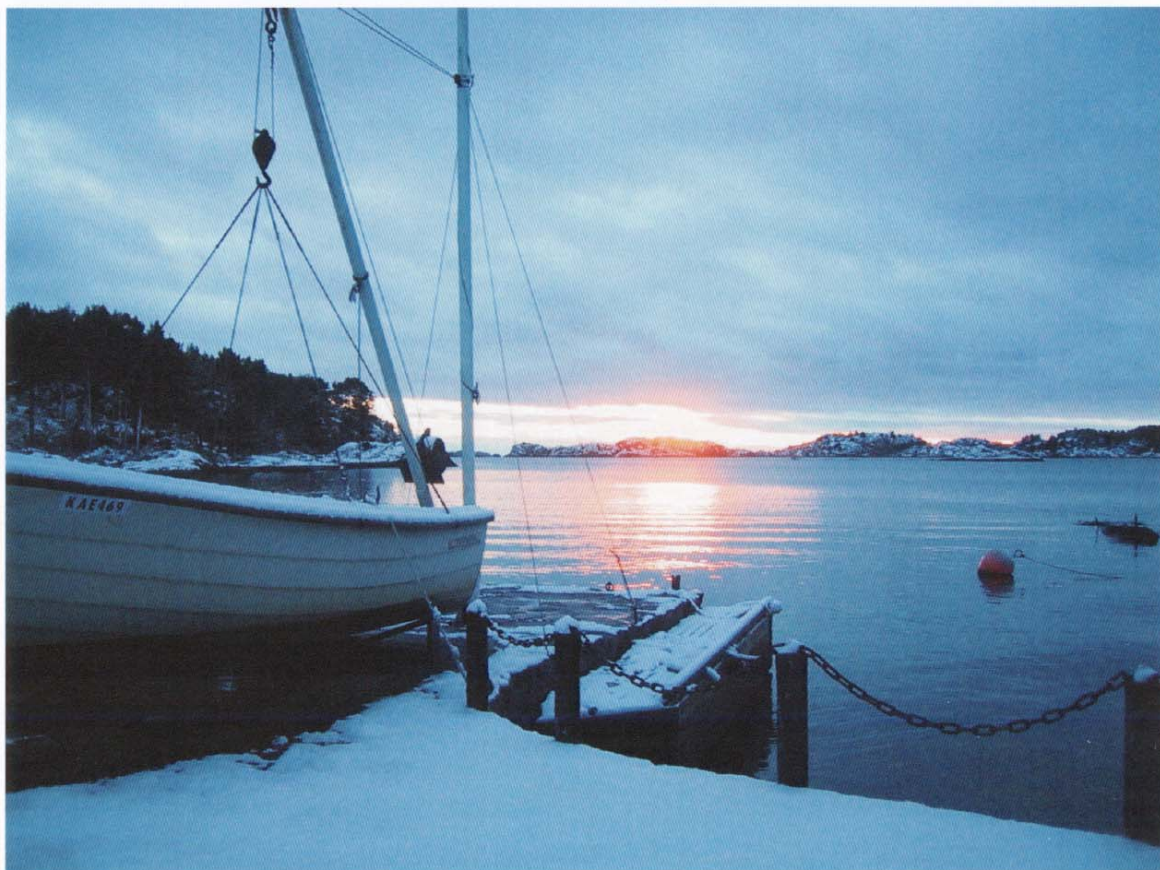




Helsetilsynet i Vest-Agder Helseavdelingen, Fylkesmannen i Vest-Agder



"Vinter i Søgnekjærgården" Foto: Håkon Kiledal



MEDISINALMELDING

2004

Fem fylker – ett helsetilsyn

Fylkeslegene er fra 2003 organisatorisk en del av fylkesmannsembetet. I noen fylker er fylkeslegekontoret videreført som en helseavdeling hos fylkesmannen, andre steder er den gått inn som del av en større helse- og sosialavdeling.

Foruten en fylkesmannsavdeling, er fylkeslegen også *Helsetilsynet* i fylket, tilknyttet Statens helsetilsyn i Oslo. Som tilsynsmyndighet overfor helsetjenesten er fylkeslegen underlagt helsedirektørens instruksjonsmyndighet. Sentrale styresmakter har vektlagt at tilsynet skal skje uavhengig, basert på helsefaglige og helserettslige premisser.

Ett aspekt ved omorganiseringsprosessene i offentlig sektor er dannelse av regioner og virksomheter på tvers av kommune- og fylkesgrenser. Spesialisthelsetjenesten ble ved statlig overtaking i 2002 organisert i fem regioner. Sykehusene er omdannet til helseforetak, og antallet helseforetak er redusert gjennom sammenslåinger.

Regionalisering av tjenester stiller store krav til samordnet opptreden fra tilsynsmyndighetens side. Spesialisthelsetjenesten i vår region skal i prinsippet møte ett helsetilsyn, enten tjenestene ytes i Hallingdal i nordøst eller i Flekkefjord i sørvest: Idealet er "ett helsetilsyn med en inngang i hvert fylke".

Helsevesenet er imidlertid langt mer enn spesialisthelsetjenester. Grunnfjellet, primærhelsetjenesten, er fortsatt forankret i kommunene. Fylkeskommunen har ansvar for offentlig tannhelsetjeneste. I tillegg finnes det rent private tilbud. Helsetilsynet skal forholde seg til alle disse aktørene; - både de ulike virksomhetene og det enkelte helsepersonellet. Den store utfordringen blir å se totaliteten i dette brokete bildet, å sammenholde det lokale og det regionale fokuset, og å ha et våkent øye for sammenhengen mellom de ulike deltjenester.

Regionalisert spesialisthelsetjeneste gir økt behov for å se helseforhold og helsetilstand i et regionalt perspektiv. Hvordan skiller vår region seg fra landet forøvrig, og hvilke forskjeller observerer vi mellom fylkene innen regionen?

Fylkeslegene i de fem fylkene i Helseregion Sør har samarbeidet om årets medisinalmeldinger, med en viss arbeidsfordeling og vekt på ensartet utforming av omslagssider. Innholdet er like fullt den enkelte fylkesleges ansvar.

INNHOOLD

PROLOG	5
Ein assortert samfunnsmedisinsk landhandel	5
HELSE OG LEVEKÅR – noen utviklingstrekk	7
Befolkningsutvikling	7
Reproduktiv helse	7
Fødsler	7
Tabell: Antall fødte etter mors bostedsfylke 1999 – 2002	7
Fruktbarhet	7
Svangerskapsavbrudd	8
Bruk av folat ved svangerskap	9
Røyking blant gravide	9
Perinatal dødelighet og spedbarnsdødelighet	10
Perinatal dødelighet	10
Spedbarnsdødelighet	10
Diagram: Perinatal dødelighet per 1000 fødte, 1999-2002	11
Tabell: Spedbarnsdødelighet per 1000 levendefødte	11
Sterilisering	11
Seksuelt overførbare infeksjoner (SOS).....	12
Kreft	13
Total kreftforekomst.....	13
Prostatakreft og brystkreft - forekomst og dødelighet	14
Prostatakreft	15
Brystkreft.....	17
Lungekreft	20
Kronisk obstruktiv lungesykdom	22
Røyking	22
Røykevaner 1995 – 2004.....	22
HELSETJENESTEN – noen utviklingstrekk	25
Kommunehelsetjenesten	25
Fastleger	25
Pleie- og omsorgstjenesten.....	27
Institusjonsplasser og omsorgsboliger	28
Spesialisthelsetjenesten	29
Generelle utviklingstrekk	29
Sørlandet sykehus.....	31
Operative inngrep.....	33

Psykiatriske spesialisthelsetjenester	35
”Helsetjenester på tvers”	36
Samhandling mellom primærleger og lokalsykehus (<i>Gjesteskrivent: Elisabeth Swendsen</i>) ...	36
Helsetjenester til rusmisbrukere (<i>Gjesteskrivent: Dagfinn Haarr</i>)	38
Vår mest forsømte pasientgruppe?	38
Legemiddelasistert behandling (LAR)	39
Helsemessig beredskap	40
Erfaringer fra en beredskapssituasjon - flodbølgekatastrofen 2004	40
TILSYN MED HELSETJENESTEN	43
Helsetilsynet nå og i fremtiden (<i>Gjesteskrivent: John I. Alvheim</i>).....	43
Planlagte virksomhetstilsyn.....	44
Tilsyn med kommunehelsetjenesten	44
Tilsyn med spesialisthelsetjenesten.....	46
Landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner	46
Regionsomfattende tilsyn med helseforetakenes kvalitetsarbeid.....	47
Hendingsbasert tilsyn og klagesaker	48
Hendingsbasert tilsyn	48
Rettighetsklager.....	49
Klager på vedtak om tvangsmedisinering	49
NASJONALE SATSNINGSOMRÅDER.....	50
Folkehelsearbeid.....	50
Partnerskapet ”Folkehelse i Agder”	50
Nasjonal kreftplan	51
Røykfrie serveringssteder.....	53
Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008.....	54
Tjenester for voksne	55
Tjenester for barn og unge	60
<i>Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006</i>	61
Koordineringsgruppe.....	61
Kompetansetiltak.....	61
Reduksjon av deltidsstillinger	61
Erstatningsbehov	61
Behov for helsesøstre	63
Kvalitetsutvikling i helsetjenesten	63

PROLOG

Ein assortert samfunnsmedisinsk landhandel

Etter 13 år som fylkeslege synest eg framleis det er litt vanskeleg å svare kjapt og klart når eg får spørsmålet ”Kva driv eigentleg fylkeslegen med?” I blant kan eg nesten ønskje at yrkesvalet hadde endt opp innan gynekologi eller psykiatri. Da hadde det vore langt enklare å forklare innhaldet i jobben, om noen i det heile hadde funne på å spørje. Det nærmaste eg hittil har komme eit kortfatta svar, er at eg står i spissen for ein assortert samfunnsmedisinsk landhandel.

Skal ein forstå samtida og tenke klokt om framtida, bør ein kjenne fortida. Det gjeld også om ein tar mål av seg til å seie noe vettigt om rolla for helsetilsynet i fylket og fylkesmannens helseavdeling. Eit lite historisk tilbakeblikk kan derfor vere nyttig.

Fylkeslegerolla har i meir enn hundre år vore i stadig utvikling, i pakt med endringar i samfunnsliv, offentleg forvaltning og helselovgivning. Sjølve omgrepet går tilbake til 1891, da vi fekk ein lov om ”sinnsyge”. Etter den skulle ein ”*amtslæge*” ha ansvar for dei sinnsjuke. Den første amtslegen i Lister og Mandal (seinare Vest-Agder) var Thorvald Kraft. Han hadde vervet som bijobb til stilling som sanitetslege.

I 1912 kom loven om ”offentlig lægevesen”. Etter den skulle ein av distrikts- eller stadslegane utpeikast som amtslege, og vere den næraste føresette for andre offentlege legar. Heilt fram til etterkrigstida blei fylkeslegeoppgåva utøvd på deltid. I 1953 blei distriktslegen i Oddernes, Knut Litlere, fylkeslege i full stilling, etter å ha hatt vervet som bijobb sia 1945. Fylkeslegen blei etter kvart tillagt ei rekke nye oppgåver.

I Karl Evangs tid som helsedirektør var fylkeslegen knutepunktet i ein sterk, sentralstyrt helsefagleg og administrativ akse frå Helsedirektoratet ut til offentlege legar i byar og landdistrikt. Da kommunehelsetenesteloven kom i 1984, blei stads- og distriktslegane kommunale tenestemenn, og mista administrativ tilknytting til fylkeslegen. Lov om offentlig legevesen blei oppheva. Fylkeslege-funksjonen blei forankra i ein ny lov om ”statlig tilsyn med helsetjenesten”, som Helsedirektøren sin forlenga arm på fylkesnivå.

Frå 1980-talet blei det satsa bevisst på å utvikle fylkeslegekontoret til eit tverrfagleg organ med høg helsefagleg og -juridisk kompetanse; i Vest-Agder med legar, sjukepleiarar, sosionomar, jurist, ingeniør og merkantilt personell.

I 2003 gjekk fylkeslegeembetet inn som del av organisasjonen til fylkesmannen, men i tilsynssaker opptreer vi som helsetilsynet i fylket, direkte tilknytt Statens helsetilsyn, og ikkje underlagt fylkesmannen sin instruksjon.

Oppgåvene til helsetilsynet i fylket og helseavdelinga hos fylkesmannen kan delast inn i tre hovudgrupper:

- Tilsyn og klagebehandling
- Rådgivning, vegleiing, pådriving
- Forvaltningsoppgåver.

Helsetilsynet i fylket skal etter tilsynsloven føre *tilsyn* med alt helsepersonell og alt helsevesen. Tilsynet omfattar både offentlege og private tenester; og på offentlig side både kommunale, fylkeskommunale og statlege tilbod. Etter sjukehusreformen skjer tilsynet med spesialisthelsetenesta på tvers av fylkesgrensene innan helseregionen. Helsetilsynet skal sjå til at helsetenesta arbeider i samsvar med lover, forskrifter og god fagleg praksis.

Tilsynet skjer dels som planlagte tilsynsbesøk til utvalte verksemder. Dels foregår det gjennom behandling av saker baserte på enkelthendingar; etter klage frå pasient eller pårørende, oppslag i massemedia, eller mottak av annan informasjon. Nært knytta til tilsynsverksemda er behandling av klager etter pasientrettighetsloven m.v. Ved uforsvarlege tilhøve i helsetenesta kan Statens helsetilsyn gi pålegg om retting. I alvorlege tilfelle av svikt hos helsepersonell kan det gi formell reaksjon; advarsel, tap av autorisasjon eller spesialistgodkjenning, eller tap av rett til å forskrive visse legemiddel.

Rådgiving skjer i form av telefonkontakt, skriv, internettsider og møteverksemd. Målgruppene er mange; helsepersonell, politikarar, offentlig administrasjon og (ikkje minst) massemedia. Nært knytta til rådgiving er oppfølgjingsansvar for nasjonale satsingsområde. Eksempel frå dei siste åra er Handlingsplanen for eldreomsorgen, Opptrappingsplanen for psykisk helse, Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell, Nasjonal kreftplan (med vekt på mosjon, kosthald og røykfritt samfunn), samt Kvalitetsutvikling i helsetenesta.

Forvaltningssoppgåvene spenner over eit vidt spekter, frå skattespørsmål til fordeling av statlege tilskottsmiddel. Den oppgåva som tar mest tid, er førarkortsakene, der vi mellom anna skal avgjere om personar som ikkje fyller helsekrava for førarkort, kan få dispensasjon.

Frå 2005 er helseavdelinga gått inn i ei helse- og omsorgsavdeling med utvida oppgåveportefølge, men det får bli tema i den neste medisinalmeldinga.

Tilbake til tilsynsverksemda: I denne inngår også det som loven litt vidløftig kaller *overordna fagleg tilsyn*, stundom kalt områdeovervaking; å halde løpande oversikt over situasjonen og utviklingstrekk i helsetenesta og helsetilstanden i fylket. Delar av denne informasjonen blir presentert i den årlege medisinalmeldinga. Meldinga pretenderer ikkje å vere eit heildekkande veggtilvegteppe for helsefylket. Val av emne og fokus vil variere ein del frå år til år, ut frå aktuell situasjon og kva vi har vore særleg opptatt av siste året.

I Medisinalmeldinga for 2004 har vi også slept til tre skriveføre og engasjerte gjesteskriventar. Helsetilsynet i fylket står ikkje nødvendigvis bak alle uttalingane dei kjem med, men innlegga deira er høgst lesverdige.

God lesing!



Kristiansand mars 2005, Kristian Hagestad

HELSE OG LEVEKÅR – NOEN UTVIKLINGSTREKK

Befolkningsutvikling

Ved utgangen av 2004 var Vest-Agders innbyggertall 161.276. Vest-Agder er landets femte minste fylke regnet etter areal, det sjette minste etter folketall.

Fylket har fødselsoverskudd og netto tilflytting. I 2004 økte folketallet i Vest-Agder med 0,7 prosent, i overkant av landsgjennomsnittet på 0,6. Det ble født 1954 nye vestegder. Det var en nettotilflytting på 600 personer; men ser man kun på innenlands flytting, var det en netto utflytting på 41. Totalt sett har Vest-Agder en noe yngre befolkning enn landsgjennomsnittet, med relativt høy andel barn og unge og relativt lav andel eldre.

Reproduktiv helse

Fødsler

I 2004 kom det 1954 vestegder til verden (foreløpige tall).

Tabell: Antall fødte etter mors bostedsfylke 1999 – 2002

Fylke	1999	2000	2001	2002	2003	2004*
Buskerud	2912	2862	2757	2715	2757	2851
Vestfold	2524	2541	2400	2276	2353	2342
Telemark	1895	1898	1851	1733	1757	1723
Aust-Agder	1302	1299	1071	1104	1082	1166
Vest-Agder	2151	2090	2060	2035	1890	1954
Hele landet	59785	59826	57445	55434	56500	56959

* Foreløpige tall

Kilde: Medisinsk fødselsregister (1999-2002)

Statistisk sentralbyrå (2003-04)

Fødselstallet i Norge lå i perioden 1990-2000 i gjennomsnitt på ca. 60.000 per år. Tallet var så synkende både på landsbasis og i hele Helseregion Sør fra 2000. At fødselstallene har gått ned, har blant annet sammenheng med færre kvinner i fødedyktig alder, og at hver kvinne i gjennomsnitt får færre barn. Fra 2003-04 har det dog vært en viss stigning i fødselstallet i Norge og i regionen, minst i Vest-Agder.

Fruktbarhet

Samlet fruktbarhetstall (fertilitet) forteller hvor mange barn hver kvinne i gjennomsnitt vil føde, om nivået for barnefødsler kommer til å gjelde hele kvinnens fødedyktige alder.

Vest-Agder har den høyeste fruktbarhet i regionen, Aust-Agder ligger lavest, men alle fylkene ligger under landsgjennomsnittet. Tradisjonelt er det kystfylkene fra Vest-Agder og nordover som har hatt høyt fruktbarhetstall, men for første gang (i nyere tid) lå Vest-Agder i 2003 under landstallet, og var på tiendeplass blant fylkene.

Tabell: Samlet fruktbarhetstall*

Fylke	1968 - 1969	1991-1995	2000	2003
Buskerud	2,49	1,74	1,72	1,73
Vestfold	2,56	1,78	1,75	1,69
Telemark	2,59	1,77	1,74	1,70
Aust-Agder	2,85	1,89	1,89	1,64
Vest-Agder	2,96	2,02	1,93	1,78
Hele landet	2,72	1,88	1,85	1,80

*Summen av ettårige aldersavhengige fruktbarhetsrater 15 – 49 år; antall barn hver kvinne kommer til å føde under forutsetning av at fruktbarhetsmønsteret i perioden varer ved og at dødsfall ikke forekommer.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Svangerskapsavbrudd

Sørlandet sykehus Kristiansand er eneste sted hvor det utføres svangerskapsavbrudd i fylket.

Agder-fylkene har tradisjonelt hatt lave tall for svangerskapsavbrudd. I år 2003 ble det utført 360 svangerskapsavbrudd hos kvinner bosatt i Vest-Agder, mot 314 året før. Tallene tilsvarende henholdsvis 9,7 og 8,5 abortinngrep per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-49 år. Vest-Agder hadde i 2003 landets tredje laveste tall for total abortrate. Aborttallet i Vest-Agder i 2003 tilsvarende omtrent en abort per 5,5 fødsel, mens landstallet var en per fjerde fødsel.

Tabell: Utførte svangerskapsavbrudd (per 1000 kvinner 15 – 49 år)

Fylke	1980	2000	2002	2003
Buskerud	14,1	14,0	11,7	11,8
Vestfold	13,8	12,7	13,5	13,0
Telemark	13,4	12,7	12,3	13,5
Aust-Agder	10,9	9,5	8,8	10,3
Vest-Agder	10,0	10,1	8,5	9,7
Norge	14,6	13,7	12,7	12,9

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Aborttallet blant tenåringer ligger forholdsvis høyere enn for kvinner i fruktbar alder generelt. Vest-Agder hadde i 2003 sammen med Rogaland landets laveste rate for tenåringsaborter.

Tabell: Svangerskapsavbrudd blant tenåringer (per 1000 jenter / kvinner inntil 19 år)

Fylke	1999	2000	2002	2003
Buskerud	16,4	20,3	13,1	13,0
Vestfold	20,0	21,6	15,6	15,9
Telemark	21,3	19,2	18,5	18,1
Aust-Agder	14,3	11,6	13,7	15,3
Vest-Agder	14,1	15,9	11,5	12,2
Norge	19,0	20,1	16,9	16,4

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Bruk av folat ved svangerskap

Inntak av B-vitaminet folat (folinsyre, folsyre) reduserer risikoen for å få barn med ryggmargsbrokk. Hvis alle gravide kvinner tok folattilskudd, er det grunn til å tro at mellom 50 og 75 prosent av tilfeller med ryggmargsbrokk kunne unngås.

Det anbefales at kvinner som planlegger graviditet eller er i første tre måneder av svangerskapet, bør få i seg minst 0,4 mg folat daglig. For mange vil det være vanskelig å få dette gjennom kosten. Derfor anbefales et ekstra folattilskudd på 0,4 mg daglig i form av tablett. Kvinner med økt risiko for å få barn med ryggmargsbrokk, anbefales tidoblet dose, 4 mg daglig. Dette gjelder de som bruker medisiner mot epilepsi, de som tidligere har født barn med ryggmargsbrokk, eller der hvor det er tilfelle av ryggmargsbrokk i hennes eller barnefarens familie.

Tabell: Bruk av folat i svangerskapet 1999 og 2002

Fylke	1999		2002	
	Antall	%	Antall	%
Buskerud	574	20,1	1012	38,2
Vestfold	139	5,6	163	7,3
Telemark	373	20,1	406	23,8
Aust-Agder	137	10,8	306	28,3
Vest-Agder	77	3,7	99	5,0
Hele landet	10255	17,5	16135	29,1

Kilde: Medisinsk fødselsregister

Bruken av folat under svangerskapet ligger meget lavt i Vest-Agder i de årene vi til nå har tall fra. For de andre fylkene i Helseregion Sør økte bruken betydelig i Aust-Agder og Buskerud fra 1999 til 2002. Helsetjenesten i Vest-Agder har en klar utfordring knyttet til informasjon om betydningen av folattilskudd. Utfordringen ligger særlig hos allmennleger, helsesøstre og jordmødre, men også i Sørlandet sykehus.

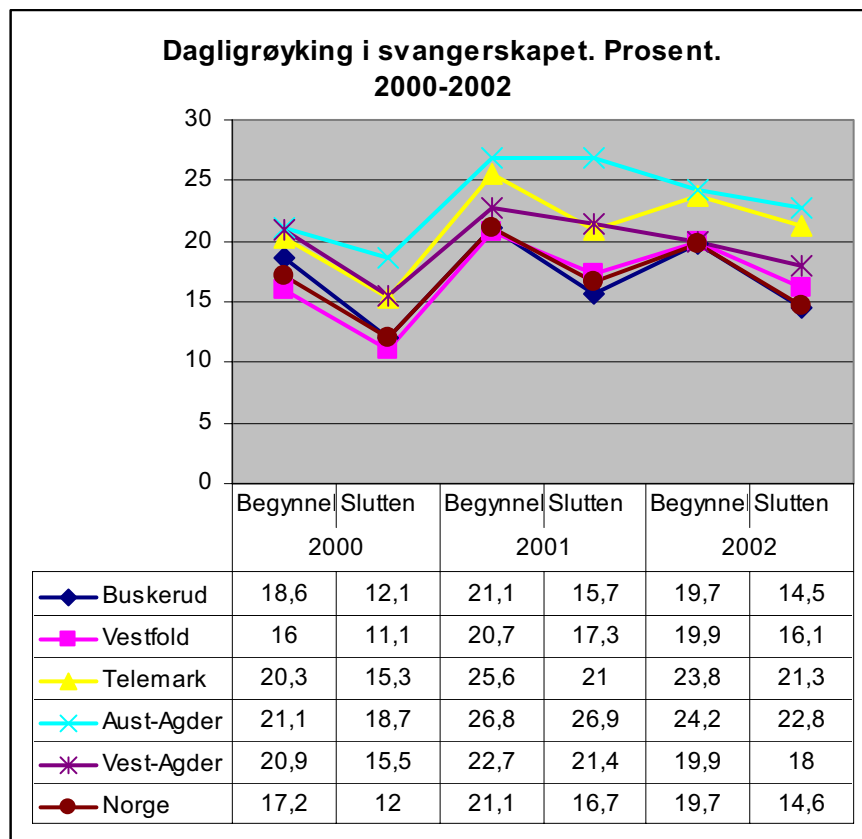
Røyking blant gravide

Det er store fylkesvise variasjoner i gravides røykevaner. Siste tilgjengelige tall er fra 2002. I Oslo og Akershus var da hver tiende kvinne dagligrøyker ved fødsel, mens i Troms og Finnmark gjaldt dette hver fjerde. I Vest-Agder røykte 18 % ved slutten av svangerskapet. Innen Helseregion Sør lå Aust-Agder høyest. I Agder- fylkene og Telemark er det spesielt påfallende at så få slutter å røyke i løpet av svangerskapet.

