

# Tilsynsmelding 1998



# forord

**H**elsetjenesten har mange aktører med til dels sterke meninger. Pasienter, helsepersonell, administrative beslutningstakere og politikere bidrar fra ulike ståsted til debatter om ventelister, korridorpasienter, uverdige forhold for eldre og ressurskrise i psykiatrien. Samtidig vet vi at Norge har en god helsetjeneste som langt på vei dekker befolkningens behov.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene fører tilsyn med helsetjenesten og helsepersonell i Norge. Statens helsetilsyn fører overordnet faglig tilsyn. Dette innebærer en overvåking av helsetjenestens ytelser og en vurdering av behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til nasjonale mål og prioriteringer. Denne tilsynsmeldingen er en del av det overordnede til-synet. Meldingen beskriver utfordringer vi ser at norsk helsetjeneste står overfor.

Valg av tema gjenspeiler mange av de viktigste problemstillingene Statens helsetilsyn og fylkeslegene fokuserte på i 1998. Vi har funnet det naturlig å inkludere informasjon fra de første månedene i 1999 der saker ikke har vært avsluttet ved årsskiftet.

Fjoråret var preget av store kapasitetsproblemer ved en rekke norske sykehus. Samtidig satses det store

ressurser nasjonalt på psykiatri og eldreomsorg.

Å skape samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til beste for pasienten, er en av de største utfordringene helsetjenesten i Norge står overfor. En organisering av helsetjenesten rundt pasienten - pasienten først - krever høyt kvalifiserte ledere og vilje til endring.

Gjennom tilsyn påser fylkeslegene at lover og forskrifter følges. Rådgivning er også en viktig del av tilsynsmyndighetens arbeid. Våre råd tar utgangspunkt i dokumentert kunnskap og erfaring, men helsetjenesten må finne egne løsninger tilpasset lokale behov. En god faglig dialog med helsetjenesten og et godt utviklet tilsyn er viktige bidrag fra den statlige helsetilsynsetaten i utviklingen av en faglig forsvarlig helsetjeneste.

Oslo, juni 1999

Anne Alvik  
helsedirektør





# innhold

Forord .....	1
1. Sykeliggjøring av friske mennesker? .....	3
2. Kvalitet i helsetjenesten .....	6
3. Tilsyn med helsepersonell og helsetjenester .....	8
4. Kvinner og helsetjenesten .....	12
5. Ulik bruk av legemidler .....	14
6. Forebygging av uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer .....	17
7. Helsetjenester for eldre .....	20
8. Styrking av psykiatrien .....	23
9. Drift av sykehusene .....	27
10. Norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv .....	31
Referanser .....	32

# 1.

## Sykeliggjøring av friske mennesker?

*"Den medisinske forskning har gjort så store framskritt at det praktisk talt ikke finnes friske mennesker mer." A. Huxley (1932)*

Helsetilstanden i befolkningen er gjennomgående god, vi lever lenger enn før og mange mennesker må lære å leve et langt liv med sin sykdom. Sykdomsbegrepet er ikke entydig, det er en glidende overgang mellom frisk og syk. Ofte blir sykdomsbegrepet utvidet til også å omfatte "friske" mennesker med risiko for mulig sykdom en eller annen gang i framtiden. Dette gjelder for eksempel tilstander med mildt forhøyet blodtrykk, forhøyet kolesterolnivå, lav bentetthet og overvekt.

I Statistisk sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995 går det fram at seks av ti nordmenn over 15 år rapporterer at de har en eller annen varig sykdom eller lidelse (inkludert tilstander som betraktes som forholdsvis bagatellmessige). Til tross for dette sa åtte av ti av de intervjuede at de hadde god eller meget god helse (SSB 1999).

Den teknologiske utvikling går raskt framover og gir mange nye muligheter for å behandle sykdom. Noen sykdommer kan også diagnostiseres på et tidlig tidspunkt, for eksempel gjennom masseundersøkelser. Gentesting som har til hensikt å gi informasjon om individets arveegenskaper blir mer og mer aktuelt.

Det er i dag mulig å finne ut om en person har arveanlegg for et mindre utvalg sykdommer (for eksempel Huntingtons sykdom) og å klarlegge om en person har forhøyet risiko for enkelte sykdommer eller tilstander (for eksempel familiær hyperkolesterolemi). Dette reiser viktige etiske spørsmål. Informasjon om genetisk disposisjon kan føre til en sykeliggjøring

av personer som oppfatter seg som friske, og skape ekstra byrder for dem som får slik informasjon. Helsetilsynet mener at systematisk oppsøking av slektningene til en pasient med arvelig sykdom kun skal skje når spesifiserte vilkår som vil virke restriktive er oppfylt.

Også årlige helsesjekker eller blodtrykksmåling ved ethvert legebesøk kan føre til at mange går ut av legekontoret med unødig frykt og sykdomsopptatthet fordi noen av de mange prøvene som ble tatt, ga verdier "utenfor normalen". Slike helseundersøkelser bør derfor begrenses.

### Hvem vil senke blodtrykket?

Det er en klar sammenheng mellom høyt blodtrykk og økt sykkelighet og dødelighet av hjerte- og karsykdommer. I flere kontrollerte kliniske studier er det vist at blodtrykkssenkende legemidler kan redusere hyppigheten av slike sykdommer, og best effekt er funnet i forhold til hjerneslag (Collins et al. 1990). Det er samtidig klart at personer med et lett til moderat forhøyet blodtrykk utgjør en lavrisikogruppe, hvor det har vært vanskelig å påvise sikker effekt av medikamentell behandling.

De nyeste og dyreste blodtrykksmedikamentene (ACE-hemmere og kalsiumantagonister) har de siste årene økt sterkt i omsetning i Norge. I 1998 ble det solgt legemidler av denne typen for ca. 800 millioner kroner (Norsk Medisinaldepot 1999). Dette har







skjedd til tross for at det ikke er vist at disse har en bedre effekt enn de eldre og billigere legemidlene som diuretika og betablokkere (Hansson et al. 1999).

I mange år har det vært diskutert hvor høyt blodtrykket må være før det vil være hensiktsmessig å starte blodtrykkssenkende behandling. Med de gjeldende retningslinjene som Norsk selskap for allmenntidrett (NSAM) går inn for, er det beregnet at ca 13 % av befolkningen over 20 år (ca 210 000 personer) vil ha forhøyet blodtrykk og være behandlingstrende (Sosial- og helsedepartementet 1999).

I 1998 forelå resultatene fra en blodtrykkundersøkelse (HOT-studien) som så på behandlingsresultatene avhengig av hvor lavt blodtrykket ble senket (Hansson et al. 1998). Det framkom ingen sikker forskjell mellom gruppene når det gjaldt dødsrisiko eller risiko



for hjerte- og karsykdommer. Likevel har enkelte hjertespesialister tolket resultatene slik at behandlingsmålet ved blodtrykkbehandling bør være å redusere blodtrykket ned til verdiene for gruppen med lavest blodtrykk. Andre spesialister og mange allmennleger er uenige i dette.

Beslutninger om valg av tiltak bygges ikke bare på faktakunnskap, men i like stor grad på spørsmål om ressurser og verdier for pasienten, legen og for samfunnet. Resultatene fra kontrollerte studier med motiverte leger og pasienter som er valgt ut etter visse kriterier og som følges opp nøye, kan ikke uten videre overføres til den normale hverdag i primærhelsetjenesten og forventes å gi samme effekt her.

En ekspertgruppe i WHO har nylig foreslått nye retningslinjer for behandling av høyt blodtrykk (WHO 1999), med behandlingsmål tilsvarende konklusjonen i den omtalte undersøkelsen (HOT-studien). Legemiddelprodusenten som finansierte undersøkelsen presenterte retningslinjene på en pressekonferanse før WHO hadde frigitt disse. WHO vil trekke sin konklusjon i løpet av året.

Hvis WHO slutter seg til ekspertgruppens forslag, vil det ha store konsekvenser for prioritering av ressursene til helsetjenesten, både i industrialiserte land og i den tredje verden.

Helsedirektøren sitter for tiden i styret for WHO i Genève. Hun har i et brev til generaldirektøren i WHO i mai 1999 uttrykt sin bekymring for konsekvensene hvis sluttbehandlingen i WHO bekrefter forslaget til retningslinjer for blodtrykkbehandling. Forslaget kan føre til at store deler av verdens befolkning blir definert som hypertensjonspasienter med behov for økte legetjenester og legemidler. Helsedirektøren oppfordrer WHO til å fokusere på livs-

stilsendringer som røyking, kosthold og fysisk aktivitet.

### **Undersøkelser - for sikkerhets skyld?**

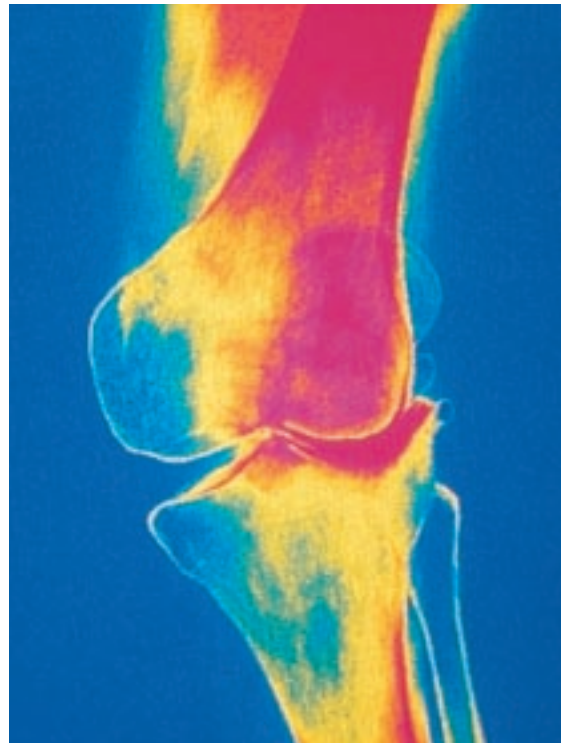
Angst for å overse sykdom fører til at mange prøver rekvireres "for sikkerhets skyld". I tillegg kan frykt for klager eller erstatningskrav bidra til denne utviklingen. Jo flere undersøkelser og prøver, desto større er sjansen for falske positive resultater, noe som kan føre til engstelse og ytterligere utredninger og eventuelt unødvendig behandling.

I en artikkelserie om "Dyder og verdier i medisinen" har Tidsskrift for Den norske lægeforening i april 1999 berørt mange aspekter ved den overforsiktighet som kommer til uttrykk i form av "overutredning" og "overbehandling" (bl.a. Nylenna 1999).

En økende etterspørsel etter røntgentjenester har ført til at røntgenfaget er blitt en alvorlig flaskehals ved flere sykehus i Norge. Nye metoder innen billeddiagnostikk har økt behovet for helsetjenester og fagfolk (leger, radiografer, sykepleiere), og mange private røntgeninstitutter er etablert.

Undersøkelser i England har vist at opptil 20 % av rekvirerte røntgenbilder ikke har klinisk verdi (Anonymous 1995). Et overforbruk av røntgentjenester er ikke bare kostbart og unyttig, men kan også representere en helserisiko på grunn av strålebelastning. Vi mangler norske undersøkelser som kan vise om det samme skjer her. Tall for røntgenundersøkelser i Norge viser at vi ligger høyere enn for eksempel Sverige, Danmark og England, og at det innad i Norge er store forskjeller mellom by og land (Olerud 1999).

Helsetilsynet har ved flere anledninger påpekt



viktigheten av å fokusere på rasjonell anvendelse av spesialiserte undersøkelser, herunder billeddiagnostikk. Statens strålevern og Helsetilsynet samarbeider for å øke oppmerksomheten om strålebelastningen ved diagnostisk radiologi.

Helsepersonell har et stort ansvar og arbeider ofte med kompliserte prosedyrer under stort press. Men ansvar og arbeidspress kan ikke hindre samfunnet i å stille krav til helsepersonell. Helsetilsynet er opptatt av denne balansegangen og ser at den økte fokuseringen på falske negative utslag (å overse en syk person) kan føre til unødig prøvetaking og ressursbruk. Helsetilsynet vil understreke at helsepersonell generelt utfører en grundig og god jobb som tåler å bli fokusert på av både pasientene, media og tilsynsmyndigheten.



## 2. Kvalitet i helsetjenesten

For helsepersonell har kvalitet alltid vært en målsetting både i utdanning og yrkespraksis. Kvalitet i helsetjenesten er derfor ikke noe nytt.

Dagens kvalitetssystemer skal legge til rette for deltakelse fra alle medarbeidere. Helsepersonell må delta i en kontinuerlig forbedringsprosess der det settes mål for god praksis, og der erfaringer fra egen virksomhet samles, systematiseres og analyseres slik at man blir stadig bedre til å nå ønskede mål og til å forebygge feil. Det



er viktig å presisere at dette arbeidet må forankres i ledelsen og at gjennomføringen er et ledelsesansvar.

