert etter drøftinger av behov og i pakt med ny kunnskap."

Arbeidet med Prosedyrepermen skjer på frivillig basis uten betaling. Vanligvis har 15 til 20 allmennleger deltatt og tatt ansvar for kontakten med hver sine avdelinger. Vi har forsøkt å ha en kontaktperson med god faglig tyngde i hver sykehusavdeling, og retningslinjene er utarbeidet i et samarbeid mellom den ansvarlige allmennlegen og kontaktpersonen.



De senere årene har hovedfokus vært på samhandlingen, på henvisninger og på oppfølging etter kontakt med sykehuset, og vi har nedtonet arbeid med generelle kliniske retningslinjer.

Vi har ikke noen sikker oversikt over hvor mye Prosedyrepermen blir brukt; vi vet at noen allmennleger og legevakter bruker den ganske aktivt, mens ganske mange ikke bruker den i det hele tatt. Ved sykehusene kan den med hell brukes i større grad av leger og andre som et redskap for bedre samhandling med allmennlegene i fylket. Med aktiv bruk av retningslinjene samlet i Prosedyrepermen får en del pasienter bedre "flyt" gjennom helsesystemet.

### Praksiskonsulentordningen (PKO)

PKO startet i Danmark i 1992 da en dansk allmennlege tok utfordringen om å arbeide ved laboratoriet ved Odense sykehus for å bedre samarbeidsrutiner mellom laboratoriet og de praktiserende legene som sendte prøver til laboratoriet. Ordningen spredde seg til andre sykehus, og nå har mer enn 90 prosent av danske sykehusavdelinger PKO, og om lag 10 prosent av danske allmennpraktiserende leger har deltidsarbeid som praksiskonsulent.

Etter få år ble ordningen tatt opp ved enkelte norske sykehus, og særlig Stavanger Universitetssykehus, Helse Fonna og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har noen års erfaring med ordningen. Nå er den på

full fart inn ved en rekke helseforetak i Norge, også i Helse Sør.

### Hva er PKO?

I PKO ansettes allmennleger (eller andre helsepersonellgrupper fra 1. linjetjenesten, som sykepleiere i hjemmetjenesten) i små stillinger ved sykehusavdelinger for å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, allmennleger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (PLO), til gagn for pasientene. Ordningen skal medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet på tvers av 1. og 2. linjetjenesten og på tvers av avdelings- og profesjonsgrenser.

### Praksiskonsulenter

Ved et helseforetak blir det ansatt flere praksiskonsulenter i deltidsstillinger (5-10 prosent), knyttet til enkeltavdelinger eller klinikker. De kan ha som oppgave å

- bedre kommunikasjonen mellom allmennleger/PLO og sykehusavdelinger

- bidra til å skape sammenheng og helhet i helsetjenestens behandling av pasienter

- utarbeide kliniske retningslinjer om praktiske pasientforløp i samarbeid med sykehusavdelingen og 1. linjetjenesten

- formidle informasjon mellom første- og andrelinjetjenesten, for eksempel i form av informasjonsbrev, møter og kurs

### Praksiskoordinator

Ved helseforetak med praksiskonsulenter blir det ansatt en allmennlege som praksiskoordinator i en deltidsstilling (20–40 prosent). Praksiskoordinator knyttes til ledelsen i helseforetaket og skal koordinere og veilede praksiskonsulentene, avholde

nødvendige møter innad i sykehus og ute i kommunene for å sikre gjennomføring av tiltak og være rådgiver for foretaksledelsen i forhold til samhandlingsspørsmål.

### Noen eksempler

For å være konkret på hva man kan ta tak i, nevner jeg noen av mange områder PKO ved UNN har arbeidet med i 2004:

retningslinjer vedrørende utredning og oppfølging av cancer mamma.  
Resultatet av en prosess med sykehusavdelinger og allmennleger ble at den kliniske kontrollen for kirurgisk/onkologisk ferdigbehandlede pasienter med cancer mamma stadium 1 og 2 overføres til fastlegene

det er laget nye radiologiprosedyrer for samhandlingen mellom allmennleger og røntgenavdelingen

det er arbeidet med bedring av henvisninger fra fastleger til psykiatriske poliklinikker og med bedring av tilbakemeldinger fra psykiatriske poliklinikker til fastleger – her har poliklinikken (med praksiskonsulent) bestemt hva som skal stå i mal for henvisninger, og fastlegene har bestemt hva som skal være hovedinnholdet i foreløpige tilbakemeldinger

på ikt avdelingen er praksiskonsulenten del av et team som jobber med meldingsutveksling mot legekantor

en praksiskonsulent har arbeidet med samhandling i akuttmedisinske situasjoner gjennom best prosjektet: (best: bedre og systematisk traumebehandling)

to praksiskonsulenter har deltatt i arbeidet med ortopediplan og psykiatriplan for helse nord

en praksiskonsulent har deltatt i planleggingen av rygg-nakke poliklinikken (NOR-pol)

### Helse Sør og PKO

Helse Sør RHF har arbeidet systematisk i retning av en bred innføring av PKO ved alle helseforetak i regionen. Styret har fattet vedtak om dette, og man har valgt en modell med sentral finansiering av ordningen. Det vil si at praksiskonsulenter og koordinatorene blir ansatt på helseforetak-nivå, mens finansieringen kommer fra Helse Sør RHF.

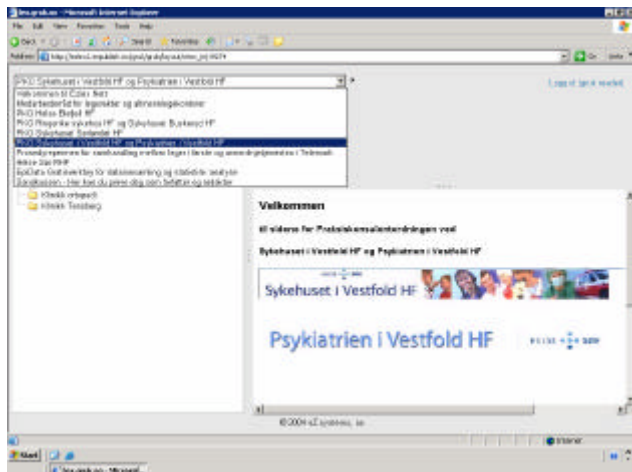
Helse Sør har som mål at PKO skal være vel innarbeidet og utbredt i alle regionens helseforetak innen 2008. Ved enkelte sykehusavdelinger vil det i tillegg til allmennleger ansettes sykepleiere og fysioterapeuter fra kommuner for å arbeide med samarbeidet mellom sykehusavdelinger og kommuners pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester.

Det er ønske om i noen grad også å arbeide med privatpraktiserende spesialister som en del av behandlingsnettverket.

Man ønsker å ha en løpende evaluering av PKO med dokumentasjon av forbedringsarbeidet, som for eksempel å følge resultatindikatorer. Dels de som benyttes nasjonalt (epikrisetid, pasienttilfredshetundersøkelser, ventetider), dels egne resultatindikatorer som kvalitet på henvisninger, liggetid for spesielle pasientgrupper, medarbeidertilfredshet.

### Nettsted for PKO

Gjennom et samarbeid mellom Helse Sør RHF, Prosedyrepermen for samhandling mellom leger i 1. og 2. linjetjenesten i Telemark og Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) etableres det et nettsted hvor all aktivitet i PKO i Helse Sør presenteres og rapporteres. Her vil alle vedtatte retningslinjer legges ut og oppdaterte utgaver vil være tilgjengelige for alle aktørene. Dette er ett av tiltakene i Helsedialog.



**Pasienten i fokus**

Hensikten med både prosedyrepermen og PKO-ordningen er å bedre kontinuiteten, effektiviteten og ressursutnyttelsen til beste for

pasientene. Begge bidrar til å ivareta sentrale teser om samhandling som ble utviklet i arbeidet med Helsedialog i Helseregion Sør:

fokuser på helhetlige pasientforløp og legg til rette for individuelle behov. ta utgangspunkt i felles mål og en løsningsfokusert tilnærming

møt på hverandres arenaer. klargjør ansvarsforhold og sett av tid til å samarbeide.

del kunnskap og metoder mellom pasienter og ansatte i helseforetak og kommuner

## Tilsyn med helsetjenesten – en helseminister ser tilbake

av Ansgar Gabrielsen

*Ansgar Gabrielsen gikk i 2005 ut av politikken etter mange år med politisk virksomhet. Han startet som kommunepolitiker i Lindesnes og endte som helse- og omsorgsminister.*

*Etter noen måneder som "vanlig menneske" tok han villig mot en utfordring om å dele sine erfaringer og refleksjoner omkring tilsyn med helsetjenesten.*

### Føres det nok tilsyn med norsk helsevesen?

Denne artikkelens innhold og konklusjoner er basert på mine egne erfaringer fra 25 års politisk virksomhet, lokalt og sentralt.

Norsk helsevesen er av uavhengige organer, bl.a. FN, kåret til å være av det ypperste når vi sammenligner oss med andre land. Det er selvfølgelig mange enkeltforhold som gjør at vi er i verdenstoppen, en vesentlig faktor er de store økonomiske ressurser vi bruker på helse. Andelen av det norske BNP som går til helse er blant de høyeste i verden. Vi har et helsevesen hvor målsettingen om likeverdige tilbud uavhengig av bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon i stor grad må sies å være en realitet.

Til tross for alt dette ser vi daglig i våre medier om enkeltindivider som har vært utsatt for behandling som ikke tilfredsstillende krav som borgere har til vårt helsevesen. Mange oppfatter også, og med rette, at de ikke får den behandling de mener situasjonen tilsier. Det er selvfølgelig mange årsaker til at det oppstår feil og uhell i et høyspesialisert helsevesen. Noe av det som omtales som feil/uhell skyldes rett og slett det faktum at

man i enkelte tilfeller er på grensen av de mulige, og da er det også innebygget risiko. Det er ikke denne type hendelser jeg skal si noe om, men de uhell/feil/mangler hvor det er faktorer vi kan påvirke som helsearbeidere og ledere i helsevesenet.

Det kanskje aller viktigste for å få nedgang i feilbehandling/uhell er å tilstrebe at man etablerer en kultur i organisasjonen hvor man har åpenhet rundt de feil som begås. Alt for lenge har det vært slik at man skjuler feil for både kolleger og omverden fordi man er redd for konsekvenser det kan få for den enkelte helsearbeider og for sykehuset. Det er dessverre en lang rekke bevis på at en slik holdning har ført til nye feil som har gått ut over nye pasienter. Det er et ledelsesansvar å etablere internkontroll og kvalitetssikringssystemer som skal motvirke forhold som gjør at man begår den samme feilen gang på gang med de konsekvenser dette kan få for pasientene. Mine erfaringer er at det er langt igjen før man kan si seg fornøyd med de kvalitetssikringssystemer som er nødvendig.