Det er ikke nødvendigvis geografien i seg selv som er avgjørende for de store fylkesvise forskjellene. Undersøkelser viser at skilnadene blir mindre dersom man tar hensyn til utdanningsnivået. Totalt blant norske kvinner ser man at andelen dagligrøykere er lavest blant universitets- og høyskoleutdannede. Vi må anta at disse forskjellene også gjelder gravide.

Diagrammet på neste side viser utviklingen av gravides røykevaner i perioden 2000 til 2002. Alle fylkene i Helseregion sør har, som landsgjennomsnittet, en økning i røyking under svangerskapet i første del av perioden. Buskerud og Vestfold følger landsgjennomsnittet, mens spesielt Aust-Agder og Telemark skiller seg negativt ut.

Diagram: Dagligrøyking blant gravide 200-2002



Kilde: Medisinsk fødselsregister

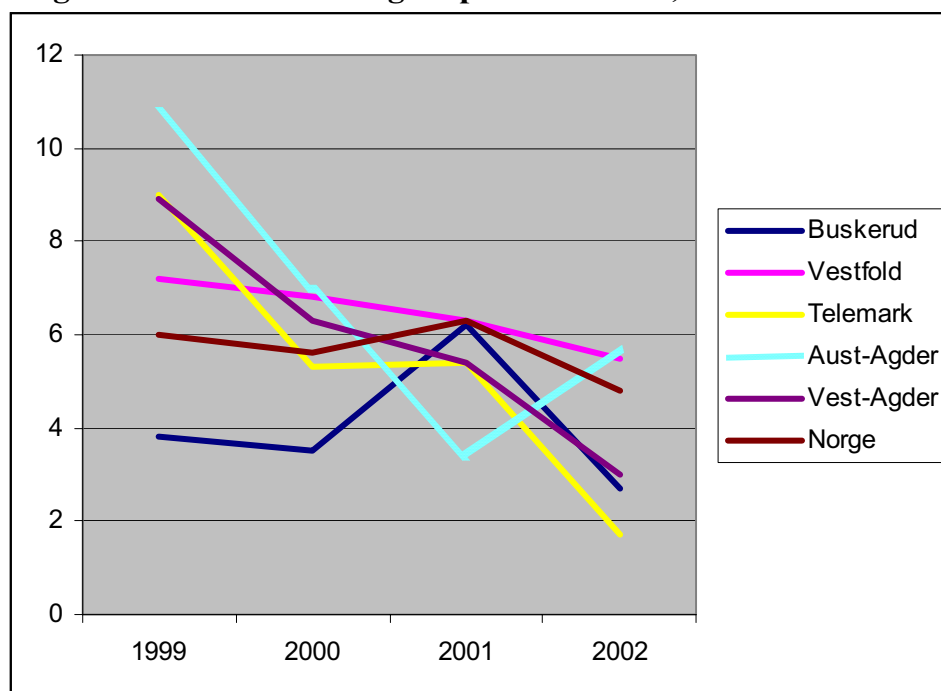
Perinatal dødelighet og spedbarnsdødelighet

Perinatal dødelighet omfatter barn døde før fødsel, under fødselen eller i løpet av første leveuke. Blant de dødfødte inkluderes barn født f.o.m. 28. svangerskapsuke, ev. med vekt minst 1000 gram eller lengde minst 35 cm. Dødeligheten angis som ratetall per tusen fødte. Nivået av perinatal dødelighet sier bl.a. noe om kvaliteten på svangerskapsomsorg og fødselshjelp.

Diagrammet på neste side viser de siste tilgjengelige tall fra Medisinsk fødselsregister over perinatal dødelighet. Det framgår at landstallet (inkludert Svalbard) sank fra ca seks promille ned mot fem i perioden 1999-02. I følge Statistisk sentralbyrå var landstallet for 2003 nede i 3,8. For det enkelte fylket svinger verdiene en del, fordi det dreier seg om små tall, og man får tilfeldige svingninger fra år til år. Vest-Agder lå de to siste årene vi har tilgjengelige fylkestall fra, under landsgjennomsnittet.

Spedbarnsdødelighet defineres som antall barn per 1000 levendefødte, som dør før de fyller ett år. Nivået gjenspeiler både levekår og helsetjenestenes kvalitet. Fylkesvise tall for spedbarnsdødelighet oppgis for femårsperioder, for å jevne ut tilfeldige svingninger fra år til år. Vest-Agder har siden 1960-tallet ligget over landstallet, men har i siste femårsperiode nesten nådd ned på nasjonalt nivå. Aust-Agder har helt fra 1966 – 1970 ligget høyere enn de øvrige fylkene i Helseregion Sør, og i periodene 1986-1990 og 1998-2002 hadde Aust-Agder landets høyeste spedbarnsdødelighet.

Diagram: Perinatal dødelighet per 1000 fødte, 1999-2002



Kilde: Medisinsk fødselsregister

Tabell: Spedbarnsdødelighet per 1000 levendefødte

Fylke	1966 - 1970	1986 - 1990	1991 - 1995	1999 - 2003
Buskerud	13,6	8,4	6,0	4,0
Vestfold	13,5	7,3	3,7	3,6
Telemark	12,6	7,7	4,4	3,9
Aust-Agder	15,5	10,4	6,1	5,2
Vest-Agder	15,1	9,8	4,8	4,1
Hele landet	13,9	7,8	3,8	3,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Spedbarnsdødeligheten var 3,37 promille på landsbasis i 2003. Dette er det laveste nivå som noen gang er registrert i Norge. Nedgangen i spedbarnsdødeligheten påvirker både dødelighetsrate og forventet levealder i totalbefolkningen.

Sterilisering

Gruppert etter behandlingsfylke er Vest-Agder og Hedmark de steder hvor det utføres flest steriliseringer på menn, sett i forhold til folketallet. Det er imidlertid kjent at en del menn fra nabofylkene Aust-Agder og Rogaland får utført inngrepet i Vest-Agder. Flest steriliseringsinngrep på kvinner, sett i forhold til folketallet i fylket, utføres i Aust-Agder og Telemark.

Fra 1. januar 2002 ble det innført 100 prosent egenbetaling på sterilisering, 6079 kroner for kvinner og 1268 kroner for menn. Egenbetalingen ga umiddelbart sterk nedgang i sterilisering av kvinner. I 1999 steriliserte nesten fire av 1000 kvinner seg. I 2003 var tallet 1,3, men det

var ingen ytterligere nedgang fra 2002. Blant menn har det vært små endringer i perioden. Buskerud skiller seg ut ved at det utføres dobbelt så mange inngrep på kvinner som på menn.

Tabell: Utførte steriliseringer menn 2000-03, absolutte tall og rate per 1000 menn i alderen 20-59 år

Fylke	2000	2001	2002	2003
Buskerud	103 (1,6)	46 (0,7)	40 (0,6)	63 (0,9)
Vestfold	164 (2,8)	140 (2,4)	100 (1,7)	173 (2,9)
Telemark	282 (6,3)	321 (7,1)	314 (6,9)	253 (5,6)
Aust-Agder	167 (5,8)	146 (5,2)	154 (5,4)	145 (5,1)
Vest-Agder	335 (7,9)	290 (6,8)	314 (7,4)	291 (6,7)
Hele landet	3244 (2,6)	3160 (2,5)	3093 (2,6)*	3155 (2,5)

(*Landstall for 2002 er uten Akershus) Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell: Utførte steriliseringer kvinner 2000-03, absolutte tall og rate per 1000 kvinner i alderen 15 – 54 år

Fylke	2000	2001	2002	2003
Buskerud	291 (4,5)	349 (5,4)	115 (1,8)	114 (1,8)
Vestfold	87 (1,5)	111 (1,9)	26 (0,4)	52 (0,9)
Telemark	327 (7,5)	314 (7,2)	109 (2,5)	104 (2,4)
Aust-Agder	125 (4,5)	125 (4,5)	63 (2,3)	101 (3,7)
Vest-Agder	236 (5,7)	243 (5,8)	75 (1,8)	77 (1,8)
Hele landet	(3,7)	(3,8)	1477 (1,4)*	1624 (1,3)

(* Landstall for 2002 er uten Akershus) Kilde: Statistisk sentralbyrå

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOS)

Tabell: HIV-infeksjon i Norge etter bostedsfylke på diagnosetidspunktet (Kumulativ rate per 100 000 innbyggere)

Fylke	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Akershus	10	13	10	10	11	17	11	20	15	16	4
Aust-Agder	2	1	1	1	1	3	3	5	7	5	-
Buskerud	2	3	6	8	1	7	11	2	5	11	2
Finnmark	2	3	1	-	4	4	1	3	7	3	-
Hedmark	2	3	3	3	2	1	1	4	4	3	-
Hordaland	4	7	11	8	16	14	14	21	19	18	2
Møre og Romsdal	1	2	2	-	6	5	8	11	11	9	-
Nordland	5	1	2	-	7	8	3	9	11	7	-
Nord-Trøndelag	3	3	3	1	3	6	9	5	6	5	-
Oppland	2	2	2	3	2	4	2	6	7	7	2
Oslo	54	56	39	37	52	55	48	65	77	109	9
Rogaland	6	1	7	4	12	15	13	12	19	16	-
Sogn og Fjordane	-	-	-	2	1	-	2	3	4	5	-
Sør-Trøndelag	3	6	4	4	8	10	13	11	6	11	-
Telemark	2	3	2	2	2	6	3	7	7	10	1
Troms	2	1	5	4	7	8	5	6	11	7	3
Ukjent fylke	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Utenfor Fastlands-Norge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vest-Agder	1	4	2	1	4	8	2	6	8	1	-
Vestfold	2	3	10	8	5	3	3	3	4	4	2
Østfold	2	4	4	2	3	1	5	6	10	6	1
Totalt	105	116	114	98	147	175	157	205	238	253	26

Kilde: MSIS, Nasjonalt folkehelseinstitutt

I år 2003 ble det altså diagnostisert ett nytt tilfelle av *HIV*-infeksjon i Vest-Agder, totalt er det registrert 54 HIV-positive personer i fylket siden 1984.

Forekomsten av *gonoré* har ligget lavt siden starten av 1990-tallet, om enn med en viss økning rundt 2000. I år 2004 ble det påvist fire tilfeller i fylket, mot fem året før. Det er ikke påvist nye tilfeller av *syfilis* i Vest-Agder i 2004.

Hepatitt B kan også overføres seksuelt, selv om smitten oftest skjer gjennom blod, vanligvis ved bruk av urene sprøyter. Norge hadde en sterk økning i antallet nypåviste tilfeller av Hepatitt B på slutten av 1990-tallet, men med fall f.o.m. år 2000. I Vest-Agder ble det i 2004 påvist åtte nye tilfeller, mot 19 året før.

Klamydia er den absolutt hyppigste seksuelt overførbare sykdommen i Norge. Denne infeksjonen registreres ikke på samme måte som dem som er nevnt ovenfor. Sykdommen overvåkes ved årlige innmeldinger fra landets medisinsk mikrobiologiske avdelinger. Vi har derfor ikke tilsvarende fylkestall som vi for eksempel har for HIV.

I 2004 ble det diagnostisert 17 558 tilfeller av klamydiainfeksjon i kjønnsorgan i Norge. Vi må helt tilbake til 1989 for å finne et høyere tall. Trenden har vært økende de siste seks år. Tilsvarende situasjon finner man i Sverige. Vi regner med at det økte antallet påviste tilfeller av klamydia avspeiler en reelt økt forekomst. Mer sensitive tester kan imidlertid også ha bidratt til veksten.

Klamydiainfeksjon er den vanligste årsaken til nedsatt fruktbarhet blant kvinner i Norge. Forebyggingen bygger på tidlig diagnostikk og behandling og på oppfordring til trygg seksualatferd. Flertallet av dem som har slik infeksjon, har ikke noen eller lite uttalte symptomer. Mange oppsøker derfor ikke lege, og blir ikke diagnostisert og behandlet.

Kreft

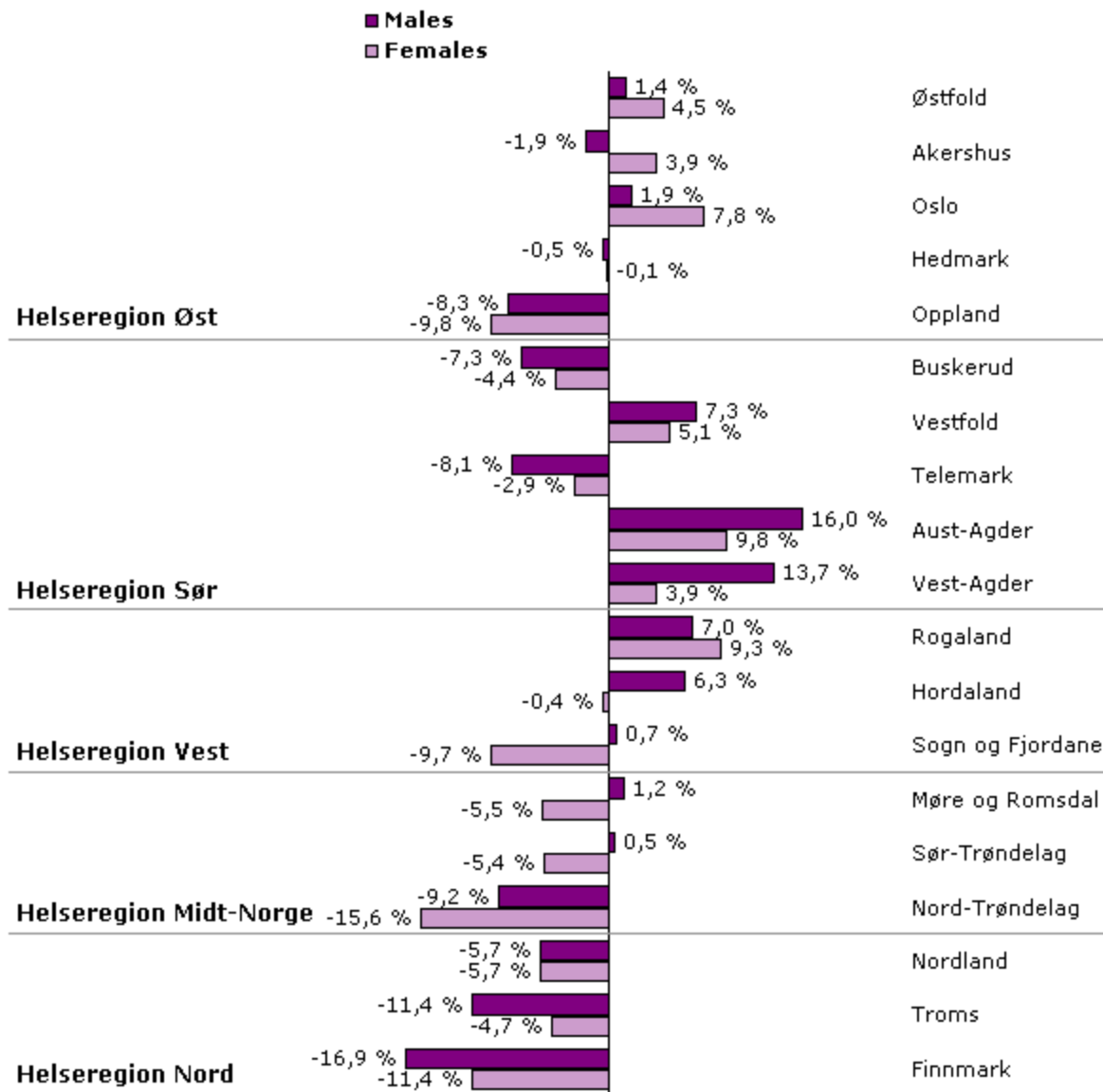
Total kreftforekomst

I femårsperioden 1996-2000 ble det registrert i alt 3957 nye tilfeller av kreft i Vest-Agder, 2116 hos menn og 1841 hos kvinner. Til sammenlikning kan det nevnes at i femårsperioden 1954-58 ble det totalt påvist 1265 tilfeller. Den drastiske økningen har flere årsaker: Høyere folketall, større andel eldre, bedret diagnostikk, samt reell økning i den generelle risikoen for kreft.

Agder-fylkene har den absolutt høyeste totalforekomsten av kreft i landet. Innen Helseregion Sør ligger også Vestfold relativt høyt, mens Buskerud og Telemark ligger under landsgjennomsnittet.

Agder-fylkene skiller seg særlig ut med høy forekomst av *lungekreft*, *melanom* (føflekk-kreft).

Diagram: Kreft i Norge 1997-2001. Fylkesvise avvik fra landsgjennomsnittet for aldersjusterte rater fordelt på kjønn



Kilde: Kreftregisteret

Prostatakreft og brystkreft - forekomst og dødelighet

Prostatakreft og brystkreft er de to vanligste kreftsykdommene i Norge. Prostatakreft utgjorde i 2001 hele 26 % av alle krefttilfeller hos menn, brystkreft stod for 23 % av all kreft hos kvinner. For så hyppige kreftformer er det av stor interesse å utvikle metoder for masseundersøkelse (screening) for påvisning av sykdommen. Dette temaet reiser imidlertid en rekke faglige og helsepolitiske problemstillinger.

For brystkreft er det gode holdepunkt for at tidlig diagnostisering er viktig for prognosen. Fra 1996 er det gradvis utbygget et offentlig, landsdekkende tilbud for mammografi av kvinner i

aldersgruppen 50-69 år. Før innføring av offentlig screeningprogram (med start i Oslo og Akershus), foregikk det uorganisert screening ("villscreening") i større befolkningssentra.

Det har vært stilt spørsmål om hvor vidt mammografiscreening fører til overdiagnostisering, at man påviser brystkreft som ikke ville utviklet seg til klinisk sykdom, og at dette påfører kvinner unødige inngrep. Denne debatten er ennå ikke avsluttet i fagmiljøene, men det er rimelig brei enighet om at nettogevinsten er positiv i den aldersgruppen som er dekket av det nasjonale programmet. Det er derimot langt større usikkerhet knyttet til evt. screening av kvinner i aldersgruppe 40-50 år.

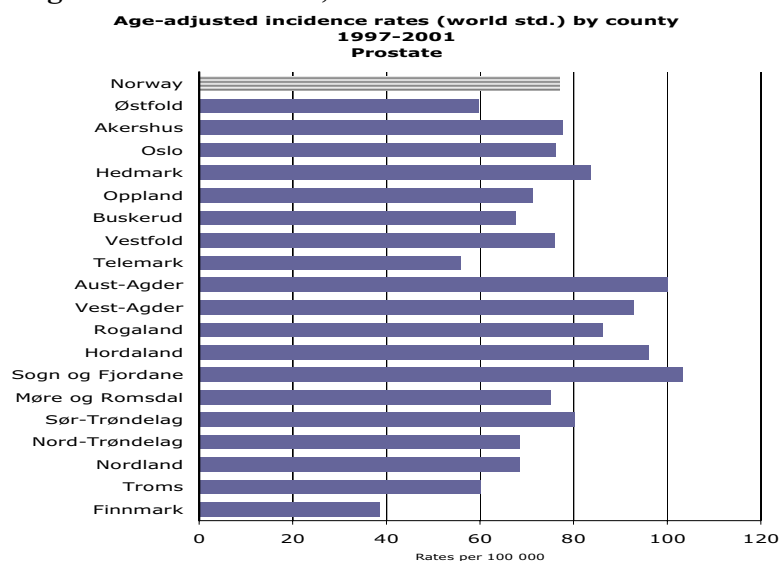
Det finnes intet tilsvarende program som mammografi for tidlig påvisning av prostatakraft hos klinisk friske menn. Årsaken er dels at det for denne kreftformen er mer usikkert hvilken betydning tidlig diagnose har for sluttutfallet. I tillegg er situasjonen at det ikke finnes noen god metode for screening. Den mest aktuelle testen i dag er analyse av PSA (prostata spesifikt antigen) i blod. Prøven er nyttig ved symptomer eller sykehistorie som kan gi mistanke om prostatakraft. Problemet med bruk av testen til masseundersøkelse er at den gir et betydelig antall med falskt positive eller falskt negative svar.

Det er ikke dokumentert helsegevinst ved å gjøre PSA-screening på friske menn, og slik praksis anbefales ikke av norske helsemyndigheter. Overbehandling innebærer risiko for å påføre pasienten redusert livskvalitet gjennom omfattende kirurgiske inngrep, som bl.a. kan gi impotensproblematikk. Likevel vet vi at bruk av prøven er utbredt. Det finnes ikke data for fylkesvise forskjeller i prøvetakingsfrekvens, men vi antar at holdninger i det urologiske fagmiljøet i fylket påvirker allmennlegenes praksis.

Analyse av sammenheng mellom forekomst (incidens, diagnostiserte tilfeller per år) og dødelighet kan gi grunnlag for interessante refleksjoner, bl.a. om hvordan screeningvirksomhet påvirker tallene.

Prostatakraft

Diagram: Prostatakraft, incidensrater 1997-2001

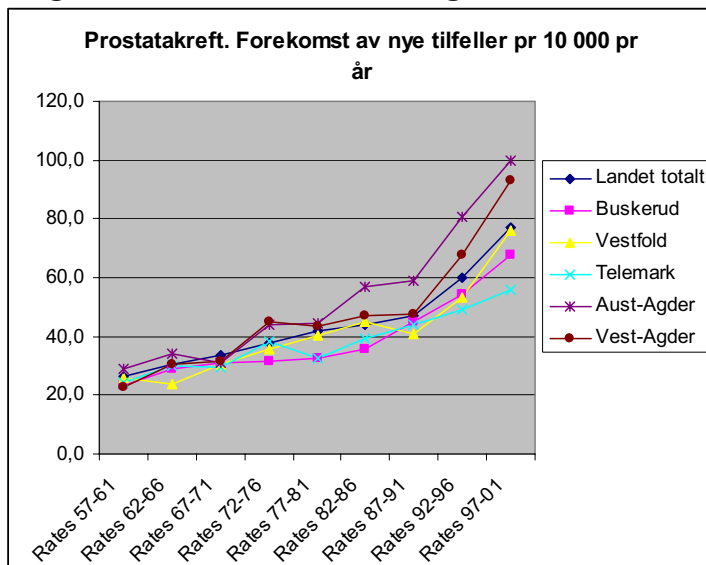


Kilde: Kreftregisteret

Det er påfallende store forskjeller mellom fylkene når det gjelder påvist forekomst av prostatakreft. Det er registrert spesielt høy forekomst i Aust-Agder og Sogn og Fjordane, dernest følger Vest-Agder og Hordaland. Vestfold ligger på landsgjennomsnittet, mens forekomsten er lav i Telemark og Buskerud.

Det har i Norge vært sterk økning i registrert forekomst av prostatakreft fra slutten av 1980-tallet. Økningen har vært mest markert i Agder-fylkene, minst i Telemark. Veksten faller sammen med introduksjonen av PSA-analyse i Norge på begynnelsen av 1990-tallet.

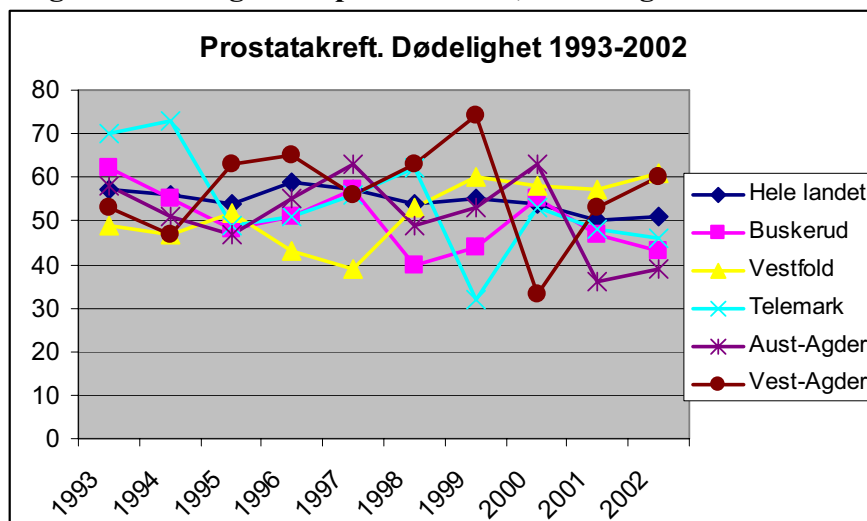
Diagram: Prostatakreft, utviklingstrender over tid



Kilde: Kreftregisteret

Som neste diagram viser, har ikke dødeligheten av prostatakreft økt, selv om det har vært økning i registrert forekomst. Dødeligheten har i siste 10-årsperiode vært relativt stabil, med tendens til en viss reduksjon på landsbasis, fra ca 55 til rundt 50 per 100 000 per år.