Kravene til hva som er god praksis endrer seg raskere enn før. Gode kvalitetssystemer i helsetjenesten må inneholde rutiner eller prosedyrer som sikrer at helsetjenesten er faglig oppdatert og at ny kunnskap omsettes til ny praksis.

Bruk av teknologi (bl.a. legemidler) i helsetjenesten innebærer en risiko for bivirkninger og komplikasjoner. I tillegg vil det være muligheter for kommunikasjonssvikt og misforståelser som igjen kan føre til feil.

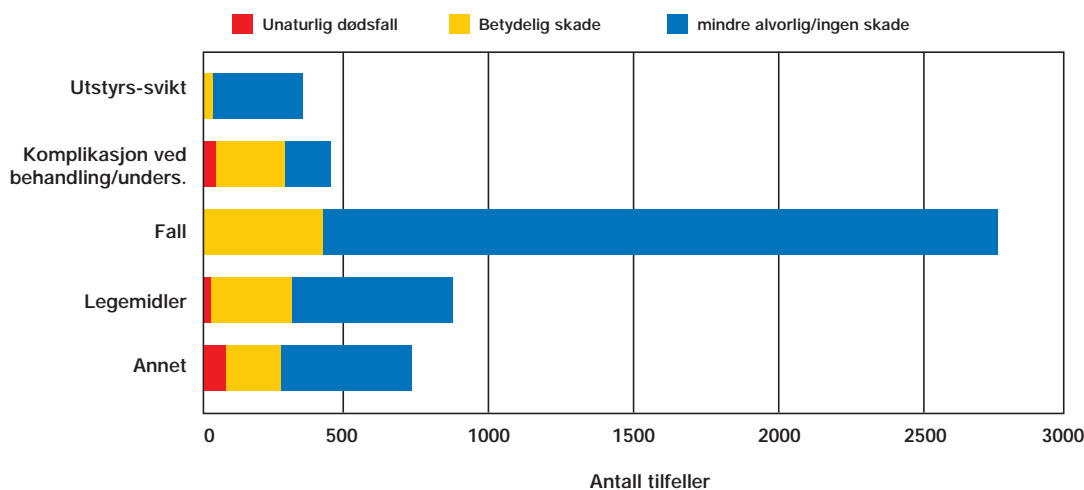
Ingen ønsker å gjøre feil, men har en feil først skjedd, må den vendes til læring. Dersom media eller klager fra pasienter avdekker feil ved helsetjenesten, fører det ofte til gjennomgang av rutiner for å hindre at tilsvarende feil skal oppstå igjen. Et kvalitetssystem forutsetter at også selvoppdagede feil brukes på samme måte. Dette krever en kultur der åpenhet om feil erkjennes som en ressurs i et kontinuerlig forbedringsarbeid. Feil bør føre til ny gjennomgang av prosedyrer og rutiner eller måten arbeidet er organisert på. Et godt utviklet kvalitetssystem gjør det tryggere å være pasient og tryggere å være helsearbeider.

Alle som utøver helsetjeneste er pålagt å ha internkontroll. Internkontroll er den lovpålagte delen av et kvalitetssystem og skal sikre at lover og forskrifter følges. Lover og forskrifter er presiseringer av samfunnets krav til helsetjenesten på vegne av brukere. Alle som utøver helsetjeneste, må ha kunnskap om den helselovgivningen som gjelder for egen virksomhet.

### Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten

Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten er en statlig handlingsplan for perioden 1995 til 2000 for å få helsetjenesten til å arbeide med systematisk kvalitetsutvikling som en integrert del av den ordinære virksomheten. (Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995). Det er gitt økonomisk støtte til en rekke kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten. Det arrangeres årlige samlinger der erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter står sentralt.

Ved utgangen av 1998 ble det ansatt egne kvalitetsrådgivere hos alle fylkeslegene. Målet med dette var å intensivere rådgivningen rettet mot kommunehelsetjenesten, på samme måte som kvalitetsrådgivere ble ansatt i en rekke sykehus fra 1996. Rådgivning er et viktig virkemiddel for Statens helsetilsyn og fylkeslegene, og gjennom Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten drives utstrakt rådgivning i kvalitetsutvikling.

**Fig. 2-1 Fordeling av meldinger på ulike kategorier i 1998**

Det er også viktig å få kvalitetstenking inn i utdanningsinstitusjonene, slik at framtidens helsepersonell får opplæring i systematisk kvalitetsutvikling. Helsepersonell må kjenne til hvilke krav som stilles til helsetjenesten gjennom helselovgivningen, og hvordan de selv kan bidra til en kontinuerlig forbedringsprosess. Helsetilsynet har derfor tatt initiativet til et samarbeid med høgskolene og universitetene.

Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten har nådd mange aktører i helsetjenesten. Mange enkeltpersoner og virksomheter driver en systematisk kvalitetsutvikling, men det er ennå langt igjen før dette arbeidet er integrert i hele helsetjenesten. Felles tilsyn fra fylkeslegene i 1998 viste at virksomhetene i helsetjenesten har kommet kort i utviklingen av internkontroll.

Det er en viktig pedagogisk utfordring å presentere kvalitetsutvikling slik at helsepersonellet ser sammenhengen mellom utøvelsen av eget fag og et kontinuerlig forbedringsarbeid.

### **Erfaringer fra Meldesentralen**

Sykehuslovens § 18b pålegger alle sykehus å opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll sykehusene plikter å føre. Meldesentralen i Helsetilsynet mottar meldinger fra kvalitetsutvalgene om avvikshendelser definert etter gitte retningslinjer. Som forutsatt av Stortinget da Meldesentralen ble opprettet, gis det tilbakemeldinger om resultatene til sykehusene.

Det er nå registrert mer enn 12 000 meldinger om avvikshendelser siden 1993, og i 1998 ble

det meldt ca 5 100. Figur 2-1 viser fordelingen av meldingene på ulike kategorier. Fallskader utgjør den klart største gruppen, og de fleste betydelige skadene gjelder bruddskader, særlig lårhalsbrudd. Det utgis egne årsrapporter fra Meldesentralen.

Meldesentralen samarbeider med kvalitetsutvalgene for å fremme forståelsen for bruk av avvik som utgangspunkt for forbedring. Denne dialogen mellom kvalitetsutvalgene og Helsetilsynet er et bidrag til kvalitetsutviklingen ved sykehusene. En spørreundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn blant 69 sykehus i 1998 bekreftet at man ser betydningen av meldeordningen.

### **Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre**

Det er et behov for å utvikle indikatorer på hva som skal betraktes som god praksis. Disse kvalitetsindikatorene vil det være behov for å utvikle i de enkelte virksomheter og innenfor de enkelte fagområder. Helsetilsynet har et samarbeid med ulike fagmiljøer for å finne fram til hensiktsmessige kvalitetsindikatorer på nasjonalt nivå.

På flere områder er det opprettet medisinske kvalitetsregistre. Disse registrene er forankret i fagmiljøene og samler, systematiserer og analyserer resultater innen ulike områder av medisinsk virksomhet. Som en del av det overordnede tilsynet ønsker Statens helsetilsyn å identifisere eventuelle nasjonale forskjeller i helse-tilbud og behandlingskvalitet og koordinere eksisterende kvalitetsregistre i Norge.



### 3. Tilsyn med helsepersonell og helsetjenesten



Å behandle klager på helsepersonell er en del av tilsynsvirksomheten. Fylkeslegene behandler årlig i underkant av 2000 klage- og tilsynssaker som dreier seg om helsetjenesten og helsepersonell. Dersom fylkeslegene mener det foreligger grunnlag for formelle reaksjoner mot helsepersonell, oversendes sakene til Statens helsetilsyn. Saken blir også oversendt dersom den som klager eller blir innklagd til fylkeslegen, ønsker Helsetilsynets vurdering av fylkeslegens avgjørelse.

I 1998 mottok Helsetilsynet 269 klage- og tilsynssaker fra fylkeslegene. 232 saker ble ferdigbehandlet i 1998. Over 60 % av de ferdighandlede sakene startet med en klage fra pasienten eller pårørende. Klage- og tilsynssaker kan også starte fra media, pasientombud, Norsk Pasientskadeerstatning, sykehusenes kvalitetsutvalg, arbeidsgiver, helsepersonell selv og fra andre tilsyn utført av fylkeslegen.

Ved behandlingen av klage-/tilsynssaker som er rettet mot helsepersonell, skal tilsynsmyndigheten ivareta rettssikkerheten både til pasienten og helsepersonellet. Pasienter skal bli tatt på alvor og har krav på at det reageres når urett har skjedd. Samfunnets tillit til helsetjenesten fordrer også at det blir reagert på kritikkverdige forhold. Statens helsetilsyn og fylkeslegene legger stor vekt på pasientenes rettssikkerhet i behandlingen av klagesaker.

#### **Helsepersonellets rettssikkerhet**

Klage- og tilsynssaker er omfattende, og behandlingen krever både helsefaglig og juridisk kompetanse. Innklagede får anledning til å uttale seg, og han/hun har rett til å få se sakens dokumenter. Spesielt kompliserte saker vurderes av eksterne sakkyndige. Det er opprettet egne råd som skal uttale seg dersom tilsynsmyndighetene vurderer å tilbakekalle offentlig godkjenning av leger, tannleger, psykologer og optikere. Helsetilsynets vedtak kan prøves for domstolene.

I forslag til ny helsepersonellov (Ot prp nr 13 1998-99) foreslås det opprettet en Statens helsepersonellnemnd. En slik nemnd skal være et klageorgan for vedtak som gjelder advarsel, tap av godkjenning og tap av retten til å rekvirere vanedannende legemidler i gruppe A og B. Nemnden vil erstatte de forannevnte rådene og vil gjelde for alt offentlig godkjent helsepersonell. Dette vil etter Helsetilsynets oppfatning innebære en styrking av helsepersonellets rettssikkerhet, og vil styrke den allmenne tilliten til klagesystemet.

### Individ og system

Det er ikke til å unngå at det gjøres feil og skjer uhell i helsetjenesten. Feilene er av ulik alvorlighetsgrad, og kan skyldes svikt hos individer eller svikt i systemet. Eksempel på det første kan være legen som ikke dokumenterer iverksettelse av tvangstiltak i det psykiske helsevernet, eksempel på det andre kan være manglende prosedyrer for håndtering av situasjoner som krever bruk av tvang. Ofte skyldes feil en kombinasjon av at individer svikter og at systemene ikke er gode nok til å fange opp denne svikten. Tilsynsmyndighetene må ha fokus på begge nivå samtidig.

I 1998 ble det gitt systemkritikk til seks sykehusdirektører, en fylkesrådmann, en kommunal rådmann og til syv faglige ledere (5 avdelingsoverleger og 2 kommuneleger).

Mangelfulle rutiner eller kritikkverdige system fritar ikke det enkelte helsepersonell fra ansvar for å utøve forsvarlig virksomhet, men kan likevel være en formildende omstendighet i vurderingen av hvilken reaksjon som skal gis.

Tilsynsmyndighetens avgjørelse i enkeltsaker

vil være normgivende for standarden både i relasjon til systemer og individer.

Behandlingen av enkeltsaker kan bidra til kvalitetsforbedring i helsetjenesten, og forebygge at tilsvarende feil oppstår igjen. Dette forutsetter at sakene gjøres kjent for flere enn dem som avgjørelsene retter seg mot. *Helserettsinfo*, utgitt av Helsetilsynet, artikler i fagtidsskriftene og foredragsvirksomhet er eksempler på arenaer som tilsynsmyndigheten benytter for å gi tilbakemelding til helsetjenesten.

### Klage- og tilsynssaker

I 1998 førte 75% av de ferdigbehandlede sakene i Helsetilsynet til administrative reaksjoner. Andelen reaksjoner økte i forhold til tidligere år, samtidig som det også var noe økning av de strengeste reaksjonsformene (advarsel og tap av godkjenning). Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i Helsetilsynet for disse sakene var i 1998 i underkant av 10 måneder, og dette er en betydelig reduksjon fra tidligere år.

Tabellen nedenfor viser hvordan reaksjonene i 1998 var fordelt mellom de ulike kategorier helsepersonell:

	Individkritikk	Tilrettevisning	Advarsel	Tap av godkjenning
Leger:	24	19	22	13
Tannleger:	1	6	4	4
Psykologer:	2	-	3	3
Sykepleiere:	2	-	7	8
Hjelpepleiere:	-	-	6	7
Fysioterapeuter:	-	-	1	1
Bioingeniører:	1	-	-	-
Kiropraktorer:	3	-	2	-
Optikere:	-	-	1	-
Radiografer:	-	-	-	1
Vernepleiere:	-	-	-	1
Totalt	33	25	46	38

I tillegg til de reaksjonene som står i tabellen ble åtte leger fratatt for skrivningsretten for A- og B-preparater, og det ble inngitt syv politianmeldelser. En apoteker fikk advarsel.



### **Tilsyn og kvalitetsutvikling**

Gjennom tilsyn avdekker fylkeslegene eventuelle avvik fra lov eller forskrift. Tilsyn er også kontroll, og det ligger i kontrollperspektivet at man fokuserer på forhold som ikke er tilfredsstillende ivaretatt. Det er en utfordring å utøve denne kontrollen på en måte som ikke gir hel-sepersonell en følelse av utilstrekkelighet.