Internkontroll er helt nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Når staten har etablert en ekstern tilsynsmyndighet på helseområdet, så er det for at tilsynet skal medvirke til at

befolkningens behov for helsetjenester ivaretas

tjenestene drives faglig forsvarlig

svikt i tjeneytingen forebygges

ressursene brukes forsvarlig og effektivt

Et vesentlig politisk mål for myndighetene er at tilsynsmyndigheten skal ivareta rettssikkerheten til befolkningen både gjennom tilsynsvirksomhet og klagebehandling.

På dette grunnlaget utfører Helsetilsynet en helt nødvendig kontroll. Rapportene som utarbeides er altfor ofte påpeking av alvorlige brudd på bestemmelsen om at tjenestene skal drives forsvarlig så vel som mangel på internkontroll/kvalitetssikring. Plassen i denne artikkelen gir ikke mulighet til å dra så mange eksempler, men et par områder må nevnes.

Helsetilsynets rapporter dokumenterer mangel på samhandling mellom avdelinger, mellom sykehus, mellom kommuner og sykehus. Denne dokumentasjonen burde i langt større grad være grunnlagsmateriale for læring i den enkelte institusjon slik at man kan "vaksinere" seg mot at slike feil oppstår på ny ved samme eller på tilsvarende institusjoner. Det å etablere en kultur for at en organisasjon blir en lærende organisasjon vil være avgjørende. Vi lærer alle av egne feil, men å lære av andres feil og selv å unngå dem burde verdsettes langt høyere i helsevesenet.

I Norge har pasientene i de senere år fått stadig flere lovfestede rettigheter. For at disse rettighetene skal ha noen verdi for pasientene må det nødvendigvis føres kontroll, slik at borgernes rettigheter blir ivaretatt. Det kanskje verste brudd på ivaretagelse av pasientrettigheter jeg opplevde som

helseminister, var de mange psykisk sykes mangel på individuell plan for sin behandling. Nå er dette på bedringens vei, ikke minst takket være tilsynsmyndighetene.

Jeg vet det er betydelig politisk uenighet om hvor langt tilsynsmyndighetene skal kunne gå i forhold til kontroll med kommunene. Det blir en avveining av hensynet til det kommunale selvstyre og til pasientene/beboerne til syvende og sist. For egen del er jeg ikke i tvil om på hvilken side jeg står – erfaringene tilsier at pasientene/beboere trenger et statlig tilsynsorgan. Når vi aksepterer at Statens biltilsyn kan avskilte en bil, blir det for meg langt viktigere hva som foregår på et sykehjem i en kommune.

Min konklusjon på tilsynsområdet kan oppsummeres slik

bedre og fokusert  
internkontroll/kvalitetssikring i  
institusjonene

en effektiv og resolutt statlig  
tilsynsmyndighet

statlig tilsyn med tjenestene i kommunen

## Samfunnsmedisinske erfaringer fra kommuneåret 2005

*Av kommuneoverlege Pål Iden, Bø, Nome, Sauherad*

Året 2005 ble innledet med en nasjonal beredskapssituasjon. Hele beredskapskjeden var aktivert etter at den katastrofale bølgen hadde veltet inn over Sørøst-Asia i romjulen 2004. I de første dagers uoversiktlige situasjon er det viktig å gjøre disponeringer som kan sikre en hensiktsmessig håndtering av de utfordringer som følger i katastrofens kjølvann. Fra kommunenes synspunkt var det således en klok avgjørelse da de sentrale helsemyndighetene i tsunamikatastrofen valgte å tuftes krisearbeidet på lokale ressurser i kommunene.

Ved hjelp av daglige e-postoppdateringer og tilbakerapporteringssystem, ble kommunehelsetjenesten, med lokale kriseteam og fastleger, via kommunelegen satt i alarmberedskap. Ut fra lokalsamfunns-kunnskap og jungeltelegraf kunne pårørende og hjemvendte fra katastrofeområdet fanges opp og tilbys krisehjelp av det systemet som til daglig står parat til å hjelpe: Den kommunale kriseberedskapen.

Jeg vet ikke om dette systemet var effektivt over hele landet, men i Midt-Telemark var det ubetinget det. Den internasjonale katastrofen hadde sine forgreninger også til oss, men så langt jeg kan vurdere, ble utfordringene taklet på en måte som sikret de rammede den hjelp de hadde behov for der og da. Samspill er nøkkelordet.

Samfunnsmedisinens ansikt har blitt tydeligere i media og i folks bevissthet de siste par år. Ikke bare gjelder dette begrepet "psykososial beredskap". Like mye har begrepet "smittevern" glidd inn i godtfolks aktive vokabular. Legionellautbruddet i Østfold skapte i 2005 en voldsom mediainteresse. Da vi i sommer fikk et enkelttilfelle av Legionellasmitte i Midt-Telemark, kunne

trykket fra denne mediastormen kjennes massivt også her.

Verden er ikke stor og Norge er et lite land i verden. I løpet av et øyeblikk kan et lite lokalsamfunn plutselig stå i medias fokus, og det lokale samfunnsmedisinske miljø blir stilt ansvarlig for tiltak, informasjon og de valg som må gjøres for å håndtere en nyoppstått trussel. Da er ikke planer nok, men de hjelper. For uten kompetente fagfolk på plass i kommunen er de lite verdt. Uten et samarbeid mellom kommuner, helseforetak, laboratorier og statlige myndigheter og institusjoner blir oppgavene umulige.

I 2005 ble følgende klart for meg: Jeg spår sosialmedisinen en renessanse ute i kommune-Norge. Vi er i ferd med å identifisere den siste gruppe utstøtte, vår tids spedalske, menneskene det fortsatt er legalt å snakke stygt om (også i helse- og sosialvesenet) og trække på mens de ligger nede. Rusmisbrukerne, menneskene med dårligst helse, svakest økonomi, kortest ventede levealder, høyest ulykkesrisiko, med minst av alt det vi andre har mest av og det meste av det vi andre ikke ønsker oss.

Selv ute i småbygdene er de tunge rusmisbrukerne blitt synlige og vi kan ikke gå forbi dem lengre. Også dette krever samhandling, her mellom den kommunale helsetjenesten og sosialtjenesten, behandlingsinstitusjonene, samt trygde- og arbeidsetaten.

Hvordan skal så de samfunnsmedisinske og sosialmedisinske miljøer i kommunene sikres? Jeg har flere spørsmål enn jeg har svar på dette. Utfordringene er store og kommunenes tilgang på og satsing på samfunnsmedisinsk arbeid er liten i forhold til utfordringene. Hos oss har vi løst dette gjennom interkommunalt samarbeid. Filosofien er enkel: Sikre flere

kommuner tilgang på knappe ressurser. Dette har mye for seg, men fallgruvene er mange. I kommunal ressursforvaltning framstår ethvert samarbeid over kommunegrensene som en mulighet for å kutte utgifter og innsats. Vi som skal vokte faget står i fare for å forgape oss.

Jeg tror likevel fortsatt at det er mulig å få til vellykket samfunnsmedisinsk samarbeid over kommunegrensene på interkommunalt eller regionalt plan uten at lokalsamfunnsforankringen går tapt. Fire års erfaring fra

samarbeidsprosjektet i Midt-Telemark gjør meg trygg på dette.

Utfordringen er å bygge opp vekt bærende strukturer og solide fagmiljø som blir attraktive i kraft av sin faglighet, og sin tilførsel av ressurser og faglig støtte. Her ser jeg for meg framtidige utfordringer som også må påhvile det statlige nivå. Jeg spår fylkeslegen, i kraft av sin rolle som rådgiver og forvalter av statlig styringsverktøy, en posisjon vesentlig høyere på banen enn det har vært tradisjon for de senere årene.

## Del 2 Telemark

# Kommunehelsetjenesten

## Legetjenesten i kommunene

av ass. fylkeslege Yngve Holmern

Ut fra den kontakt Helsetilsynet i Telemark har hatt med kommunene i 2005, mener vi at det gjennomgående er rimelig god dekning av fastleger og lite misnøye med legene. For klage/tilsynssaker, omtale under tilsyn. Det framgår av Sosial- og helsedirektoratets statistikk (kommuneark) at legedekningen i kommuner i Telemark i gjennomsnitt er 0,9 (variasjon 0,8–1,9) legeårsverk pr. 1000 innbyggere, og dette er likt med landsgjennomsnittet.

Rikstrygdeverkets styringsdata for fastlegeordningen, 3. kvartal 2005, oppgir at det i Telemarkskommunene var til sammen 137 fastlegeavtaler, - om lag halvparten av legene hadde ledig kapasitet på sin liste (tilnærmet gjennomsnittstall for hele landet). Bare 0,3 prosent av befolkningen deltok ikke i fastlegeordningen. Det var 1,4 (av totalt 137) lister i vårt fylke som på daværende tidspunkt ikke hadde noen lege. De små kommunene er sårbare. Er det bare to leger i kommunen, vil permisjon eller annet fravær i særlig grad merkes av kollegaen, selv om man får inn vikarer ved lengre fravær. Kontinuiteten synes også å være vanskelig å ivareta når det gjelder legetjenesten i noen av de små kommunene.

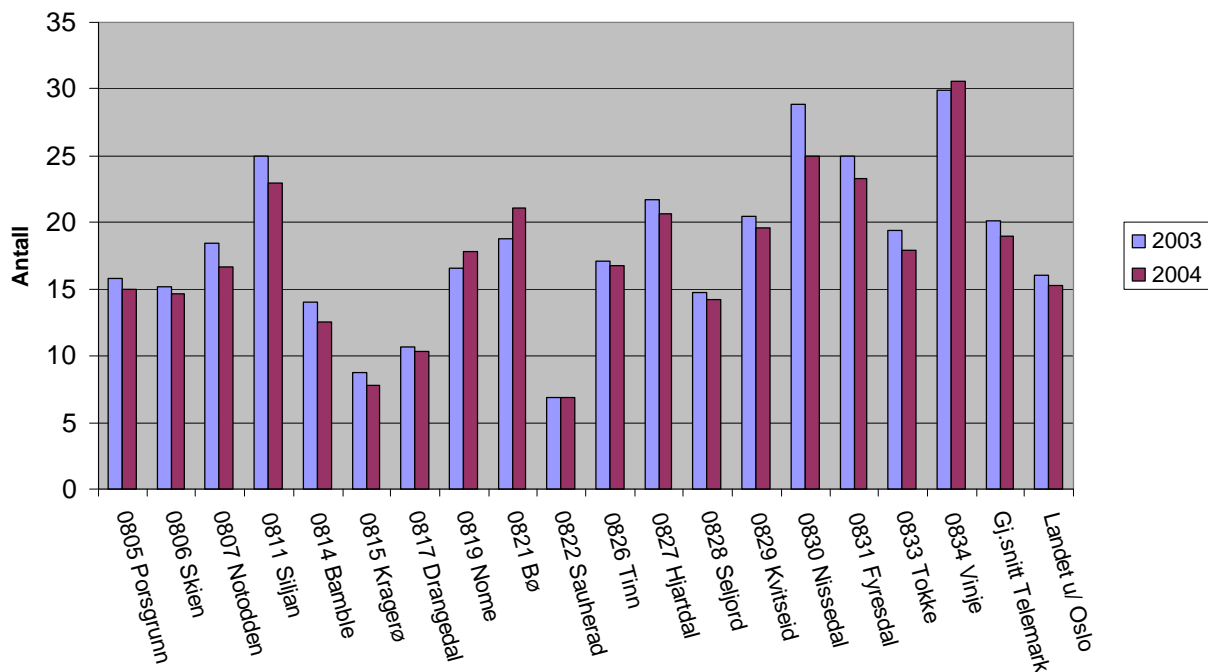
30 prosent av fastlegene i Telemark er kvinner, tilsvarende landsgjennomsnittet.