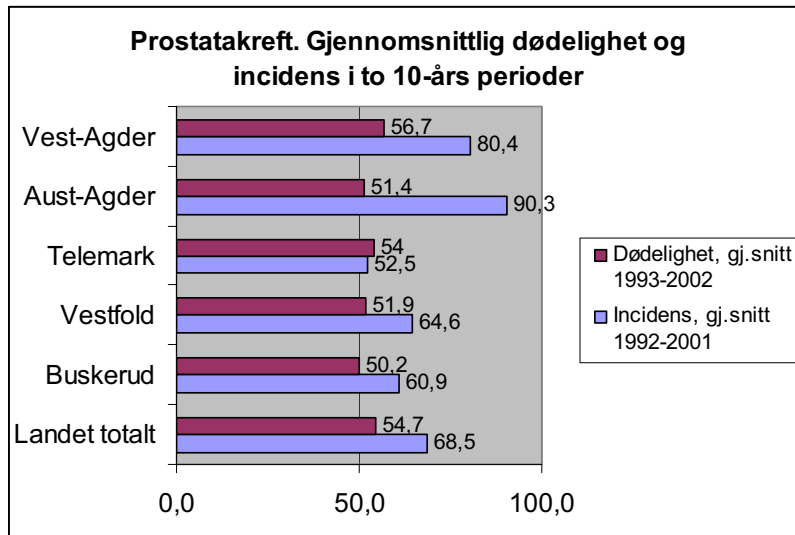
Diagram: Dødelighet av prostatakreft, utviklingstrender over tid



Kilde: Norgeshelsa

Av neste diagram framgår beregnet gjennomsnittlig incidens (som nye tilfeller per 100 000 innbyggere per år) og beregnet gjennomsnittlig dødelighet for to tiårsperioder. Vi ser at Agder-fylkene og spesielt Aust-Agder har påfallende høy forekomst av diagnostisert prostatakreft. Dødeligheten i Aust-Agder er imidlertid lav i forhold til landsgjennomsnittet og de andre fylkene i Helseregion Sør. I Vest-Agder er det større grad av samsvar mellom de to variablene, med forholdsvis høy forekomst og med dødelighet over landsnivået.

Diagram: Prostatakreft i Helseregion Sør



Kilde: Norgeshelsa og Kreftregisteret

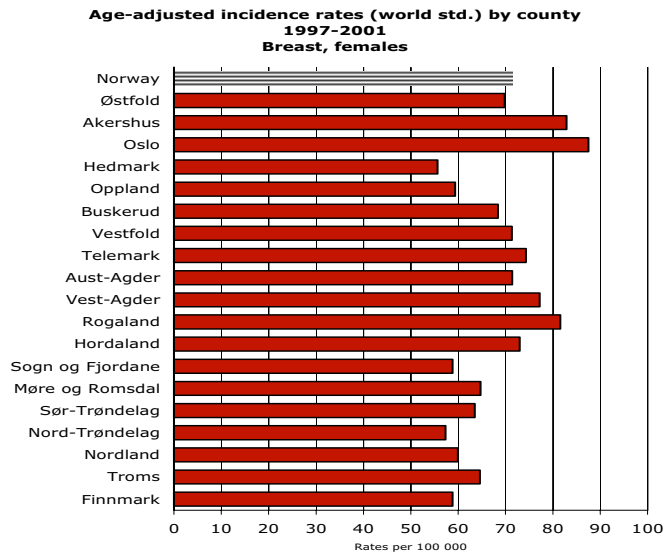
PSA-diagnostisert prostatakreft vil i stor grad påvises i tidlig stadium. Disse tilfellene gir derved mindre utslag på dødeligheten enn de som skyldes en eventuell ”naturlig” økning i forekomsten. Høy incidens kan avspeile overdiagnostisering, at det oppdages flere tilfeller av sykdommen enn nødvendig, at flere får diagnostisert prostatakreft uten at dette gir noen gevinst i form av flere leveår. Aust-Agder har et aktivt urologisk miljø. Den lave dødeligheten *kan* velvillig tolkes som resultat av et godt behandlingstilbud ved tidlig oppdagelse av sykdommen. Den kan også tolkes som uttrykk for overforbruk av PSA-test.

Brystkreft

Når det gjelder brystkreft, peker store fylker som Oslo, Akershus og Rogaland seg ut med høy forekomst. Også Vest-Agder ligger relativt høyt, og er på topp i Helseregion Sør. Forekomst av diagnostisert brystkreft i Norge økte på 1990-tallet. Økningen var mest markert siste del av 90-tallet, og falt sammen med start av nasjonalt program for mammografi-screening. Økt forekomst finnes hovedsakelig i screeninggruppen, aldersgruppen 50-69 år. (Bjørn Møller, Kreftregisteret, personlig meddelelse).

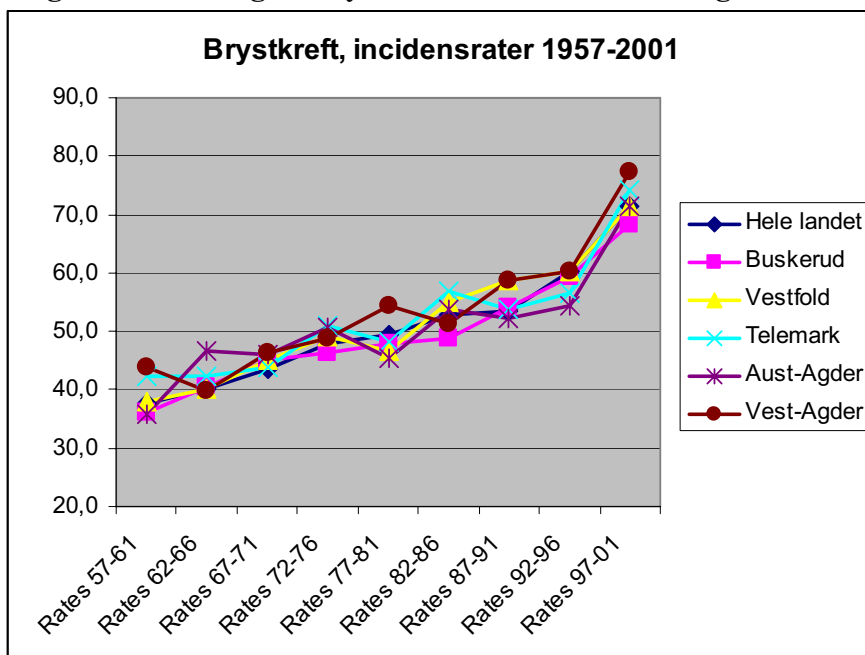
Innen Helseregion Sør har Vest-Agder høy incidens av brystkreft, men normal dødelighet av sykdommen. Aust-Agder har forholdsvis lav forekomst og lav dødelighet. I de tre andre fylkene i regionen er det ikke store avvik fra landsgjennomsnittet.

Diagram: Incidensrater for brystkreft 1997-2001



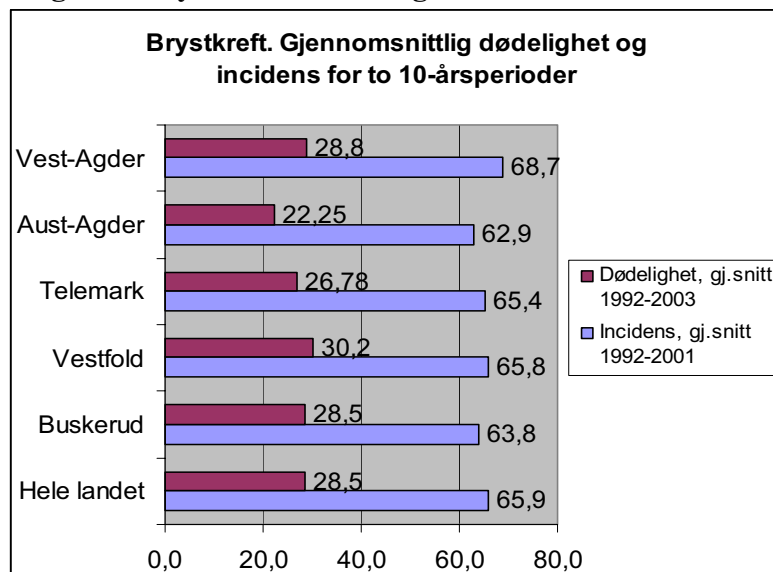
Kilde: Krefregisteret

Diagram: Utvikling av brystkreft-forkomst i Helseregion Sør



Kilde: Krefregisteret

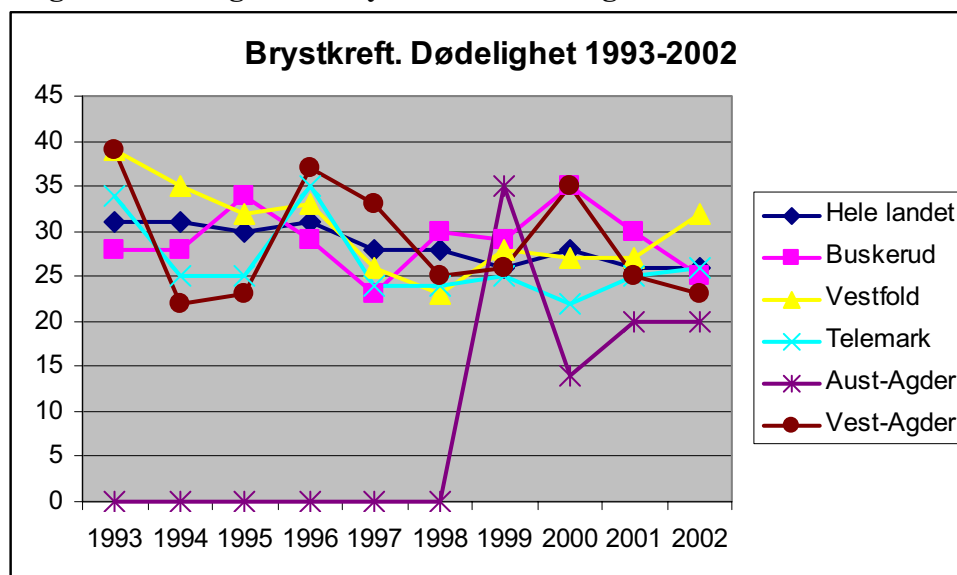
Diagram: Brystkreft i Helseregion Sør



Kilde: Kreftregisteret og Norgeshelsa

Nasjonalt mammografiprogram ble innført i Agder og Telemark siste halvdel av 1999, i Buskerud august 2001 og i Vestfold februar 2004. I Vest-Agder hadde det private Røntgensentret i Kristiansand lenge før det tilbød mammografiscreening, og dette kan trolig forklare mye av situasjonen med høyt incidenstall i fylket. Det er for tidlig å si noe om hvilken effekt det nasjonale screeningprogrammet vil ha på dødeligheten innen regionen.

Diagram: Dødelighet av brystkreft i Helseregion Sør



Kilde: Norgeshelsa

Som en ser av diagrammet over, har økningen i forekomst av diagnostisert brystkreft i Helseregion Sør foreløpig ikke gitt utslag på dødelighet.

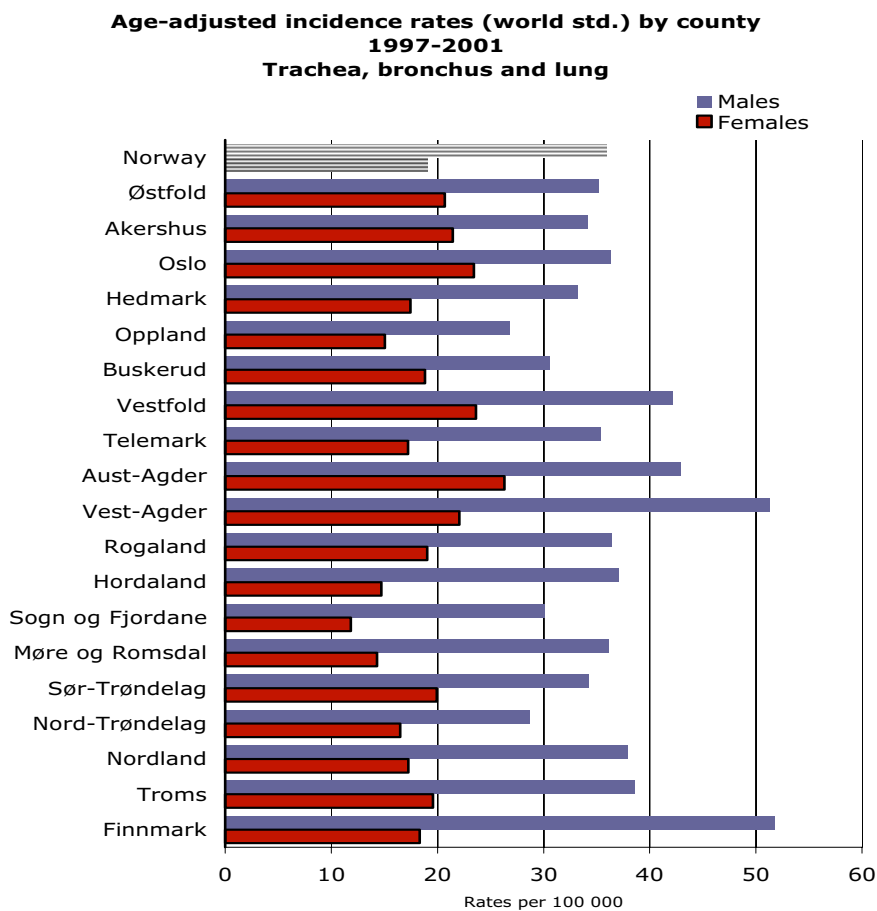
Foruten at screening for brystkreft medfører diagnostisering av flere tilfeller, har bruk av østrogenbehandling mot plager i overgangsalderen gitt reell økning i forekomst av brystkreft

senere år. En norsk undersøkelse fra Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø (Bakken og medarbeidere) viser at brukere av slik behandling har doblet risiko for brystkreft.

Lungekreft

Figuren under viser nye tilfeller av lungekreft per 100 000 innbyggere i perioden 1997-2001. Vest-Agder peker seg spesielt ut for menn, Aust-Agder for kvinner, med landets høyeste forekomst av lungekreft. Også i Vestfold er forekomsten høy både for menn og kvinner; mens Telemark ligger nærmere landsgjennomsnittet, og Buskerud sammen med Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag har landets laveste lungekreftforekomst.

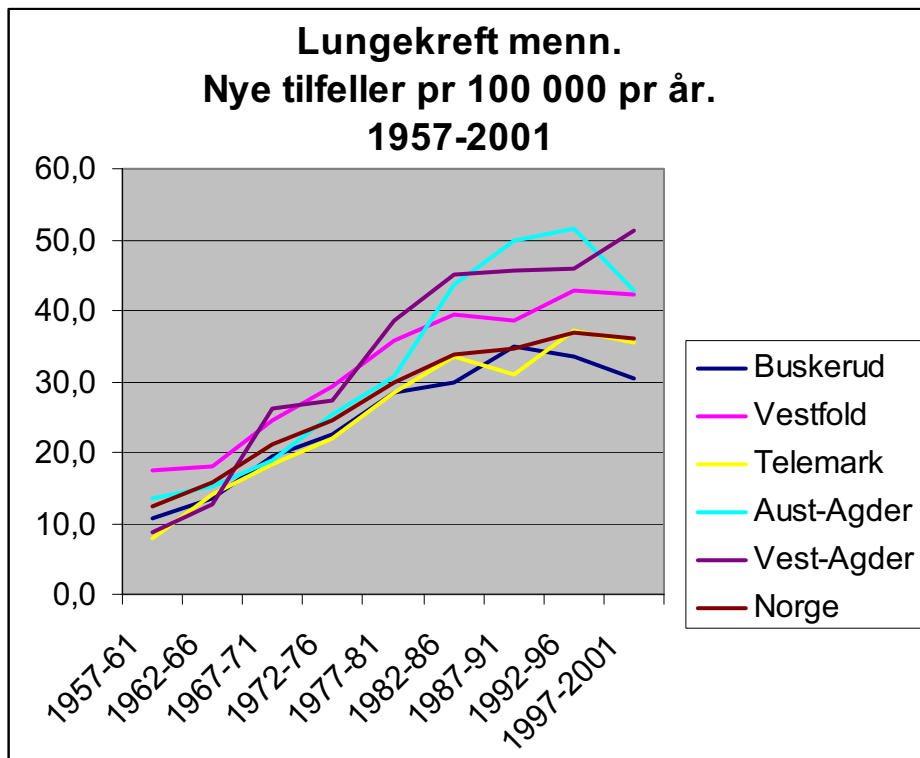
Diagram: Forekomst av lungekreft i norske fylker 1997-2001



Kilde: Kreftregisteret

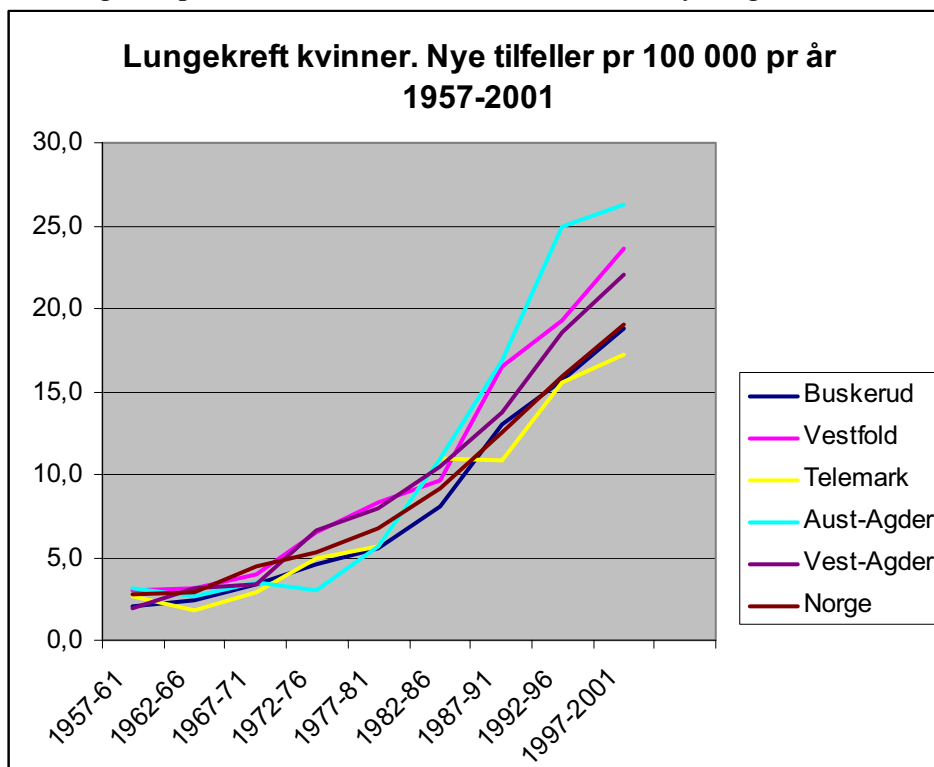
Siste 50 år har forekomsten av lungekreft blant menn i Norge steget fra 10 til 35 tilfeller per 100 000 innbyggere per år. Vest-Agder ligger aller høyest. Også Aust-Agder og Vestfold ligger høyt, sammen med Finnmark. I Vest-Agder var det i de to foregående femårsperiodene en avflatning av kurven for menn, slik at man hadde håp om at toppen var nådd. Dessverre har det kommet en ytterligere økning siste femårsperiode. I siste tiårs periode har forekomsten i

Buskerud falt, og er nå blant den laveste i landet, sammen med Oppland, Nord-Trøndelag og Sogn- og Fjordane.



Kilde: Kreftregisteret

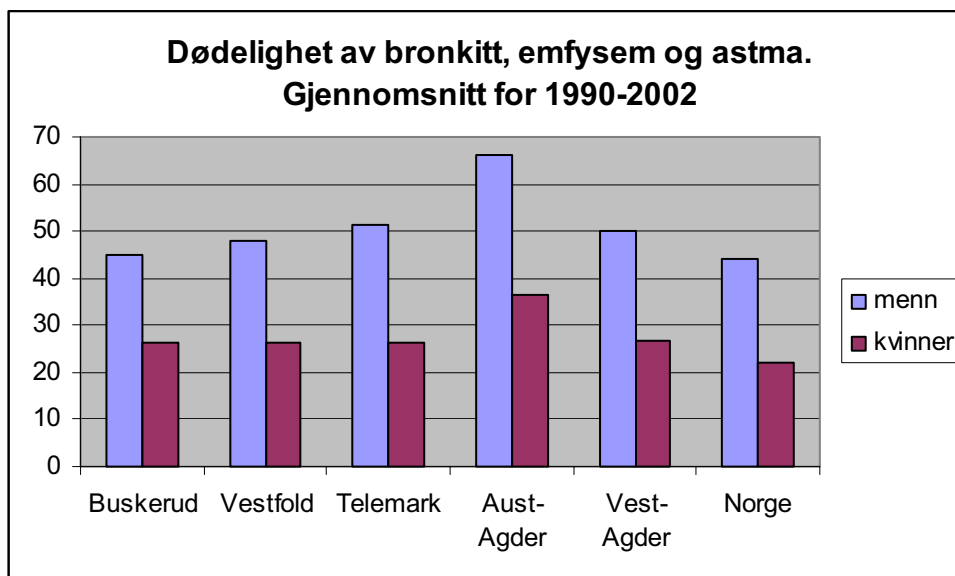
Blant norske kvinner har det vært en voldsom økning av lungekreft siste 45 år, fra to-tre til nær 20 tilfeller årlig per 100 000. Agder og Vestfold peker seg ut med særlig ugunstig utvikling. Alt på 1980-tallet økte forekomsten her betydelig mer enn landsgjennomsnittet.



Kilde: Kreftregisteret

Kronisk obstruktiv lungesykdom

Sykdommene bronkitt, emfysem og astma har samlebetegnelsen kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Sykdommene er ofte, men ikke alltid, assosiert med røyking. Dødelighet av disse sykdommene er spesielt høy i Aust-Agder, men også Vest-Agder og Telemark ligger godt over landsgjennomsnittet. Buskerud er det fylket i Helseregion Sør som har lavest KOLS-dødelighet. Dette mønsteret følger røykemønsteret i befolkningen.



Kilde: Norgeshelsa

Røyking

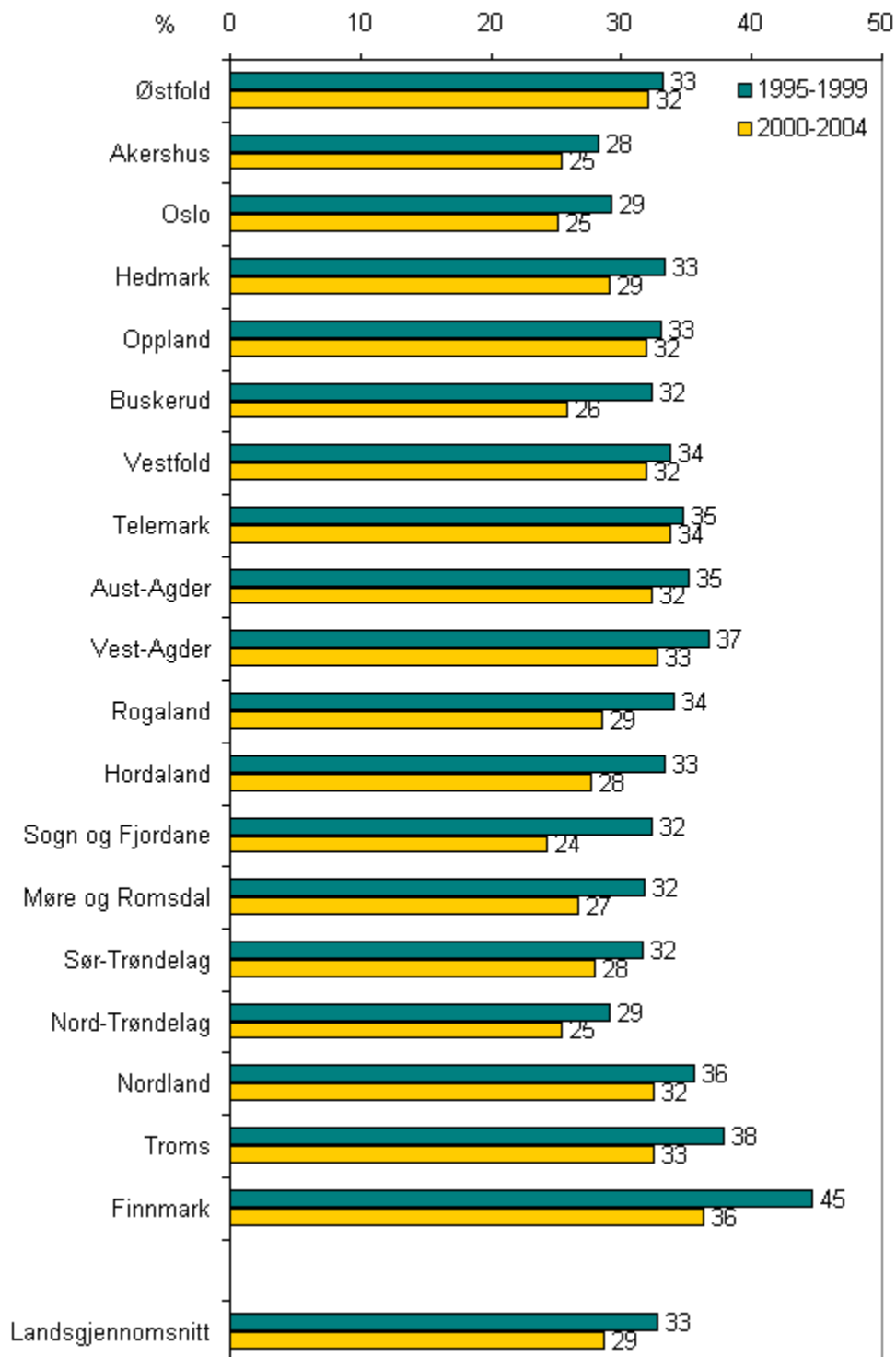
Røykevaner 1995 – 2004

Tall for perioden 2000-2004 viser at alle fylker har hatt nedgang i andel dagligrøykere fra forrige femårsperiode. I Vest-Agder er det en nedgang på fire prosentpoeng. Det er fortsatt store fylkesvise variasjoner. Blant dem som røyker daglig, topper Finnmark med 36 %, i motsatt ende finner vi Sogn og Fjordane med 24 %. Innen Helseregion Sør ligger alle fylkene med unntak av Buskerud over landsgjennomsnittet. Telemark er høyest med 34 %, tett fulgt av Vest-Agder med 33 %.