Det kan oppleves urettferdig når en tilsynsrapport fokuserer på negative forhold i en virksomhet som i det store og hele drives godt. Det kan også oppleves som urettferdig når media griper fatt i forhold tilsynet har avdekket. Offentlighet er imidlertid et bærende prinsipp i norsk forvaltning. Åpenhet gir også større rom for forbedringer enn lukkede prosesser. Tilsyn med helsetjenesten utført som systemrevisjon fokuserer på systemer, ikke på enkeltpersoner. En systemfokusering gir størst potensiale for forbedringer. Men også systemfokusering krever plassering av ansvar. Har man ansvar for en virksomhet, innebærer det ros når ting går bra – og kritikk når det er grunnlag for det.

Dersom Helsetilsynet og fylkeslegene kun oppfattes som en kontrollinstans som er ute etter å påpeke feil og mangler, mister vi en viktig mulighet for dialog om kontinuerlig forbedringsarbeid. Samtidig kan det ikke være slik at feil og forsømmelser overses.

### **Bruk av påbud/varsel om påbud**

Svikt i helsetjenesten kan være av en slik karakter at driften er uforsvarlig eller at den kan ha skadelige følger for pasienten eller andre. I slike tilfeller sender fylkeslegen saken til Helsetilsynet, som vurderer om det er grunnlag for å gi påbud om å rette på forholdene. Det gis først et varsel om påbud, og hvis dette ikke fører til forventet endring, gis det påbud. Vanligvis vil de påpekte forhold bli rettet uten at det blir nødvendig å gi påbud.

### ***Kommunehelsetjenesten***

#### Korskirkenes alders- og sykehjem

Statens helsetilsyn ga 23. november 1998 varsel om påbud til Bergen kommune om utbedring av uforsvarlige forhold ved Korskirkenes alders- og sykehjem. Det er første gang at det er gitt slikt påbud i kommunehelsetjenesten.

Varsel om påbud ble gitt etter anmodning fra Fylkeslegen i Hordaland fordi pasientene ikke fikk dekket helt basale behov for privatliv og personlig stell og hygiene. Videre ble det påpekt utilfredsstillende muligheter for skjerming av urolige pasienter, samt manglende system for internkontroll. Forholdene som ble påpekt ble ansett å innebære avvik fra en rekke myndighetskrav. Fylkeslegen hadde allerede flere måneder tidligere tatt opp forholdene med Bergen kommune.

I sitt svar av 7. desember redegjorde kommunen for hvilke tiltak som var iverksatt og som kunne iverksettes for å utbedre forholdene. Etter å ha vurdert kommunens svar, kunne ikke Helsetilsynet se at grunnlaget for påbudet var falt bort innen den gitte fristen, og kommunen fikk derfor påbud om å rette på forholdene. Påbudet var hjemlet i bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven. Bergen kommune anket Helsetilsynets avgjørelse inn for Sosial- og helsedepartementet, men i brev av 9. april 1999 sluttet Sosial- og helsedepartementet seg til Helsetilsynets avgjørelse.

### ***Spesialisthelsetjenesten***

#### Sentralsykehuset i Akershus

Akershus fylkeskommune fikk 22. desember 1997 påbud grunnet kritikkverdige og uforsvarlige forhold ved Medisinsk avdeling. Årsaker var bl.a. overbelegg og uverdige forhold der pasienters personlige integritet ikke ble ivaretatt. I brev fra Helsetilsynet den 3. februar 1998 ble påbudet ansett etterkommet på kort sikt etter at fylkeskommunen hadde rede-

gjort for iverksatte og planlagte tiltak. Fylkeslegen og Helsetilsynet har siden dette fulgt situasjonen ved sykehuset og er fortsatt bekymret over forholdene. Blant annet har sykehuset store rekrutteringsproblemer når det gjelder personell.

#### Haukeland sykehus

Siden 1997 har det vært dialog mellom fylkeskommunen som sykehuseier og Fylkeslegen i Hordaland og Statens helsetilsyn vedrørende medisinsk og onkologisk avdeling ved Haukeland sykehus. Dialogen har særlig dreid seg om overbelegget ved medisinsk avdeling og de lange og økende ventetider for strålebehandling ved onkologisk avdeling. Helsetilsynet ga varsel om påbud både til medisinsk avdeling (juli 1997) og til onkologisk avdeling (oktober 1997), men påbudene ble trukket tilbake 17. mars. 1998 etter at fylkeskommunen hadde framlagt tilfredsstillende planer for å utbedre forholdene.

Forholdene ved medisinsk avdeling på Haukeland vurderes for tiden (våren 1999) fortsatt av fylkeslegen.

I desember 1998 opplyste Fylkeslegen i Hordaland at ventetiden ved Haukeland hadde økt til 8-10 uker for kurativ strålebehandling og 10-12 uker for palliativ (lindrende) strålebehandling.

Helsetilsynet vurderer ventetiden ved onkologisk avdeling ved Haukeland slik at den må antas å kunne gi skadelige følger for pasientene og innebære uforsvarlig sykehusdrift. Statens helsetilsyn ga på denne bakgrunn 10. mars 1999 Hordaland fylkeskommune på ny varsel om påbud. Fylkeskommunen er gitt en utvidet frist til 1. juni med å framlegge planer for hvordan situasjonen skal bedres.

#### Nordland sentralsykehus

Nordland fylkeskommune fikk 27. januar 1999 varsel om påbud grunnet et betydelig og nærmest kontinuerlig overbelegg med mange korridorpasienter ved deler av medisinsk avdeling, noe som nærmest umuliggjør forsvarlig pleie og omsorg. Bakgrunnen for varselet var fylkeslegens tilsyn og oppfølging av sykehuset i 1998. Fylkeskommunen har framlagt planer for en utbedring av forholdene. Disse vurderes nå (våren 1999) av Helsetilsynet.







## 4. Kvinner og helsetjenesten



Helsetjenesten må være best mulig tilpasset helsetjenesteproblemer hos begge kjønn, og gi et likeverdig tilbud til kvinner og menn. Kjønnforskjeller i helse og sykdomsmønstre og i pasienters forhold til helsetjenesten er i økende grad kommet i fokus.

Stortinget har bedt Helsetilsynet opprette en analyse- og koordineringsenhet for kvinnehelse. En prioritert oppgave har vært å få samlet kunnskapsstatus på ulike områder. Det ble tatt initiativ til å få gjennomgått og systematisert foreliggende statistikk og litteratur om kvinners bruk og forhold til helsetjenesten (Vabø 1998), og tilsvarende om helseforhold og helsetjenestebruk hos kvinner med funksjonshemming (Lillestø 1999).

Helsetilsynet har også deltatt i arbeidet med Kvinnehelseutvalgets utredning "Kvinner helse i Norge" (NOU 1999:13). Utvalget hadde et bredt mandat, og utredningen er blitt en omfattende samling av kunnskap og forskningsresultater om kvinners levekår, helse og sykdom, utfordringer i helse- og trygdevesen, i tillegg til at den fokuserer på spesielle gruppers situasjon. Utredningen vil være et viktig kunnskapsgrunnlag i lang tid framover.

### Hovedtrekk ved kvinners bruk av helsetjenesten

To trekk framstår særlig tydelig i beskrivelser av kvinners forhold til og bruk av helsetjenesten: 1) Kvinners møter med helsetjenesten beskrives

ofte som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive, 2) kvinner er mer i kontakt med helsetjenesten enn menn.

Men det er et sammensatt bilde som framtrer når man går bak hovedmønsteret av kjønnforskjeller i helsetjenestebruk: Det er store variasjoner mellom de ulike delene av helsetjenesten, og mellom grupper av kvinner. Undersøkelser har vist at kvinner har to til tre kontakter med allmennleger per år i gjennomsnitt, mens menn har en til to kontakter. En mindre andel av kvinnene (mellom 5 og 8 prosent), har hele 11 eller flere legebesøk per år (Vabø 1998).

### De friske kvinnenes møte med helsetjenesten

Kvinnerens reproduktive funksjoner og helse er gjenstand for systematisk oppfølging og kontroll fra helsetjenesten. I forbindelse med prevensjon, svangerskap, fødsel og barsel formidles sterke normer og forventninger om kvinners omsorg for egen og barns helse, og kvinnene følger i stor grad opp. Eksempelvis viste en landsomfattende undersøkelse i 1996 at gravide kvinner i Norge hadde gjennomsnittlig 12 svangerskapskontroller (NOU 1999:13).

Forebyggende undersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft følges opp av de fleste kvinnene. Fortsatt er det imidlertid 20-30% av kvinner som blir innkalt til masseundersøkelser som ikke møter opp. Det er viktig å få kunnskap om denne gruppen og motivere kvinner med høyest risiko til å møte opp til slike rutinekontroller.

I de senere år har det vært en økning i antall kvinner som får østrogenbehandling i og etter overgangsalderen. I starten ble hormonerstatning brukt mot plager i overgangsalderen, men flere og flere bruker disse legemidlene også for å forebygge osteoporose og hjerte- og karsykdom (Nilsen ST et al. 1998). Det er fortsatt ikke enighet om praksis ved forskrivning av slik behandling. I en samlet vurdering må man ta hensyn til at hormonell behandling kan ha gunstig virkning i forhold til de nevnte sykdommene, men at risikoen for andre sykdommer, for eksempel brystkreft, kan øke. Når legen skal gi råd til den enkelte kvinne om hormonell erstatningsbehandling, må legen være i stand til å avveie alle disse sidene og formidle disse, slik at kvinnen selv kan ta avgjørelsen.

### De problematiske møtene

Blant kvinner som har hyppige legebesøk finner vi ofte pasienter med kroniske plager som er vanskelige å diagnostisere og behandle.

En undersøkelse om kvinners erfaringer med primærhelsetjenesten viser at det er et lite mindretall som har hyppige konfliktopplevelser, og at konfliktfylte relasjoner til legen oppstår i forbindelse med plager som nervøsitet, angst, fibromyalgi og samlivsproblemer. Ved klart definerte lidelser som høyt blodtrykk og kreft forekommer konflikter mellom lege og pasient svært sjelden

(Elstad 1993). Mange pasienter er sannsynligvis i langvarige, men lite konstruktive behandlingsrelasjoner. Selv om kvinner med ulike "ubestemte" lidelser og problemer i (allmenn)medisinens grenseland utgjør et mindretall av alle kvinner som benytter seg av helsetjenesten, er dette ofte kvinner med alvorlige og langvarige plager.

### Utfordringer framover

En trygg ramme rundt svangerskap og fødsel er viktig for god kvinnehelse. Det er også viktig at kvinner får tilgang til og god nok informasjon om de sykdomsforebyggende tiltak helsetjenesten tilbyr. Samtidig er det viktig at de samlede ressursene brukes der de trengs mest. Vi må være på vakt mot unødvendig medikalisering, sykkeliggjøring og teknologisering av livsprosesser hos friske kvinner.

Som ledd i arbeidet med overordnet tilsyn, skal Helsetilsynet etablere bedre rutiner for å overvåke helse- og sykdomsforhold hos og helsetjenestetilbud for kvinner. Videre skal det utvikles rutiner som sikrer at råd og veiledning til helsetjenesten tar spesielle hensyn til kvinner der dette er relevant. Det er også viktig å følge nøye med på at behovene for tilrettelagte tilbud til spesielle grupper kvinner blir ivaretatt (eks. volds- og overgrepssatte kvinner, innvandrerkvinner, lesbiske kvinner, kvinner med hiv og aids og kvinner med funksjonshemming).





## 5. Ulik bruk av legemidler

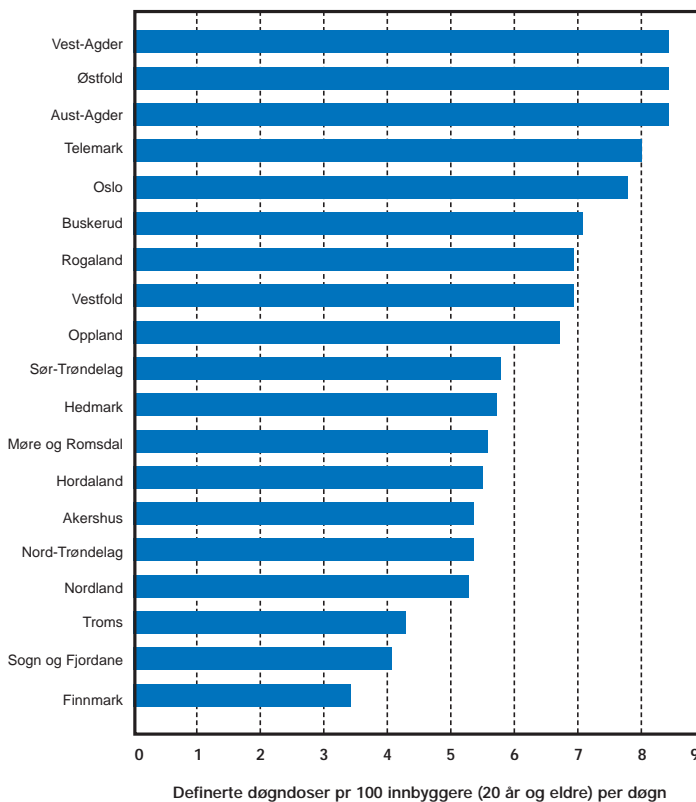
### Bruk av legemidler i Norge

I 1998 ble det solgt legemidler fra grossister til landets apotek og sykehus tilsvarende en omsetning på ca. 10 milliarder kroner. Dette tilsvarer at hver innbygger i gjennomsnitt brukte medisiner for ca. 2 200 kroner i 1998.