## Legetjenester i helsestasjoner

### Årsverk av leger i helsestasjon pr. 10.000 innbyggere 0-6 år

Kommune	2002	2003	2004
Årsverk leger	5,9	5,6	5,6
0806 Skien	5,9	3,4	2,8
0807 Notodden	8,0	4,3	4,8
0811 Siljan	10,2	10,5	9,9
0814 Bamble	3,6	3,9	3,9
0815 Kragerø	5,5	5,6	5,9
0817 Drangedal	9,6	12,6	6,4
0819 Nome	7,6	9,7	6,7
0821 Bø	6,2	6,4	6,6
0822 Sauherad	8,5	8,5	8,8
0826 Tinn	8,4	8,1	8,4
0827 Hjartdal	0,0	10,6	10,6
0828 Seljord	13,4	6,9	9,4
0829 Kviteseid	4,6	5,6	4,3
0830 Nissedal	28,1	14,8	14,5
0831 Fyresdal	15,4	7,5	7,6
0833 Tokke	3,2	3,3	3,4
0834 Vinje	5,9	8,1	11,0
Gj.snitt Telemark	6,4	5,4	5,2
Landet u/ Oslo	5,5	5,4	5,3

### Plasser i kommunale institusjoner i prosent av innbyggere over 80 år



### Legetjenester i sykehjem/kommunale institusjoner

#### Årsverk sykehjemsleger pr. 1.000 plasser

Kommune	2002	2003	2004
0805 Porsgrunn	8,4	8,8	9,2
0806 Skien	5,1	5,2	5,8
0807 Notodden	5,9	6,1	6,5
0811 Siljan	5,0	5,0	5,0
0814 Bamble	3,6	3,6	3,9
0815 Kragerø	2,5	8,0	4,7
0817 Drangedal	7,3	13,3	12,1
0819 Nome	3,6	3,6	3,6
0821 Bø	5,6	7,2	6,4
0822 Sauherad	13,3	10,0	10,0
0826 Tinn	5,1	5,1	5,0
0827 Hjartdal	0,0	6,4	6,4
0828 Seljord	5,8	5,8	5,2
0829 Kvitseid	5,2	3,7	3,0
0830 Nissedal	5,8	4,1	4,6
0831 Fyresdal	8,0	4,0	5,3
0833 Tokke	5,9	5,9	5,9
0834 Vinje	3,6	8,0	10,0
Gj.snitt Telemark	5,6	6,4	6,6
Landet u/ Oslo	5,9	6,3	6,4

Kommunene i Telemark har i stor grad praktisert samarbeid med nabokommune(r) når det gjelder legevakt og samfunnsmedisinsk legearbeid, slik det framgår av følgende:

#### **Legevaktordninger**

Legevaktsentralen for Skien og Siljan formidler kontakt til fastleger i deres kontortid, åpningstid 16.00-08.00 hverdager, samt døgnåpen lørdager, søndager og helligdager.

Legevakta for Kragerø og Drangedal, tidligere felles legeskontakformidling, fra mai 2005 interkommunal legevakt lokalisert i Kragerø.

Legevakta på Notodden dekker Notodden og Hjartdal utenom legekantorenes ordinære åpningstid. Formidler dessuten kontakt med vakthavende lege i Bø/Sauherad og i Nome fram til kl. 23.00. I tida 23.00-08.00 er det stasjonær legevakt for nevnte kommuner, samt for Seljord og Kviteseid. Kviteseid og Seljord har felles legevakt etter kontortid fram til kl. 23.00. Nattestid vises til stasjonær legevakt på Notodden.

Vinje og Tokke har felles legevakt med lokaler i Åmot i Vinje kl. 15.00-22.00 på hverdager, kl 09.00-16.00 på lørdager/søndager, for øvrig formidling av kontakt til vakthavende lege i

Tokke/Vinje via fast legevakttelefon i samarbeid med Tinn.

Nissedal og Fyresdal samarbeider med Åmli kommune i Aust-Agder og er knytta til legevakta i Arendal i Aust-Agder.

Når det gjelder lokaler for legevakt har vertskommunene avtaler med helseforetak/sykehus i Skien, Porsgrunn, Kragerø, Notodden og Rjukan.

#### **Miljøretta helsevern, medisinfaglig rådgivende lege**

Det er etablert samarbeid mellom Porsgrunn og Skien, ved at medisinsk-faglig rådgivende lege i Porsgrunn etter avtale også dekker disse oppgavene i Skien. I 2005 var også Bamble kommune med i dette samarbeidet.

Notodden og Hjartdal har samme lege som medisinsk-faglig rådgiver.

I Midt-Telemark samarbeider kommunene Bø, Nome og Sauherad ved at kommuneoverlegen i Bø har vært medisinsk-faglig rådgiver i alle tre kommunene.

#### **Smittevern**

Kommunelege I i Bø er smittevernlege også i Sauherad og Nome. Samarbeid Notodden og Hjartdal om felles smittevernlege.



## Hva skjer med syke eldres rett til helsehjelp?

av rådgiver Audhild Arnesen

Det forhold at det øremerkede omsorgstjenestetilskuddet ble lagt inn i kommunenes rammetilskudd og en strammere kommuneøkonomi har i mange tilfelle påvirket tjenestetilbudet til de eldre. Utfordringene i forhold til denne utviklingen blir å sikre at de pasientene med størst behov for pleie- og omsorgstjenester, de pasientene som ikke er i stand til å varsle noen når de trenger hjelp, og de som ikke har innsikt i egen situasjon, får nødvendige helsetjenester som imøtekommer de ulike hjelpebehovene.

Den demografiske utviklingen fører til økning blant eldre - og særlig de eldste eldre - som trenger pleie- og omsorg. I tillegg lever kronisk syke lenger. Disse forhold utfordrer helse- og omsorgstjenesten.

I takt med aldringen i befolkningen øker bredden i de eldres behov for helse- og andre tjenester. Foruten å imøtekomme den økte bredden i tjenestebehov søker kommunene etter måter å effektivisere forvaltning og tjenesteproduksjon på. Dette er berettiget. Langt på vei står kommunen fritt til å organisere sine helsetjenester. Men uansett om kommunen velger å benytte institusjon eller omsorgsbolig, må tjenestene som tilbys den enkelte bruker, være faglig forsvarlige, og kommunen plikter å oppfylle den enkeltes rett til nødvendig helsehjelp.

Når kommunene vurderer å avhjemle sykehjemsplasser til omsorgsboliger, kan dette være økonomisk motivert. I omsorgsboliger betaler beboeren boutgifter og mat, egenandel for legebesøk, medisiner på blå resept, praktisk hjemmehjelp samt legemidler og sykepleieartikler som ikke kommer inn under refusjonsordninger.

Milliarder til eldresatsing har hevet standarden på boliger, og flere enerom er bygget, men vi

ser at den raske utbyggingen av omsorgsboliger bare delvis er fulgt opp med personellressurser og kompetanse. Det er for eksempel ingen krav om at omsorgsboliger skal være bemannet.

Det er en kjensgjerning og vel dokumentert at bemanning og kompetansesammensetningen i dag ikke svarer godt nok til de komplekse behovene som syke eldre har.

Regjeringen har i Soria Moria erklæringen satt som mål en økning med 10 000 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten innen 2009. Men flere hender gir ikke nødvendigvis et bedre helsetilbud. Kompetanse er avgjørende for at syke eldre skal få et bedre helsetilbud. Med støtte i en rekke studier og rapporter pekes det på at det er manglende kvalitet og kompetanse blant pleiepersonellet som er det største problemet i omsorgen for eldre, ikke bare økonomisk ressurser og antall årsverk. Tiltak for å heve kompetansen innen eldreomsorg må rette seg mot flere faggrupper. Det er nødvendig å løfte eldreomsorgen bedre frem i grunnutdanninga. I tillegg må forholdene legges til rette for å bedre videre- og etterutdanning innen området.

Behovet for leger med nødvendig kompetanse i aldersmedisin er sjelden dekket. Mens det er forholdsvis mange leger i forhold til innbyggertallet i Norge, er det samtidig mangel på leger med spesialkompetanse innen geriatri.

I alminnelighet vil legetjenester til sykehjemspasienter bli ivaretatt av et fåtalls sykehjemsleger. Jo høyere stillingsbrøken er for sykehjemsleger, jo bedre vil mulighetene være for å sikre deres integrering i institusjonens fagmiljø og fremme legens bidrag til institusjonens faglige utvikling. I omsorgsboliger og andre boformer for eldre derimot vil hver enkelt bruker måtte forholde seg til sin fastlege. I folkerike kommuner vil

derfor et større antall fastleger kunne yte tjenester til beboerne i ett og samme bofellesskap. I motsetning til sykehjem vil en samlet oversikt over helseforholdene til beboerne i ett og samme bofellesskap vanskelig kunne oppnås. Det er også knapt relevant å snakke om legens integrering i fagmiljøet og bidrag til den faglige utviklinga i omsorgsboliger.

Nedbygging av sykehjem reduserer muligheten til differensiert drift, dvs. at vi får ikke nok senger for demente, rehabilitering/opptrening, palliasjon, dagplasser etc. med målrettet faglig innhold. Vi kjenner alle til presset for å få de mest pleietrengende inn i institusjon. Dette fører til at korttidsplassene blir brukt til langtidspleie. Med liten grad av differensiering, kan dette lett føre til liten faglig ballast (leger, sykepleiere med visjoner) i miljøet. Hele 80 prosent av sykepleiere som jobber på sykehjem melder om at grunnbemanningen er for lav der de jobber (Gallup, 2005). Da er det ikke rart at mange opplever en daglig skvis mellom hvilken kvalitet de faglig sett skal levere og mangel på ressurser. De vanskelige prioriteringene og dilemmaene skyves dermed ned til det enkelte helsepersonell i møte med pasienten.

Uten KRAFTIG kommunal økning av TILGJENGELIGE korttidsplasser i sykehjem vil risikoen øke for at utskrivningsklare eldre pasienter blir liggende på sykehus og taper ytterligere funksjoner, eller de utskrives til omsorgsbolig /hjemmet uten tilstrekkelig oppfølging, som igjen kan føre til reinnleggelser i sykehus. Dette er først og fremst et dårlig tilbud til de gamle, men det skaper også dårlig samarbeidsklima mellom kommune og sykehus.