Grunnen til at det opereres med femårsperioder, er at de fylkesvise utvalgene av befolkningen som årlig blir spurt om røykevaner, er for små til å gi pålitelige tall på årsbasis. I en tid med fallende andel dagligrøykere, vil tall for femårsbolker ligge høyere enn for siste enkeltår. Landstall for dagligrøykere i Norge 2004 var 26 %, mens gjennomsnittstall for perioden 2000-2004 var 26 %. Dersom utviklingen i Vest-Agder følger landstrenden,

kan vi anta at ca 30 % av befolkningen i fylket var dagligrøykere i 2004.

Diagram: Andel som røyker daglig, 16-74 år, fylkesvis, gjennomsnitt for 5-årsperioden 1995-1999 og 2000-2004, tall i prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet

Tabell: Andel som røyker daglig blant menn og kvinner og totalt, 16-74 år, fylkesvis, gjennomsnitt for 5-årsperioden 1995-1999 og 2000-2004, tall i prosent.

	1995-1999			2000-2004		
	Totalt %	Menn %	Kvinner %	Totalt %	Menn %	Kvinner %
Østfold	33	34	33	32	33	31
Akershus	28	28	29	25	25	26
Oslo	29	30	29	25	25	25
Hedmark	33	32	35	29	30	28
Oppland	33	33	33	32	32	32
Buskerud	32	32	33	26	27	24
Vestfold	34	33	35	32	33	31
Telemark	35	37	33	34	36	31
Aust-Agder	35	40	30	32	33	32
Vest-Agder	37	37	37	33	34	32
Rogaland	34	36	32	29	30	27
Hordaland	33	37	30	28	29	27
Sogn og Fjordane	32	33	32	24	24	25
Møre og Romsdal	32	33	30	27	28	25
Sør-Trøndelag	32	31	32	28	27	29
Nord-Trøndelag	29	27	32	25	23	28
Nordland	36	36	35	32	30	35
Troms	38	38	38	33	33	32
Finmark	45	42	48	36	38	35
Norge totalt	33	34	32	29	29	28

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet

HELSETJENESTEN – NOEN UTVIKLINGSTREKK

Kommunehelsetjenesten

Kommunen har ansvar for grunnleggende helsetjeneste, den såkalte førstelinjetjenesten. Etter kommunehelsetjenesteloven skal det ytes nødvendig helsehjelp til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Helsetjenestene skal omfatte forebyggende tiltak, kurative tjenester (inkludert legevakt og hjelp ved ulykker), medisinsk habilitering og rehabilitering, samt pleie og omsorg. I kommunehelsetjenesten skal det finnes leger, fysioterapeuter, sykepleiere, helsesøstre og jordmødre.

I denne medisinalmeldingen omtales kun to av deloppgavene, nemlig fastlegetjenester og pleie/omsorg.

Fastleger

Vest-Agder har en god og stabil dekning av primærleger. Hovedinntrykket er at både publikum og leger er fornøyd med fastlegeordningen. Andelen ledige listeplasser i Vest-Agder er høyest i landet. Tallet i fylket er 16 %, mens Østfold ligger lavest med 5 %.

Tabell: Antall fastlegeavtaler (inkl. lister uten lege), listetak for disse, antall innbyggere på listene, antall avtaler med ledig kapasitet og antall ledige plasser, etter avtalekommune og fylke per 31.12.2004

		Antall fastlegeavtaler	Listetak	Innbyggere på listene	Antall med ledig kapasitet	Ledige plasser
10 VEST-AGDER	Kommune					
	1001 KRISTIANSAND	69	94111	79178	46	15311
	1002 MANDAL	11	15050	13580	9	1455
	1003 FARSUND	8	9800	9261	4	505
	1004 FLEKKEFJORD	7	10000	9279	3	833
	1014 VENNESLA	11	12730	11867	8	903
	1017 SONGDALEN	5	6300	5645	2	747
	1018 SØGNE	8	9130	8575	5	591
	1021 MARNARDAL	3	2350	2328	1	61
	1026 ÅSERAL	2	1440	971	1	472
	1027 AUDNEDAL	1	1500	1420	1	80
	1029 LINDESNES	5	6390	4865	4	1509
	1032 LYNGDAL	9	11150	7854	8	3284
	1034 HÆGEBOSTAD	3	1500	1205	3	295
	1037 KVINESDAL	5	5900	5438	4	462
	1046 SIRDAL	3	1800	1568	2	243
	Sum		151	190281	163034	101

Kilde: Rikstrygdeverket

På landsbasis har det siste året vært en økning i antall bytter av fastlege. I Vest-Agder er imidlertid tallet stabilt, med 3944 i 4. kvartal 2004, mot 3947 i samme kvartal 2003. Avslutning av legens praksis er årsak til 40 % av tilfellene med bytting, mens innbyggerens flytting står bak nesten en femdel av byttene.

Tabell: Antall legebytter i 4. kvartal 2004, fordelt etter årsak

	Antall legebytter	Avsluttet praksis	Redusert praksis	Barn tilknyttet foresattes lege	Innbyggeren flytter	Ordinært legebytte	Andre årsaker
10 Vest-Agder	3944	1616	3	162	719	1437	7

Kilde: Rikstrygdeverket

Svært få innbyggere i fylket har valgt å stå utenfor fastlegeordningen eller har ikke plass på liste med lege.

Tabell: Antall innbyggere som har plass på fastleges liste per 31.12.2004

	Plass på fastleges liste	Plass på liste uten lege	Har ikke plass på liste	Deltar ikke
Kommune				
1001 KRISTIANSAND	75912	44	204	220
1002 MANDAL	14033	0	23	75
1003 FARSUND	9582	0	16	170
1004 FLEKKEFJORD	8863	1	32	18
1014 VENNESLA	12384	4	10	17
1017 SONGDALEN	5583	5	21	7
1018 SØGNE	9487	5	13	18
1021 MARNARDAL	2171	0	1	3
1026 ÅSERAL	899	0	2	5
1027 AUDNEDAL	1560	0	0	9
1029 LINDESNES	4479	0	4	1
1032 LYNGDAL	7229	0	22	176
1034 HÆGEBOSTAD	1572	0	1	16
1037 KVINESDAL	5561	4	18	36
1046 SIRDAL	1745	1	8	4
Sum	161060	64	375	775

Kilde: Rikstrygdeverket

Hovedutfordringen ved fastlegeordningen, slik Helsetilsynet i fylket ser det, er kapasitet og kompetanse til ivaretagning av samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver, som for eksempel overvåking av helseforhold i kommunen, smittevern og miljørettet helsevern.

Også innen andre offentlige legetjenester er det i flere kommuner avsatt svært knapt timetall per uke. Dette gjelder forebyggende helsetjenester for barn og unge i helsestasjon og

skolehelsetjeneste. Og det gjelder ikke minst innen pleie- og omsorgstjenesten, slik som på sykehjem. Dagens sykehjemspasienter er medisinsk sett langt mer krevende enn for et par tiår siden; men kapasiteten på legetjenester har på ingen måte økt tilsvarende.

Dette er forhold som kommunene bør ta opp ved reforhandling av avtaler med fastlegene, eller ved inngåing av nye avtaler. Kommunen kan også pålegge fastlegene offentlige legeoppgaver inntil 7,5 timer per uke, en mulighet som i liten grad synes å være tatt i bruk.

Pleie- og omsorgstjenesten

Personellutviklingen innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene i Vest-Agder er fortsatt positiv.

Rapporteringen for 2003 viser tilsynelatende store endringer i antall årsverk, sammenliknet med 2002. Dette kan dog i noen grad skyldes feilrapportering. Personellregistreringen i KOSTRA ble lagt om fra 2003, og dette kan gjøre sammenligning med tidligere år vanskelig. Som det fremgår av tabellen under, har dekningsgraden av personell i forhold til personer 80 år og eldre holdt tritt med økningen i denne befolkningsgruppen.

Tabell: Personellutvikling i pleie- og omsorgssektoren, årsverk 1997-2003

	1997	2001	2003	Dekn.% 97	Dekn.% 01	Dekn.% 03
1001 Kristiansand	1008	1251	1350	39	41	41
1002 Mandal	249	294	314	46	42	45
1003 Farsund	175	210	236	41	45	49
1004 Flekkefjord	163	223	265	32	43	50
1014 Vennesla	153	192	218	43	45	43
1017 Songdalen	79	99	118	61	60	65
1018 Søgne	93	137	192	38	53	65
1021 Marnardal	61	75	78	61	58	60
1026 Åseral	35	38	44	54	51	76
1027 Audnedal	35	51	51	38	50	59
1029 Lindesnes	100	111	133	46	43	57
1032 Lyngdal	140	180	165	51	52	53
1034 Hægebostad	37	43	46	39	55	65
1037 Kvinesdal	119	154	160	43	55	55
1046 Sirdal	53	74	108	42	61	94
Vest-Agder	2498	3131	3477	41	45	48

(Dekn.% = antall årsverk i prosent av antall innbyggere 80 år eller eldre.) Kilde: KOSTRA

Kommunene gir uttrykk for at rekrutteringssituasjonen stort sett er god. Den største utfordring er knyttet til små stillingsbrøker.

Kommunene i Vest-Agder har satset på å skolere ufaglærte arbeidstakere, og det har vært økning av personell med hjelpepleier- og omsorgsarbeiderkompetanse. Det er også blitt lagt til rette for videreutdanning av personell, både for hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og for høyskoleutdannede.

Helsetilsynet og Fylkesmannen gjennomførte i 2004 forholdsvis omfattende opplæringskurs i saksbehandling for kommunetilsatte, med særlig fokus på pleie- og omsorgssektoren. Vi anser slike tilbud som viktige for kvalitetsutvikling og sikring av rettssikkerhet. Til sammen 80 personer deltok på kursene, som bl.a. var basert på Sosial- og helsedirektoratets veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten. Erfaringen var at få av deltakerne på forhånd var særlig kjent med veilederen eller hadde brukt den i praksis. Dette understreker at skal slike publikasjoner bli tatt i aktiv bruk, kreves det tettere oppfølging enn kun postutsending til kommunene.

Helsetilsynet i Vest-Agder gjennomførte i 2004 systemtilsyn i fire kommuner med fokus på internkontroll og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Det ble ikke konstatert avvik eller merknader av slik art eller omfang at det gav grunnlag for særlig oppfølging.

Vi konstaterer også at Helsetilsynet i Vest-Agder som klageinstans etter kommunehelsetjenesteloven mottar få klager knyttet til pleie- og omsorgssektoren; det vil si klager på enkeltvedtak om hjemmesykepleie eller plass i sykehjem. I 2004 ble det behandlet fem slike saker.

I tillegg behandlet Fylkesmannen i Vest-Agder til sammen 41 klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4. Av disse var det 13 klager knyttet til vedtak om praktisk bistand/tjenestetilbud, mens 20 av dem gjaldt omsorgslønn.

De forhold som er referert i det foregående, så vel som brukerundersøkelser som viser stor grad av tilfredshet, kan gi grunnlag for refleksjon om hvorvidt forholdene innen pleie- og omsorgssektoren generelt sett er så dårlige og bekymringsfulle som det til tider gis inntrykk av i offentlig debatt. Tilsynsmyndigheten vil dog fortsatt være opptatt av forbedring der det konstateres svikt og mangelfulle tjenester, men hovedinntrykket er at kommunene i stor grad gir tilfredsstillende tjenester både med hensyn til omfang og kvalitet.

Institusjonsplasser og omsorgsboliger

I samband med gjennomføring og oppfølging av Handlingsplanen for eldreomsorgen har det de siste årene skjedd en betydelig utbygging og ombygging av institusjoner og omsorgsboliger. Utbyggingen følger i stor grad de planer kommunene la i handlingsplanperioden. Enkelte prosjekter vil først være realisert ved utgangen av 2007.

Tabell: Utvikling av boenheter, dekning i forhold til eldre 80 år+ og absolutte tall

Vest-Agder	1997	2001	2003	Prognose. 2007
Boenheter totalt	27% (1634)	30% (2025)	(30%) 2131	(31%) 2270
Sykehjem	18% (1059)	18% (1219)	(18%) 1258	(19%) 1383
Aldershjem	7% (425)	5% (320)	(3%) 217	(2%) 129
Omsorgsboliger	2% (150)	7% (486)	(9%) 656	(10%) 758

Det ble høsten 2004 gjennomført en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens i kommunene. Den ble foretatt i regi av Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens med fylkesmannen som samarbeidspartner.

Foreløpige tall for Vest-Agder viser at av om lag 1322 sykehjemsplasser er ca. 480 plasser beregnet og spesielt tilrettelagt for personer med demens. Kompetansesenteret vil bearbeide de innkomne data videre, og endelig rapport vil foreligge sommeren 2005. Det er videre lagt

opp til at det i løpet av 2005 skal utarbeides forslag til tiltaksplan for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet til demente.

Spesialisthelsetjenesten

Generelle utviklingstrekk

Fram til 31.12.2001 var det fylkeskommunenes ansvar å sørge for at befolkningen fikk de spesialiserte helsetjenester det var behov for. Unntak gjaldt for tjenester som ble organisert og drevet som landsfunksjoner. Stadig økende etterspørsel etter helsetjenester, sammen med stadig større potensielle muligheter for avansert medisinsk behandling, gjorde at to store utfordringer ble stadig tydeligere: På den ene siden å sikre befolkningen - uavhengig av bosted - samme mulighet for tjenester av god kvalitet, på andre siden å få kontroll med kostnadsutviklingen.

En offentlig utredning i 1997 (NOU 1997:2 - Pasienten først) mente det var nødvendig med et sett av ulike tiltak for å nå disse målsettingene. Nye helselover fra 2001 gav pasientene utvidede rettigheter. Statlig overtakelse av eierskapet og ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra 2002 var både en organisatorisk og en ansvarsmessig reform. Den gav sykehusledelsen økt fristilling. Sykehusene ble egne rettssubjekt, med egne styrever. Sykehusene ble selvstendig ansvarlige for det de gjør – eller ikke gjør.

I helseregion Sør besluttet eier (regionalt helseforetak, Helse Sør RHF) å organisere eierskapet etter en konsernmodell, der ledelsen i Helse Sør RHF skulle ha enten leder eller nestlederrolle i sykehusstyrene. På denne måte sikret eier seg både innflytelse over utviklingen og viktig kunnskap om virksomhetene.

De regionale foretakene ble helt fra starten stilt overfor store økonomiske utfordringer. Fokus ved gjennomføring av reformen synes i stor grad å ha vært på økonomi og produktivitet. Helsetilsynet i fylkene innen Helseregion Sør har i 2004 gjennomført tilsyn med kvalitetsarbeid (styringslinja for kvalitet i sykehusene), og fant at kvalitetsstyring ikke er implementert i virksomhetene på samme vis som produksjons- og økonomistyring. Tilsynet konkluderte med en ”ubalansert” målstyring. Sammendrag av tilsynsrapportene kan leses på helsetilsynets hjemmesider (www.helsetilsynet.no/).

Den økende graden av spesialisering gjør sykehusene kompetansemessig sårbare. Spesialister er avhengige av et visst tilfang av pasienter for å opprettholde kompetansen. Samtidig må sykehusene opprettholde et stort vaktkorps for å dekke øyeblikkelig hjelp funksjonen på en forsvarlig måte innenfor de disipliner sykehusene har ansvar for.

Funksjonsfordeling mellom sykehusene tvinger seg fram. Det er ikke bare økonomiske grunner for dette. For at leger skal bli dyktige til for eksempel å utføre bestemte operasjoner, er det viktig at de gjør disse ofte nok til at kompetanse opprettholdes og utvikles. Pasientvolum og befolkningsgrunnlag må være viktige kriterier når det skal fattes beslutninger om hvor mange og hvilke steder som skal foreta bestemte prosedyrer.

De fleste vil være enig i at behandling av lidelser som ikke forekommer hyppig, bør kunne lokaliseres til noen utvalgte sykehus, innen regionen eller på landsbasis. I enkelte tilfeller bør man også kunne basere seg på nordisk samarbeid. Transportutgiftene for mindre pasientgrupper er småpenger sammenlignet med utgifter til etablering og drift, inklusiv vaktordninger.

Den store utfordringen er knyttet til steget fra drøfting av generelle prinsipper om funksjonsfordeling til beslutninger om fordeling i praksis. Da oppstår debattene mellom impliserte aktører, til dels i form av opphetede diskusjoner, fakkeltog og paroler.

Diskusjonene og engasjementet avspeiler at det er mange hensyn å ta. De ulike sykehusene vil være med i konkurransen om å være attraktive på markedet og kunne tilby et bredt spekter av tjenester; i håp om at kundene (pasientene) vil velge akkurat deres institusjon, og at nøkkelpersonell vil oppleve et stimulerende arbeidsmiljø med faglig spennende utviklingsmuligheter. Personellet, ofte med legespesialistene i front, vil kjempe for sine arbeidsplasser. Befolkningen på sin side betrakter helsetjenester som et samfunnsanliggende og sykehusene som et folkeaksjeselskap, der hver innbygger har sin aksje. Alle vet med seg selv at de med stor grad av sikkerhet en eller annen gang i livet vil ha bruk for sykehustjenester.

Etter hvert vil man kanskje også mer direkte måtte stille spørsmålet om hvilke oppgaver som den offentlige spesialisthelsetjeneste skal drive med, og hva som eventuelt faller utenom det offentliges ansvar. Et slikt spørsmål er av så klar politisk karakter at det ikke må skyves over på det enkelte foretaket, enn si helsepersonellet.

Stadig kortere liggetid i sykehusene tilsier et nært og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Eldre er de største forbrukere av sykehustjenester. Det er allment akseptert kunnskap at uten rask og riktig behandling er prognosen for de eldres helsetilstand og livskvalitet betydelig forringet.

Det bildet vi ser i dag, domineres av debatter omkring lokalisering av spesialiteter for de mindre pasientgrupper, som for en stor del faktisk er i stand til å transporteres. Debatten om hvordan man sikrer det store grosset av brukerne - den eldre befolkningen og kronikerne - tilgjengelige og forsvarlige spesialisthelsetjenester, er derimot nesten fraværende.

Det kunne være et interessant tankeeksperiment å utfordre eiere og drivere av sykehus til å snu behovspyramiden på hodet: Flytt fokus fra mindre, særlig spesialiserte helsetjenester. Start heller diskusjonen om hvordan spesialisthelsetjenesten bør organiseres og drives for å dekke behovet for det store flertallet av pasientene; de som på grunn av alder og svekket helse har begrensede muligheter for å velge sykehus.

For tilsynsmyndigheten, som skal ivareta rettsikkerheten til befolkningen, er det et tankekors at tallet på klager over manglende oppfylning av rettigheter til behandling er meget lavt. Vår generelle erfaring som klageorgan er at svakstilte grupper, slik som skrøpelige eldre og psykiatriske pasienter, ofte trenger hjelp av pårørende (eller andre) til å formulere og framsette klage på en slik måte at den når fram og blir realitetsbehandlet. Det er en utfordring for tjenesteyterne å fatte vedtak slik at rettigheter og klageadgang klart kommer fram.

Sikring av kvalitet på tjenestene krever bevisst styring. Skal man få dette til, må det foreligge en klar strategi, basert på en overordnet plan for medisinsk-faglig kvalitet. Videre trengs det kontinuerlig overvåking av situasjonen, resultatevalueringer og kursjusteringer.

Situasjonen i dag avspeiler behov for et slikt overordnet styringsdokument, en strategisk plan for utvikling og oppfølging av kvalitetsarbeidet; et grunnlag for eiers krav til og oppfølging av tjenestene. En slik plan må ta opp i seg alle de tre elementene i kvalitetsarbeidet: Prosess, resultat og struktur, og den må omfatte alle aspektene ved kvalitetsbegrepet: Hva skal være satsningsområdene, hvem skal gjøre det, og innenfor hvilke rammer? Hva er visjon og målsetning? Hvordan evalueres effektene av det som gjøres, og konsekvensene av strukturendringer? Hva er viktige premisser for god kvalitet etter befolkningens syn, hva er god faglig standard, og hva er ”godt nok”?

Spesialisthelsetjenesten opplever skjerpede krav til økonomistyring. Men sykehusdrift er ikke noen lineær produksjonsbedrift. Det er en verdistyrt kompetansebedrift, som skal løse problemer på vegne av kundene.

Meningen med eierreformen har ikke vært å avpolitiserer det samfunnsområdet som kanskje framstår som det viktigste for hele befolkningen, nemlig helsetjenestene, men snarere å tydeliggjøre roller og fristille ledere, slik at de kan løse pålagte oppgaver. Det kan synes som om en del kommunale og fylkeskommunale politikere ikke har erkjent at den politiske styringen av spesialisthelsetjenesten ligger hos helseministeren og Stortinget, og at de derfor i stedet retter skyts mot foretaksledelse og -styre.

Tiden kan snart være inne til å gjøre en evaluering av erfaringer med den statlige overtakingen av spesialisthelsetjenesten. Det er interessant at et annet nordiske land, nemlig Danmark, nå velger en annen løsning. Når danskene avvikler sine nåværende amt (fylker) blir ansvar for sykehusene tillagt et folkevalgt regionalpolitisk organ. Det blir interessant å følge utviklingen der og sammenligne med norske forhold.

Som en oppsummering kan utviklingen innen spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste tre-fire årene beskrives slik:

- ✓ Det er ennå en stykke igjen før brukerne har fått den rettssikkerhet som har vært intensjonen bak innføring av lovfestede rettigheter.
- ✓ Avpolitisering av sykehusdrift har ikke gitt som resultat avpolitisert interesse for sykehusdrift.
- ✓ Begrepet ”balansert målstyring” må få sin betydning tilbake; men det synes å mangle gode metoder for måling av kvalitet.

Sørlandet sykehus

Sørlandet sykehus HF er enestående i landssammenheng ved at det omfatter (tilnærmet) alle sykehustjenester i to fylker. (Ett unntak gjelder for spesialsykehuset for rehabilitering på Kongsgård i Kristiansand, som sammen med sykehuset i Stavern sorterer under Rikshospitalet).

Statens helsetilsyn har fastsatt at når et sykehusforetak har institusjoner i flere fylker, skal helsetilsynet i ett av fylkene ha det formelle tilsynsansvaret for hele foretaket. For Sørlandet sykehus er denne funksjonen lagt til Helsetilsynet i Vest-Agder. Løpende tilsynsoppgaver overfor spesialisthelsetjenester innen Aust-Agder blir imidlertid ivaretatt av helsetilsynet der, formelt etter delegasjon fra Vest-Agder.

Vår tilsynskontakt med foretaket er mangeartet. Én kategori er de hendingsbaserte tilsynssakene. I 2004 behandlet vi 20 slike saker overfor spesialisthelsetjenester i Vest-Agder, 13 gjaldt psykisk helsevern, fem kirurgi og én indremedisin. Videre foretar vi planlagte tilsynsbesøk etter systemrevisjonsmetodikk. I 2004 ble det gjennomført slikt tilsyn med fødselshjelpen i Flekkefjord (og Arendal) og med kvalitetsutvalgenes arbeid i sykehusforetaket. Disse aktivitetene er nærmere omtalt i tilsynskapitlet.

Spesialisthelsetjenesten har videre en lovmessig plikt til å sende melding til helsetilsynet i fylket om hendelser som førte eller kunne ført til betydelig skade på pasient. I 2004 ble det mottatt 56 slike meldinger i Vest-Agder, derav fem om unaturlig dødsfall.