I forhold til 1997 er dette en økning på 10,3%, eller ca. 2,5 millioner kroner per dag (NMD 1999). Dette skyldes både en volumøkning på ca. 6% og overgang til nyere og dyrere medisiner. Kolesterol senkende legemidler sto for



**Fig. 5-1 Forbruk av beroligende midler og sovemidler. Fylkene i Norge 1998.**



Kilde: Norsk Medisinaldepot

den største økningen med 39% fra 1997 til 1998, og det ble omsatt for nesten 600 millioner kroner.

Eldre bruker flest legemidler, omtrent halvparten forbrukes av personer over 65 år. En liten del av økningen i kostnadene skyldes at andelen eldre i befolkningen er stigende.

Legemiddelkostnadene per innbygger er likevel fortsatt moderate i Norge sammenlignet med en del andre europeiske land. Utgiftene til legemidler (per innbygger) i Frankrike og Sveits var i 1995 dobbelt så høye som i Norge, og utgiftene i Finland og Sverige var ca. 40% høyere (Legemiddelindustriforeningen 1997).

### Store geografiske forskjeller i legemiddelforbruket

Det er store fylkesvise variasjoner i salget av legemidler. Som eksempel viser figur 5-1 fylkesvis salg av sovemedisiner og beroligende midler i 1998. Salget av disse midlene på landsbasis indikerer at 6,5% av den voksne

ne befolkningen (over 20 år) i gjennomsnitt daglig kan bruke et beroligende middel eller et sovemiddel. Fylkesvise tall viser en variasjon fra 3,5 til 8,5% (NMD 1999).

Statistikker på fylkesnivå må imidlertid tolkes med forsiktighet. Siden forbruket er størst blant de eldre, er det viktig å peke på at aldersfordelingen varierer fra fylke til fylke. Det er heller ikke tatt hensyn til ulikheter i kjønnsfordeling, legetetthet, sykehus- og apotekdekning (NMD 1999). Men selv om det justeres for disse faktorene, vil det fortsatt finnes betydelig variasjon, både mellom leger og geografiske områder. Denne variasjonen kan ikke bare forklares med forskjeller i praksisomfang, praksissted og pasientgrunnlag. Forhold som legenes holdninger, lege-pasientforholdet og pasientens alder og samfunnsmessige forhold har også vist seg å ha betydning (Dybwad et al. 1994).

Figur 5-2 viser gjennomsnittlig forbruk av beroligende midler og sovemidler i en del europeiske land for årene 1993-1995 (Rusmiddeldirektoratet og SIFA 1998).

Tallene indikerer et høyt forbruk i Irland og Spania med henholdsvis 25% og 18% av befolkningen som daglige brukere av disse midlene. Også i Danmark er forbruket relativt høyt og omtrent dobbelt så høyt som i Norge.

I en undersøkelse fra Oslo og Akershus i 1993 ble det påvist store variasjoner blant legene, både i forskrivningsvolum og -mønster i forhold til sovemedisiner og beroligende midler (B-preparater). Det var et lite antall leger som sto for den største forskrivningen (Dybwad et al. 1994).

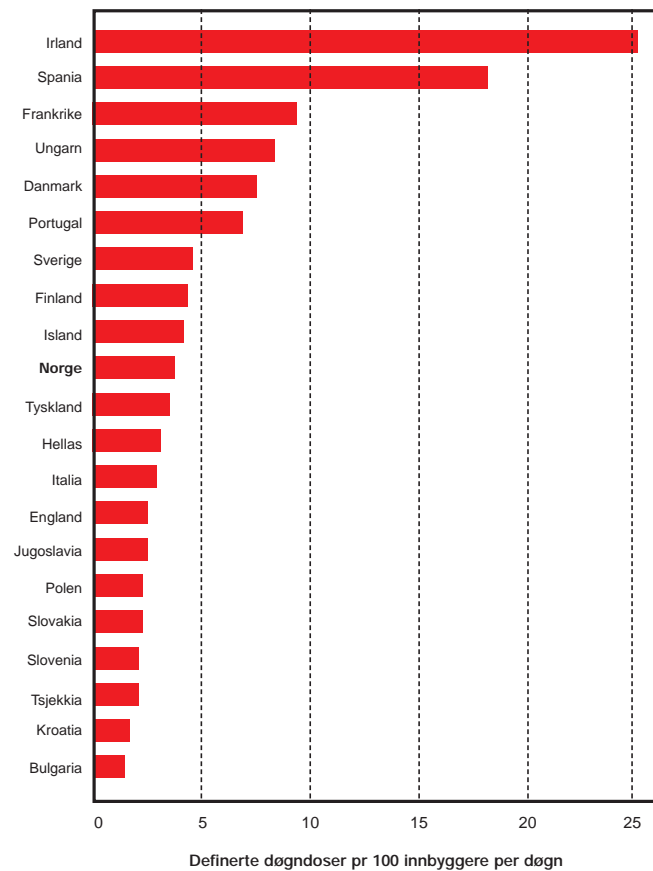
### Nasjonal reseptbasert legemiddelstatistikk

Den informasjon vi har tilgjengelig om legemiddelbruk i Norge baserer seg på data over salg av legemidler fra grossist til apotek og fra små forskningsprosjekter. For å kunne si noe

om individets bruk av legemidler og for å kunne gi legene muligheter for tilbakemelding om egen praksis er det behov for en bedre statistikk som f.eks. baserer seg på opplysninger fra resepter.

Med en nasjonal reseptbasert statistikk med anonymiserte individopplysninger er det mulig å framskaffe kunnskap om legers forskrivningsprofil, alder og kjønn for de personene som bruker midlene, om legemidlene brukes over lang eller kort tid, samtidig bruk av andre

Fig. 5-2 forbruk av beroligende midler og sovemidler i ulike land - gjennomsnitt for 1993-95



Kilde: rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning





legemidler osv. Sammenholdt med data om forekomst av sykdom kan slik statistikk gi gode indikasjoner på om forskrivningen og bruken er rasjonell og forsvarlig.

Gjennom tilbakemelding kan lege og tannlege få innsikt i egen forskrivningsprofil og kan bruke dette som ett av flere verktøy for kvalitets-sikring av egen praksis. I Vestfold har fylkeslegen over lengre tid i samarbeid med apotekene foretatt jevnlig registreringer av legenes forskrivninger av vanedannende midler (A- og B-preparater). Disse dataene er blitt tilbakeført til legene. Dette arbeidet, sammen med at legene og tilsynsmyndigheten ble enig om en strategi for å redusere forskrivningen av beroligende midler (diazepam), førte til en reduksjon på 30 % fra 1989 til 1995 (Otterstad og Sundene 1996).

En reseptbasert statistikk kan gi helsetjenesten, helsemyndighetene og forskningsmiljøene de faglige og økonomiske grunnlagsdata som er nødvendig for å vurdere og sette i gang tiltak for bedre behandling og bedre utnyttelse av ressursene. For eksempel vil det også være mulig å følge praksis med hensyn til forskrivning av billige kontra dyre legemidler (synonympreparater).

Alle nordiske land med unntak av Norge har nå etablert, eller har under etablering, en offentlig, heldekkende reseptbasert statistikk på individnivå. Helsetilsynet har påpekt betydningen av å få etablert en slik ordning også i Norge, og Sosial- og helsedepartementet arbeider nå med dette.

# 6.

## Forebygging av uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer

*"...Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so..."*

*(United Nations 1994)*

Seksualitet handler om nærhet, kjærlighet, bekreftelse og reproduksjon. Det er derfor et tankekors at helsevesenets innfallsvinkel i stor grad er preget av et fokus på de uønskede sidene ved seksualiteten. En trygg seksuell identitet gir den enkelte det beste utgangspunktet for å ta selvstendige valg og beskytte seg mot seksuell utnyttning (Grunseit og Kippax 1993, Middelthon 1995). En slik identitet skapes gjennom å formidle at seksualitet er en positiv ressurs i de fleste menneskers liv. Et fokus på sykdom og uønsket graviditet for å skremme målgruppen til å endre atferd, gir liten forebyggende gevinst (Dahle 1995).

Seksualvanestudier gjennomført i 1987, 1992 og 1997, viste en økning blant enslige som sa de hadde brukt kondom ved siste samleie (fra 16% til 27%). Samtidig konkluderes det med at enslige oppgir færre seksuelle partnere i 1992 enn i 1987 (Statens institutt for folkehelse 1993, Træen 1998). På tross av omfattende kondomkampanjer rettet mot befolkningen, må en kunne fastslå at store grupper fortsatt ikke bruker kondom i situasjoner der kondom kunne forebygge eventuell smitte. En evaluering av det hiv-forebyggende arbeidet gjennomført i 1995 viser imidlertid stor grad av kondombruk blant menn som har sex med menn (Priour 1995).

Med utgangspunkt i salgstall fra grossist kan det beregnes at ca. 18 % av norske kvinner i



alderen 15-44 år brukte p-piller i 1993. Tallet økte til 21 % i 1998 (NMD 1999). Undersøkelser viser at heteroseksuell ungdom i hovedsak er motivert for å forebygge svangerskap og at de tenker mindre på smitteoverføring (Træen 1998).

Helsemyndighetene ønsker å forebygge både uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. Forebygging av seksuelt overførbare sykdommer innebærer at kondom framheves som viktigste beskyttelse. Forebygging av uønskede svangerskap innebærer at man framhever de prevensjonsmetoder som gir best beskyttelse mot graviditet, f.eks p-piller, p-sprøyte og spiral. Det er ingen enkel løsning på denne «interessekonflikten», men det er viktig å erkjenne at den er der.

### Hiv

Utviklingen av hiv har de siste årene vært stabil med ca. 100 nye tilfeller pr. år. Fortsatt er epidemien i stor grad knyttet til enkeltgrupper av befolkningen, menn som har sex med menn og



personer som injiserer rusmidler. Personer som kommer fra afrikanske land sør for Sahara og nordmenn som har oppholdt seg i disse landene, har også økt risiko for å ha med seg smitte til Norge. Den heteroseksuelle epidemien i Norge har lenge hatt nær sammenheng med hiv-epidemien i afrikanske land. Det siste året er imidlertid flere nordmenn blitt heteroseksuelt smittet i Asia, og da særlig i Thailand (MSIS, Folkehelse 1999).

Det hiv-forebyggende arbeidet har i stor grad vært drevet av frivillige organisasjoner bygd opp av de gruppene som har vært hardest rammet. Gjennom en statlig handlingsplan har organisasjoner fått økonomisk støtte til forebyggende tiltak. Planen avsluttes i år 2000. Selv om kommunene i prinsippet har ansvaret for forebyggende arbeid, er det behov for innsats fra frivillige organisasjoner også etter handlingsplanens utløp. Det er vanskelig å se hvordan dette skal kunne ivaretas uten fortsatt statlige overføringer til de frivillige organisasjonene.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har gjennom de statlige handlingsplanene spilt en aktiv rolle i det hiv-forebyggende arbeidet. Etter år 2000 forventes arbeidet integrert i kommunenes ordinære forebyggende arbeid. Hiv-forebyggende arbeid i kommunene vil da bli gjenstand for etatens ordinære rådgivnings- og tilsynsvirkosomhet.

#### **Andre seksuelt overførbare sykdommer**

Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer er stabil i Norge. Antall nye tilfeller av sy-

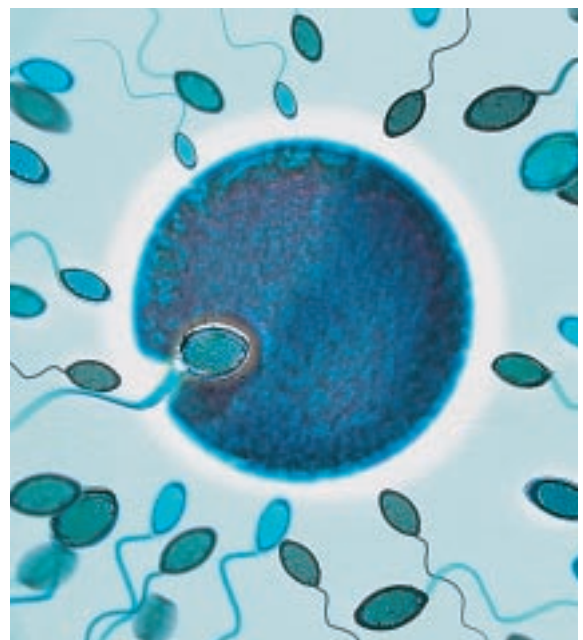
filis og gonore er lav og synkende. Folkehelse påviser imidlertid økning av gonoretifeller blant menn som har sex med menn og blant reisende til Thailand (MSIS, Folkehelse, 1999). Denne utviklingen er det grunn til å følge nøye.