Hjemmetjenesten er i dag ikke alltid rustet til å overta de syke eldre. Hjemmetjenestene som

skal yte tjenester til beboerne i omsorgsboligene, preges av liten kontinuitet og mye ufaglært personell. Liten kontinuitet blant pleiepersonell gjør at tjenesten ikke blir utført av samme personell fra gang til gang. Tjenestemottaker må forholde seg til mange forskjellige personer. Det er også en utbredt forventning at "alle" skal gjøre alt. Det meldes fra flere hold at observasjonsevnen blant de ansatte i hjemmetjenesten i dag er faglig mangelfull, og at sykepleierne heller ikke er synlige nok. Erfaringsmessig overtar personalet raskt kontakten med pasientens fastlege når de eldre tas hånd om av hjemmetjenesten. Spørsmålet er om pleiepersonalet har nødvendig kompetanse til å observere og varsle legen om det som måtte være av forandring i helsetilstanden til den enkelte når det i hjemmetjenesten er mye ufaglært personell. Et annet berettiget spørsmålet er om de eldre i omsorgsbolig eller hjemme sikres en god nok legetjenesteordning når de selv ikke lenger greier å komme til fastlegekontoret. Redusert bemanning og kompetanse kan føre til faglig uforsvarlige tjenester, eksempelvis passivisering, feilmedisinering, underernæring, ensomhet, overgrep m.m.

Blir omsorgsboligene benyttet for å erstatte sykehjem, er det desto viktigere å sikre at drifta er forsvarlig med tanke på personell, tilgang på legetjenester og tilpasning av tjenester etter den enkeltes funksjonsnivå og behov. Det er viktig at hver kommune ut fra lovkrav og egne krav til faglig forsvarlighet og god kvalitet vurderer behovet for legehjelp så vel som pleie- og omsorgstjenester til brukere med heldøgns pleie- og omsorgsbehov. Kommunen må beskrive status og utvikling og analysere forbedringsbehovet og forbedringsmulighetene.



## Tannhelsetjenesten

av fylkestannlege Tor Hildre, Telemark

I de siste årene har tjenesten hatt store problem med å få besatt tannpleier- og tannlegestillinger. Ved årsskiftet var imidlertid alle stillinger besatt i tannhelsetjenesten i Telemark. Dette er nok dessverre et forbigående lyspunkt da mange tannleger sluttet ved årsskiftet. Tannhelsetjenesten arbeider derfor videre med å rekruttere tannleger til Telemark.

Strukturplanen som fylkestinget vedtok i 2004, og som skal halvere antall klinikker i fylket, ble iverksatt i 2005. Tannhelsedistriktene ble redusert fra syv til fire. Ny sentralklinikk ble innviet på Notodden og prosessen med å lage spesialisttannklinikk/sentralklinikk på Sykehuset Telemark fortsatte. Kjeveortoped ble ansatt, da det er stor mangel på slik spesialist i Grenland. Ny klinikk kommer til sommeren i Kragerø. Prosessen vil føre til at ikke alle kommuner får tannlegekontor, men muligheten for å skaffe personell til fylket øker på grunn av store klinikker med godt faglig miljø.

Tannhelsetjenesten gikk med et stort underskudd i 2005, noe på lønn (alle stillinger besatt), noe på innkjøp (økte materialomkostninger) og noe på sviktende inntekt. I 2005 gikk man over til nytt digitalt journalsystem og startet innføring av digital røntgen på alle klinikker. Innføringen slutføres

våren 2006. Innføringen har ført til tidstap som svekket regnskapssituasjonen. Fordi alle stillinger var besatt fikk det frie klientellet et godt tilbud i 2005 og dekningsgraden var svært god. Tannhelsedataene ser ut til å vise noe bedring i sykdom på de registrerte årskullene, men på grunn av overgang til nytt datasystem er det en viss usikkerhet i tallene.

I 2005 fikk rusmiddelmissbrukere med langtidsopphold på institusjon også rett til gratis tannbehandling og midler ble tilført fra staten. I 2006 vil det bli en prioritert oppgave å få gitt tilbudet på en tilfredsstillende måte.

Tannhelsetjenesten videreførte satsingen på helsefremmende- og forebyggende arbeid og var med i innføringen av vannprosjektet rettet mot videregående skoler. Vi arbeider videre med nye satsingsområder i tillegg til å bli bedre på de områdene vi allerede er inne i.

Tannhelsetjenesten har nå to dager pr uke med narkosebehandling på Sykehuset Telemark og dette har ført til at ventetiden er redusert til ca. en måned. De innsatte i fengslet i Skien får behandling en gang i uka i fengselet sitt tannlegekontor.

Sykefraværet blant personellet er lavt, men et pilotprosjekt ble likevel satt i gang i Porsgrunn hvor de ansatte trener en time i uken i arbeidstiden. Det har redusert sykefraværet og vært med på å bedre arbeidsmiljøet.

## Tilsynserfaring i Telemark

### Virksomhetstilsyn

av rådgiverne Audhild Arnesen og Anne Marie Moen  
Vollan

Tilsyn med virksomheter i Telemark er blitt gjennomført med systemrevisjon som metode. Systemrevisjon er en standardisert tilsynsmetode, der tilsynet vektlegger virksomhetens system for ivaretagelse av lovpålagte krav. I tilsynet vurderes hvordan virksomheten, gjennom sitt styringssystem, sikrer at brukernes rettigheter blir oppfylt og de lovpålagte krav til helsetjenesten blir fulgt.

Det ble gjennomført flere landsomfattende tilsyn, se først i dette kapitlet. Utover dette har vi som lokalt tilsyn gjennomført tilsyn ved, Sykehuset Telemark HF, Kvinneklinikken, Telemark røntgensenter, Betanien hospital, reumatologisk og reumakirurgisk avdeling, deler av helsetjenestetilbudet i ett sykehjem, og skolehelsetjenesten i en kommune.

Revisjonsrapportene både fra Helsetilsynet i Telemark og alle andre fylker, kan i sin helhet leses på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

### Landsomfattende tilsyn i Telemark

#### Landsomfattende felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester

I 2005 gjennomførte Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket tre landsomfattende felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer (over 18 år) med langvarige og sammensatte behov. Målet med tilsynet var å finne ut om kommunen etterlever myndighetskravene i ulike faser av tjenesteutøvelsen (oppstartsfasen, iverksettingsfasen og oppfølgingsfasen) overfor nevnte målgruppe. Det ble ikke foretatt en

inngående gransking av alle sider av virksomheten. Utfordringen var å se helhet og sammenheng i de ulike deltjenestene, med utgangspunkt i følgende fire perspektiv: Brukermedvirkning, koordinering, individualisering og forsvarlig tjenesteyting. Tilsynet ble gjennomført i kommunene Skien, Tinn og Bø. Det var i mandatet for tilsynet ikke tegnet et skarpt bilde av en bestemt målgruppe av tjenestemottakere eller diagnoser, men det var en avgrensning i forhold til de som kunne betegnes som "ren eldreomsorg". Til tross for at vi prøvde å få et bredt utvalg av tjenestemottakere, erfarte vi at den største målgruppa ved tilsynet ble personer med alvorlige kroniske psykiske lidelser.

Rapportene fra disse tilsyna kan i sin helhet leses på Helsetilsynets nettside [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Ett av avvikene som gikk igjen var at kommunen ikke sikrer at vedtak blir fattet for all tildeling av hjemmesykepleie og praktisk bistand og opplæring til personer med psykiske lidelser. Det var også ulik oppfatning om det ved tildeling av tjenester til personer med psykisk lidelser skal fattes enkeltvedtak, og tjenesteutøverne var lite kjent med vedtak som var fattet.

Tilsynet viste også mangler i forhold til utarbeidelse av individuell plan til de tjenestemottakerne som hadde rett til det, og som ønsket individuell plan. Vi avdekket også at innholdet i flere av de individuelle planene som var laget, var ufullstendige, og dermed ikke i samsvar med kravene i forskrift om individuell plan.

Journalgjennomgangen viste at enkelte tjenestemottakere som bodde i bofellesskap, hadde omfattende behov for sosial- og helsetjenester, og at tjenestene lett ble styrt ut fra samlet tildelte ressurser til bofellesskapet, og ikke ut fra den enkelte tjenestemottaker sitt behov.

#### **Tilsyn med Sykehuset Telemark HF, gastrokirurgisk seksjon**

I 2005 gjennomførte helsetilsynet i fylkene et landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som har akutfunksjon innenfor gastrokirurgi og behandler kreft i fordøyelseskanalen.

Tema for tilsynet var:

kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost

formidling av resultat fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandlende lege i hastesituasjoner

kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling

opplæring av nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell

kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

Tilsynet ved Sykehuset Telemark HF viste at det var mangler ved legenes journalføring av pasientopplysninger. Videre viste tilsynet at lege også gir pasient informasjon om alvorlige forhold når andre pasienter er til stede på flersengsrom. Dette kan være brudd på taushetsplikten. Disse forholdene førte til at det ble gitt to avvik ved Sykehuset Telemark HF.

## **Regionalt tilsyn i Telemark**

### **Tilsyn med Sykehuset Telemark HF, psykiatrisk klinikk, seksjon for akutt psykiatri**

Tilsynet ble gjennomført med regionalt team i Helse Sør. Tema for tilsynet var:

gjennomføring av tvungent psykisk helsevern i institusjon

gjennomføring av tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon

praksis ved overføring

systemrevisjonen omfattet følgende områder innen ovennevnte temaer:

sikring av personalets kompetanse (herunder om regelverk)

informasjon til pasienter og pårørende

praktisering av medvirkning, uttalelsesrett, frivillighet og bruk av pasienterfaringer

individuell plan

etablering av tvungent psykisk helsevern. kontrollundersøkelser og forlengelse etter ett år

vedtak om behandling uten eget samtykke, andre tvangstiltak og begjæring om utskrivning

etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Det ble ikke gjort funn som ga grunnlag for avvik på noen av områdene, men det ble gitt to merknader.

## **Lokale tilsyn i Telemark**

### **Tilsyn Sykehuset Telemark HF, kvinneklinikken**

Tilsyn med fødeinstitusjoner var et landsomfattende tilsyn i 2004, og tilsynet ble

gjennomført med regionalt team i Helse Sør. Fødetilbudet ved Sykehuset Telemark HF var ikke omfattet av dette tilsynet. Det ble derfor gjennomført tilsyn med kvinneklinikken ved Sykehuset Telemark HF med samme tema i 2005. Det ble ikke påvist avvik fra myndighetskravene på de reviderte områdene, men det ble gitt en merknad.

#### **Tilsyn med Betanien Hospital**

Tilsynet ble gjennomført ved revmatologisk og revmakirurgisk avdeling. Tema for dette tilsynet var:

kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen  
– med fokus på kommunikasjon

pasientinformasjon og medbestemmelse i forbindelse med pasientbehandlingen

læring og forbedring

Det ble påvist ett avvik på de reviderte områder. Det ble ikke gitt merknader på noen av de reviderte områdene.

#### **Tilsyn med Telemark Røntgensenter**

Røntgensenteret er en nyere virksomhet i spesialisthelsetjenesten i Telemark. Senteret er privateid og er nylig blitt ISO-sertifisert. Røntgensenteret er den første private virksomheten i Telemark hvor vi har gjennomført systemrevisjon. Tema for dette tilsynet var:

pasientinformasjon i forbindelse med undersøkelsene

kommunikasjon og dokumentasjon av pasientopplysninger

læring og forbedring

Det ble påvist to avvik og gitt en merknad på de reviderte områder.