Vi følger også opp foretakets virksomhet på andre måter. Helsetilsynet i Agder-fylkene har flere ganger årlig møte med ledelsen i Sørlandet sykehus. Blant tema som ble tatt opp i 2004 kan nevnes organisering av kvalitetsarbeidet og helsemessig beredskap. Etter at styremøtene ble offentlige har vi også i en viss grad vært til stede der som observatør.

Det har i 2004 vært et sterkt fokus på økonomi, økonomistyring, sparing, effektiviseringstiltak og inntektsmuligheter. For første gang har man opplevd bemanningsreduksjon på sykehusene. Forslag om nedleggelse av avdelinger og endog hele sykehus har kommet fram. Det har vært store følelsesladete debatter om funksjonsfordeling innen foretaket, i hovedsak mellom sykehusene i Arendal og Kristiansand.

Tilsynsmyndigheten har fulgt denne utviklingen nøye, men har ikke villet tilkjenne synspunkter, så sant det ikke lanseres alternativ eller gjennomføres tiltak som går på bekostning av faglig forsvarlighet. Da det kom fram informasjon om at knapphet på personell medførte manglende dobbelkontroll av legemidler til injeksjon, ble dette tatt opp med sykehuset som tilsynssak. En sak som har pågått lenge, om mangelfull kapasitet på smitteisolater ved sykehuset i Kristiansand, ble i 2004 oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av pålegg, men er fortsatt til behandling der.

At planlagt oppstart av ny lindrende enhet er utsatt, er et eksempel på at innsparingskravene går ut over ønsket utvikling av pasienttilbudet.

I en situasjon med sterkt fokus på økonomi er det viktig å holde fast på at prioriteringer i den daglige kliniske virksomheten må skje ut fra faglige forsvarlighetsvurderinger. Det betyr bl.a. at de pasientene som trenger det mest, prioriteres foran dem som økonomisk sett kan være mer lønnsomme for sykehuset; at de ressursene som tilføres spesialisthelsetjenesten, blir forvaltet slik at det kommer pasientene til gode etter prinsippet om de sykeste først.

Helsetilsynet i fylket vil fortsatt følge virksomheten ved Sørlandet sykehus nøye for å se om kvalitet og faglig forsvarlighet sikres også i omstillingsperioder.

Selv om de økonomiske ressursene var ubegrensede, ville vi ikke kunne behandle oss ut av alle helseproblemer. Mange av de sykdommer og skader som må tas hånd om i spesialisthelsetjenesten, henger sammen med samfunnsforhold og den enkeltes levemåte, og kan til en viss grad forebygges. Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten vært lite synlig på forebyggingsområdet. Det er imidlertid mye kunnskap i norske sykehus om hvorfor sykdom oppstår, og etter spesialisthelsetjenesteloven skal de arbeide for å fremme folkehelsen og motvirke helseproblemer. Sørlandet sykehus har på flere felt tatt initiativ og iverksatt tiltak for å være en aktør også på forebyggingssiden. Som en naturlig videreføring av dette gikk sykehuset i 2004 inn som aktør i partnerskapet "Folkehelsen i Agder".

Operative inngrep

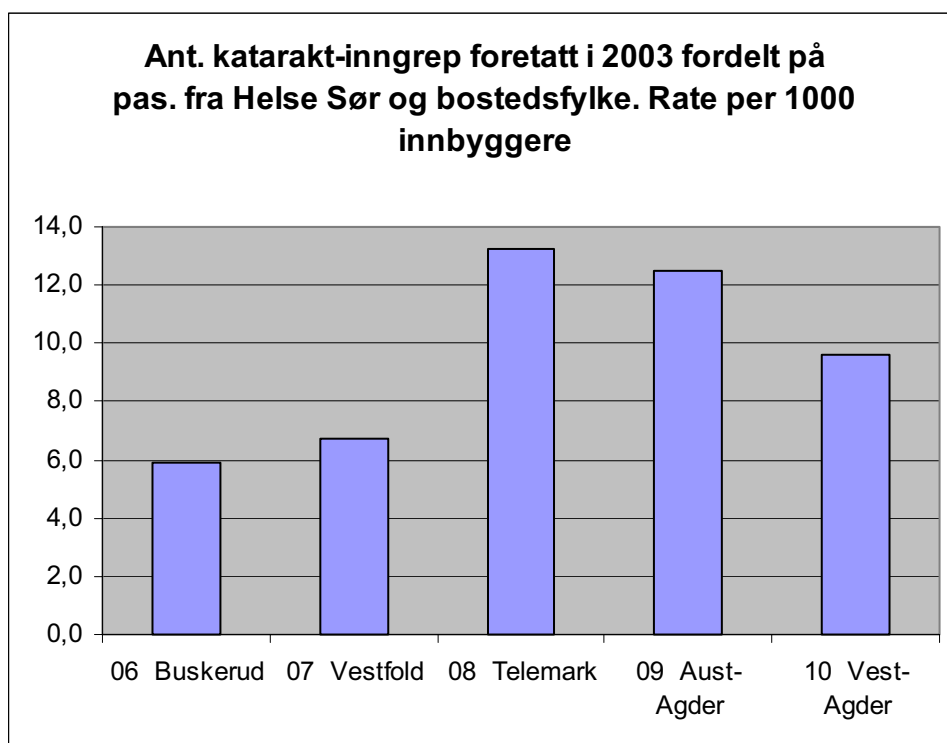
Det er kjent at hyppigheten av operative inngrep kan variere mellom ulike geografiske områder, uten at dette alltid kan relateres til forskjeller i sykelighet. Det kan reises spørsmål om slike forskjeller mer avspeiler ulike behandlingstradisjoner enn forskjell i behov.

Vi har sammenlignet hyppighet av 3 typer operative inngrep for de 5 fylkene i regionen - operasjon for katarakt (grå stær), lårhalsbrudd og keisersnitt. Totale tall og rater i forhold til folkemengden fremkommer i tabellene. Tallene er fra 2003 og basert på pasientens bostedsfylke, slik at fritt sykehusvalg eller operasjon utenfor fylket av annen grunn ikke spiller inn.

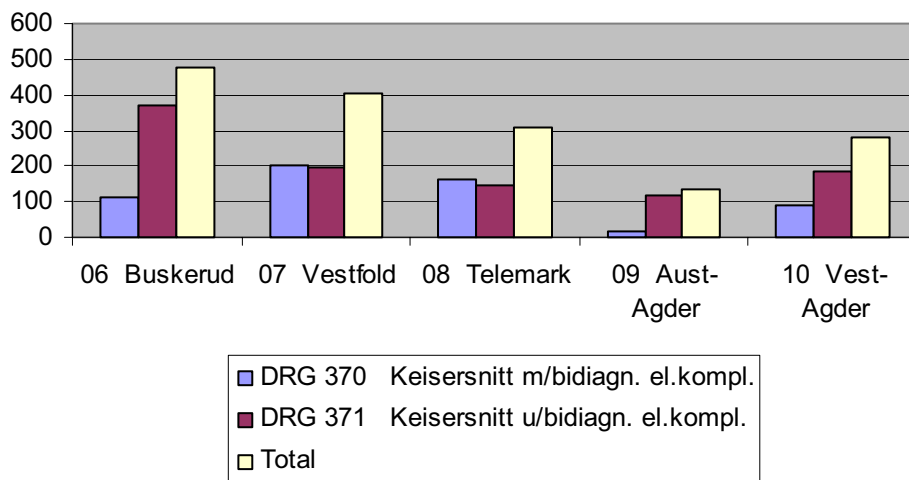
Antall keisersnitt ligger lavere i Aust-Agder enn i de andre fylkene. Dette kan ikke forklares med et lavere antall fødsler i forhold til folkemengden, som bare viser liten variasjon fylkene imellom (1,14 pr. 100 innb. i Buskerud - 1,04 i Aust-Agder), og avspeiler trolig forskjell i praksis.

Antall inngrep for grå stær ligger vesentlig høyere i Aust-Agder og Telemark enn i de øvrige fylker. Prosentvis del av befolkningen som er over 67 år er litt høyere i Telemark enn i de andre fylkene, men dette kan bare forklare en liten del av forskjellen, og bare for dette fylket.

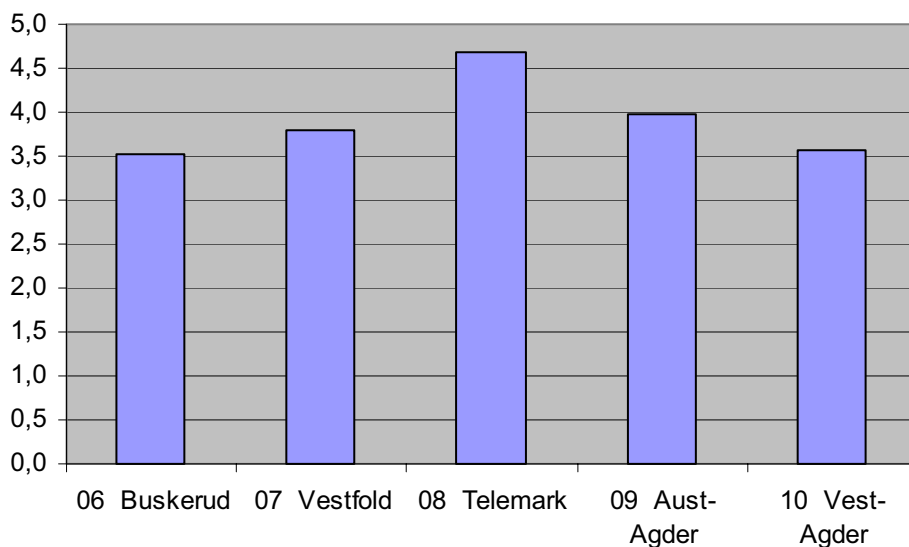
Imidlertid kan dette forklare noe av forskjellene i antall behandlede lårhalsbrudd, der forekomsten av tilstanden vil være bestemmende for antall inngrep. Imidlertid omfatter disse tallene ikke lårhalsbrudd som er primærbehandlet med innsetting av protese, som kan utgjøre en feilkilde i sammenligningen. De omfatter også andre brudd i lårbenet enn lårhals. Betydningen av dette er usikker, men sannsynligvis liten for sammenligning mellom fylker.



Ant. keisersnitt foretatt i 2003 fordelt på pas. fra Helse Sør fordelt på bostedsfylke (NPR 2003)



Ant. kir. inngrep utført ifm lårhalsbrudd i 2003 fordelt på pas. fra Helse Sør og bostedsfylke. Rate pr. 1000 innbygg



Psykiatriske spesialisthelsetjenester

Generelt sett kan det sies at psykiatrien på flere felt henger etter utviklingen, sammenliknet med annen spesialisthelsetjeneste. Det er mange områder innen psykisk helsevern som bør forbedres, men Sørlandet er neppe verken verre eller bedre enn landet for øvrig i så måte.

I Vest-Agder kan det henge litt igjen av den gamle asylkulturen fra den gang de psykiatriske sykehusene var som en stat i staten, med begrenset kontakt med livet utenfor murene. Det kan være en tung skute å snu. Det sitter litt i veggene at «sånn gjør vi ting». Aust-Agder hadde derimot ikke noe asyl. De kunne bygge opp sitt tilbud uten slike bindinger som kan hemme nytenkning og fleksibilitet.

I 2004 kom psykiatrien i Vest-Agder i søkelyset etter flere dramatiske hendelser; bl.a. med drap, ildspåsettelse og selvmord. Flere av disse sakene er fortsatt til behandling hos Helsetilsynet i fylket, som undersøker om det har skjedd svikt i virksomhetens system eller hos enkeltpersoner i tjenesten.

Psykiatrien i fylket har ennå et stykke å gå når det gjelder implementering av ny helselovgiving fra 2001. Ennå er det ikke klare nok rutiner for å lage en *individuell plan* for hver enkelt pasient som behandles med tvang. Det har tatt tid å få forståelse for at arbeid med slike planer er en del av det samlede tilbudet spesialisthelsetjenesten skal gi denne pasientgruppen.

Ennå får ikke alle pasienter en *pasientansvarlig behandler*, som skal ha ansvar for å ivareta kontinuiteten og holde oversikten under behandlingsforløpet.

Det er også ennå mye å ta igjen når det gjelder reell *brukermedvirkning*. Pasientrettighetsloven slår fast at så langt som mulig skal pasient og pårørende tas med på råd om opplegg av behandlingen. Eksempelvis tas det ikke alltid tilbørlig hensyn til pasientens tidligere erfaringer med et medikament, når legemidler skal forordnes.

Fortsatt hender det at pasienter *skrives ut* hals over hode, uten at verken pasienten, pårørende eller hjemkommunen er forberedt.

Det har tatt tid for sykehuset å få på plass rutine med å gi pasienter som søker om frivillig innleggelse, tilbakemelding med *frist* for når de vil få behandling.

Det trengs strammere rutiner for *dokumentasjon* i pasientjournalen av hvilke overveielser personalet har gjort om pasientens tilstand og behandling.

Psykiatrien melder i liten grad om *skader* på pasient under sykehusopphold, slik de skal etter sykehuslovens § 3-3-. Det kan reises spørsmål om det foreligger underreportering, eksempelvis når det gjelder alvorlige bivirkninger av legemidler, og skader som pasienter har påført seg selv eller andre innlagte.

Sykehuspsykiatrien har et klart forbedringspotensial når det gjelder systematisk *veiledning til kommunene*, slik spesialisthelsetjenesteloven forutsetter.

Det synes å være en lang og tung vei å gå for å sikre samme kvalitet på de psykiatriske tjenestene som de somatiske. Årsaken er langt fra bare treghet i systemet, men bl.a. at det store presset fra befolkningen gjelder somatiske sykehustjenester.

Selv om ikke noe land i verden bruker mer på den offentlige helsetjenesten enn Norge, og selv om det skjer en kontinuerlig vekst, har det festet seg et inntrykk av stadig ressursknapphet. Dette vises tydeligst innenfor somatiske sykehustjenester, fordi det er disse som angår flest folk. Psykiatrien trenger mer penger, både til flere fagfolk og til kompetanseutvikling. Når det er begrensede ressurser til disposisjon, er det neppe mulig å prioritere psykiatrien uten at det går på bekostning av somatiske helsetjenestetilbud.

”Helsetjenester på tvers”

Kommunen har ansvar for grunnleggende helsetjenester, fylkeskommunen for offentlig tannhelsetjeneste og staten for spesialisthelsetjeneste. For den enkelte pasient og de ulike fagfelt er det imidlertid uinteressant på hvilket forvaltningsnivå ansvaret er plassert. Det som teller, er at oppgavene blir løst på forsvarlig vis, og at befolkningen får nødvendig helsehjelp av god kvalitet til rett tid.

Helsetilsynsloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og lov om helsemessig og sosial beredskap gjelder for helsetjenesten som sådan, ikke for noe bestemt forvaltningsnivå. For helseilsynet i fylket er en av hovedutfordringene å se til at samvirket mellom de ulike deler av helsetjenesten fungerer som det skal.

I det følgende omtales noen tema som går på tvers av forvaltningsnivåene.

Samhandling mellom primærleger og lokalsykehus

Gjesteskribent: Kommunelege Elisabeth Swendsen, Seljord

De aller fleste pasienter behandles i førstelinjen, bare ca. ti prosent henvises videre til spesialist eller sykehus. Allmennlegen er medisinens grensesnitt mot verden utenfor. Små endringer i allmennlegenes praksis og henvisningsmønster får store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, både i volum og innhold. Gode lokalsykehus representerer trygghet og faglig ryggdekning for allmennlegene i sitt opptaksområde. For oss som er leger i distrikter med lang reiseveg til sykehus, er lokalsykehusets evne og vilje til å fylle denne funksjonen en av nøkkelfaktorene for stabilitet og kvalitet.

Over 95 prosent av behovet for helsehjelp i befolkningen løses av primærhelsetjenesten og lokalsykehus. Innleggelse i små sykehus er billig og effektivt sammenlignet med større enheter. De fleste som blir lagt inn i lokalsykehuset er kronisk syke og/eller gamle pasienter med akutt forverring eller tilleggsproblematikk. Det viktigste for allmennlegen er å få hjelp til diagnostisering, slik at vi kan tilby riktig behandling. Behandlingen kan ofte skje hjemme eller på det lokale sykehjemmet.

Tilhørighet har både en geografisk og en sosiokulturell dimensjon. At sykehuset oppfattes som lokalt betyr at både pasienter og behandlere kommuniserer med ”sine egne”. Når man snakker med hverandre om skjøre begreper som lidelse og hjelp, er det viktig å ha felles

referanser og kunne tyde de kulturelle kodene. Misforståelser og kulturkollisjoner både mellom pasienter og sykehus og mellom nivåene i helsetjenesten fører til pengesløsning på milliardnivå (i bortkastede/uhensiktsmessige utredninger og tiltak), samt påfører alle involverte unødige lidelser og frustrasjon. Fordelene for oss i Seljord ved å bruke sykehuset på Notodden er at vi kjenner hverandre. Legene og sykepleierne kjenner ofte pasientene, allmennlegene kjenner sykehuset og kan derved utnytte det faglige tilbudet der rasjonelt.

Kvaliteten på helsetjenester er avhengig både av personlig kompetanse og strukturelle forhold. Små sykehus er sårbare m.h.t. førstnevnte faktor; vakanser og vikarstafetter kan i verste fall ødelegge mye på kort tid. Imidlertid er det mulig for henvisende primærlege å få innsyn i slike forhold i de små sykehusene og kvalitetssikre pasientens gang i sykehuset. I de store sykehusene opplever vi ofte at vi ”mister” pasienten og har liten mulighet til å påvirke/følge med. På generelt grunnlag vet vi at små fagmiljøer fører med seg økt vekt på personlig ansvar. Dette samsvarer med vår erfaring med vårt eget lokalsykehus, Helse Blefjell.

Pasientlogistikk og service er gjennomgående svært mye bedre ved lokalsykehuset enn de store sykehusene. Generelt ivaretar lokalsykehuset sin informasjonsplikt overfor primærlegen i langt større grad enn de store sykehusene. Service forutsetter fleksibilitet og at man er løsningsorientert snarere enn problematiserende. Vår erfaring er at lokalsykehuset gjennomgående yter bedre service enn de store sykehusene. Dette gjelder også tilgjengelighet på telefon og e-post, når vi som primærleger trenger faglige råd.

Som kommunelege i Seljord kan jeg trekke fram noen konkrete eksempler på samhandlingsarenaer mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset:

- *Legevakt*

Det er etablert en felles nattlegevakt for kommunene i opptaksområdet. Legevakten er lokalisert til Helse Blefjell Notodden.

- *Hospitering*

Primærlegene blir oppfordret til hospitering ved avdelingene i lokalsykehuset. Det er et ønske at også sykehuslegene vil benytte seg av muligheten til å hospitere i den kommunale helsetjenesten.

- *Spesialistvisitt i sykehjem*

Helse Blefjell Notodden har tatt initiativ til et samarbeidsprosjekt som innebærer å styrke den faglige kompetansen ved det kommunale sykehjemmet ved å tilføre spesialistkompetanse fra sykehuset.

- *Psykisatri*

Helse Blefjell har utviklet en desentralisert modell for psykiatrisk hjelp nær pasientene, med vekt på samarbeid med primærhelsetjenesten.

”Mitt” lokalsykehus, Helse Blefjell, har som motto: ”Ett sykehus nær deg og dine”. Både fastlegen og lokalsykehuset arbeider etter en filosofi der *nærhet, desentralisering og lokalkunnskap* står sentralt. Dette er norske kjerneverdier som er satt under sterkt press. Begge de to store helsereformene i nyere tid – fastlegeordningen og foretaksreformen – sammen med økt fokus på pasientrettigheter og konkurranse, er basert på en bedriftsøkonomisk tankegang, der helse er en vare og pasienten forbruker i et marked. Den geografiske tilhørigheten er svekket med valgfrihet som argument. Helsemarkedet er i stor grad av styrt av kommersielle aktører med egen interesse av å øke etterspørselen etter nye behandlingsmetoder og medikamenter. Logisk nok finnes det ingen insentiver – verken i markedet eller i teknologien selv - for kloke avgjørelser eller riktig ressursbruk. ”Mye kunnskap og lite tenking” er sagt

om utviklingen innen medisinfaget. Dertil kommer den nye og stadig sterkere alliansen mellom pasientgrupperinger og legemiddelindustri som representerer en betydelig politisk tillegg utfordring for de som er satt til å forvalte ressursene.

Helsetjenester til rusmisbrukere

Vår mest forsømte pasientgruppe?

Gjesteskribent: Ass. kommuneoverlege og fastlege i Kristiansand, Dagfinn Haarr

I Kristiansand er det i overkant av et halvt tusen sprøytenarkomane. Miljøet ble etablert allerede på 1970-tallet. Det er i større grad heroindominert enn de fleste andre rusmiljøene utenfor Oslo. Dette gjenspeiler seg også i det store antallet (omkring hundre) ”metadonister” vi til enhver tid har i Kristiansand.

De tunge rusmisbrukerne har dårlig helse. De har en betydelig overdødelighet, ikke bare av overdoser, men av infeksjoner, lungesykdommer, hjerte-karsykdommer, hepatitt, selvmord, vold og ulykker. Sykeligheten blant de narkomane er også betydelig. Nesten samtlige har alvorlige angrep av tannrøte, med elendig ernæringstilstand og dårlig immunforsvar til følge. Et par av mine pasienter har vært døden nær av empyem forårsaket av bakterier som sannsynligvis stammer fra tannrøte. Lungefunksjonen er sterkt redusert hos et flertall. Nesten hver uke er narkomane innlagt i sykehus med alvorlig obstruksjon og lungesvikt. Vi har opplevd dødsfall på grunn av dette. Den psykiske helsen skranter også. Når man begynner å lete, finner man både hjerneorganiske lidelser som ADHD, bipolare lidelser, depresjoner og personlighetsforstyrrelser.

Paradokset er at disse til dels alvorlig syke pasientene har problemer med å få hjelp, og problemene er knyttet til alle ledd i helsevesenet. Terskelen for tannbehandling er høy. Allmennleger flest ser med dyp skepsis på denne pasientgruppen. Somatiske avdelinger ved sykehus har en høyst tilfeldig praksis når narkomane er innlagt. Det hender at de nektes medisiner under innleggelsen, selv der det foreligger klar medisinsk indikasjon. Psykiatrien avviser ikke sjelden rusmisbrukere som trenger behandling.

Behandlingen av selve rusproblemet har lenge vært et anliggende for sosialtjenesten. Ved innføringen av legemiddelassistert rehabilitering på slutten av 1990-tallet, startet helsetjenestens inntog i rusbehandlingen. Fra 1. januar 2004 er rusmisbrukere å regne som pasienter også når de skal i behandling for sitt rusproblem. Det betyr at både pasientrettighetslov, kommunehelsetjenestelov og spesialisthelsetjenestelov gjelder for disse pasientenes rusproblem. Det betyr forhåpentligvis også at man vil legge mer arbeid i diagnostikken av ruspasientene. Rusmisbruk er mer et symptom enn en sykdom, og det kan være svært forskjellige underliggende årsaker til dette symptomet. En god del av disse underliggende årsakene kan behandles, og dermed vil også behandlingen av selve rusproblemet kunne bli mer målrettet og effektivt.

Det er imidlertid nytteløst å utrede en pasient mens vedkommende ruser seg. Det er nødvendig med avgiftning og stabilisering. Dette vil i de fleste tilfellene måtte skje i institusjon. Ventelistene er lange. Av og til er jeg sjeleglad når en av mine pasienter havner i fengsel, for da er det mulig å komme til med stabilisering og utredning. Men er det etisk forsvarlig å håpe på at medmennesker blir berøvet sin frihet for at de skal få nødvendig medisinsk oppfølging?

Med de siste lovendringene er alt såre vel i teorien. I det virkelige liv er det er langt igjen til denne pasientgruppen nyter de samme pasientrettighetene som andre kronisk syke (1). Når hørte vi om leger som er blitt kritisert for å ikke gi narkomane et helsetilbud i medhold av pasientrettighetsloven? For øyeblikket synes de fleste allmennleger at det er mye mer risikabelt å involvere seg i behandlingen av de tunge narkomane enn å la det være.

Når en narkoman mislykkes i behandling, det være seg et medikamentelt eller et medikamentfritt opplegg, blir han i stor grad overlatt til seg selv. Dette ville vært sett på som uakseptabelt og uetisk hvis det hadde dreid seg om andre pasientgrupper. Vi fortsetter å gi diabetikerne et medisinsk tilbud, selv om de ikke oppnår et perfekt blodsukker!

I dette minefeltet av lover, regler og retningslinjer trengs det et aldri sviktende blikk for pasientens menneskeverd og behov for nødvendig helse- og sosialhjelp. Her trenger vi ute i felten en tilsynsmyndighet som kan kombinere den nødvendige systematikk og formalisme med menneskelig engasjement.

Litteratur: 1. Haarr D. Metadon som behandlingsmonopol. Tidsskr. Nor Lægefören 2004; 124:311

Legemiddelassistert behandling (LAR)

Behandling av tunge narkotikamisbrukere med legemidlet metadon startet i Norge i organisert form på slutten av 1990-tallet. Senere er også andre legemidler tatt i bruk, slik som subutex. Kriteriene for inntak i LAR-opplegg har etter vert blitt utvidet. Det vektlegges at legemidlet skal være del av et totalt rehabiliteringsopplegg med vekt på helsemessig, sosial og eventuelt yrkesmessig oppfølging.