Forekomsten av klamydia er relativt stabil med ca. 10 000 nye registrerte tilfeller per år. Klamydiainfeksjon er den hyppigste årsaken til egglederbetennelse og infertilitet hos kvinner. Mange går rundt som bærere av klamydia uten å bli diagnostisert og behandlet. Dette gjelder spesielt menn, som i mindre grad enn kvinner har symptomer fra klamydiainfeksjon og av den grunn heller ikke oppsøker helsetjenesten. Det er viktig at klamydiainfeksjon hos seksuelt aktive menn blir identifisert og behandlet.

#### **Antall aborter og forebygging av uønskede svangerskap**

Antallet aborter i Norge viser en nedgang i perioden 1988 til 1997, se figur 6-1. De nyeste tallene fra 1998 viser små endringer fra året før. Nedgangen er størst i aldersgruppen 20-24 år hvor den er på 16% (SSB 1999).

God forebygging av uønskede svangerskap innebærer at færre kvinner stilles overfor valget om svangerskapsavbrudd, og medvirker både til



færre uønskede svangerskap og færre aborter. Dersom helsetjenesten i sitt møte med den gravide kvinnen har som målsetting å forebygge abort, kan dette komme i motsetning til abortlovens intensjoner om kvinnens rett til selvbestemt abort. Målsettingen for helsetjenesten i møtet med en gravid kvinne som vurderer abort, må være å bidra til at kvinnens beslutningsgrunnlag blir best mulig.

### Forebygging må skje på flere nivå

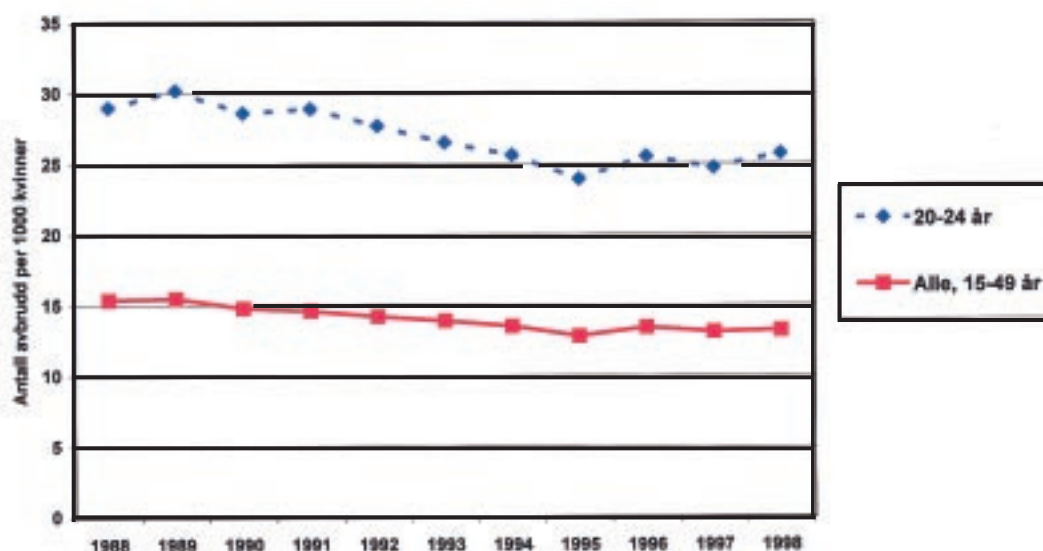
Statlige handlingsplaner med øremerkede midler har vært nasjonale virkemiddel for å nå en ønsket reduksjon av uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. Det er imidlertid viktig å presisere at dette arbeidet først og fremst er et kommunalt ansvar. Både lov om helsetjenesten i kommunene, forskrift om helsestasjonsvirksomhet, forskrift om helsetjenester i skoler og smittevernloven presiserer at en av kommunenes oppgaver gjennom helsetjenesten er å forebygge sykdom, skade eller lyte.

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten må stå sentralt i kommunenes forebygging av uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. I 1998 utarbeidet Helsetilsynet en veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Veilederen påpeker behovet for en forskyvning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra problemorientering til ressursorientering, fra individ- til grupperettet arbeid og i retning av større brukermedvirkning i løsningsprosessen. I en årrekke har helsetjenestestatistikken for kommunene og fylkeslegenes medisinalmeldinger vist at skolehelsetjenesten blir nedprioritert. På bakgrunn av ungdoms behov er det viktig at denne helsetjenesten ivaretas og styrkes.

Forebyggende arbeid må målrettes. Det innebærer i denne sammenheng et spesielt fokus på grupper som er utsatt for uønsket svangerskap, seksuelt overførbare sykdommer og hiv. Disse gruppene er forskjellige, og forebyggingsstrategier må differensieres slik at de når de riktige personene. Noen kan oppleve et slikt fokus som negativt. Samtidig kan ikke epidemier eller uønskede svangerskap ses uavhengig av de samfunnsmessige forhold de mest utsatte gruppene lever under. Disse gruppene opplever ofte diskriminering og manglende aksept fra samfunnets side. Bedring av disse gruppens livsvilkår er viktig i forebyggingen av uønskede svangerskap, seksuelt overførbare sykdommer generelt og hiv spesielt.

Fig. 6-1 Svangerskapsavbrudd i Norge 1988-1998



Kilde: Statistisk sentralbyrå





## 7. Helsetjenester for eldre

Det reises stadig spørsmål rundt kvalitet i eldreomsorgen og om brukerne får et forsvarlig tjenestetilbud. En egen kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgssektoren trådte i kraft 1. mai 1997. Målsettingen med den nye forskriften var å supplere og utdype eksisterende regelverk for å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivare tatt sine grunnleggende behov.

### Oppfølging av Handlingsplan for eldreomsorgen

St meld nr 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen" pålegger kommunene å utarbeide planer for tjenesten. Det legges stor vekt på utbygging og kapasitetsøkning i sykehjem og omsorgsboliger. Øremerkede tilskudd til investeringer skal sette kommunene i stand til å etablere flere omsorgsboliger og sykehjemsplasser og utbedre eksisterende bygningsmasse. Fylkeslegen skal foreta de helsefaglige vurderingene av kommunenes planer.

I planarbeidet har det hittil vært fokus på utbygging og investeringer. En forutsetning for investeringene er at tjenestene både kapasitets- og kvalitetsmessig blir utbygd slik at eldre føler seg trygge på at de får et godt tjenestetilbud når de trenger det, med høy faglig standard. Kvalitet i tjenestene vil heretter vies større oppmerksomhet i arbeidet med handlingsplanen.

Den økende utbyggingen av omsorgsboliger vil medføre at sykehjemmene i større grad innrettes mot helsefaglige pleieoppgaver. Hvilke oppgaver sykehjemmene i framtiden kan ta seg av avhenger bl.a. av hvor godt utbygd hjemme-sykepleien og andre hjemmetjenester blir.

Helsetilsynet vil gi helsefaglige innspill til departementet i den videre oppfølging av handlingsplanen, og knytte dette arbeidet opp mot det nasjonale geriatriprogrammet. Vi vil også anbefale at det utarbeides en "Veileder om helsetjenesten for eldre", som omtaler nærmere det



helsefaglige innholdet i eldreomsorgen.

### Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Det har både fra samfunnet generelt og fra fagmiljøene vært stilt spørsmål ved om den kommunale helse- og sosialtjenesten tilfredsstillende grunnleggende krav til kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Kritikken har vært rettet mot bygningsmessige forhold og mot pleien som de eldre pasientene blir tilbudt.

Fylkeslegene gjennomførte i 1998 tilsyn med helsetjenesten for eldre. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjoner, og fylkeslegene undersøkte om virksomhetene etterlevde krav om

- internkontroll (tilsynsloven)
- dekking av grunnleggende behov (kommune helsetjenesteloven og kvalitetsforskriften).
- saksbehandling ved tildeling og avslag på søknad om tjenester (kommunehelsetjenesteloven og forvaltningsloven).

Tilsynet ble gjennomført i 61 kommuner (bydeler og distrikter i de store byene omtales her som kommuner). Sluttrapporten om tilsynet var ferdig og ble offentliggjort den 4. mai 1999. Den vakte stor oppmerksomhet og mediedebatt.

Tilsynet avdekket at kommunene er kommet kort med å utvikle systemer på virksomhetsnivå

for å sikre at de tjenester som utføres er i tråd med lover og forskrifter. Heller ikke systemkravene i kvalitetsforskriften er tilfredsstillende ivaretatt i store deler av helsetjenesten for eldre. Kommunene sikrer og dokumenterer i liten grad om helsetjenesten for eldre drives forsvarlig.

I 35% av tilsynene ble det avdekket at grunnleggende behov som normal døgnrytme, personlig hygiene og naturlige funksjoner ikke ble tilfredsstillende ivaretatt. Sett i sammenheng med manglende systematiske tiltak for å sikre at kravene til kvalitet i tjenesten blir oppfylt, gir dette stor grunn til bekymring. I 75% av de 61 kommunene var saksbehandlingen i forbindelse med søknad om helsetjenester i strid med lovens krav. Dette svekker eldre pasienters rettsikkerhet, og fører til at mange eldre ikke får den helsetjeneste de har krav på. Mange eldre får avslag på feil grunnlag, og mange steder opplyses heller ikke om mulighet til å klage på vedtak.

I de kommuner der det er avdekket lovbrudd blir avvikene fulgt opp av de respektive fylkesleger, eventuelt av Helsetilsynet hvis påbud er aktuelt. Imidlertid er det grunn til å anta at de påpekte forhold forekommer i langt flere enn de kommuner som var gjenstand for tilsyn, og

Statens helsetilsyn ser med bekymring på dette.

### **Styrking av fagfeltet geriatri**

Stortinget har bevilget 50 millioner kroner i perioden fra 1994 til 1999. Målet for programmet er å ha styrket geriatrikompetansen i alle deler av landet innen år 2000.

Satsingsområdene er rekruttering av geriatrisk nøkkelpersonell, tverrfaglig geriatrisk kompetanseoppbygging og modeller for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten.

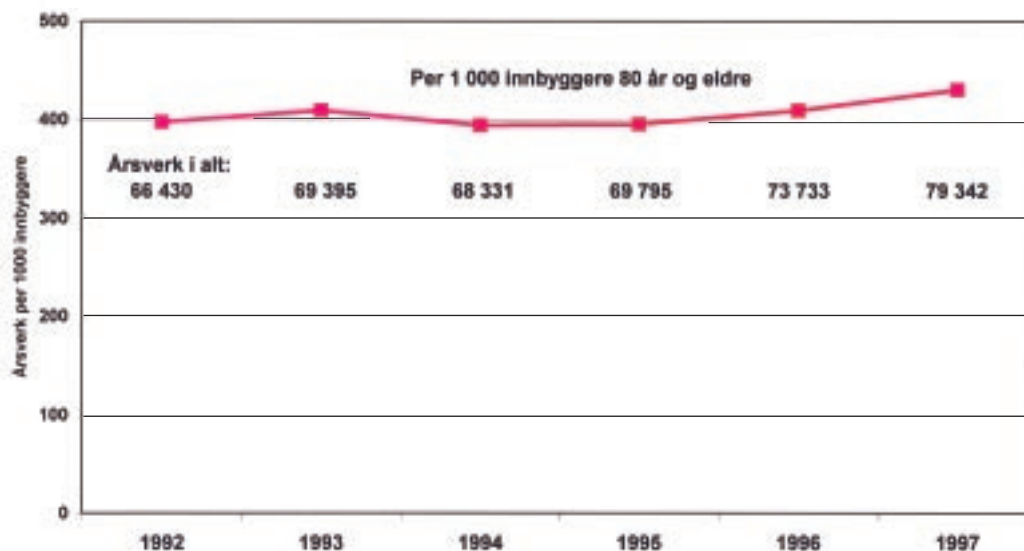
Nasjonalt geriatriprogram har stimulert til utbygging av geriatrifaget i alle fylker. Ved utgangen av 1998 var spesialisthelsetjeneste i spesialiteten geriatri etablert eller under etablering i alle fylker.

### **Personell i pleie- og omsorgstjenesten**

Antall årsverk innenfor pleie- og omsorgstjenesten har økt med nesten 14% fra 1995 til 1997. Figur 7-1 viser utviklingen fra 1992 til 1997 per 1000 innbyggere 80 år og eldre. Data fra Statistisk sentralbyrå viser at både antall geriatriske og psykiatriske sykepleiere har økt i perioden.

Samtidig rapporterer fylkeslegene at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell, særlig sykepleiere. Det er til dels store vakanser i sy-

**Fig. 7-1** Årsverk innenfor pleie og omsorgstjeneste





kepleierstillingene i pleie- og omsorgstjenesten i de aller fleste fylker. Mange fylkesleger melder at det er et stort innslag av ufaglært arbeidskraft, og at det går ut over kvaliteten på tjenestene.