#### **Tilsyn med helsetjenestetilbudet i sykehjem**

Helsetilsynet gjennomført bare ett tilsyn til sykehjem i 2005, nemlig Kviteseid omsorgssenter. Vi valgte å fokusere på samme tema som vi gjorde ved de tilsyna vi gjennomførte i sykehjem i 2004, som var:

saksbehandling ved tildeling av sjukeheimplass

gjennomføring av pleie- og omsorgstilbudet

hvordan kommunen sikrer forsvarlig medisinsk utredning og behandling i sykehjemmet

hvordan kommunen sikrer forsvarlig legemiddelhåndtering i sykehjemmet

status for arbeidet med infeksjonskontrollprogrammet i sykehjemmet

Som ved tilsyn gjennomført i andre sykehjem i 2004, ble det i Kviteseid påvist flere av de samme avvikene.

#### **Tilsyn med skolehelsetjenesten**

Det er i 2005 gjennomført ett tilsyn med skolehelsetjenesten i Drangedal kommune. Det ble fokusert på samme områder som ved tidligere tilsyn og omfattet følgende:

almennelige krav til kommunens helsetjeneste i skolene

undersøkelse og veiledning

skolehelsetjenestens tiltak for utsatte grupper

helseovervåking

Det ble ikke påvist avvik fra myndighetskravene på disse reviderte områdene.

## Hendelsesbasert tilsyn

*av seniorrådgiver Ida Mollerud*

Pasienter eller representant for pasient har anledning til å be tilsynsmyndigheten om å vurdere om den behandling de har fått er i samsvar med helselovgivningen, slik det går frem av pasientrettighetsloven § 7-4 og helsepersonelloven § 55. Tilsynsmyndighetene kan også starte behandling av saker på grunnlag av annen informasjon som blir mottatt, blant annet fra apotek, media og tjenestene selv, blant annet den særlige meldeplikten spesialisthelsetjenesten er pålagt. Tilsynssaker kan være rettet mot enkelt helsepersonell eller virksomheter, for eksempel sykehjem, legevakt, sykehus.

I løpet av 2005 ble det startet saksbehandling i 82 nye saker, mot 78 saker i 2004. 78 saker ble avsluttet i 2005. Median saksbehandlingstid for disse sakene var fire måneder. Statens helsetilsyns målsetting om en saksbehandlingstid kortere enn fem måneder,

ble oppfylt. Det var likevel stor spredning i saksbehandlingstiden, alt fra saker som ble avgjort innen noen dager fra vi mottok dem til saker som har tatt opp til to år før avslutning. Variasjonene skyldes dels sakens kompleksitet og dels saksbehandlingsskapasiteten som har variert gjennom året.

Vår vurdering er i de fleste sakene knyttet til om kravet til forsvarlig virksomhet er overholdt. Leger er den gruppen helsepersonell som oftest blir vurdert og fem saker som gjelder leges yrkesutøvelse ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Av disse er en sak avsluttet. I denne saken ble det konkludert med pliktbrudd, men ikke funnet grunnlag for reaksjon. I tillegg er det oversendt til sammen syv saker som gjelder psykologer, sykepleiere og ufaglærte. Her er en sak avsluttet uten reaksjon, to saker er avsluttet med advarsel, en sak avsluttet med begrensning av autorisasjon og en sak avsluttet med tap av autorisasjon. Øvrige saker er under behandling i Statens helsetilsyn.

## Smittevern og sosial- og helsemessig beredskap

av ass. fylkeslege Hans G. Erichsen

Vår medarbeider med ansvar for smittevernområdet sluttet i stillingen medio 2005. På grunn av budsjettmessige innstramminger har fylkesmannen ikke tilsatt noen etterfølger. Ansvaret for smittevernområdet ble deretter overtatt av midlertidig og deltidsengasjert assisterende fylkeslege.

Fylkesmannen i Telemark har ikke arrangert noen smittevernkonferanse i 2005.

Helsetilsynet i Telemark har i løpet av 2005 mottatt melding om to inneliggende pasienter ved Sykehuset Telemark HF i Skien som var smittet med legionella fra VVS-anlegget i sykehuset. Vi har ellers ikke mottatt meldinger fra den utøvende helsetjenesten om utbrudd av smittsom sykdom som er meldepliktig etter smittevernloven.

Av egeninitierte aktiviteter på smittevernområdet i 2005 kan nevnes:

Helsetilsynet i Telemark deltok sammen med fylkesmannens beredskapsavdeling i systemrevisjon i tre kommuner. Revisjonstema var kommunenes beredskapsplaner, deriblant smittevernberedskapen. Av merknader/avvik som kom opp ved disse revisjonene nevnes svakheter ved den redaksjonelle oppbygningen av planverkene, manglende infeksjonskontrollprogram, manglende plan for pandemisk influensa og manglende risiko- og sårbarhetsanalyse for helseberedskapen.

Mot slutten av året ble rådmannen i samtlige kommuner i Telemark tilskrevet med

påminnelse om gjeldende myndighetskrav på smittevernområdet. Vi informerte om hva som forventes av sosial- og helsemessig beredskap i kommunene, slik det ble beskrevet i brev fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet i Telemark hadde da på forhånd sett igjennom det som Fylkesmannen fra tidligere har mottatt av beredskapsplaner. Vi ga for hver enkelt kommune en påpekning av endringer og forbedringer som bør gjøres både på planverket for smittevern og på det øvrige planverket for sosial- og helsemessig beredskap.

Fylkesmannen i Telemark/Helsetilsynet i Telemark har bare mottatt infeksjonskontrollprogram for sykehjem fra fem av de 18 kommunene i Telemark. Vi erfarer imidlertid i tilsynssammenheng at de fleste sykehjemmene i fylket har et infeksjonskontrollprogram som i varierende grad er implementert.

14 av kommunene har fått et tuberkulosekontrollprogram innarbeidet som en del av sin smittevernplan.

Bare ni av de 18 kommunene har i sin smittevernplan fått på plass beredskap for pandemisk influensa.

Bare to av de 18 kommunene har i sitt planverk fått med beredskap for å opprettholde sosialtjenestene i krisesituasjoner. På den annen side ga meldingene fra kommunene i forbindelse med tsunamikatastrofen det inntrykk at beredskapen fungerte tilfredsstillende over hele fylket.

## Melding om personskade etter spesialisthelsetjenesteloven

av rådgiver Anne Marie Moen Vollan

Helsetilsynet i Telemark har hittil mottatt 80 meldinger om betydelig eller fare for betydelig personskade for hendelser i 2005. Ut fra meldingene ble det opprettet 13 tilsynssaker i 2005.

### Kommentarer til virksomhetenes ivaretagelse av meldeordningen

Generelt kan vi si at kvaliteten på meldingene er forbedret, og vi ser av meldingene at de fleste har iverksatt tiltak for å hindre gjentakelser. Det synes som om det elektronisk meldesystemet TQM-helse som brukes på Sykehuset Telemark HF bidrar til å heve kvaliteten på meldingene. Blefjell Sykehus HF innførte det samme systemet i slutten av 2005. Dog er det fortsatt et problem at det i flere tilfeller er for lang saksbehandlingstid internt i sykehusene.

Helsetilsynet i Telemark mottar et økende antall foreløpige meldinger. Dette gjelder særlig ved melding om unaturlig dødsfall. Disse meldingene fører ofte til lang saksbehandlingstid fordi det er nødvendig å avvente resultat fra rettslig obduksjon før meldingen kan behandles/avsluttes.

det innkommer få meldinger som er ufullstendige og som må sendes i retur til virksomhetene

vi mottar få meldinger om hendelser som vurderes som ikke meldepliktige

det er kun i et fåtall av meldingene at det er behov for å innhente tilleggsopplysninger

der er stor variasjon i meldefrekvensen mellom de ulike klinikker/avdelinger innen samme sykehus

### Type hendelser

Generelt ser vi en større variasjon i type innmeldte hendelser enn tidligere. Dette tolker vi som at det er en større forståelse for å melde fra om avvik i virksomhetene. Vi ser at meldefrekvensen øker i avdelinger eller klinikker der Helsetilsynet i Telemark har gjennomført systemrevisjoner.

Meldinger om unaturlig dødsfall er økende, spesielt fra Sykehuset Telemark HF. Dette ser vi i sammenheng med at Sykehuset Telemark HF har satt fokus på denne meldeplikten internt i sykehuset. I tillegg ble det i 2005 gjennomført undervisning om meldeplikt ved unaturlig (uventet) dødsfall. Undervisningen var et samarbeid mellom sykehuset, politiet og Helsetilsynet i Telemark. Helsetilsynet i Telemark har også hatt fokus på meldeplikten i forhold til unaturlig dødsfall på andre sykehus i fylket.

## Nasjonale handlingsplaner og satsingsområder

### Opptrappingsplan i psykisk helsearbeid 1999-2008

av psykiatrirådgiver Eva Dolva

Stortinget vedtok en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98)). Perioden er forlenget med to år til ut 2008. Hovedmålgruppen er de alvorligst psykisk syke og moderat psykisk syke.

Kommunene i Telemark fikk utbetalt 73 millioner kroner i øremerkede midler i 2005 og vil få ca 90 millioner kroner i 2006.

Rapporteringene for 2005 vil først foreligge i slutten av februar, slik at tallene nedenfor baseres på resultat for 2004. Totalt øremerker tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene for 2004 var 59 302 000 kroner.