Tabell: Personer i legemiddelassistert rehabilitering i Helseregion Sør 2003-04

ÅRSRAPPORTERING: LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR) I HELSEREGION SØR							
		TOTALT	Telemark	Vestfold	Buskerud	Aust-Agder	Vest-Agder
Antall pasienter i behandling pr. 31.12.2003		495	127	71	76	70	151
NYE Antall nye pasienter 2004							
	Hvorav nyinkluderte	133	55	22	15	14	27
	Hvorav reinkluderte	38	7	8	4	7	12
	Hvorav overført fra annet fylke i regionen	3	0	0	0	1	2
	Hvorav overført fra annen helseregion	2	1	0	1	0	0
AVSLUTTET Antall pasienter som har avsluttet beh. 2004		44	6	7	11	7	13
	Hvorav utskrevet pga manglende effekt	25	3	5	10	1	6
	Hvorav frivillig avsluttet	10	1	0	0	4	5
	Hvorav døde	4	1	0	0	1	2
	Hvorav overført til annet fylke i regionen	2	0	1	0	1	0
	Hvorav overført til annen helseregion	3	1	1	1	0	0
Totalt antall pasienter i behandling pr. 31.12.2004		627	184	94	85	85	179
Totalt antall pasienter på venteliste pr.siste dato i måneden		77	5	19	40	8	5
Totalt antall på søkerliste ved rapporteringstidspunktet		54	32	7	10	2	3
Totalt antall som har vært inne i MAR pr.rapporteringstidspunkt		908	237	135	156	118	262
Antall pasienter totalt som er innlagt på medisinsk grunnlag		47	30	8	0	6	3
Antall av det totalt antall pasienter som har fått annen substitusjons-behandling enn metadon		168	65	30	3	17	53

Som det framgår av tabellen på foregående side, er Vest-Agder det fylket i Helseregion Sør som har flest personer i LAR-opplegg, selv om vi er det nest minste fylket i regionen. Vest-Agder har for eksempel dobbelt så mange som Buskerud, selv om sistnevnte har 50 prosent flere innbyggere.

Det høye tallet på LAR-opplegg i Vest-Agder avspeiler et stort rusmisbruksmiljø; men også at tilbudet tidlig ble etablert og siden aktivt fulgt opp av Ruspoliklinikken, som har utviklet en betydelig kompetanse på feltet. Etter hvert har den medisinske oppfølgingen av en del av klientene blitt overført til fastlegene.

Helsemessig beredskap

Beredskapsplanlegging og beredskapsøvelser er sentrale forutsetninger for å oppfylle formålsbestemmelsen i lov om helsemessig og sosial beredskap:

Å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid

Beredskapsplaner reduserer risikoen for at mennesker påføres store lidelser, varige helseskader eller dør i en katastrofesituasjon. Mangel på planverk for kommunens helsemessige og sosiale beredskap innebærer en økt risiko for befolkningen.

Våren 2003 kartla Statens helsetilsyn ved hjelp av TNS Gallup hvorvidt kommunene hadde smittevernplan, smittevernlege og beredskapsplan for kommunens helse- og sosialtjenester. Det framkom en rekke mangler, spesielt nå det gjaldt beredskapsplaner.

Statens helsetilsyn meddelte ved brev av 16. februar 2004 landets kommuner at hvis de ikke innen 21. april kunne bekrefte overfor helsetilsynet i fylket at de hadde godkjente planer, ville Statens helsetilsyn vurdere å gi varsel om pålegg.

Ingen kommuner i Vest-Agder fikk varsel om pålegg. Det betyr ikke at alle hadde planene ferdig i april 2004. Men helsetilsynet i fylket har satset på at vi gjennom tett dialog med de aktuelle kommunene skulle få planverket på plass. Ved årsskiftet 2004-05 var dette i ferd med å bli realitet.

Helsetilsynet i fylket har i 2004 sammen med Fylkesmannen gjennomført beredskapstilsyn i Farsund og Flekkefjord kommuner, se punkt 3.3 om planlagt virksomhetstilsyn.

Sørlandet sykehus HF har i 2004 startet utarbeidelsen av beredskapsplanverk med 18 delplaner. Den 9. desember avholdt sykehuset sammen med fylkesmennene og helsetilsynene i Aust- og Vest Agder seminar for kommunene med spesiell fokus på beredskapsmessig samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Erfaringer fra en beredskapssituasjon - flodbølgekatastrofen 2004

Tsunami-katastrofen i sørøst-Asia andre juledag 2004 innebar en beredskapsmessig utfordring også for vårt vesle land på andre siden av jordkloden. Fylkesmannens helseavdeling og Helsetilsynet i fylket ivaretok statlig koordinering av den helsemessige beredskapen i Vest-

Agder. Når katastrofen nå er kommet litt på avstand, kan det være tid for tilbakeblikk på det som skjedde og oppsummering av erfaringer.

Informasjonsformidling til kommunene

Etter oppdrag fra Helsedirektøren ble kommunene av helsetilsynet i fylket anmodet om å oppnevne lokale kontaktpersoner for beredskapsarbeidet etter katastrofen. Dette kom raskt på plass i alle kommuner. Kontaktnettene fungerte bra og var til en hver tid operativt. De utpekte personene var tilgjengelige på e-post og mobiltelefon. Ved behov formidlet Fylkesmannen beskjed via SMS om avsendt e-post eller annen viktig informasjon.

Liste over kontaktpersoner i kommunene og hos Fylkesmannen ble lagt ut på Fylkesmannens hjemmesider, sammen med informasjon om organisering av beredskapsarbeidet i embetet.

Katastrofen skjedde på et tidspunkt da det offisielle Norge var i hviletilstand. Ved første henvendelse til kommunene ble vi klar over at administrasjonen flere steder ikke var daglig operativ for registrering av mottatte telefakser, besvaring av e-post etc. Fylkesmannen mottok gjenpart av diverse skriv og meldinger som var sendt kommunene fra sentrale og regionale instanser, som Sosial- og helsedirektoratet og regionalt helseforetak. Dette var til dels informasjon med stor nytteverdi. Ut fra kjennskapet til kommuneadministrasjonenes bemanning i romjuls- og nyttårshelgen var vi bekymret for at en del av informasjonen ikke nådde fram, eller ble liggende ulest. Vi formidlet derfor slike skriv direkte til kontaktpersonene.

Etter vår vurdering kunne sentrale og regionale aktører med fordel latt all informasjon gå via fylkesmannen, som ut fra lokalkunnskap kunne fått meldingene ut til mottakerne gjennom sitt nettverk av kommunale kontaktpersoner.

Innvandrere fra flodbølgerammede land

I følge offisielle tall per 1.1.04 bodde det i Vest-Agder 83 personer fra Sri Lanka, 109 fra India, 12 fra Indonesia og 218 fra Thailand. To tredeler av kommunene i fylket hadde personer fra ett eller flere av disse landene. Våre kontaktpersoner i kommunene ble oppfordret til å ta kontakt med de aktuelle innvandremiljøene, og eventuelt tilby støttetiltak for dem som indirekte var rammet.

Informasjonsmengde og -koordinering

I løpet av perioden 28.12.04 - 10.01.05 mottok embetet 30 e-poster fra sentrale og regionale myndigheter i forbindelse med flomkatastrofen. Til dels kom det likelydende eller tilsvarende informasjon fra flere instanser. Veiledningsmateriell om psykososialt arbeid ved katastrofer ble sendt ut fra Sosial- og helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, det regionale helseforetaket og fra Utdanningsdirektoratet. Stor og uoversiktlig informasjonsmengde representerer en risiko for feil prioritering av hva som må raskest ut. Fylkesmannen savnet en kvalitetssikring og sentral koordinering av informasjon og faglig veiledning fra sentrale og regionale instanser.

En del av den informasjonen som ble sendt til helseforetakene, inneholdt også opplysning om forventninger til kommunene, uten at kommunene var adressater for utsendingen.

Organisering av beredskapsarbeidet

Sosial- og helsedirektoratet informerte tidlig om at det hadde et hovedansvar for koordinering av beredskapsarbeidet. I tråd med dette var det helseavdelingen hos Fylkesmannen i Vest-

Agder som koordinerte beredskapsarbeidet i fylket. Våre daglige rapporter om situasjonen i fylket skulle imidlertid sendes Statens helsetilsyn etter oppdrag fra Helsedirektøren. Samtidig fikk beredskapsavdelingen hos fylkesmannen informasjon og instruksjoner fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, både om tilstedeværelse og om rapporteringer.

Innhenting av lokale erfaringer

Kontaktpersonene i kommunene ble i etterkant av katastrofen bedt om tilbakemeldinger om organisering og gjennomføring av beredskapsarbeidet.

Vi har fått informasjon om at lokale kriseteam var i beredskap. Fastlegene fikk beskjed om å følge opp eventuelle rammede personer. Hovedinntrykket er at de overlevende som kom hjem fra katastrofeområdene, var relativt ressurssterke mennesker med godt sosialt nettverk, som har greid seg bra. Noen kommuner inviterte til samlinger for berørte. Voksenopplæringskurs og skoler har hatt flodbølgekatastrofen som tema.

Kommunene har meldt at samarbeidet og kontakten med fylkesmannen fungerte bra, at den informasjonen som kom derfra var målrettet og hensiktsmessig. Sosial- og helsedirektoratets nettside har også fått god omtale. Det sies imidlertid at den samlede informasjonen til kommunene var massiv og til dels uoversiktlig.

Røde kors og Kristiansand legevakt etablerte beredskap for mottak av hjemvendte på Kristiansand lufthavn. De kunne bistå hjemvendte turister med henvisning til egen utgang, så de slapp å møte pressen utenfor. Ellers var det beskjedent behov for den ekstraordinære beredskapskapen.

Storkatastrofer versus dagliglivets katastrofesituasjoner

Fra flere kommuner er det påpekt at de har erfaringer med - uten hjelp fra sentrale instanser - å måtte håndtere "små" katastrofer, som har vært langt mer traumatiske og rammet langt flere i lokalsamfunnet enn hva som var tilfellet med tsunamikatastrofen.

Flere kommuner og enkeltpersoner har reagert på sentrale myndigheters opplegg for særomsorg og særtilbud etter tsunamikatastrofen, sammenliknet med hva som tilbys dem som rammes av dagliglivets småkatastrofer. Dette gjelder forhold som fritak for egenandel ved første legekonsultasjon, ekstrainnstas fra forsikringsselskap, fri rettshjelp og dekning av transportutgifter.

Kort oppsummering

- Kommunene har erfaring med å takle katastrofer, og håndterte de aktuelle utfordringene adekvat.
- "Helselinja" fra sentrale helsemyndigheter via fylkesmannen og helsetilsynet i fylket til kommunene er en effektiv kanal, som raskt kan være operativ.
- Det er behov for gjennomgang av koordinering og ansvarsfordeling mellom sentrale og regionale instanser i tilsvarende situasjoner.
- Særtilbud for dem som rammes av ekstraordinære katastrofer med stor mediaoppmerksomhet, møter skepsis hos tjenesteutøvere og kan vekke negative reaksjoner hos ofre for dagliglivets tragedier.

TILSYN MED HELSETJENESTEN

Vi starter omtalen av vår tilsynsvirksomhet med et gjesteinnlegg av ingen ringere enn stortingsrepresentant og leder av sosialkomiteen John I. Alvheim, som er bedt om å presentere synspunkter på Helsetilsynet. Invitasjonen innebærer ikke at helsetilsynet i fylket velger politisk side. Alvheim har imidlertid gjennom mange år vært en markant figur i norsk helsepolitikk. Han har selv også helsefaglig utdanning og mangeårig yrkeserfaring fra norsk helsetjeneste. Dessuten er han hjemmehørende i Telemark, ett av fylkene i Helseregion Sør.

Helsetilsynet nå og i fremtiden

Gjesteskribent: Stortingsrepresentant John I. Alvheim

Det tidligere Helsedirektorat og nåværende Statens Helsetilsyn har nærmest vært under kontinuerlig omstrukturering og utvikling helt siden 1992, da kanskje den største endringen i tilsynet skjedde med en større selvstendighet og fristilling fra departementet. En større omstilling skjedde også fra 2001 da man endret departementsstrukturen ved opprettelse av et sosial- og helsedirektorat med politisk styring og et folkehelseinstitutt, og hvor en del oppgaver ble overført fra Helsetilsynet til disse to nye forvaltningsorganer. Det er grunn til å gi honnør til embetsverket i Statens Helsetilsyn for den konstruktive og positive innstillingen de har vist til de mange til dels radikale omstillinger i etaten.

Det var mitt og mitt partis syn i 1992, og er det fremdeles, at Statens Helsetilsyn må ha en total fristilling fra det politiske maktapparatet. Dette for å skape tillit i befolkningen for at Tilsynet utfører sine oppgaver på et faglig forsvarlig grunnlag, uten politisk instruksjon fra den til en hver tid sittende regjering. Slik jeg ser det, burde også Statens Helsetilsyn ha sanksjonsmuligheter i langt større grad enn tilfellet er i dag. Dette for å kunne sette makt bak gitte pålegg. Men på dette punkt er vi per dags dato langt fra målet.

Vi er nå inn i en nyordning hvor Helsetilsynet i fylket, dvs. fylkeslegene, er overført til fylkesmannsembetet. Jeg er slett ikke sikker på om dette var en fornuftig ordning, og jeg er heller ikke sikker på i hvor stor utstrekning denne ordningen deles av de respektive fylkesleger i landet. De seneste år har vi fått en rekke viktige helselover som det er Statens Helsetilsyns oppgave å følge opp på tilsynssiden. Så langt har tilsynet etter mitt skjønn på en god måte maktet dette, men gang på gang ser en at pålegg ikke følges opp innen gitte tidsfrister, og derfor er sanksjonsmuligheter for Tilsynet helt nødvendig og bør igjen komme på dagsorden i det sentrale politiske miljøet på Stortinget.

I tillegg til de rene tilsynsfunksjoner, er også Helsetilsynet tillagt kvalitetsutvikling i helse- og delvis sosialsektoren. En utvikling som er i god gjenge, men som etter mitt skjønn går for sent, noe som vel må skyldes ressursmangel til Tilsynet, en ressursmangel vi ikke kan være tjent med. Selv om behandlingstiden i Tilsynet er kortet betydelig ned, er saksbehandlingstiden altfor lang nær sagt i alle sammenhenger. Dette skaper frustrasjon og irritasjon blant de partene saken til en hver tid gjelder. Jeg er usikker på om selve organiseringen av tilsynsoppgavene mellom det sentrale Tilsynet og fylkeslegene ved fylkesembetene er rasjonelt lagt opp. Mange ting tyder på at så ikke er tilfelle, idet det ofte tar veldig lang tid fra en fylkeslege har innrapportert en sak til Helsetilsynet og til endelig avgjørelse foreligger i Tilsynet. Jeg vil tro at et betydelig antall av de

saker som fylkeslegene utreder og oversender det sentrale Helsetilsyn kunne vært endelig avgjort ved det enkelte fylkeslegeembetet.

Som sentral helsepolitiker med spesiell interesse for eldreomsorgen, er jeg ikke fornøyd med den form for tilsyn som fylkeslegene fremdeles synes å utøve for det meste, nemlig varslede tilsyn i kommunene. Varslet tilsynsbesøk fra Fylkeslegen til en kommune når det gjelder eldreomsorgen tre til fire uker i forveien, er etter min beste vurdering til liten nytte når en tenker på å avdekke forhold innen eldreomsorgen som er kritikkverdig på det praktiske plan. Varslede tilsyn når det gjelder systemkontroll kan være noe annet, men å få oversikt over hverdagen i en eldreinstusjon, slik den i realiteten er, kan en ikke få ved å varsle tilsyn ukevis i forveien. Her mener jeg personlig at fylkeslegene under fylkesmannsembetet må skjerpe seg betraktelig.

Jeg er kjent med at det har vært fremmet tanker om å overføre til fylkesmannen oppgavene til Helsetilsynet i fylket og gi fylkesmannen utvidet kompetanse til å samordne tilsyn med kommunene av ulike offentlige tilsyn som eksempelvis Arbeidstilsynet, Datatilsynet og Mattilsynet. Jeg vil sterkt advare mot sammenslåing av ulike offentlige tilsyn. Statens helsetilsyn må fortsatt være et selvstendig uavhengig tilsyn og ikke blandes sammen med andre offentlige tilsyn. Det vil svekke tilliten til Helsetilsynet som det er avhengig av.

Planlagte virksomhetstilsyn

Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylkene (tidligere fylkeslegene) har en lovfestet rett og plikt til å påse at all helsehjelp som ytes er i samsvar med de krav som stilles i helselovgivningen, inkludert krav til forsvarlig virksomhet. Én måte for å kontrollere dette er gjennom planlagte tilsyn med utvalgte områder av helsetjenesten.

Statens helsetilsyn stilte tidligere krav om at Helsetilsynet i fylket skulle ha en slik tilsynshyppighet at hver kommune ble tilsett minst hvert tredje år, og sykehusene annethvert år. Fra 2005 skal valg av tilsynstema og -objekt mer baseres på risiko- og sårbarhetsvurderinger. Den totale tilsynsaktiviteten skal økes, slik at vi i Vest-Agder skal gjennomføre 14 tilsyn med helsetjenesten.

I tillegg til egeninitierte tilsyn gjennomfører helsetilsynet i alle fylker hvert år noen landsomfattende tilsyn knyttet til visse tema fastsatt av Statens helsetilsyn. Disse tilsynene skal utføres likt i hele landet, etter en sentralt utarbeidet mal. Rapportene fra gjennomførte tilsyn ligger på Helsetilsynets hjemmesider på internett, se www.helsetilsynet.no.

Tilsyn med kommunehelsetjenesten

Landsomfattende tilsyn med kommunene i 2004 omhandlet helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente. I Vest-Agder ble slikt tilsyn gjennomført i Songdalen og Kristiansand kommuner.

I 2004 gjennomførte helsetilsynet i Vest-Agder følgende egeninitiert systemtilsyn:

- Tilsyn med helsemessig og sosial beredskap i Flekkefjord og Farsund, gjennomført felles med Fylkesmannens samfunnsavdeling
- Internkontroll og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i Hægebostad, Kvinesdal, Marnardal og Audnedal. Se kort omtale under punkt 2.1.

Tabell: Utførte kartlegginger (K) og systemrevisjonstilsyn (S) i kommunehelsetjenesten i Vest-Agder 2002-04

	Tilsyn i 2002	Tilsyn i 2003	Tilsyn i 2004
Kristiansand:	Skolehelsetj. i vgs (K) Vågbygdtunet sykehjem (S)	Pleie og omsorgstj., 5 enheter (K) Smittevern Kr.sand lufthavn (S)	Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere (S)
Mandal	Skolehelsetj. i vgs (K) Helsetj. til barn/unge med psyk. problem (S)		
Farsund	Skolehelsetj. i vgs (K) Helsetj. til eldre (S) Helsetj. til barn/unge med psyk. problem (S)		Helsemessig beredskap (S)
Flekkefjord	Skolehelsetj. i vgs (K)	Pleie- og omsorgstj. (S)	Helsemessig beredskap (S)
Vennesla	Skolehelsetj. i vgs (K) Helsetj. til barn/unge med psyk. problem (S)		
Songdalen			Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere (S)
Søgne	Skolehelsetj. i vgs (K)	Nødvendig helsehjelp ved endret befolkn.grunnlag (S)	
Marnardal			Internkontroll i pleie- og omsorgstj. (S)
Åseral		Nødvendig helsehjelp ved endret befolkn.grunnlag (S) Pleie- og omsorgstj. (K)	
Audnedal	Skolehelsetj. i vgs. (K)	Pleie- og omsorgstj. (K)	Internkontroll i pleie- og omsorgstj. (S)
Lindesnes	Helsetj. til eldre (S)	Pleie- og omsorgstj. (K)	
Lyngdal	Skolehelsetj. i vgs. (K) Helsetj. til barn/unge med psyk. problem (S)		
Hægebostad			Helse IK-i pleie- og omsorgstj. (S)
Kvinesdal	Skolehelsetj. i vgs (K)	Pleie- og omsorgstj. (K)	Internkontroll i pleie- og omsorgstj. (S)
Sirdal	Skolehelsetj. i vgs. (K) Helsetj. til eldre (S)		

Tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Gjennomførte tilsyn med spesialisthelsetjenesten i Vest-Agder de siste tre årene framgår av tabellen under.

Tabell: Systemrevisjonstilsyn med spesialisthelsetjenesten i Vest-Agder 2002-04

	Tilsyn i 2002	Tilsyn i 2003	Tilsyn i 2004
Sørlandet sykehus Kristiansand / tidligere Vest-Agder sykehus	Psykiatrisk avdeling 4.1 Ruspoliklinikken Barne- og ungdomspsyk. poliklinikk (BUP øst) Barne- og ungdomspsyk. avd. (BUA)	Psykiatrisk avdeling Medisinsk poliklinikk	Kvalitetsarbeid
Sørlandet sykehus Flekkefjord / tidligere Lister sykehus	Barne- og ungdomspsyk. poliklinikk (BUP vest)	Medisinsk poliklinikk Distriktpsikiatrisk avd.	Fødeavdelingen.

Landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner

I 2004 var fødselshjelp valgt som tema for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten. På landsbasis ble det gjennomført tilsyn ved 22 fødeinstitusjoner. Innen hver region ble både fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker besøkt. Tilsynet ble gjennomført med ett team for hver helseregion, bestående av revisjonsleder (med helsefaglig bakgrunn), to fagrevisorer – en jordmor og en gynekolog - og en fast revisor (jurist). I tillegg var helsetilsynet i det enkelte fylket representert. Bruken av fagrevisorer gjorde det mulig å gå dypere inn i vurderingen av forsvarlighetskravene enn hva som ellers kunne vært tilfellet. Fagrevisorenes egne erfaringer fra deltaking i tilsynet kan også gi ringvirkninger innad i fagmiljøet.

Tilsynet ble gjennomført etter systemrevisjonsmetodikk med dokumentgransking, intervjuer og verifikasjoner. Det er utarbeidet tilsynsrapport fra alle tilsynene, som er offentlig tilgjengelig på Statens helsetilsyns nettside www.helsetilsynet.no og på fylkesmennenes nettsider www.fylkesmannen.no. I rapportene brukes begrepet **avvik** om forhold som er brudd på myndighetskrav, mens **merknad** påpeker område hvor helseinstitusjonen har et forbedringspotensial.

Revisjonsleder for teamet i Helseregion Sør var assisterende fylkeslege Viggo Lütcherath fra Vest-Agder. Det ble her gjennomført i alt 5 tilsyn, som inngikk i det landsomfattende opplegget: Fødeavdelingen ved Sørlandet sykehus HF Flekkefjord, Lykkeliten fødestue Rjukan og fødeavdelingen i Kongsberg (begge tilknyttet Blefjell sykehus HF), kvinneklinikken ved sykehuset i Vestfold HF Tønsberg og kvinneklinikken ved Sykehuset Buskerud HF Drammen. I tillegg ble det gjort et ekstra tilsyn etter samme opplegg ved kvinneklinikken Sørlandet sykehus HF Arendal.

Det ble ved tilsynene i Helse Sør gitt avvik knyttet til seleksjonskriterier for mottak av pasienter, dokumentasjon i journal, forberedelse og trening på akutte situasjoner, mangelfull bruk av uønskede hendelser i lærings- og forbedringsarbeid, intern opplæring, samt bruk av egne resultatdata i styring av egen virksomhet. Videre fant man tilfeller av uklare ledelseslinjer og manglende enhetlig ledelse. Flere av de funnene som ble gjort, kan innebære risiko for alvorlige konsekvenser for mor og/eller barn.

Den tilbakemelding de besøkte fødeinstitusjonene har fått i form av tilsynsrapporter, bør være nyttige bidrag til arbeidet med kontinuerlig forbedring av tjenestene. De har selv gitt uttrykk for at tilsynsmyndighetens påpekninger var relevante.

Regionsomfattende tilsyn med helseforetakenes kvalitetsarbeid

Helsetilsynet anser systematisk arbeid for å minimalisere pasientrisiko og å sikre god kvalitet og faglig forsvarlige tjenester til pasientene som en av de viktigste kjerneoppgavene i sykehus. Arbeid med kvalitet er et lederansvar. Etter internkontrollforskriften skal foretakene gjennom internkontroll sikre at helsetjenester organiseres og drives på faglig forsvarlig måte.

Fylkeslegene i Helseregion Sør; Buskerud, Telemark, Vestfold, Aust-Agder og Vest-Agder besluttet sommeren 2004 å gjennomføre et regionalt tilsyn med spesialisthelsetjenesten, begrenset til ett helseforetak i hvert fylke. Ut fra en risiko- og sårbarhetsanalyse valgte man som tema foretakenes kvalitetsarbeid og internkontroll for å sikre faglig forsvarlige tjenester.