Statens helsetilsyn ser med uro på det store antall vakanser og rekrutteringsproblemene i pleie- og omsorgstjenesten. Det er bekymringsfullt dersom fagpersonell erstattes av personell uten nødvendig fagutdanning. Utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft kan innebære økt risiko for at grunnleggende behov ikke kan ivaretas forsvarlig.

Sosial- og helsedepartementet igangsatte hand-

lingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001) i 1998. Fylkeslegen skal sammen med fylkesmannen medvirke til at det iverksettes videre- og etterutdanning innen helsetjenesten i kommunene.

### **Legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenesten**

Helsetilsynet og fylkeslegene har gjennom det samlede tilsynsarbeidet, fått kunnskap om at det ligger store utfordringer i bruk og håndtering av legemidler, ikke minst i primærhelsetjenesten. Flere undersøkelser viser at feilbruk av legemidler er et stort problem.

Legemiddelhåndtering er et svakt punkt i kjeden av arbeidsoppgaver som utføres.

Det ble gjennomført en undersøkelse om "feil" og "nesten-feil" (dvs. feil oppdaget før legemiddelet ble utlevert til pasient) i forbindelse med håndteringen av legemidler ved 32 sykehjem i Rogaland i 1997 (Bakke 1998). To hovedgrupper av feil ble rapportert av sykepleierne: 1) feil knyttet til utdeling av legemidler (bl.a. glemt utdeling, feil pasient) og 2) feil knyttet til bruk av doseringseske (bl.a. feil legemiddel, feil antall). Rapportene fra sykehjemmene viste at det ble registrert 574 "feil" og 128 "nesten-feil" i 1997. Det er trolig at svært mange "nesten-feil" ikke blir registrert. På landsbasis kan det dreie seg om mer enn 13 000 tilfeller av feil årlig knyttet til sykehjemmenes legemiddelhåndtering.

Som et ledd i kvalitetsarbeidet har Helsetilsynet igangsatt et prosjekt om sikrere legemiddelbruk i helsetjenesten. Her vil vi sette fokus på regelverk, beskrive og analysere faglige, organisatoriske og økonomiske problemer samt utvikle

## 8. Styrking av psykiatrien

Mennesker med psykiske lidelser utgjør en av de største pasientgruppene i Norge. Det er politisk og faglig enighet om at psykiatrien trenger et løft. Tilbudet må utvides, kapasiteten må økes og kompetansen blant helsepersonell må heves.

### Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006

I 1998 vedtok Stortinget en opptrappingsplan for psykisk helse (St.prp nr. 63 (1997-98)). Planen tar sikte på en styrking av alle ledd i behandlingsskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. Det legges til rette for økt statlig styring gjennom bruk av øremerkede tilskudd, og det stilles krav om godkjente kommunale og fylkeskommunale planer før øremerkede midler kommer til utbetaling.

Helsetilsynet og fylkeslegene har fått en rekke oppgaver i forbindelse med gjennomføringen av opptrappingsplanen. Helsetilsynet gir råd til departementet når det gjelder å utvikle planer for utvidelse av tilbudene innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i alle fylker. Våre råd ligger til grunn for departementets godkjenning av planer og tildeling av tilskudd til utbygging og omstrukturering. Departementet og Helsetilsynet har i løpet av høsten 1998 og våren 1999 besøkt samtlige av landets fylker og gjennomgått status for utbyggingsplanene.

Etaten har fra 1998 fått bevilget midler til 4-års engasjementer for rådgivere ved fylkeslegekontorene. Gjennom denne bevilgningen er det lagt opp til en intensivt rådgivning fra fylkeslegene til kommunene i forbindelse med planlegging, organisering og gjennomføring av tiltak for personer med psykiske lidelser, samt erfaringsutveksling og kompetanseutvikling.



Tilbakemeldinger viser at styrkingen av fylkeslegekontorene allerede har hatt positiv innvirkning bl.a. på planlegging og organisering av arbeidet i kommunene.

En gjennomgang av fylkeslegenes årsrapporter for 1998 viser at så å si alle kommuner har levert planer. En del av fylkeslegene bemerker at planene er av varierende kvalitet og påpeker mangler knyttet til forebyggende tiltak for barn og unge.

Helsetilsynet er i ferd med å gjennomføre betydelige utredningsoppgaver som en del av opptrappingsplanen. Dette arbeidet startet i 1998 og skal avsluttes i 1999. Det vil danne grunnlaget for de råd Helsetilsynet skal gi Sosial- og helsedepartementet og helsetjenesten når det gjelder:

- Organisering og arbeidsoppgaver for distrikt psykiatriske sentre
- Kommunale boformer for mennesker med psykiske lidelser
- Ressursbruk, organisering og målgrupper for de psykiatriske ungdomsteam
- Kartlegging av omfanget av personer med alvorlige psykiske lidelser som samtidig er rusmiddelbrukere





- Psykiatriske tilbud til døve
- Gjennomgang og evaluering av aktuelle spesialist- og videreutdanninger
- Kvalitetsutvikling ved psykiatriske enheter
- Psykiatriske tjenester til psykisk utviklingshemmede
- Evaluering av arbeidsformer ved psykiatriske poliklinikker
- Plan for behandlingstiltak for personer med spiseforstyrrelser

Helsetilsynet forvalter en rekke tilskuddsordninger som skal bidra til å styrke tilbudene om etter- og videreutdanning for personell i kommunene og psykisk helsevern. Det er særskilte tiltak for å rekruttere psykiatere, og tilskudd til etter- og videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri. Dette gjøres for å stimulere til utdanning av spesialister til de delene av landet der mangelen på disse faggrupper er størst. Videre gis det tilskudd til utdanningsinstitusjoner som driver etter- og videreutdanning innen psykiatri.

Etaten forvalter en egen tilskuddsordning til kommunene for at høyskoleutdannet personell kan ta tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, samt ulike tilskudd til tverrfaglige etterutdanninger for ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Disse tverrfaglige etterutdanningstilbud er særlig knyttet til schi-

zofreni, spiseforstyrrelser og barn med psykisk syke foreldre. Tilbudene har også til hensikt å bidra til økt samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

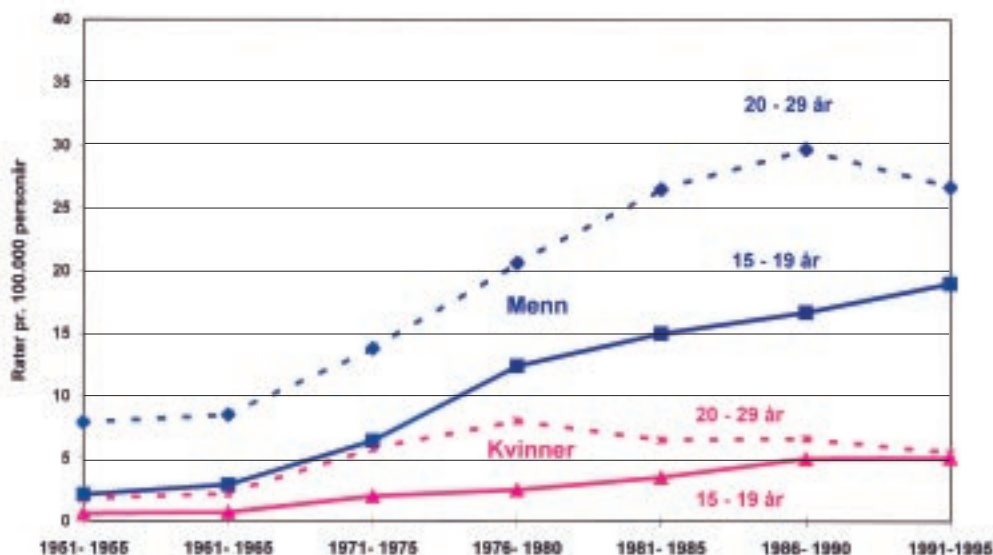
### Selv mord

På bakgrunn av økende selvmordshyppighet i Norge siden 1960-årene ble det etablert en statlig handlingsplan mot selvmord som skulle gjelde i perioden 1994 til 1998. Senere er den forlenget ut 1999.

Antallet dødsfall forårsaket av selvmord har gått ned fra 1990 til 1995, men selvmord og selvmordsforsøk er fortsatt et omfattende helseproblem. I 1995 ble det registrert 548 dødsfall på grunn av selvmord (SSB 1998), men dersom mørketall inkluderes vil et konservativt anslag innebære at det skjer mellom 600 og 700 selvmord per år i Norge. Det er lavere forekomst av selvmord blant kvinner enn blant menn. En antar videre at 6000 til 8000 innleggelser i sykehus per år skyldes selvmordsforsøk. Siste tilgjengelige statistikk fra Statistisk sentralbyrå er fra 1995, og det er derfor vanskelig å følge handlingsplanens effekt på selvmordstallene.

Handlingsplanen har primært hatt et sekundærforebyggende formål, med vekt på å nå mennesker med særlig høy risiko for selvmord.

Fig. 8-1 Dødlighet av selvmord for to utvalgte aldersgrupper





Gjennom hele planperioden har det vært et klart fokus på kompetanse og nettverksbygging. Opplæring av grupper i helse- og sosialsektoren, politi, prester og lærere har vært prioritert. Det er utviklet undervisningsmateriell, og den første norske læreboken i selvmordsforebygging ble utgitt i januar 1999. (Mehlum 1999).

Det er etablert regionale ressursmiljøer ved Universitetet i Bergen, Norges teknisk naturvitenskapelige Universitet i Trondheim og ved Åsgård sykehus i Tromsø. I tillegg er det etablert et nasjonalt kompetansesenter ved Universitetet i Oslo. Denne koblingen av kompetanse har ført til ny, relevant forskning, og et økt samarbeid mellom enkeltforskere og forskningsmiljø. De regionale ressursmiljøer har oppgaver knyttet til oppbygging av faglige nettverk, veiledning og koordinering av selvmordsforebyggende tiltak i helseregionene. Helsetilsynet har anbefalt at organiseringen av et nasjonalt kompetansesenter og tre regionale ressursmiljøer videreføres i en treårsperiode etter 1998. Helsetilsynet tilrår dessuten at det også etter denne treårsperioden opprettholdes et styrket nasjonalt kompetansesenter.

Oppfølging av personer som har forsøkt å ta sitt eget liv krever en tverrfaglig tilnærming på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Med utgangspunkt i pasienter innlagt ved somatiske sykehus, er det utarbeidet modeller for hvordan slik oppfølging skal skje. Målet har blant annet vært at alle sykehus skal ha etablert systematiske oppfølgingsrutiner etter et selvmordsforsøk. Når handlingsplanen nå avsluttes er det fortsatt mange lokalsykehus som ikke har etablert slike rutiner.

Helsetilsynet er bekymret over oppfølgingen av personer med alvorlige kroniske psykiske lidelser. Arbeidet med å utvikle modeller for oppfølging har vist at man ikke når denne gruppen godt nok i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det er viktig at både primær- og spesialisthelsetjenesten prioriterer å følge opp denne gruppen.



Det har i løpet av de siste 25 år vært en sterk økning i selvmordsraten blant unge menn (figur 8-1). For aldersgruppen 15 – 19 år er raten i 1991 – 95 tre ganger høyere enn i 1971 – 75, og i gruppen 20 – 24 år er raten doblet i samme periode. Mens det har vært reduksjon i selvmordstall i alle aldersgrupper i siste registrerte 5-årsperiode var det en økning på 14% for menn i alderen 15 – 19 år. (SSB 1998). Det er etter hvert omfattende dokumentasjon på at mange ungdommer strever med mentale/psykiske problemer. I forbindelse med videreføring av handlingsplanen har Helsetilsynet foreslått overfor departementet at det nedsettes en bredt sammensatt arbeidsgruppe, som på grunnlag av nyere forskning kommer med forslag til generelle helsefremmende tiltak overfor barn og unge.

En nylig publisert rapport om homofile og les-



biskes levekår avdekket en høy forekomst av selvmordsforsøk blant homofile og lesbiske (Hegna et al. 1999). Helsetilsynet ser med uro på tallene som må tas på alvor i det videre selvmordsforebyggende arbeid i Norge.

### **Voldshandlinger begått av sinnslidende**

I tilsynsmeldingen for 1997 ble denne problemstillingen omtalt. Også i 1998 har det vært en sentral problemstilling for Helsetilsynet. Med utgangspunkt i den rettsmedisinske kommisjons arkiv, gjennomgikk overlege Randi Rosenqvist, på oppdrag fra Helsetilsynet, alle drap begått av sinnslidende i årene 1994, 1995 og 1996. Materialet inkluderte 26 saker. Siktelsen i de 26 sakene omhandler drap eller drapsforsøk på i alt 33 personer.