#### Resultatrapportering 2004 i Telemark – tiltak

	Kroner	prosent
Informasjon	382 000	0,6
Bruker- og pårørendeorganisasjoner	777 000	1,3
Kompetanseheving, rekrutteringstiltak	1 034 000	1,7
Kommunale tilrettede boliger (ikke omsorgsboliger)	2 099 000	3,5
Bistand i boliger, boveiledning, hjemmebaserte tjenester, miljøarbeid	18 537 000	30,8
Aktivitetstilbud (aktivitets-/dagsenter, kultur-/fritidstilbud)	9 245 000	15,4
Støttekontakter for voksne	1 069 000	1,8
Kommunale tilrettede arbeidsplasser/sysselsettningstiltak (ikke Aetat-tiltak)	1 946 000	3,2
Tilrettede behandlingstilbud, faglig veiledning, koordinering/ledelse	8 482 000	14,1
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	7 406 000	12,3
Annet forbyggende / psykososialt arbeid, kultur-/fritidstilbud for barn og unge	8 747 000	14,5
Støttekontakter for barn og unge	447 000	0,7

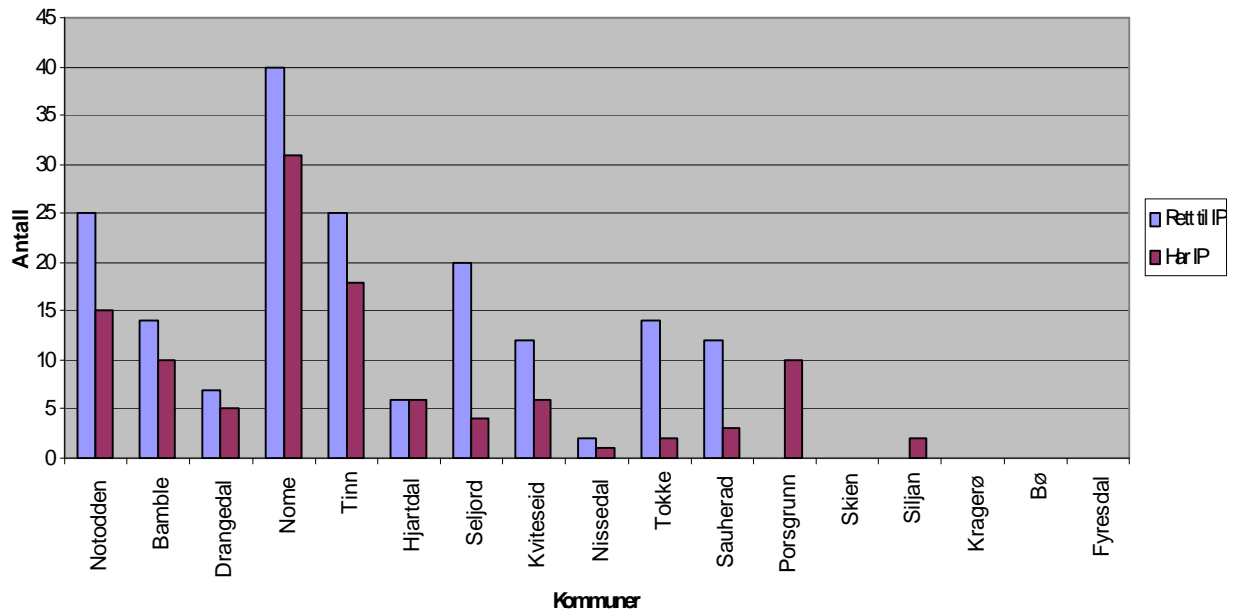
Rapporten for 2004 viser at tilskuddet finansierer 160,5 årsverk. Dette er en

aktivitetsvekst på ca 20 årsverk fra året før. Midlene går i hovedsak til utbygging av hjemmebaserte tjenester, utbygging av aktivitetstilbud og tilrettede behandlingstilbud, samt at Telemark brukte 27,5 prosent av de øremerkede midlene til styrking av tiltak til barn og unge. Dette er i tråd med nasjonale føringer som legger opp til at minst 20 prosent av innsatsen skal rettes mot denne målgruppen.

Fylkesmannen følger opp at de øremerkede midlene brukes etter intensjonene i opptrappingsplanen. Midlene skal bidra til en varig styrking av det psykiske helsetilbudet i kommunene. Det betyr at det psykiske helsetilbudet skal skjermes for innsparing. Kommunen skal ikke spare inn på egne bidrag og erstatte dette med øremerkede midler. En ser at det er stor variasjon i kommunenes tilbud. Enkelte kommuner må følges opp særskilt i forhold til bruken av midlene. I vilkårene for tildeling av øremerket tilskudd (jf IS-1/2005) er kravene om aktivitetsøkning presisert. I tillegg skulle kommunene dokumentere at de har etablert skriftlige retningslinjer for bruk av individuelle planer samt at brukermedvirkning skal utvikles og styrkes. Kommunene har ulik status på disse områdene, noen har kommet kortere enn andre. Når det gjelder individuelle planer (IP) har alle kommunene etablert skriftlige retningslinjer for utarbeiding.

Det ble gjort en kartlegging av IP i mars 2005. Søylediagrammet viser utdrag av kartleggingen vedr. voksne med psykiske lidelser, siden dette er hovedmålgruppa i opptrappingsplanen:

Oversikt over antall voksne med psykiske lidelser som har rett til IP, og antall IP.



Svarandel: 17 av 18 kommune

Blå søyle = Antall personer som har rett til IP

Rød søyle = Antall IP

Kommuner uten søyler mangler oversikt over antall personer som har rett til IP, eller antall IP

Kartleggingen viser at det er stor variasjon i forhold til hvor langt kommunene har kommet i dette arbeidet. De fleste kommunene har kommet lenger i utarbeidet med individuell plan til voksne med psykiske lidelser enn til barn med psykiske lidelser. Flere kommuner mangler oversikt over hvor mange som har rett til individuell plan. Fylkesmannen vil være pådriver og legge til rette for at kommunene videreutvikler seg i arbeidet med individuell plan også i 2006.

De fleste kommunene kan vise til brukermedvirkning på individnivå, for eksempel samarbeid om individuelle planer. Flere kommuner har tatt i bruk KPA-metoden (Koordinering av psykososialt arbeid) i dette arbeidet. Alle kommunene samarbeider med bruker- og pårørendeorganisasjoner om

Verdensdagen for psykisk helse (10. oktober).

De fleste kommunene har også brukere inn i styrene på dagsentra og i boliger, hvor det varierer kommunene i mellom hvor brukerstyrt det er. Et par av kommunene har lønnete brukermedarbeidere i mindre stillingsbrøker. Noen kommuner mangler lokallag, og det er stor variasjon i forhold til hvor aktive brukerrepresentantene er. Noen av kommunene har med bruker- og pårørenderepresentanter når opptrappingsplanen for psykisk helse blir rullert. Både kommunene og bruker- og pårørendeorganisasjoner melder om behov for skoling av brukerrepresentanter. Brukermedvirkning skal styrkes og

videreutvikles, noe som fylkesmannen vil følge opp og være pådriver for også i 2006.

Det er til nå vært formulert kvantitative mål i opptrappingsplanen, hvor økning i blant annet antall årsverk, boliger og konsultasjoner er formulert. I opptrappingsplanens siste fase (2006-2008) skal fokus på kvalitet og innhold i tjenestene økes ytterligere. Mål for psykisk helse gjelder både for kommunene og spesialisthelsetjenesten og vil omhandle åtte områder:

forebygging

mestring

samhandling

tilgjengelighet

brukermedvirkning

faglig innhold

kunnskap og tillit

god ressursutnyttelse

Målområdene utformes i samarbeid med kommunene, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene og sees i sammenheng med den nasjonale kvalitetsstrategien "...og bedre skal det bli" og den nye veilederen i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.



## Folkehelse

av folkehelserådgiver Roger Jensen

Med bakgrunn i St.meld. nr 16 (2002-03) Resept for et sunnere Norge og føringer fra Sosial- og helsedirektoratet har fylkemannens rolle på folkehelseområdet blitt diskutert internt. Det kan antydes to endringer som er på gang; - at folkehelse er et gjennomgående hensyn som bør ivaretas i alle avdelinger hos fylkesmannen, og at fylkeskommunen i stadig større grad overtar en pådriver- og koordinatrorolle på fylkesnivå. En primæroppgave for fylkesmannen er da i økende grad faglig rådgivning i forhold til Partnerskap for folkehelse og det lokale folkehelsearbeidet.

Siden 2004 har fylkesmannen, sammen med fylkeskommunen, utført sekretariatet i Partnerskap for folkehelse i Telemark. Samarbeidet med flere offentlige etater og frivillige organisasjoner endte opp med Folkehelseprogram for Telemark 2006-2009, vedtatt av fylkestinget og med status som delplan til fylkesplanen. Programmet legger opp til en omfattende satsing og følger i hovedsak nasjonale målsettinger. Se [www.telemark-fk.no/](http://www.telemark-fk.no/) folkehelse.

### Lokalt folkehelsearbeid

Fylkesmannen vil bidra til en tydeligere og mer effektiv satsing på folkehelsearbeid i kommunene. Derfor har vi, sammen med fylkeskommunen, engasjert oss i en prosess som er i en tidlig fase i flere kommuner. Som tidligere år har fylkesmannen også i 2005 gitt tilskudd til lokalt folkehelsearbeid i kommuner og frivillige organisasjoner.

### Innsatsområder

Fysisk aktivitet, kosthold og tobakk har vært sentrale innsatsområder i flere år. Fylkesmannen har i 2005 tatt initiativet til og ledet ressursgrupper for kosthold/ernæring og tobakk. Sammen med fylkeskommunen har vi fordelt sentrale midler til tiltak som fremmer fysisk aktivitet i frivillige organisasjoner. Av enkelttilbud kan vi trekke fram Folkestiprosjektet til fylkeshelselaget, Frukt og fotball i fotballkretsen, vannprosjektet i skolene og røykfri idrett.

Fylkesmannen har fulgt opp det sentrale prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen med to nettverkssamlinger og tilskudd til ca 25 barne- og ungdomsskoler. Sammen med Telemark idrettskrets har vi gjennomført en kartlegging av lavterskeltilbud når det gjelder fysisk aktivitet i fylket.

## Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell

av rådgiver Audhild Arnesen

Rekrutteringsplan er inne i sitt siste år. I all fall det vi vet foreløpig. Som kjent har Regjeringa i sin Soria Moria erklæring slått fast en økning på 10 000 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten innen 2009, slik at mye tyder på at det blir en utviding av tidsperioden for Rekrutteringsplanen. Hovedmålet med rekrutteringsplanen er som kjent å bedre kvaliteten i tjenesten gjennom god rekruttering, og sikre stabil arbeidskraft med nødvendig kompetanse. Kompetanse er avgjørende for at tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten skal få en kvalitativ god tjeneste. Personellstatistikk for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene viser at andelen med helse- og sosialfaglig utdanning er økt med gjennomsnittlig 1,3 prosent fra 2002 til 2004 i Telemark. Dette er lavere enn landsgjennomsnittet som er på 3,4 prosent. Dette gir grunn til bekymring. Positivt er det likevel at noen kommuner har en sterk økning i antall årsverk av sykepleiere i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste, spesielt gjelder dette Skien, Tokke og Seljord. Dessuten viser statistikken en vesentlig økning av årsverk for vernepleiere.

Telemark har også en høyere andel av ansatte innen helse- og sosialtjenesten som er 56 år og eldre enn i landet for øvrig. Derfor er det viktig at de kommuner som er i en slik situasjon, planlegger erstatningsbehovet umiddelbart.

Det ser heller ikke ut til at det har lyktes i særlig grad å få menn inn i disse yrkene. Ni kommuner kan vise til en liten økning i andelen mannlige ansatte i pleie- og

omsorgstjenestene fra 2002 til 2004. Telemark ligger også litt over landsgjennomsnittet. Ett positivt bidrag i den retning er at både sykepleierforbundet og fagforbundet i fylket jobber aktivt med å få til et prosjekt på dette med "Menn i omsorgsyrker".

Statistikken gir oss mange opplysninger som er nyttige med tanke på planlegging av personellsituasjonen fremover. Vi viser for øvrig til våre nettsider [www.fylkesmannen.no/telemark](http://www.fylkesmannen.no/telemark), der det finnes tallmaterieell og tabelloversikter over personellutviklinga i samtlige kommuner i Telemark.

Fylkesmannen har etablert et godt samarbeid med Telemark fylkeskommune.