Det er sendt rapport fra hvert av de fem tilsynene til det enkelte helseforetaket. Det er videre laget en samlerapport til det regionale helseforetaket (Helse Sør RHF). Rapportene er offentlig tilgjengelige på Statens helsetilsyns nettsted <http://www.helsetilsynet.no/> og på fylkesmennenes nettsteder <http://www.fylkesmannen.no/>.

Tilsynet avdekket svikt ved samtlige av de reviderte foretakene. Hovedfunnet var at internkontroll som virkemiddel for å sikre kvalitet, faglig forsvarlighet og lavest mulig risiko for pasientskader ikke er innført som styringsredskap i linjen.

Hvis man sammenligner dette tilsynet med et tilsvarende som ble gjennomført i 2000, ser man at alle foretakene nå har etablert de nødvendige lovpålagte organ for kvalitetsarbeid, men påpekninger fra 2000 om manglende bruk av avvik og andre typer uønskede hendelser til systematisk læring er fremdeles gyldige.

Resultatene fra tilsynet kan oppsummeres i følgende punkter:

- Foretakene har ikke tilstrekkelig oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller brudd på myndighetskrav. Det gjennomføres ikke systematiske risiko- og sårbarhetsanalyser for å kartlegge risikoområder i pasientbehandlingen.
- De forhold fagpersonellet frambringer som bekymringsfulle med hensyn til pasientrisiko, etterspørres i liten grad, og fanges ikke opp i meldesystemet eller av foretakenes indikatorer.

- Kvalitetsutvalgene er i liten grad aktive premissleverandører i forbedringsarbeidet. Utvalgene er ofte på siden av linjen og brukes ikke aktivt nok.
- Melderutinene er ikke tilstrekkelig kjente, og det hersker mye uklarhet om hva som skal til for å utløse melding.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten er stort sett ukjent i foretakene. Verken kvalitetsutvalg eller ledernivå har gjort tiltak for å iverksette forskriften.
- Internkontroll som virkemiddel for å sikre faglig kvalitet er ikke kjent, og det kan se ut som det mangler kunnskap om og kultur for sikkerhetstenkning i fagmiljøene.
- Foretakene mangler et viktig bein å stå på når det gjelder faktagrunnlag for beslutningsprosessene, ved at meldeordningene ikke fanger opp og bearbeider viktig risikoinformasjon.

Hendingsbasert tilsyn og klagesaker

Hendingsbasert tilsyn

Tilsynssaker som springer ut av enkelthendelser, oppstår ofte gjennom klage fra pasient eller pårørende. Slike saker kan også startes på grunnlag av informasjon fra annet hold; fra helsepersonell, offentlige myndigheter, Norsk pasientskadeerstatning eller via oppslag i media. Videre har spesialisthelsetjenesten en lovmessig plikt til å melde hendelser som har ført til eller kunne gitt betydelig skade på pasient; og enkelte slike meldinger blir fulgt opp som tilsynssaker.

Tall i parentes i teksten under angir situasjonen i 2003.

Det kom inn 65 (88) nye saker i 2004. Det ble avsluttet 75 (113) saker. Restansmengden ved årsskiftet var 35 (49). I 2003 ble det gjort en ekstraordinær innsats for å få ned en alt for stor restansmengde. Den årlige saksmengden forventes å ligge på rundt 80, slik at 2004 samlet sett kan anses som et normalår.

På nasjonalt plan skal median saksbehandlingstid for disse sakene ikke være over 150 dager. I 2004 var vår mediantid for avsluttede saker 151 dager, mot 241 forrige år. Median ventetid for restansene er også betydelig redusert, fra 226 dager ved forrige årsskifte til 134 dager ved det siste. Vi arbeider for å redusere saksbehandlingstiden ytterligere kommende år.

Av ferdigbehandlede saker dreide fire seg om legevakt, 17 om allmennlege-/fastlege-tjeneste, to om tannhelsetjeneste, seks om hjemmebaserte tjenester, én om privat spesialisthelsetjeneste, 18 om offentlig andrelinjetjeneste (helseforetak m.v.), én om annen andrelinjetjeneste.

Av de 20 sakene i spesialisthelsetjenesten gjaldt 13 saker psykiatri, inkludert barne- og ungdomspsykiatri. Fem av dem gjaldt kirurgi, én indremedisin.

I 23 av sakene ble det gjort vurdering av system, mens det i 31 av dem ble gjort vurdering av helsepersonell. I noen saker er det gjort mer enn én vurdering, for eksempel av både system og

helsepersonell. Av vurdert helsepersonell er det 23 leger, to tannleger, tre sykepleiere, én helsesekretær og en omsorgsarbeider.

Når det gjelder utfall, hadde tilsynsmyndigheten i 14 saker ikke noe å bemerke. I 12 saker ble det gitt råd og veiledning. I 13 saker ble det konstatert pliktbrudd, i seks ble det gitt kritikk av system. Ni saker ble sendt til Statens helsetilsyn med tanke på vurdering av formell reaksjon.

Statens helsetilsyn gav i 2004 formell reaksjon mot sju helsepersonell i fylket. To mistet sin autorisasjon, det gjeldt en sykepleier og en tannlege. En psykolog fikk begrensning i sin autorisasjon. Fire personer fikk advarsel; en tannlege, en sykepleier og to leger.

Ved årsskiftet var det ti helsepersonell hjemmehørende i Vest-Agder, som hadde mistet eller fått innskrenket sin autorisasjon (av andre grunner enn alder). To leger er uten rett til forskrivning av legemidler i gruppe A og B. En psykolog har begrenset autorisasjon. Fire sykepleiere, to tannleger og en hjelpepleier har tapt sin autorisasjon.

Rettighetsklager

Antallet klager på manglende oppfylling av pasientrettigheter har tidligere år vært lavt. I 2004 så vi en klar økning. Det kom inn 18 nye saker (mot fire i 2003), og 15 ble behandlet. Økningen kan skyldes flere forhold. Sterkere bevissthet hos pasientene og pårørende om lovfestede rettigheter kan være noe av forklaringen. I tillegg kommer at vi i 2004 fikk en ny oppgave, som klageinstans for avslag på refusjon av transportutgifter; etter at bestemmelser om rett til syketransport var flyttet fra folketryktdloven til pasientrettighetsloven.

Median saksbehandlingstid for rettighetsklager skal være under 90 dager. Vi hadde dessverre 103 dager i 2004 totalt sett. Siste del av året lå imidlertid saksbehandlingstiden godt under 90 dager, og vi forventer å holde oss under denne grensen i 2005.

Av de behandlede klagene fikk to helt eller delvis medhold, mens 13 ikke fikk medhold.

Det er i 2004 innført rett til individuelt fastsatt frist for behandlingsstart for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Dessuten er den spesialiserte rusomsorgen blitt del av spesialisthelsetjenesten. Vi har så langt bare mottatt én sak på disse områdene, men en økning kan komme i 2005.

Klager på vedtak om tvangsmedisinering

For personer som er innlagt mot sin vilje i psykiatrisk institusjon, kan sykehuset fatte vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Et slikt vedtak kan påklages til Fylkesmannen. Vi behandlet i 2004 i alt 47 slike saker (mot 50 i 2003). Saksbehandlingstiden vår skal ikke overstige to døgn. Både i 2004 og 2003 var median saksbehandlingstid én dag. Av de innkomne klagene fikk fire helt eller delvis medhold, mens 43 ikke fikk det.

NASJONALE SATSNINGSOMRÅDER

Folkehelsearbeid

Partnerskapet ”Folkehelsa i Agder”

Som ledd i oppfølging av Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” lyse Sosial- og helsedirektoratet i januar 2004 ut midler for etablering av fylkesvise partnerskap for folkehelse. Disse skulle baseres på samarbeid mellom aktører som fylkeskommune, fylkesmann, kommuner og frivillige organisasjoner. Fylkeskommunen fikk et koordinerende ansvar for prosessen.

Fylkestinget i Vest-Agder gav i april fylkesrådmannen fullmakt til å søke om tilskuddsmidler til etablering av et felles partnerskap for Agder-fylkene. Tilsvarende vedtak ble gjort i Aust-Agder. I juni tildelte Sosial- og helsedirektoratet kr. 2.150.000 til Agder som ”fyrårnsfylke” for etablering av partnerskap for folkehelse. I tillegg ble også Akershus, Østfold, Sogn og Fjordane og Troms valgt som fyrårnsfylker; mens Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag ble tildelt stimuleringsmidler.

Folkehelsemeldingen understreker Fylkesmannens betydning som kompetent regionalt rådgivningsorgan i folkehelsearbeid. Fylkesmannen har en bredt virkeområde, som omfatter bl.a. helse, skole, familiesaker og miljø. Embetet har derved god kjennskap til utfordringer knyttet til helse og levekår. Foruten å være et kompetanseorgan skal Fylkesmannen også formidle statlig politikk og nasjonale prioriteringer på folkehelseområdet. Fylkesmannens folkehelserådgiver har siden 1998 fulgt opp forebyggende og helsefremmende arbeid knyttet til Nasjonal kreftplan, og gjennom dette utviklet et bredt nettverk for lokalt folkehelsearbeid. På denne bakgrunn har det vært naturlig for Fylkesmannen å delta aktivt i arbeidet med å etablere og drive partnerskap for folkehelse i Agder.

Partnerskapssamarbeidet har fått navnet Folkehelsa i Agder. Målet er å fremme helse gjennom mestring og livsglede. I tillegg til kommuner har Høgskolen i Agder, Sørlandets sykehus HF og en rekke frivillige organisasjoner inngått forpliktende avtale om å delta i partnerskapet.

Det er opprettet en *styringsgruppe* for partnerskapet med følgende sammensetning:

Solveig Løhaugen, ass. rådmann i Kristiansand kommune, leder

Anne Sofie Syvertsen, Fylkesmannen i Aust-Agder, nestleder

Kristian Hagestad, Fylkesmannen i Vest-Agder

Ulf Engh, Fylkesrådmann i Vest-Agder

Aril Eielsen, Fylkesrådmann i Aust-Agder

Hans Ole Ziegler, Rådmann i Grimstad kommune

Jon Wergeland, HiA

Inger Holen, Sørlandets Sykehus HF

Ole Godestad, Aust-Agder idrettskrets

Odd Volden, Mental Helse Vest-Agder

Folkehelserådgiver hos de to fylkesmennene - Anne Kari Thomassen og Sidsel Birkeland Skaar – utgjør, sammen med rådgiverne Kjetil Drangsholt og Veslemøy Rabe hos fylkesrådmennene, *sekretariatsgruppen* for samarbeidet.

I 2004 sluttet 17 kommuner fra Agder-fylkene seg til partnerskapssamarbeidet. I Vest-Agder deltar Flekkefjord, Kvinesdal, Lindesnes, Mandal, Audnedal, Marnardal, Søgne, Songdalen, Vennesla og Kristiansand. I Aust-Agder deltar Lillesand, Evje og Hornnes, Birkenes, Grimstad, Arendal, Froland og Gjerstad.

Kommunene får tildelt midler fra partnerskapet til delfinansiering av stilling for lokal folkehelsekoordinator. Kommunen må selv bidra med tilsvarende beløp til finansiering av stillingen. Det er viktig å sikre ivaretagelse av tverrsektorielt perspektiv på folkehelsearbeid. Virksomheten skal ha politisk forankring i kommunestyret, med utarbeiding av lokalt folkehelseprogram knyttet opp mot kommuneplanen. Det lokale partnerskapet må involvere frivillige organisasjoner og andre relevante aktører.

Tradisjonelt har folkehelsearbeid ofte vært preget av kampanjer, ildsjeler og skippertak. Gjennom partnerskapet for folkehelse bør man kunne få fram mer robuste strukturer for organisering av lokalt folkehelsearbeid med hovedforankring i kommunene

Nasjonal kreftplan

Fylkesmannen skal i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til bedre folkehelse i befolkningen. Målet er at færre skal rammes av folkesykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, svær overvekt, psykisk sykdom og muskel- og skjellettlidelser. Fylkesmannen følger opp Nasjonal kreftplan gjennom kanalisering av prosjekt- og tiltaksmidler. I tillegg drives det utstrakt rådgivning og formidling av materiell med oppdatert fagkunnskap. Det er i løpet av få år registrert en markert økning i lokalt engasjement, interesse og aktivitet på områdene fysisk aktivitet, kostvaner og tobakksbruk.

Fysisk aktivitet

Regelmessig bruk av kroppen gjennom fysisk aktivitet er et vesentlig element i en levemåte som fremmer helse og trivsel. Et konkret mål er å få alle voksne til å drive en halv times fysisk aktivitet om dagen, for barn er målet minst en time daglig.

Blant tiltak Fylkesmannen har gitt stimuleringsmidler til i 2004, nevnes et prosjekt for fysisk aktivitet og livskvalitet ved Grim skole.

Fysak Vest-Agder ble etablert i 2002. Det er forankret i fylkeskommunen med egen koordinator. Målsettingen er å legge til rette lavterskeltilbud for fysisk aktivitet til den fysiske inaktive del av befolkningen. Til nå er sju av kommunene i fylket med i prosjektet. Folkehelserådgiver hos Fylkesmannen deltar i arbeidsgruppa for Fysak.

Fem grunnskoler i fylket deltar i skoleåret 2004-05 i det nasjonale prosjektet *Fysisk aktivitet og skolemåltidet*, som er blitt til i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Utdanningsdirektoratet. Målet er økt fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Fylkesmannens utdannings- og helseavdelinger har samarbeidet om prosjektet.

Kosthold

Hovedutfordringene er å øke bruken av frukt og grønnsaker, og å redusere inntaket av fett, særlig mettet fett. Gode matvaner må innarbeides tidlig. Skolemåltidet er viktig for elevenes trivsel og prestasjonsevne. Andelen av elever som ikke spiser hjemmesmurt mat på skolen øker. Ofte blir nistepakka erstattet av usunn kjøpemat, spesielt blant ungdomsskoleelever.

Ca. 1/3 av grunnskolene i Vest-Agder deltar i abonnementsordning for skolefrukt. Skoler fra 13 kommuner deltok i "Matpakkeuka" i 2004.

Fylkesmennene i Agder-fylkene samarbeider med *Ungt Entreprenørskap Agder*, om å sette fokus på mat og matkultur på skolen. I samarbeid med Høgskolen i Agder innbys elever og lærere til kurs i blant annet matlaging og elevdrevet kantine.

To videregående skoler og en helsestasjon har installert ferskvannkjølere som drikketilbud for å redusere bruken av brus og søte drikker.

Scenekompaniet fikk prosjektmidler til forestillingen "Matakrobaten", et dialogteater for småskolebarn om kosthold og bevegelse.

Tobakksbruk

Fylkesmannens tobakksforebyggende arbeid kanaliseres i stor grad gjennom fylkets *ressursgruppe for røykfrihet*. Hovedmålsettingene er at stadig færre skal begynne å røyke, at flere slutter å røyke, og at så få som mulig utsettes for passiv røyking. *Strategiplan for røykfrihet i Vest-Agder (2003 – 2007)* legges til grunn for arbeidet.

Fra skolestart 2004 ble uteområder ved videregående skoler i Vest-Agder røykfrie. Fra 1.juni ble alle serveringssteder i Norge røykfrie. Begge disse tiltakene vil motvirke rekruttering av unge røykere.

Vest-Agder er et fylket i landet hvor størst andel av ungdomsskoleelevene deltar i undervisningsopplegget VærrøykFri. lærere ved 19 ungdomsskoler har fått kompetansestøtte fra Fylkesmannen for å delta i kurs for lærere i VÆRRøykFRI. Flere videregående skoler har fått støtte til å iverksette røykeforebyggende tiltak i forbindelse ved oppstart av røykfrie skoler.

Idrettskretsen har fått tilskott til å videreføre holdningsarbeidet for røykfrihet i idrettsbevegelsen gjennom kurs og enkeltmøter i kommunene.

Fylkesmannen samarbeider med Folkehelseforum i Kristiansand kommune om røykesluttkurs.



Også i tobakksproduserende land som Cuba advarer helsemyndighetene mot røyking.
(Foto: Ellen Rygh)

Røykfrie serveringssteder

Den 01.06.04 ble det innført røykfrihet ved alle serveringssteder i Norge. Både nasjonale og lokale media viet lovendringen stor interesse. På forhånd var det også gjennomført en omfattende informasjonskampanje fra Sosial- og helsedirektoratet.

Innføring av røykfrie serveringssteder foregikk langt mer problemfritt enn mange på forhånd hadde spådd. Røykeforbudet har med få og små unntak blitt respektert fra første dag. Varslede konfrontasjoner mellom personale og røykesugne gjester uteble. Det oppstod intet konkurstras; tvert om var det i Norge færre konkurser i serveringsbransjen i 2004 enn i 2003.

En undersøkelse gjennomført av Norsk Statistikk i uke 43 i 2004 viste at flere nordmenn var positive til røykeforbudet på serveringssteder enn hva som var tilfellet før 1. juni. I alt svarte 79 % at de var positive eller nøytrale, mens tilsvarende tall i mars var 71 %. Undersøkelsen tydet også på at de aller fleste går ut akkurat like mye som før. 79 % sa røykeloven ikke har påvirket deres utelivsvaner, 13 % at de går ut sjeldnere, mens 8 % går ut oftere.

Det er imidlertid visse tegn på at noen grupper av befolkningen går ut mindre enn før, og kan oppleve redusert sosial kontakt. Dette gjelder en del av det tidligere faste klientellet på enkelte "brune" kafeer og puber. Noen av disse serveringsstedene har også opplevd betydelige omstillingsproblemer etter lovendringen.

Det har kommet opp en del spørsmål om tolkning av loven. Det er også registrert mer eller mindre kreative forsøk på omgåing av røykeforbudet. Et tema som tidlig fikk stor interesse

var om forbudet omfattet bingolokaler. Etter kontakt mellom Sosial- og helsedirektoratet, representanter for bingobransjen og Arbeidstilsynet ble det avklart at bingolokaler der det serveres eller som er arbeidslokaler, skal være røykfrie.

Enkelte serveringssteder har forsøkt å etablere røykerom atskilt fra serveringslokalet, med begrenset adgang for medlemmer av en ”røykeklubb”. Flere slike tilfeller har vært behandlet som klagesaker, etter at kommunen har nedlagt røykeforbud. Fylkesmannen i Vest-Agder har hatt en slik klage fra Flekkefjord, og har slått fast at røykerom ikke skal forekomme i tilknytning til serveringssteder.

Det har også vært en del oppmerksomhet rettet mot hva som etter loven kan regnes som *uteområde*, der det er tillatt å røyke, i motsetning til hva som er *lokale* der det skal være røykfritt. Et uteområde skal ha tilsvarende gjennomlufting og luftkvalitet som friluft. Blir det for mange og høye levegger, for tette tak, markiser, plexiglass og lignende, må området regnes som et lokale. Etter vår erfaring kan det være behov for at Sosial- og helsedirektoratet sammen med Arbeidstilsynet utformer nærmere retningslinjer for å sikre ensartet praksis ut over landet, når det gjelder definisjon av ”uteområde”.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008

Opptappingsplanen er en nasjonal satsing for å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Tilstandsrapport og hovedutfordringer er formulert i Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukernes behov står i sentrum. Forebyggende tiltak og arbeid med psykososiale forhold for barn og unge er inkludert i satsingen.

Ved utgangen av år 2003 vedtok Stortinget å forlengere opptappingsplanen med to år til utgangen av 2008. (Se internettadresse www.odin.dep.no/regelverk/rundskriv).

Staten gir kommunene øremerkede tilskudd til oppbygging av det psykiske helsearbeidet. Fylkets 15 kommuner mottok i 2004 til sammen 54 951 millioner kroner. Staten har anbefalt at 20 % av de øremerkede midlene brukes til utvikling av tilbud til barn og unge. For Vest-Agder utgjorde det i 2004 totalt 10 900 millioner.

Alle kommunene er pålagt av staten å oppdatere sine planer for psykisk helsearbeid jevnlig. I 2004 måtte kommunene justere planer og tiltak, grunnet toårsforlengelsen av opptappingsplanperioden. Alle kommunene fikk i 2004 utbetalt øremerket tilskudd fullt ut. Songdalen og Vennesla måtte imidlertid revurdere og justere sine tiltaksplaner slik at de ble i tråd med statlige føringer, før de fikk full uttelling.

Fylkesmannens statusvurdering er basert på kommunenes årlige rapporteringer, gjennomgang av planer, samt kontakt under samlinger og nettverksmøter. Høsten 2004 besøkte fylkesmannen alle kommunene, hvor vi møtte politisk og administrativ ledelse i tillegg til fagledere. I noen av møtene deltok også brukerorganisasjonene. Rapport fra møtene ferdigstilles i 2005.

Tjenester for voksne

1. Boliger

Den overordnede målsettingen for opptrappingsplanen er at alle personer med psykisk lidelse skal ha boligadresse i en kommune, ikke i en institusjon. I Vest-Agder har kommunene en total kvote for opptrappingsperioden på 125 omsorgsboliger. Fylkesmannen fordelte restkvoten i 2004. Opplysninger om regler for boligfinansiering kan hentes på internettadressen www.husbanken.no.

Tabell: Plantall for boligbygging til mennesker med psykiske lidelser

Kommune	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt
Kristiansand		0		14	26	24	64
Mandal		5				5	10
Farsund						6	6
Flekkefjord						5	5
Vennesla	5					6	11
Songdalen			2			2	4
Søgne		4				5	9
Marnardal							0
Åseral			3				3
Audnedal						1	1
Lindesnes							0
Lyngdal	5						5
Hægebostad						1	1
Kvinesdal				4			4
Sirdal						2	2
Sum	10	9	5	18	26	57	125

Utfordringer:

Flere av kommunene i Vest-Agder har etablert bofellesskap slik at de kan ta imot personer med psykiske lidelser som har bodd mange år i institusjon. Boligetablering, organisering, samt skoling av nytt personell har vært en krevende jobb; blant annet for kommunene Kristiansand, Farsund og Kvinesdal. Det er gjennomført en rekke samarbeidsmøter med Sørlandets sykehus, avdeling for psykiatri og avhengighetsbehandling.

2. Aktivitetstilbud og fritidsaktiviteter

Utbygging av det psykiske helsearbeidet i kommunene er en bred satsing som skal bidra til bedring av levekår og livskvalitet for gruppen med psykiske lidelser. Ikke minst de av dem som har uførepensjon, kan lett bli isolerte og miste sosialt nettverk.

- Dagsentre

Med unntak av kommunene Hægebostad, Audnedal og Marnardal har kommunene etablert dagsentertilbud. Noen av disse har dog kjøpt enkeltplasser i nabokommuner for enkeltpersoner. De resterende har etablert egne dagsentre. I de mindre kommunene er det ofte sambruk med andre grupper som er i behov av denne type tilbud. Kommunene prøver ut flere driftsformer.

Det er etablert et samarbeidsnettverk for ansatte i dagsentre i 12 av kommunene. I 2004 er det også tatt initiativ til å etablere et nettverk for brukertillitsvalgte ved disse sentrene.

Utfordringer:

Marnardal, Audnedal og Hægebostad er ikke med i disse nettverkene. Det er en målsetting at alle kommunene deltar i samarbeidet om å etablere og utvikle driftsformer og tiltak i dagsentre.

- Fritids- og idrettsaktiviteter

Dagsentrene er også en arena for ulike utadrettede aktiviteter; turer, trening i helsestudio, fotball, rafting m.v. Kristiansand kommune har etablert samarbeid med idrettsetaten og er blant annet døråpnere inn til andre miljøer som terrengkarusellen. Søgne kommune har etablert en gruppe med stavgang i samarbeid mellom dagsenteret og fysioterapeut; et tiltak som er blitt svært populært blant brukerne.

Utfordringer:

Aktivitets- og fritidstilbudet i kommunene har i perioden vokst, og tilbudet er blitt mer mangfoldig. Det er særlig gruppen yngre brukere som er i behov av tilpassede tilbud. Arbeid for å inkludere brukergrupper i ordinære tiltak krever samarbeid mellom idrettsmiljøer, kulturarbeidere og hjelpetjenestene.

3. Arbeid

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som mål å gi arbeid til flere. Det fordrer et tettere samarbeid mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og arbeidsmarkedsetaten. Dels er det viktig å fokusere på den gruppen som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet grunnet psykiske problemer, dels er det viktig å fokusere på den gruppen som kan tenke seg å komme tilbake i arbeid igjen, kanskje med redusert stillingsprosent. Kristiansand har etablert et gruppetilbud for personer som ønsker avklaring i forhold til arbeid eller utdanning. En systematisk innsats for etablering av enkeltarbeidsplasser og andre arbeidstiltak har gitt resultater ved at flere titalls personer har fått et arbeidstilbud i kommunen. Det viser at innsats nytter.

Utfordringer:

Kommunene og Aetat har en vei å gå før Vest-Agder kan tilby et sammenhengende tiltaksnettverk som tilbyr varierte og tilpassede tilbud til gruppen med psykiske lidelser. Faggrupper har ulik forståelse både av nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid og av hvilken betydning arbeid har for psykisk lidende. Slike forhold kan hindre videreutvikling av nye tilbud.

4. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning omtales som et sentralt element i oppbygging av det psykiske helsearbeidet på alle nivå, jamfør Stortingsmelding nr 25 (1996-97), Rundskriv I-4/99

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 – Utbygging av kommunale tiltak, øremerket tilskudd til kommunene og de nye helselovene.

Fylkesmannens gjennomgang av kommunenes planer for 2003 viser at ni av 15 kommuner har hatt brukerdeltakelse i planarbeidet. Det er sju kommuner som har omtalt organiseringen av arbeidet med brukermedvirkning, de resterende har enten ikke nevnt temaet eller bare nevnt brukermedvirkning som et innsatsområde. Individuelle planer som en delstrategi for brukermedvirkning er nevnt i ni planer. I 2004 måtte kommunene i sine planer særskilt omtale utvikling av brukermedvirkning. I fylket er det Kristiansand og Mandal som har arbeidet mest systematisk med denne utfordringen.

Utfordringer:

I opptrappingsplanen skisseres målet om brukermedvirkning på system-, tjeneste- og individuelt nivå. Pasientrettighetsloven gir pasientene rettigheter knyttet til individuell plan. Målsettingene stiller krav til kommunene om system for brukermedvirkning på ulike nivå og utvikling av mer kompetanse på området.

5. Personell og kompetanseheving

Utbygging av det psykiske helsearbeidet i kommunene medfører større etterspørsel etter personell med kompetanse innen psykisk helse. Tilgang på personell blir vurdert som en kritisk faktor i arbeidet med opptrappingsplanen. Det psykiske helsearbeidet i kommunene har preg av utviklingsarbeid. Nye arbeidsmåter, modellutvikling og ulike tilbud prøves ut. Dette gjelder både på organisatoriske og faglige områder. Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning er to viktige stikkord.

- Rekruttering

Alle kommunene i Vest-Agder har ansatt personell som enten har videreutdanning i psykisk helsearbeid eller som er under utdanning. Noen kommuner har slitt med vakanser i enkeltstillinger. Personellsituasjonen er bedret fra 2003 til 2004. Fra 2002 til 2003 meldte kommunene en økning på 21.19 årsverk, opprettet ved hjelp av øremerket tilskudd fra staten.

- Videreutdanning i psykisk helsearbeid – statsstipend

Staten har i flere år bevilget penger til stipend som kommunene kan søke på. Det gis 50 % lønnstilskudd til både helse- og sosialpersonell og annet personell som arbeider med mennesker med psykiske lidelser.

Våren 2004 avsluttet sju personer dette studiet. Av disse var det to sykepleiere, to helsesøstre, en sosionom og to miljøterapeuter. Høsten 2004 startet seks nye studenter, men to av dem trakk seg etter studiestart, og en har søkt om ett års utsettelse. Av de fire som har fortsatt, er det to sykepleiere, en vernepleier og en miljøterapeut.

- SEPREP - senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser - er en stiftelse som på ideelt grunnlag arbeider med psykoseproblematikk. De har ved hjelp av statsstøtte kunnet tilby en toårig tverrfaglig etterutdanning for personell både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten. Det er stilt krav fra staten om deltakelse fra begge nivå for å utløse tilskudd. Programmet har nå eksamensordning, og gir 20 vekttall i høyskolesystemet. Opplysninger om SEPREP kan hentes på internettadressen www.seprep.no

I Vest-Agder avsluttet 67 ansatte SEPREP utdanning våren 2004. Samtidig startet det planlegging av to nye SEPREP-program, derav ett med fokus på dobbeltdiagnoser

rus/psykiatri. Programmene startet høsten 2004. Vest-Agder er ett av tre prøvefylker for utprøving av programmet med dobbeltdiagnoser.

Tabell: Deltakere fra sykehuset og kommunene i SEPREP-program

Programmer Hvilken del av Vest-Agder	1	2	3	4	5	SSHF totalt	Kommuner totalt
	hele	Øst	vest	øst	Hele		
Avslutningsår	2001	2004	2004	2006	2006		
Sørlandet sykehus Kristiansand							
Psykiatrisk avdeling	2	11		12	5	30	
Lovisenlund		5		4	4	13	
DPS Lister	4		10		7	21	
DPS Mandal			5			5	
RUS					4	4	
Loland behandlingssenter					3	3	
Solvang	13	7		1		21	
Kommuner							
Kristiansand	4	12		8	9		33
Søgne	1			2			3
Songdalen	2			2			4
Mandal			1	1			2
Lindesnes	1						1
Marnardal			2				2
Åseral			2				2
Farsund					5		5
Kvinesdal			6		4		10
Flekkefjord	1		3		4		8
Lyngdal			1				1
Sirdal			2				2
Sum antall deltakere	28	35	32	30	45	97	73

Merknader: Program 5 er et pilotprosjekt som gir undervisning i rus og psykiatri. Vennesla, Audnedal og Hægebostad har ikke deltatt i programmet.

- Andre kompetansehevede tiltak

I samarbeid med flere eksterne samarbeidspartnere har fylkesmannen gjennomført kompetansehevede tiltak om tema som selvmordsforebygging og om arbeid i situasjoner der det kan oppstå vold. Det er også arrangert en to dagers konferanse om lokalbasert psykisk helsearbeid; i samarbeid med Sørlandet sykehus, Høyskolen i Agder, Fylkesmannen i Aust-Agder, brukerorganisasjoner og kommuner. Konferansen samlet 250 deltakere.

6. Individuell plan

Med bakgrunn i den sterke fokuseringen på arbeidet med individuell plan har Fylkesmannen gjennomført en kartlegging i kommunene; om status for arbeidet og om hvilke opplæringsbehov som foreligger i implementeringsarbeidet.

Tabell: Individuell plan - kartlegging av situasjonen i Vest-Agder september 2004

	Kristiansand	Vennesla	Søgne	Songdalen	Mandal	Lindesnes	Marnardal	Audnedal	Aseral	Flekkefjord	Farsund	Lyngdal	Kvinesdal	Hægebostad	Sirdal
Kommuner															
Temaer															
1. Koordinerende enhet															
Koordinerende enhet som er lett synlig i organisasjonene	2	1	1	1		1	1	1	2	1	1	2	2	2	1
Koordinerende enhet som fungerer etter intensjonen	2	1	1	1		1	1	1	2	1	2	1	2	2	1
System for informasjon til innbyggere og ansatte	1	1	1	1		2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
Sikrer at brukere med sammensatte behov får en helhetlig tjeneste	1	1	1	1		1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
2. Individuell plan															
Har en adresse der man kan henvende seg med ønske om IP	2	1	1	1		1	1	1	2	1(2)	1	1	1	1	1
Har et system for å ivareta at brukere får tilbud om individuell plan	1	1	1	1		1	2	1	1	1	2	2	1	2	1
System for å ivareta brukermedvirkning ved utarbeiding av IP	1	1	1	1		1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
Har et system for samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved utarbeiding av IP	1(2)	1	1	1		1	2	1	1	2	2	1	2	2	2
Har et system for opplæring av ansatte som skal arbeide med IP	1	1(2)	1	1		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1
Mal for IP	1	1	1	1		1	2	2	1	1	2	1	2	1	1
Hvor mange brukere har fått bistand til å utarbeide IP (antall planer)		21(4)	40	100		10	7	15	20	21(5)	15	4(2)	10	4	3(7)
Somatikk voksne			12					x	7	1		1	3	2	1
Somatikk barn						1	1			7			3		
Psykisk helse voksne			11			3	3	x	7	15(5)	8		2	1	
Psykisk helse barn							2					1			
Kombinasjonen rus / psykiatri						2	1(1)	x	6	5			2	1	
Sosiale behov uten spesiell diagnose			17												2
Psykisk utviklingshemmet							4					2			
3. Dersom det er ønskelig med bistand fra fylkesmannen for å få forgang i arbeidet, hva skulle bistanden bestå i ?															
Innføring i lovgrunnlag		x													
Utvikling av mal for IP															
Start-opplæring av koordinatører - innføring i praktisk bruk		x				x					x	x	x	x	
Etablering av nettverksgrupper								x			x		x		
Hjelp til å etablere opplæringsprogram		x				x	x				x		x		
Annet	x														x

Som det framgår av oversikten, er det flere kommuner som rapporterer at de fremdeles arbeider med å finne en hensiktsmessig organisering for den koordinerende enheten. Om lag halvparten angir at de ikke har etablert et skikkelig system for opplæring av ansatte som skal arbeide med individuelle planer. Tilbakemeldingene om antall brukere som har fått individuell plan er usikre, fordi mange av kommunene ikke hadde etablert registreringssystemer. Det er behov for fortsatt opplæring av ansatte, som kan ha rollen som koordinator og få til etablering av opplæringsprogram og nettverksgrupper.

Høsten 2004 inviterte Sørlandet sykehus kommunene, brukerorganisasjonene og Fylkesmannen til samarbeid for å etablere gode rutiner og arbeidsmåter for arbeid med individuell plan. Gruppen er en av tre som er nedsatt for å utarbeide forslag til samarbeidsnettverk og forpliktende samarbeidsavtaler mellom Sørlandet sykehus og kommunene i Agder-fylkene. Arbeidet fortsetter i 2005.

Tjenester for barn og unge

Planarbeid

Kommunene i Vest-Agder har fulgt opp pålegget fra staten om å inkludere barn og unge i planarbeidet for psykisk helsearbeid i kommunene. Ved inngangen til 2004 hadde to tredeler av kommunene en prosentvis økonomisk innsats rettet mot barn og unge i tråd med statlige anbefalinger (20 %). I de statlige føringene er kommunene anbefalt å satse på en videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, når de skal utvikle tilbudet til barn og unge som er i risiko for å utvikle psykiske vansker. Det er videre anbefalt å utvikle tverrfaglige miljøer. Barn og unge opptre på flere arenaer, og det er viktig å få til mest mulig samhandling og felles forståelse i møtet med barn og unge.

Kompetanseutvikling

Familiesenter – en modell for tverrfaglig arbeid

I Vest-Agder har sju kommuner etablert familiesentre. I Kristiansand kommune, Randesund/Tveit bydel har en drevet forsøk med dette i flere år. Mange av kommunene i fylket har høstet av deres erfaringer og latt seg inspirere til å etablere "sin" egen modell.

Flere av kommunene har kontakt med det nasjonale prosjektet i Tromsø, se internettadressen www.familiesenter.no. Det er i 2004 gjennomført tre nettverkssamlinger for familiesentre i Vest- og Aust-Agder i regi av det nasjonale prosjektet. Disse vil fortsette i 2005.

Når mor eller far er psykisk syk

Vest-Agder har et nettverk som arbeider med dette temaet, og de arrangerer et seminar hvert år for fagfolk. I 2004 tok de opp hvordan det er å være søsken til en som har en psykisk lidelse. Se ellers internettadressene www.vfb.no, www.sshf.no og www.morild.org.

Kropp og selvfølelse

Se internettadressen www.sbu-oslo.net/spiseforstyrrelse.

Utfordring:

Tverrfaglig samarbeid mellom helsetjenesten, undervisningssektoren, kultursektoren, barnevernstjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien er ett av de mest utfordrende og spennende utviklingsområdene innen feltet. Når det gjelder barn og unge, er det særlig viktig å utvikle forebyggende strategier, samtidig som barn og unge i en definert vanskelig situasjon har krav på hjelp.

Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 - rekruttering for bedre kvalitet

Hovedmålet i planen er styrket rekruttering og kompetanseheving i helse- og sosialtjenesten, med særlig vekt på pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Det er et mål å videreføre den årlige veksten i personell med universitets- og høyskoleutdanning med 4-5 %, mens man går inn for å øke årlig vekst i personell med fagutdanning på videregående nivå fra 2,4 til ca. 5 %. Det er videre et mål å redusere vesentlig antallet personell uten fagutdanning i planperioden.

Statens oppgave er å bistå kommunene i rekrutteringsarbeidet. Fylkesmannen har oppfølgingsansvar på fylkesnivå.

Koordineringsgruppe

I arbeidet med har fylkesmannen etablert en koordineringsgruppe, som samarbeidsarena for ulike aktører med interesser knyttet til rekruttering, utdanning eller andre kompetansehevende programmer. I gruppa skjer det utveksling av informasjon og samordning av aktiviteter. Følgende instanser deltar i gruppa: Fylkesmannen, Kommunenes sentralforbund (KS), Høgskolen i Agder (HIA), Fylkeskommunen, Aetat, Helse- og sosialsjeflaget, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet og Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere (FO).

Kompetansetiltak

Fylkesmannen har utlyst midler til kompetansenhvende tiltak, som kommunene har søkt på. Fylkesmannens forslag til tildeling ble lagt fram og kommentert av koordineringsgruppen som gav sin tilslutning til prioriteringene.

Behovet for kompetanseheving vil fortsatt stå sentralt i Vest-Agder. Skal man sikre nok personell i helse- og sosialtjenestene i årene framover, må flere faktorer ses i sammenheng. Resultater av innsats for å få flere unge til å velge helse- og sosialfag i videregående skole henger sammen med hvilke muligheter de har til å få jobb etter endt utdanning.

Reduksjon av deltidsstillinger

Kommunene i fylket har en stor prosentandel deltidsstillinger innen pleie- og omsorg. Blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere arbeider 45 % fra en til ni timer per uke, 40 % arbeider 20-34 timer, og kun 14 % har 35 timer. Blant sykepleiere er det 28 % som arbeider 1-9 timer per uke, 36 % arbeider 20-34 timer, og 36 % har 35 timer. Tallene viser at kommunene må satse langt sterkere på reduksjon i antall deltidsstillinger, dersom man skal sikre rekruttering. Unge mennesker som skal ut i arbeidslivet, vil oftest være avhengige av full jobb.

Erstatningsbehov

Ett verktøy som benyttes, er å beregne erstatningsbehovet, særlig for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, for å indikere behovet for rekruttering i fylket. Frafall i disse yrkene skyldes ikke bare naturlig avgang ved oppnådd pensjonsalder, men også at mange går ut av yrket med uførepensjon eller til annet arbeid. Avgangsproblematikken gjør det nødvendig å rette søkelys på kommunen som arbeidsgiver med ansvar for arbeidsmiljø og god ledelse.

Erstatningsbehovet i tabellene under er beregnet på grunnlag av gjennomsnittlige gjennomstrømnings- og avgangstall ut fra sysselsettingsstatistikken, og tar også hensyn til andelen årsverk som er utført av eldre arbeidstakere (55 år +). Dette vil ikke nødvendigvis gi korrekte tall på kommunenivå, spesielt ikke i små kommuner, men kan gi en indikasjon på hvor mange årsverk for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som bør rekrutteres årlig i fylket. Det må så justeres for kommunenes egne plantall for vekst eller reduksjon i tjenestoomfang.

Tabell: Erstatningsbehov, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i kommuner i Vest-Agder

	Årsverk hjelpepleiere	Beregnet årlig erstatningsbehov
	% vis andel utført av 55+	Årsverk
1001 Kristiansand	12,4	59,5
1002 Mandal	6,0	12,6
1003 Farsund	21,7	9,9
1004 Flekkefjord	15,7	11,1
1014 Vennesla	5,0	6,6
1017 Songdalen	23,1	3,9
1018 Søgne	8,5	5,5
1021 Marnardal	13,2	2,6
1026 Åseral	6,2	1,4
1027 Audnedal	27,5	2,6
1029 Lindesnes	25,2	5,2
1032 Lyngdal	6,7	6,9
1034 Hægebostad	8,7	2,1
1037 Kvinesdal	9,9	7,1
1046 Sirdal	10,1	3,9
Vest-Agder	12,6	140,9

Tabell: Erstatningsbehov, sykepleiere i kommuner i Vest-Agder

	Årsverk sykepleiere	Beregnet årlig erstatningsbehov
	% vis andel utført av 55+	Årsverk
1001 Kristiansand	17,4	36,2
1002 Mandal	18,8	6,4
1003 Farsund	14,2	3,7
1004 Flekkefjord	14,6	4,0
1014 Vennesla	4,2	4,7
1017 Songdalen	18,3	2,3
1018 Søgne	15,8	4,2
1021 Marnardal	4,0	1,1
1026 Åseral	12,9	0,9
1027 Audnedal	13,4	0,9
1029 Lindesnes	14,7	2,3
1032 Lyngdal	20,1	3,5
1034 Hægebostad	15,1	1,3
1037 Kvinesdal	9,2	2,3
1046 Sirdal	23,1	1,5
Vest-Agder	15,7	75,2

Behov for helsesøstre

Landets fylkesmenn gjennomførte i 2004 en kartlegging av antall helsesøstersituasjonen i kommunene. Det ble også spurt om eventuelle rekrutteringsproblemer. Hensikten var å vurdere om utdanningskapasitet tilsvarer etterspørsel. Resultat fra Vest-Agder framgår av neste tabell.

Tabell: Helsesøstersituasjonen i kommuner i Vest-Agder 2004

Kommune	Antall barn 0-19 år	Antall stillinger	Uten utdanning	Vakante stillinger	Nye still. fram til 2008	Alder under 40 år	Alder 40-54 år	Alder over 55 år	Rekrutterings-vansker?
Kristiansand	20 199	12	0	0	0,20	6	23	5	Nei
Mandal	3 755	6,4	0,5	0	0	1	4	3	Ja
Farsund	2 650	3	1	0	0	0	2	0	Ja
Flekkefjord	2 311	4,4	0,6	0	0,5	2	4	0	Ja
Vennesla	3 738	4	0,5	0	0,35	1	4	1	Moderat
Songdalen	1 755	3,1	0	0	0	1	2	1	
Søgne	2 868	3,9	0	0	0	1	2	1	Nei
Marnardal	670	1	1	0	0,35	1	0	0	Ja
Åseral	282	1	1	0	0	1	0	0	Ja
Audnedal	461	0,85	0,85	0	0	1	1	0	Ja
Lindesnes	1 280	1,7	0	0	0	0	1	1	Vet ikke
Lyngdal	2 119	3,26	0,8	0,2	0	0	2,6	0,5	Ja
Hægebostad	463	1,5	0,5	0	1	0	2	0	Ja
Kvinesdal	1 540	3	1	0,5	0	1	0	1	Moderat
Sirdal	506	1,3	0,3	0,15	0	1	1	0	Tror det
SUM	44 597	50,41	8,05	0,85	2,40	17 (22%)	48,6 (61%)	13,5 (13%)	

Ut fra alderssammensetningen for helsesøstre må det antas at behovet for rekruttering vil stige i kommende år. Videre må det tas hensyn til at satsing på barn og unges psykiske helse kan gi behov for økt rekruttering av helsesøstre til kommunene. Rekrutteringsbehovet må imidlertid også ses i sammenheng med utviklingen av tallet på barn og unge i fylket.

Kvalitetsutvikling i helsetjenesten

Helsetjenesten har siden 1994 hatt krav på seg om å etablere internkontrollsystem for å sikre at tjenestene utøves i samsvar med regelverket. En egen forskrift om internkontrollen, som trådte i kraft 01.01.03, gjelder også for deler av sosialtjenesten. Mot slutten av 2004 utgav Sosial- og helsedirektoratet en veileder om internkontroll i sosial- og helsetjenesten; IS-1183 – *Hvordan holde orden i eget hus*. Samtidig gav Direktoratet også ut ny veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, IS-1201. Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet samarbeider også om å utarbeide en ny nasjonal strategi for kvalitetsutvikling for kommende tiårsperiode; *Og bedre skal det bli*.

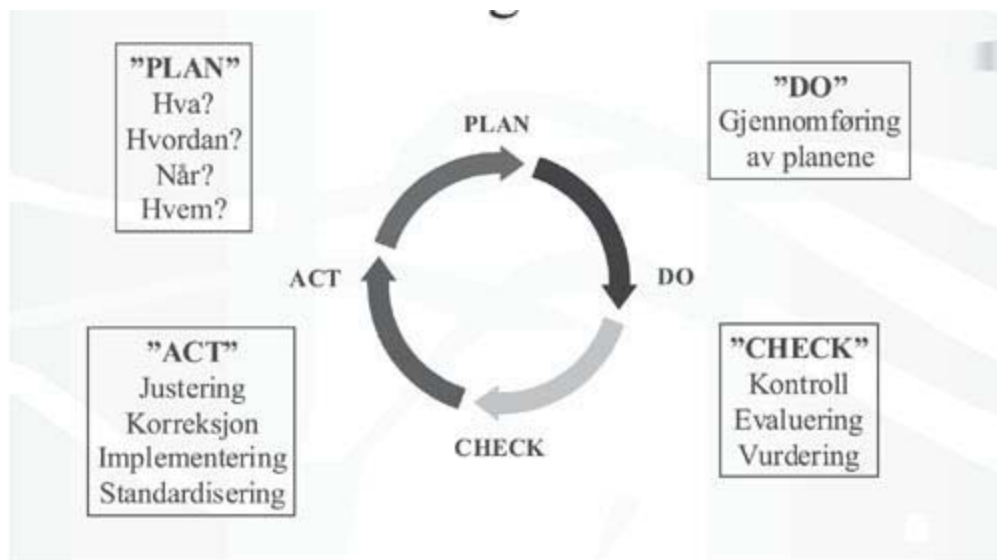
Formålet med internkontrollforskriften er å bidra til faglig forsvarlige tjenester ved at det stilles krav til virksomhetenes systematiske styring og kontinuerlige forbedringsarbeid for å oppfylle myndighetskravene. Det fremkommer av forskriften at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og at den skal ha det omfang

som er nødvendig for å sikre tjenestene. Tjenestene må altså selv, basert på en analyse av hvor det er fare for svikt, utarbeide et tilstrekkelig system for å sikre kvaliteten på tjenestene.

Alle kommunene i Vest-Agder er nå godt i gang med utvikling av sine system for internkontroll og kvalitetsarbeid. Vi har inntrykk av at pleie- og omsorgstjenestene har kommet lengst i arbeidet.

Ved tilsyn erfarer vi imidlertid fortsatt at lover og forskrifter ofte i liten grad er kjent blant de ansatte. Dette bekymrer oss. Hvilke kriterier skal ligge til grunn for vurdering av om tjenestene holder mål, dersom de ansatte ikke kjenner brukernes rettigheter og krav til tjenestekvalitet?

Spesialisthelsetjenesten har noen nasjonale kvalitetsindikatorer, som publiseres kvartalsvis. Det er startet arbeid med kvalitetsindikatorer også i kommunehelsetjenesten, og Kommunens sentralforbund har her fått et oppdrag.



Figur: Demings kvalitetssirkel

Utdrag fra Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Fra § 1. Tilsynsmyndighetene

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet - - -

I hvert fylke skal det være en fylkeslege. Fylkeslegen er tillagt myndighet som « Helsetilsynet i fylket » i lover og forskrifter og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Forøvrig er fylkeslegen underlagt fylkesmannen. Fylkeslegen utnevnes av Kongen.

Kongen kan bestemme at en fylkeslege skal ha mer enn ett fylke i sin embetskrets. Statens helsetilsyn kan gi den enkelte fylkeslege oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

Fra § 2. Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyns oppgaver

Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

Helsetilsynet i fylket skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

Helsetilsynet i fylket skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell - - -

§ 3. Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

§ 5. Adgang til å gi pålegg

Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.

Helsetilsynet i Buskerud
Fylkeslege Morten Calmeyer
Postboks 1604, 3007 Drammen

Telefon sentralbord: 32 26 66 00
Telefaks Helsetilsynet i Buskerud: 32 89 33 73
e-post: helsetilsynet@fmbu.no
<http://www.fylkesmannen.no/buskerud>

Helsetilsynet i Telemark
Fylkeslege Ottar T. Christiansen
Statens Hus, 3708 Skien

Telefon sentralbord: 35 58 61 10
Telefax Helsetilsynet i Telemark: 35 52 82 54
e-post: helsetilsynet@fmte.no
<http://www.fylkesmannen.no/telemark>



Helsetilsynet i Vestfold
Fylkeslege Svein Lie
Postboks 2076, 3103 Tønsberg

Telefon sentralbord: 33 37 10 00
Telefaks Helsetilsynet i Vestfold: 33 37 23 85
e-post: helsetilsynet@fmve.no
<http://www.fylkesmannen.no/vestfold>

Helsetilsynet i Vest-Agder
Fylkeslege Kristian Hagestad
Serviceboks 513, 4605 Kristiansand

Telefon sentralbord: 38 17 66 00
Telefaks Helsetilsynet i Vest-Agder: 38 17 60 03
e-post: helsetilsynet@fmva.no
<http://www.fylkesmannen.no/vest-agder>

Helsetilsynet i Aust-Agder
Fylkeslege Anne Sofie Syvertsen
Serviceboks 606, 4809 Arendal

Telefon sentralbord: 37 01 73 00
Telefaks Helsetilsynet i Aust-Agder: 37 01 75 75
e-post: helsetilsynet@fmaa.no
<http://www.fylkesmannen.no/aust-agder>

Fem samordna helsetilsyn for Helseregion Sør