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i mars 1998 et offentlig utvalg som skulle vurdere om det har forekommet tilfeller av systemsvikt i helsevesenet, sosialtjenesten, kriminalomsorgen eller andre deler av offentlig tjenesteyting forut for disse alvorlige voldshandlingene. Utvalget konkluderte med at gjerningsmennene var en heterogen gruppe uten åpenbare kliniske fellestrekk. Utvalget fant ingen sikre holdepunkter for systemsvikt i psykiatrien når det gjaldt de inneliggende pasientene og pasienter som var i frivillig poliklinisk behandling på gjerningstidspunktet. Utvalget påpekte imidlertid svikt knyttet til to av pasientene som var i ettervern og til flere tidligere pasienter der pårørende hadde reagert, men hadde blitt avvist av behandlingsapparatet.

Helsetilsynet ga sine vurderinger og anbefalinger til innstillingens forslag til tiltak til Sosial- og helsedepartementet 15. februar 1999. Oppfølging av tiltakene vil skje i samar-

beid med Helsetilsynet.

Det er viktig å presisere at det dreier seg om et lite antall psykiatriske pasienter som begår drap eller alvorlige voldshandlinger. Det er flere pasienter med psykiske lidelser som begår selvmord enn de som begår drap.

Helsetilsynet har i sine vurderinger og forslag ikke anbefalt opprettelse av en permanent kommisjon som skal tre i kraft hver gang en pasient under psykisk helsevern har begått drap. En helhetlig vurdering og erfaringer gjort bl.a. i England tilsier at helt andre virkemidler må tas i bruk for at man skal kunne forhindre at pasienter under psykisk helsevern begår drap. Fylkeslegene bør også i disse sakene føre tilsyn for å vurdere om det har forekommet svikt i helsetjenesten.

En liberal tilgang til skytevåpen betyr også lettere tilgang for personer i psykisk ubalanse. Tilsvarende vil en lovgivning som i større grad regulerer hvem som skal kunne ha våpentillatelse, bidra til å redusere antall saker med tragisk utfall.

Vurdering av farlighet må gjelde de psykiatriske pasientene som legges inn med farlighet som kriterium, eller hvor farlighet er et av tilleggskriteriene som sykehuset vurderer og dokumenterer ved innleggelsen. Det er imidlertid grunn til å presisere at den brede, generelle satsingen på å ruste opp tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser som nå er påbegynt, er et viktig virkemiddel for å sikre denne gruppen pasienter en god behandling og omsorg.

## 9. Drift av sykehusene

De senere årene har det vært rettet særlig oppmerksomhet mot situasjonen i de større sykehusene. Det har vært fokusert på kapasitet og kvalitet i tilbudet, spørsmål om forsvarlig drift og behandling, utstyrsangel og nedslitt utstyr, personellmangel og andre ressursbehov.

### Korridorpasienter

Statens helsetilsyn gjennomførte sommeren 1998 en kartlegging av belastningen ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger. Totalt fikk 64 sykehus tilsendt skjema, og 61 svarte og var med i undersøkelsen. Som indikatorer på belastningen ble beleggprosent og antall korridorpasienter kartlagt. Undersøkelsen viste at:

- Korridorpasienter forekommer regelmessig eller ofte ved nærmere 80% av de indremedisinske og ved 60% av de kirurgiske- / ortopediske avdelingene.
- Belastningen er høyest ved de store sykehusene.
- Korridorpasienter synes å være regelen og ikke unntaket.

Figur 9-1 viser antall indremedisinske avdelinger som har rapportert forekomst av korridorpasienter i løpet av siste år. Fire av fem region-sykehus og ni av 12 sentralsykehus oppgir at de regelmessig har korridorpasienter.

Overbelegg ved sykehusene synes å være et vedvarende problem. Fylkeslegenes generelle rapport for 1998 viser at situasjonen ikke er bedret. Det rapporteres fremdeles fra noen fylker at mangel på sykehjemsplasser fører til at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus.

I perioden 1992 til 1997 har antall øyeblikkelig hjelp-opphold ved landets sykehus økt med 10,7% (Kalseth og Magnussen 1998). En stor



del av økningen kan tilskrives økt antall innleggelser hos pasienter på 80 år og over, idet denne aldersgruppen øker i befolkningen.

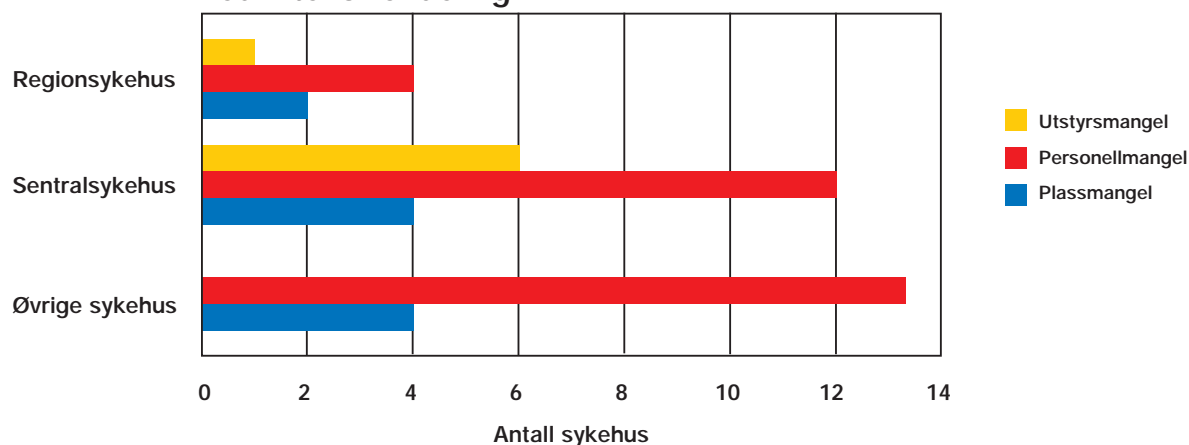
### Kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene

Intensivavdelingene tar hånd om pasienter med svikt eller truende svikt av vitale organsystemer. Avdelingene har en sentral funksjon i sykehusene for å kunne gi nødvendig tilbud til de alvorligst syke pasientene, samt ved oppfølging og behandling av pasienter i den kritiske fasen rett etter større operasjoner.

Høsten 1998 gjennomførte Helsetilsynet kartlegging av kapasitets- og driftsforholdene ved intensivavdelingene. Skjema ble sendt til alle sykehus, med egen felles intensivenhet eller avdeling som har kirurgiske pasienter og som driver respiratorbehandling. Dette utgjorde 31 sykehus, og av disse var det 30 som besvarte henvendelsen. Undersøkelsene viste at alle sykehusene hadde hatt kapasitetsproblemer ved intensivavdelingen i løpet av det siste året. Problemene var størst ved de store sykehusene. De viktigste konsekvensene av overbelegg og kapasitetsmangel er:



Fig. 9-2 Årsaker til kapasitetsproblemer ved intensivavdeling



- redusert operasjonskapasitet med strykning eller utsettelse av planlagte operasjoner
- overflytting til sengepost tidligere enn planlagt
- behov for overflytting til andre sykehus
- negative følger for arbeidsmiljøet
- negative følger for kvalitet i behandlingstilbudet.

Undersøkelsen viste at plassmangel i form av intensivsengeplasser og mangel på utstyr er en årsaksfaktor ved en del sykehus, men ikke et hovedproblem på landsbasis.

Personellmangel (sykepleiermangel) var den dominerende og viktigste årsaken til kapasitetsproblemer ved intensivavdelinger (figur 9-2). Mange sykehus mangler en grunnstamme av erfarne og kompetente sykepleiere ved intensivavdelingene. Ved 7 sykehus hadde mer enn 20% av stillingene for sykepleiere vært vakante i lengre tid enn 4 måneder. Ved 3 sykehus var minst 40% av hjemlene vakante. Meldinger fra fylkeslegene viser at det har vært spesielt vanskelig å rekruttere spesialiserte sykepleiere i 1998.

### Kreftbehandling

Til tross for en vesentlig økning av strålebehandlingskapasiteten, er det fortsatt utilstrekkelig tilbud om strålebehandling. Antall krefttilfeller øker, og strålebehandling er blitt mer avansert og ressurskrevende. Dette medfører fortsatt lang ventetid både på kurativ og lindrende strålebehandling ved minst to av de fem regionsykehusene.

Kapasiteten er nå i ferd med å øke som ledd i oppfølging av Nasjonal kreftplan (NOU

1997:20). Imidlertid tar slik opptrapping tid både i forhold til utstyrsanskaffelser, rekruttering av personell og kompetanseoppbygging mv.

Media hadde i 1998 større oppslag om lange ventetider for kreftbehandling. Datagrunnlaget for disse oppslagene gir ikke et godt nok bilde av kreftpasientenes reelle situasjon. Datakvaliteten er dels mangelfull, og skillene mellom vente-, utrednings- og behandlingsfasen kommer ikke klart fram. Den totale ventetiden fra første henvisning til iverksatt behandling er likevel uønsket lang i mange tilfelle, og enkelte sykehus peker seg negativt ut.

Det er flaskehals for kreftbehandling ved enkelte sykehus. Dette gjelder ventetid for røntgenundersøkelser, patologiprøvesvar (undersøkelse av celler og vevsprøver) samt operativ behandling. Kreftpasienter prioriteres høyt, men må likevel konkurrere om plass med øyeblikkelighjelp-pasienter.

Når det gjelder organisering av kreftbehandling, er det gode erfaringer med brystpoliklinikker for utredning av eller ved mistanke om brystkreft. Enhetene er basert på tverrfaglig samarbeid med standardiserte prosedyrer. Helsetilsynet har anbefalt at undersøkelse og behandling ved brystkreft organiseres i slike enheter. Brystpoliklinikker kan være en modell for organisering av kreftbehandlingen på andre områder. Årets Det nytter pris ble tildelt Sentralsjukehuset i Rogaland for Brystpoliklinikken. "Et tilbud om rask og sikker diagnose for kvinner med "kul" i brystet" som det står i pressemeldingen.

Det bør vurderes i større grad enn hittil å organisere kreftutredning som planlagt (elektiv) virksomhet for eksempel i egne poliklinikker. Dette gjelder også operativ behandling utskilt fra, og uavhengig av, øyeblikkelighjelp-virksomhet.

### Ventelistesituasjonen

Fylkeslegene gjennomførte i 1998 tilsyn med ventetidsgarantien og undersøkte hvordan fylkeskommunen praktiserte og etterlevde ventetidsgarantien av 27. juni 1997. Tilsynet omfattet særlig §§ 7 og 8 i Forskrift om ventetidsgaranti, om vurderingsgaranti og behandlingsgaranti.

Det har vært en betydelig nedgang i antall garantibrudd i løpet av det siste året. Ved siste årsskifte var det likevel i alt omkring 7 000 garantibrudd, hvorav vel 1 200 etter "gammel ordning". Fra 1. juli 97 ble den gamle 6 månedersgarantien erstattet av en ny 3 måneders-behandlingsgaranti for de aller sykeste pasientene. Fortsatt er det store forskjeller mellom fylkene med hensyn til garantitildeling, og kriteriene for tildeling av behandlingsgaranti oppfattes og praktiseres ulikt.

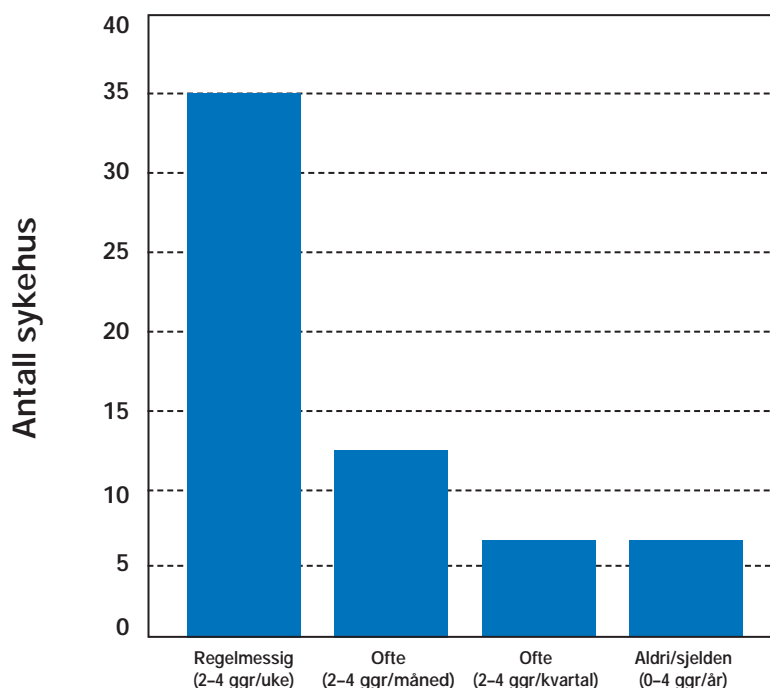
Det er gjennomgående betydelige mangler ved de tilbakemeldingene som sykehusene gir til henvisende leger. Meldingene gis for sent og inneholder ikke de opplysningene som forskriften forutsetter.

I henhold til rapportene fra Norsk pasientregister (NPR) er det garantibrudd i samtlige fylker. Ikke i noe fylke er det godtgjort at det er etablert system for å sikre behandling annet sted i landet innen tre måneder til pasienter som risikerer eller opplever brudd på behandlingsgarantien.