Tabellen på neste side viser at det er mange opplæringstiltak på videregående nivå i gang i fylket. Spørsmålet en kan stille seg er hvor de blir av? Hvor mange av de unge med omsorgsarbeider-/hjelpepleierutdanning går faktisk inn i yrket når ikke økningen av antall hjelpepleiere/omsorgsarbeidere i fylket er større?

Fra fylkeskommunen rapporteres det om at mange endrer til allmennfaglig påbygning etter VK1 eller VK2. Noen av disse tar forhåpentlig en helse- og sosialfaglig utdanning på høgskolenivå etterpå, og det er bra.

Nettundervisning er et viktig element i kompetansereformen og voksnes rett til videregående opplæring. Notodden ressursenter har hjelpepleierutdanning på nett, og har uteksaminert det første kullet i Norge på denne måten.

## Omsorgsarbeider- og hjelpepl eieropplæring i Telemark 2005 -2006 - status ungdomsopplæringen

Skole		Antall elever		Antall elever		Antall fagprøver/ferdige elever pr år*1
Croftholmen vgs	GK Helse- og sosial →	82	VK1 Oms. arbeider →	27	VK2 Omsorgsarbeider (bedrift)	23
			VK1 Hjelpepleier →	15	VK2 Hjelpepleier (skole)	12
Kragerø vgs	GK Helse- og sosial →	29	VK1 Hjelpepleier →	16	VK2 Hjelpepleier (skole)	13
Skogmo vgs	GK Helse- og sosial →	104	VK1 Hjelpepleier →	45	VK2 Hjelpepleier (skole)	28
Notodden vgs	GK Helse- og sosial →	29	VK1 Hjelpepleier →	12	VK2 Hjelpepleier (skole)	13
Rjukan vgs	GK Helse- og sosial →	12	VK1 Hjelpepleier →	10	VK2 Hjelpepleier (skole)	15
Vest-Telem. vgs	GK Helse- og sosial →	12	VK1 Hjelpepleier →	10	VK2 Hjelpepleier (skole)	8
Lunde vgs	GK Helse- og sosial →	31				
<b>Til sammen</b>		<b>299</b>		<b>135</b>		<b>112</b>

\*1) Antall lærlinger/elever som er beregnet ferdig 2006. \*2) Antall fagprøver, ungdom



## Turnusveilederprogrammet

av turnusveileder Tor Carlsen

Ordningen med gruppevis veiledning av turnusleger i distrikt sikter mot å bistå turnuslegene i å mestre de faglige og personlige utfordringene som turnustjenesten i kommunehelsetjenesten innebærer. Tiltaket startet i Finnmark i 1997, i Telemark i 2002, og drives nå i alle fylker. Det er etablert et nasjonalt nettverk av veiledere. Sosial- og helsedirektoratet ønsker å gjøre deltakelse obligatorisk for godkjenning av turnustjenesten.

Telemark hadde høsten 2005 14 turnusleger i distrikt. Det ble drevet en gruppe i øvre del av fylket med Elisabeth Swensen, Seljord, som veileder, og en i nedre del med Tor Carlsen, Skien. Det ble holdt tre-fire heldags samlinger for hver gruppe i tillegg til Fylkeslegens todagers kurs. Oppslutningen er over 90 prosent. Deltakerne bekrefter at det er stort behov for et forum hvor kandidatene kan drøfte utfordringene de møter i utformingen av yrkesrollen. Veileder introduserer noen temaer under samlingene, mens hovedinnholdet er refleksjon over deltakernes egne erfaringer/fortellinger fra møtet med pasienter.

Deltakernes erfaringer evalueres kontinuerlig. Deltakerne anga i 2005 tilfredshet med tiltaket til gjennomsnittlig 8–8,5 på en skala fra 0 til 10. Forventningene er også høye, og ligger over 7 på samme skala. Spørsmål blir stilt om gruppene setter teori og praksis i en meningsfylt faglig sammenheng, om de er en trygg arena for erfaringsutveksling, og om nytteverdien av programmet.

I 2005 satte Sosial- og helsedirektoratet av midler til opplæring i veiledningspedagogikk for de lokale turnusveilederne. I oktober ble

det ble holdt kurs for disse parallelt med fylkeslegens kurs for turnusleger. Kursene ble holdt i Svartdal i Seljord og ble meget positivt mottatt.

Fylkeslegens kurs ble endret mot mer interaktiv og gruppebasert metodikk og innholdet ble sett i sammenheng med den gruppebaserte veiledningen. Distriktsmedisinens utfordringer fikk tydeligere plass enn tidligere.

Turnuskandidatene i fysioterapi og kiropraktikk er ikke med i det nye opplegget, og tilbys et separat kurs.

Fra 1. januar 2006 gjelder EU-direktivet av 2001 som krever totalt tre års veiledet tjeneste for å arbeide for trygdens regning. Det er innført krav om ett års veiledet tjeneste etter studiet og turnus, og veiledningsordning må etableres for dem som velger å arbeide i kommunehelsetjenesten. Norge stiller ikke krav om spesialitet i allmennmedisin for å arbeide selvstendig for trygdens regning. Et slikt krav ville løse de utfordringene som direktivet reiser, og legeforeningen arbeider for dette. Uansett reiser endringen spørsmål om behovet for samordning av ulike typer veiledning innenfor allmennmedisin.

### **Eget nettsted for valg av turnusplass i kommunehelsetjenesten**

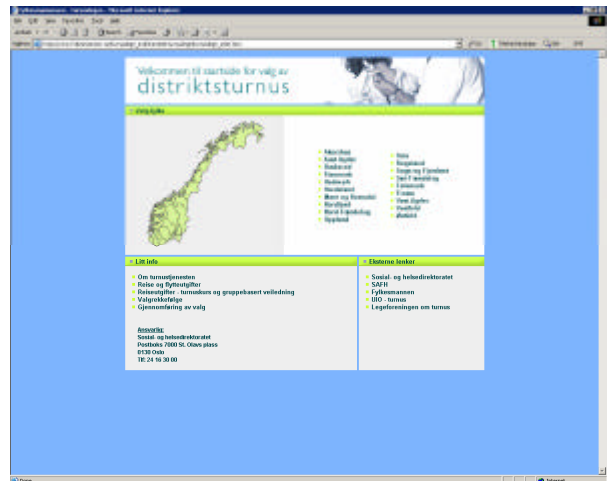
Det er utarbeidet et eget datasystem for valg av turnusplasser for leger på internett.

Nettadressen er

[www.fylkesmannen.no/turnuslege](http://www.fylkesmannen.no/turnuslege).

Målet er å fordele turnusplasser i kommunehelsetjenesten mer rasjonelt og effektivt. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har utviklet systemet og bistått i arbeidet

med å implementere det hos alle fylkemennene. I Telemark tok vi dette i bruk ved valget høsten 2005. Vår erfaring er at systemet effektiviserer arbeidet med fordeling av turnusleger. Det ivaretar også behovet for åpenhet og informasjon fordi turnuslegene kan følge hele valget på internett. Sosial- og helsedirektoratet har varslet at de vil sette i gang arbeidet med å opprette en egen database for ledige turnusplasser i kommunehelsetjenesten som alle kan ha tilgang til.



## Forvaltningsaker

Sosial- og helseavdelingen har mange oppdragsgivere. For å gi et bilde av mangfoldet i oppgaver, har vi valgt å ta inn tall fra saksbehandlingen på ulike felt.

### Helsekrav og førerkort

Førerkortsaker behandlet i 2005	
Antall saksbehandlinger	677
Antall personer	499
Dispensasjon innvilget	249
Dispensasjon avslått	37
Tilråding til politi eller trafikkstasjon	23
Inndragning av førerkortet tilrådd	163
Derav pga alderssvikselser	38
Derav pga rus/medikamentmisbruk	24
Krav til bruk av briller/kontaktlinser	32
Annen skriftlig saksbehandling	173

Antall saksbehandlinger har vært noenlunde stabilt årene etter 2001.

Antall avslåtte dispensasjonssøknader er lavt. Dette skyldes at legene ved sin rådgivning hindrer sjanseløse søknader, og ved at fylkesmannen i en del saker gir veiledende informasjon i stedet for å fatte vedtak.

Det er fortsatt en betydelig grad av underrapportering fra leger om pasienter som bruker store doser vanedannende medikamenter og pasienter som er psykisk ustabile.

Vi ser at optikerne i økende grad melder om førerkortinnehavere som skal bruke briller/synskorreksjon ved kjøring, med det er fortsatt mange optikere som helt unnlater å sende denne typen meldinger.

### Forskrivning av sentralstimulerende legemidler

Tillatelser gitt i Telemark i 2005 til at leger kan rekvirere sentralstimulerende legemidler:

Aktuell diagnose	Antall leger gitt generell rekvireringstillatelse	Antall leger gitt spesiell rekvireringstillatelse
ADHD (form for hyperaktivitet)	18	54
Narkolepsi (form for søvnforstyrrelse)	2	0

Reglene for rekvirering av sentralstimulerende legemidler ble endret i løpet av 2005. De nye reglene framgår av Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1244, som finnes på internett ([www.shdir.no/psykisk](http://www.shdir.no/psykisk)). Tillatelse til rekvirering av sentralstimulerende legemidler (eks. Ritalin, Concerta) kan gis leger etter søknad til fylkesmannen. Slik tillatelse innebærer dispensasjon fra narkotikaforskriften, og kan bare gis ved bestemte diagnoser. Spesiell rekvireringstillatelse betyr at legen må søke særskilt for navngitte enkeltpasienter. Oftest dreier det seg om fastleger som viderefører behandling startet opp etter diagnostisering i spesialisthelsetjenesten. Generell rekvireringstillatelse gis i hovedsak kun til spesialister innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, barnesykdommer eller nevrologi.

### Klager etter lov om sosiale tjenester

Før en klage blir oversendt til fylkesmannen, har kommunen i gjennomsnitt brukt 49 dager fra klagen ble mottatt til vi mottok den. I 2005 har Fylkesmannen i Telemark hatt en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 74 dager.

Lov om sosiale tjenester	Stadfestet kommunens vedtak	Omgjort	Opphevet / Tilbakesendt	Avvist	Totalt etter paragraf
Kapittel 4 Sosiale tjenester	27	5	4	0	36
Kapittel 5 Økonomisk stønad	142	34	9	0	185
Kapittel 6 Særlige rustiltak					
Kapittel 10 Kommunens ansvar	12	3	8	1	24
Kapittel 11 Finansiering, egenbetaling					
Totalt etter resultat	181	42	21	1	245

Fylkesmannen foretok i 2005 en kartlegging av forhold ved sosialtjenesten. Denne viser at 12 av fylkets 18 kommuner legger den statlige veiledende normen eller mer til grunn ved utmåling av livsoppholdsstønad.

Måloppnåelse: 185 av disse sakene ble behandlet innen 3 måneder. Fylkesmannen hadde en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 74 dager. Dette er 12 dager mer enn i 2004.