Fylkeslegene følger nå opp at de avvikene fra forskriftens krav som ble avdekket gjennom tilsynet i 1998, faktisk blir korrigert.

I noen helseregioner er det innført en prøveordning med fritt sykehusvalg. Fylkeslegene rapporterer om svært varierende praksis når det gjelder informasjon om denne ordningen til pasienter og helsepersonell. Mye tyder på at ordningen er dårlig kjent og at få benytter seg av muligheten til å få behandling på et annet sykehus. Dette er ikke bare et tilbud til pasientene, men ordningen bør også brukes aktivt for å

Fig- 9-1 Forekomster av korridorpasienter ved indremedisinske avdelinger  
Opplysninger for 1997/98 fra 59 sykehus





utjevne belastningen mellom sykehusene.

### **Vurdering av situasjonen ved norske sykehus**

Undersøkelser har vist at pasientene ved norske sykehus stort sett har gode erfaringer fra opphold i sykehus, men at mange spesielt ønsket seg bedre informasjon og organisering (Pettersen 1998). Det er grunn til å presisere at et ensidig fokus på negative forhold kan skape et uriktig bilde av norske sykehus, som i det store og hele gir god behandling og pleie.

Det er imidlertid grunn til å rette oppmerksomheten mot kapasitetsproblemer ved sykehusene. Konstant korridorbelegg, manglende personellressurser på intensivavdelingene og lange ventetider for å få behandling generelt og strålebehandling spesielt, er tegn på at mange sykehus ikke klarer å betjene befolkningen godt nok. Dette kan skyldes manglende ressurser så vel som manglende organisering eller styring av de ressurser man har til rådighet.

Med unntak av de tilfeller der det er gitt påbud/varsel om påbud, har ikke Helsetilsynet

grunnlag for å konkludere med at drift og behandling er uforsvarlig ved sykehusene generelt. Det er imidlertid grunn til å anta at den pressede situasjonen ved flere sykehus kan påvirke kvaliteten i pasientbehandlingen negativt, ved at den gjør det vanskelig å gjennomføre en behandling som er i samsvar med god praksis.

Ansvar for driften av sykehusene ligger, med unntak for de statlige sykehusene, i fylkeskommunen. Det endelige ansvaret for å rette opp forhold som kan få uheldige konsekvenser for pasientene, ligger også her.

Fylkeslegene vil i 1999 følge opp ved å be sykehuseierne om en vurdering av situasjonen ved eget/egne sykehus og be om en tidsplan for iverksetting av tiltak som skal rette opp uheldige forhold. Helsetilsynet gjennomfører også en ny undersøkelse for å kartlegge situasjonen i forhold til overbelegg ved somatiske sykehus i 1999. Her skal også andre forhold som har betydning for kvaliteten i behandlingen av pasienter vurderes nærmere.



# 10. Norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv

WHO-rapporten fra 1998 om helsetilstanden i verden og prognoser for det 21. århundre viser mange positive trekk (WHO 1998).

Gjennomsnittlig for hele verden har forventet levealder ved fødsel økt fra 48 år i 1955 til 65 år i 1995. Omfattende vaksinasjonsprogrammer og bedre vann- og sanitærforhold i mange land har medvirket til en halvering av dødsfall hos barn under 5 år i samme tidsperiode.

Fortsatt er det imidlertid stor forskjell i helse mellom rike og fattige land, og i enkelte deler av verden har disse forskjellene økt.

Sykdomsbildet som dominerer i fattige deler av verden, minner om situasjonen i Norge for ca. 100 år siden. Mødre dødeligheten er fortsatt høy i mange fattige land. Nesten halvparten av alle dødsfall skyldes infeksjons- og parasittsykdommer. Bakteriell lungebetennelse er den viktigste dødsårsaken blant barn i verden, selv om det er en sykdom som kan behandles med antibiotika. Andre dominerende infeksjonssykdommer er tuberkulose, diaré, malaria og hiv/aids. Den sterke økningen av hiv/aids i Afrika sør for Sahara har faktisk ført til en nedgang i forventet gjennstående levealder her.

Fortsatt er det mange hundre millioner som har opplevd liten eller ingen forbedring i helsetilstanden de senere år og lever i stor fattigdom, ofte med urent drikkevann, lite og dårlig mat og trange og dårlige boliger. Alt dette disponerer for sykdommer, og de som har de største sykdomsbelastningene, er de samme menneskene som står i fare for ikke å få nødvendig helsehjelp når de er blitt syke. Årsaken er ofte at helsetjenestene er vanskelig tilgjengelige, eller er så kostbare at de som trenger dem mest, ikke har råd.

Norge er et av de rikeste land i verden og har en godt utbyggt helsetjeneste som når de fleste.



Dette er ofte vanskelig å tro når man leser store avisoppslag om lange ventelister, for liten strålekapasitet for kreftpasienter, korridorpasienter på sykehus, manglende legedekning i utkantstrøk osv. Men også i Norge finnes det til dels store forskjeller i helsetilstand mellom ulike sosioøkonomiske grupper, målt med utgangspunkt i utdanningsbakgrunn eller inntekt (Rognerud og Stensvold 1998). Arbeidet for å redusere sosiale forskjeller vil være et av de mest effektive virkemidlene for å bedre folkehelsen både i vårt land og i resten av verden.

I internasjonalt samarbeid om helse står Verdens helseorganisasjon sentralt.

Helsedirektør Anne Alvik representerer Norge i styret i perioden 1997-2000, og båndene til organisasjonen har blitt enda tettere etter at Gro Harlem Brundtland ble generaldirektør i 1998. Helsetilsynet er faglig rådgiver for Utenriksdepartementet og NORAD, blant annet når det gjelder bruk av bistandsmidler. Også her er økt solidaritet og rettferdighet viktige mål. WHO har intensivert arbeidet med å gi medlemslandene råd om hvordan helsetjenesten kan organiseres for at den skal fungere på en mer rettferdig måte og nå ut til de som trenger den mest. Norge støtter dette arbeidet fullt ut, et arbeid hvor vi både har noe å lære bort og hvor vi har noe å lære av andre.



# Referanser

Anonymous, 1995. Room for improvement in UK radiology services. *Clinica*, 638,1-2. Bakke KA, 1998. Legemiddelhåndtering. Feil på feil. *Tidsskriftet Sykepleien*, 86(15),8-12.

Collins R, Peto R, MacMahon S et al, 1990. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 335(8693),827-38.

Dahle R, 1995. Forskning i forebyggende helsearbeid: et kritisk bilde. Tromsø: Høgskolen i Tromsø. Avdeling for helsefag. (Skriftserie, 1995,1)

Dybwad TB, Sundene G, Eskerud J, Hjortdal P, Matheson I, 1994. Tilsyn med B-preparatforordningen. En registreringsundersøkelse av B-preparater i Oslo og Akershus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 114(27), 3207-10.

Elstad JI, 1993. Konfliktfylte møter. Om uoverensstemmelser i konsultasjoner mellom kvinnelige pasienter og leger. Paper, den 17. Nordiske sosiologkongressen, Gävle 13.-15. august 1993.

Grunseit A og Kippax S, 1993. Effect of Sex Education on young Peoples Sexual Behaviour. Geneva: World Health Organization.

Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L et al, 1999. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention project (CAPPP) randomised trial. *Lancet*, 353(9153),611-6.

Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al, 1998. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet*, 351(9118),1755-62.

Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA -Rapport 1/1999. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Kalseth B, Magnussen J, 1998. SAMDATA sykehus: Sykehussektoren på 90-tallet. NIS-rapport 1/98. Trondheim: SINTEF NIS/Kommuneforlaget.

Legemiddelindustriforeningen, 1997. Legemidler og helsevesen. Tall og fakta 1997. Oslo: Legemiddelindustriforeningen.

Lillestø B, 1999. Kvinner med funksjonshemming - helsetilstand og helsetjenestebruk. Nordlandsforskning, rapport under arbeid

Mehlum L (red.), 1999. Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Middelthun AL, 1995. Seksuell debut blant unge homoseksuelle menn. Oslo: Universitetet i Oslo. Seksjon for medisinsk antropologi.

MSIS-rapport (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) 1998 og 1999. Statens institutt for folkehelse. URL: [www.doktoronline.no/medweb/artikler/msishovedside.html](http://www.doktoronline.no/medweb/artikler/msishovedside.html)

Nilsen ST, Fredriksen T, Iversen O-E, Moen MH, 1998. Norske gynekologers holdninger til og praksis ved hormonsubstitusjonsbehandling i klimakteriet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118(19),2940-4

Norsk Medisinaldepot, 1999. Legemiddelforbruket i Norge 1994-1998. Oslo: NMD.

NOU 1999:13 Kvinner helse i Norge

NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan.

Nylenna M, 1999. Måtehold – en dyd av nødvendighet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119(8),1154-7.

Olerud HM, 1999. Røntgenundersøkelser i Norge - optimalisert strålebruk og strålevern. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119(9),1322-5.

Ot prp nr 13 (1988-99). Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).

Otterstad HK, Sundene G, 1996. Forskrivning av diazepam 5 mg tablett i Vestfold i 1989 og 1995. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 116(11),

Pettersen KI, 1998. Pasienterfaringer ved norske sykehus: resultater fra en tverrsnittsundersøkelse ved 14 sykehus høsten 1996. HELTEF

rapport 2/98. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning.

Prieur A, 1995. Kvinner som prostituerer seg, injiserende misbrukere og menn som har sex med menn. I: Hiv/aids-forebyggende arbeid i Norge : en evaluering. Del 2. Oslo: Norges forskningsråd.

Rognerud M, Stensvold I (red.), 1998. Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo: Ullevål sykehus - Oslo kommune.

Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1998. Rusmidler i Norge 1998. Narkotika og narkotika-bruk. Oslo: Rusmiddeldirektoratet og SIFA.

Sosial- og helsedepartementet, 1999. Redegjørelse. Om folkehelsen. I vedlegg: Faktarapporten fra Statens institutt for folkehelse. Kap.4.1.1, s.52-5.

Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

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

St prp nr 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse.

Statens institutt for folkehelse, 1993. Rapport fra Seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992. Oslo: Statens institutt for folkehelse.

Statistisk sentralbyrå, 1998. Dødsårsaker 1995, SSB, Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå, 1999. Helseundersøkelsen 1995. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå, 1999. Stabile aborttall. Ukens statistikk nr.16.

Træen B, 1998. Seksuallivet i Oslo 1997. Oslo: Statens institutt for folkehelse

United Nations. International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 september 1994. Population and Development. Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.

Vabø M, 1998. Kvinners møte med helsetjenesten. En kunnskapsoversikt. NOVA-rapport, 26/1998. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

World Health Organization, 1998. The World Health Report. Life in the 21st century. A vision for all. Genève: WHO

World Health Organization, 1999. 1999 Guidelines for Management of Hypertension. J Hypertens,17,151-83. URL: <http://www.who.int/ncd/cvd/HT-Guide.html>

## Fotografier:

Forside: Cypress as

Side 11 og side 30: Scanpix

Øvrige: NPS billedbyrå

Tilsynsmeldingen presenterer resultater og vurderinger av sentrale oppgaver Statens helsetilsyn og fylkeslegene har arbeidet med i 1998 og 1999.

Sykdomsbegrepet er ikke entydig - det er avhengig av den rådende medisinske kunnskap og påvirkes av kulturelle og sosiale strømninger. Nye muligheter for testing og prøvetaking kan påvise sykdom på et tidlig tidspunkt. Friske mennesker kan få avdekket risiko for mulig sykdom i framtiden. Risikerer moderne medisin å sykliggjøre friske mennesker? Skaper dette nye helsetjenester og økt kamp om ressursene? Hva er positivt og hva er negativt ved denne utviklingen?

Kvalitet i helsetjenesten og erfaringer som høstes gjennom tilsynsvirksomhet er viktige temaer for tilsynsmyndigheten. Kravene til hva som er god praksis endrer seg raskere enn før. Gode kvalitetssystemer i helsetjenesten må inneholde rutiner som sikrer at helsetjenesten er faglig oppdatert og at ny kunnskap omsettes til praksis.

Gir helsetjenesten et likeverdig tilbud til kvinner og menn? Er det forskjeller i forskrivning og bruk av medikamenter i ulike deler av landet? Klarer vi å forebygge både uønskede svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer? Dette er viktige spørsmål som belyses i årets tilsynsmelding.

Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse gir store utfordringer for helsetjenestene i årene som kommer. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ble satt på dagsorden i tilsynsvirksomheten i 1998. Disse saksområdene følges opp av tilsynsmyndigheten, og Helsetilsynet gjennomfører betydelige utredningsoppgaver bl.a. som del av opptrappingsplanen i psykiatri.

Særlig oppmerksomhet er rettet mot kapasitet og kvalitet i tilbudene ved somatiske sykehus, spørsmål om forsvarlig drift og behandling, samt utstys- og personellmangel.



Statens helsetilsyn

Calmeyersgt. 1

Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo

Tlf.: 22 24 88 88

Faks: 22 24 95 90

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

Tilsyn og rådgivning  
for  
trygg helsetjeneste