## Fri rettshjelp

Fylkesmannen i Telemark		2003	2004	2005
Fri rettshjelp	Totalt utbetalt (millioner kroner)	6,8	7,8	6,3
	Antall nye saker	1556	1119	934
Fritt rettsråd	Utlendings-saker (mill. kr)	2,6	2,1	1,1
Fritt rettsråd	Andre saksomr. (mill.kr)	4	5,5	5,0
Fri sakførsel*	(mill.kr)	0,2	0,2	0,2

\*) Ingen samlet oversikt. Utbetalingene skjer ved den enkelte rett.

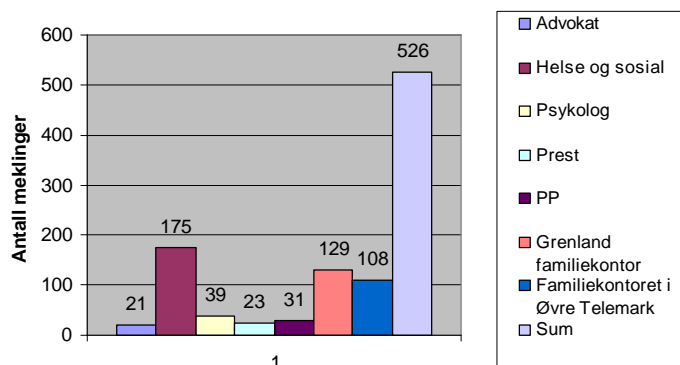
## Separasjon og skilsmisse

I 2005 har fylkesmannen ferdigbehandlet 490 separasjoner og 412 skilsmisser. I 2004 ble det gitt 565 separasjoner og 464 skilsmisser.

## Familiemekling

I 2005 ble det gjennomført 526 familiemeklinger i Telemark. Nær halvparten av meklingene gjennomføres på familiekontorene, mens resten gjennomføres hos et meklerkorps av eksterne meklere.

Gjennomførte meklinger i Telemark 2005

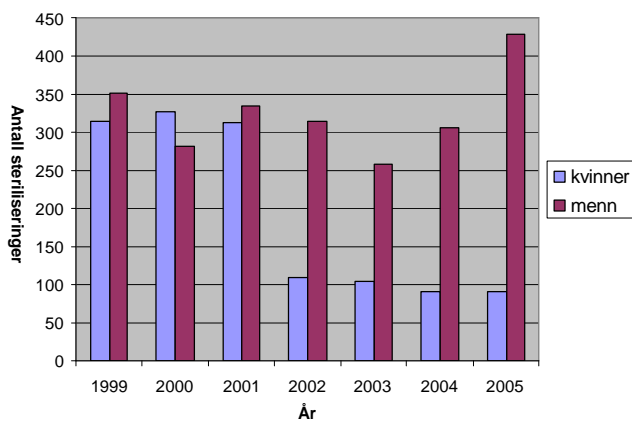


## Steriliseringer

I 2005 ble det utført 519 steriliseringer i Telemark. 428 av disse var menn og 91 var kvinner. Det er 122 flere enn i 2004 og skyldes utelukkende en økning blant menn.

Fra 2006 vil oppgaven med å samle inn kvartalsstatistikk fra utførende enheter i fylket ikke lenger ligge hos fylkesmannen. Sosial- og helsedirektoratet skal heretter hente ut data om steriliseringsinngrep fra Norsk pasientregister.

Utførte steriliseringer i Telemark 1999 - 2005



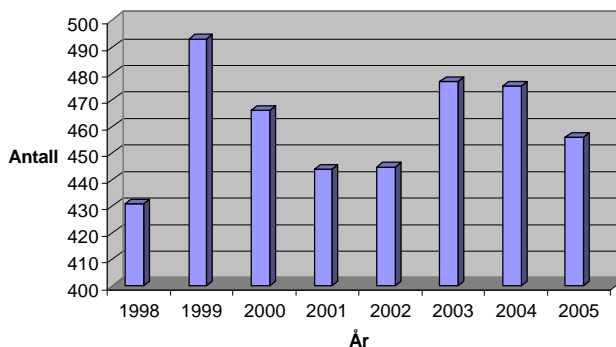
## Svangerskapsavbrudd

I 2005 ble det utført 456 svangerskapsavbrudd i Telemark. 19 færre enn i 2004. I juni vil det foreligge mer detaljerte tall fra Statistisk sentralbyrå, se [www.ssb.no/abort](http://www.ssb.no/abort)

Fra 2006 vil oppgaven med å samle inn kvartalsstatistikk fra utførende enheter i fylket ikke lenger ligge hos fylkesmannen.

Sykehusene skal heretter melde svangerskapsavbrudd til Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, se [www.mfr.no](http://www.mfr.no) og [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Utførte svangerskapsavbrudd i Telemark 1998 - 2005



## Ansatte i sosial- og helseavdelingen i 2005

Navn	Stilling	E-post	Arbeidsområde
Adolfson, Liv	konsulent	<a href="mailto:lad@fmte.no">lad@fmte.no</a>	Fri rettshjelp, navneloven, statsborgerskap, ettersøking etter biologiske foreldre
Arnesen, Audhild	rådgiver, sykepleier	<a href="mailto:aar@fmte.no">aar@fmte.no</a>	Tilsyn, pleie- og omsorgstjenester, juridiske spørsmål fra primærhelsetjenesten, faglige retningslinjer helsetjenesten i kommunene, rekrutteringsplan helse- og sosialpersonell, smittevern
Bakke, Frid	konsulent	<a href="mailto:fab@fmte.no">fab@fmte.no</a>	Klage på prøving av ekteskapsvilkår, ekteskapsloven. Navneloven, separasjon og skilsmisse, voldsoffererstatning, gravferdsloven (askespredning)
Carlsen, Tor	ass. fylkeslege 20% stilling	<a href="mailto:tca@fmte.no">tca@fmte.no</a>	Turnuslegeveileder
Christiansen, Ottar T.	fylkeslege	<a href="mailto:otc@fmte.no">otc@fmte.no</a>	Spørsmål fra media, klager, spørsmål fra spesialisthelsetjenesten, smittevern, prinsipielle/generelle problemstillinger ang. helsetjenesten i fylket
Dolva, Eva	psykiatrirådgiver, sykepleier	<a href="mailto:edo@fmte.no">edo@fmte.no</a>	Opptappingsplan for psykisk helse i kommunene
Erichsen, Hans	ass. fylkeslege 60% stilling	<a href="mailto:her@fmte.no">her@fmte.no</a>	Tilsyn, pasientskader, førerkort, medisinsk-faglige spørsmål, smittevern, sosial- og helsemessig beredskap
Espeland, Inger Tveit	rådgiver	<a href="mailto:ite@fmte.no">ite@fmte.no</a>	Behandling av klager etter lov om sosiale tjenester, tilsyn rus. Kompetanseutvikling sosialtjenesten og boligsosialt arbeid, ny arbeids- og velferdsforvaltning, økonomisk rådgivning. Kartleggingsverktøy i sosialtjenesten. Sekundærflyttinger
Evensen, Trine	rådgiver, jurist	<a href="mailto:tev@fmte.no">tev@fmte.no</a>	Bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede - kap. 4A i sosialtjenesteloven, tilsyn med bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede, tilsyn sosialtjenesten. Introduksjonsloven
Fadnes, Ola	avd. direktør/nestleder	<a href="mailto:ofa@fmte.no">ofa@fmte.no</a>	Spørsmål fra media om barnevern, sosialtjeneste, rus, flyktninger, prinsipielle/generelle problemstillinger ang. sosialtjenesten og barnevernet i fylket
Haugen, Merete	rådgiver	<a href="mailto:mha@fmte.no">mha@fmte.no</a>	Barnevern, forvaltningstilsyn
Helle Devig Haugseter	rådgiver	<a href="mailto:hhd@fmte.no">hhd@fmte.no</a>	Juridiske spørsmål, klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven
Hella, Sonja	førstekonsulent	<a href="mailto:she@fmte.no">she@fmte.no</a>	Alkoholloven, fri rettshjelp, politivedtekter, serveringsloven, stiftelser, åpningstider for utsalgssteder, tros- og livssynssamfunn

Navn	Stilling	E-post	Arbeidsområde
Holmern, Yngve	ass. fylkeslege	<a href="mailto:yho@fmte.no">yho@fmte.no</a>	Stedfortreder for fylkeslegen, tilsyn, klager, medisinsk-faglige spørsmål, tvangsbehandling med legemidler, forskrivning av sentralstimulerende midler, formann steriliseringsnemnda, abortsaker, smittevern

MEDISINALMELDING, TELEMARK 2005

Jensen, Roger	folkehelserådgiver, fysioterapeut	<a href="mailto:rje@fmte.no">rje@fmte.no</a>	Folkehelsearbeid. Kosthold, mosjon, røykfrihet, miljøretta helsevern, plansaker, turnustjeneste for fysioterapeuter, skolehelsetjenesten
Merete Lohne	førstekonsulent, jurist	<a href="mailto:mel@fmte.no">mel@fmte.no</a>	Lov om sosiale tjenester, klage sosialsaker. Tilsyn barnevern
Mollerud, Ida	seniorrådgiver, jurist	<a href="mailto:imo@fmte.no">imo@fmte.no</a>	Juridiske spørsmål, klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, tilsyn
Normann, Ellen Bang Andersen	konsulent	<a href="mailto:eba@fmte.no">eba@fmte.no</a>	Turnusplasser for leger, førerkort, klage syketransport, særfradrag store sykdomsutgifter, rekrutteringsplan helse- og sosialpersonell
Serkved, Ingrid Skaara	rådgiver	<a href="mailto:iss@fmte.no">iss@fmte.no</a>	Klager etter lov om sosiale tjenester (spesielt kap 4), behandling av klager etter vergemålsloven, tilsyn
Sigurdson, Randi	seniorrådgiver, jurist	<a href="mailto:rsi@fmte.no">rsi@fmte.no</a>	Juridiske spørsmål, klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, tilsyn
Solstad, Merethe	seniorrådgiver	<a href="mailto:mso@fmte.no">mso@fmte.no</a>	Klager etter lov om sosiale tjenester, tilsyn rus. Kompetanseutvikling sosialtjenesten og boligsosialt arbeid, ny arbeids- og velferdsforvaltning, økonomisk rådgivning, individuell plan rusmisbrukere, klager etter lov om introduksjonsstønad til nyankomne innvandrere
Elisabeth Swensen	ass. fylkeslege 20% stilling	<a href="mailto:elswense@online.no">elswense@online.no</a>	Turnuslegeveileder
Villanger-Tvedt, Tor	rådgiver, jurist	<a href="mailto:ttv@fmte.no">ttv@fmte.no</a>	Barnevern/forvaltningstilsyn, opphevelse av taushetsplikt barnevern, familievern/tilsyn, mekling, barneloven, ekteskap mindreårige, forliksråd
Vollan, Anne Marie Moen	kvalitetsrådgiver, sykepleier 70% stilling	<a href="mailto:amv@fmte.no">amv@fmte.no</a>	Tilsyn, juridiske spørsmål i helsetjenesten, melding om pasientskade i spesialisthelsetjenesten, kvalitet i helse- og sosialtjenesten

