

Tilsynsmelding 2001



Innhold

- 3 Leder
- 5 Felles tilsyn – forbedring over tid
- 6 Felles tilsyn med helsetjenestetilbudet til eldre i Buskerud
- 8 Felles tilsyn med helsetjenesten i fengsler
- 10 Felles tilsyn med helsetjenester til aldersdemente
- 11 Felles tilsyn med regionsykehusene
- 12 Ambulansesaken i Finnmark
- 13 Spesialisthelsetjenestens plikt til veiledning
- 14 Ny beredskapslov
- 16 Rus og bakrus – stimuli og stigma
- 22 Rusmisbruk blant helsepersonell
- 24 Seksuelle overgrep
- 25 Kan helsetjenester sponses?
- 28 Folkehelse, ulikhet og fattigdom
- 34 Risikobasert tilsyn innføres i petroleumsvirksomheten
- 35 Ny abortforskrift
- 36 Helse på internett
- 37 Tannhelsen i fare hos små barn og hos de eldre
- 38 Obduksjoner – fasit, etikk, tabu
- 39 Pasientbroen som kunne blitt smittebro

Forord

Det er en glede å kunne presentere denne rapporten som er resultatet av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Denne rapporten er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet og tilsynsmyndighetene i Norge.

Definisjoner

For å lette lesningen velger vi å liste opp definisjonene av noen viktige begreper i tilsynssammenheng:

Internkontroll: Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen.

Systemrevisjon: Systematisk undersøkelse for å fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

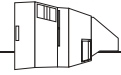
Verifikasjon: Undersøkelse, kontroll, stikkprøve el.l. av at internkontrollen fungerer i praksis og at aktivitetene er i samsvar med myndighetenes krav.

Observasjon: En konstatering av fakta i løpet av en revisjon. Fakta bygger på dokumentgjennomgang, intervju og/eller verifikasjon.

For at en observasjon skal kunne benyttes som begrunnelse for avvik, bør observasjonen bygge på minst to kilder.

Avvik: Mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Merknad: Et forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.



Kjære leser!

Helsetilsynets Tilsynsmelding har denne gang fornyet seg, både når det gjelder innhold og utforming. Tilsynsmeldingen er kanskje det aller viktigste enkeltokumentet Statens helsetilsyn utgir. Vi vil benytte denne anledningen til å orientere om verdenen om saker som på en eller annen måte er sentrale for vår virksomhet. Nytt av året er at vi har invitert eksterne forfattere til å si noe om et emne de brenner for og arbeider med, og som vi synes er viktig å få belyst, uavhengig av om vi kan si oss enig i forfatterens vurderinger eller ei.

Fattigdom og helse

"Fattigdom er verdens dødeligste sykdom", spissformulerte Verdens helseorganisasjon, WHO, i 1995. Fattigdom har i den senere tid også vært en del av vår offentlige innenriksdebatt. Vi har derfor bedt Steinar Krokstad og Steinar Westin i kronikkform debattere sammenhengen mellom fattigdom og helse. Deres utgangspunkt er vanskeligst mulig; vi mangler gode nok data om helseforholdenes og sykdommenes sosiale lagdeling. Men ut fra tilgjengelig viten redegjør de to for at sosioøkonomiske forhold også i vårt land kan ligge til grunn for de helsemessige problemer mange pådrar seg. Forfatterne utfordrer oss også på at en sosial ulikhetsdimensjon må være med i regnskapet når helsetjenestens kvalitet skal vurderes, og at politiske veivalg og endringer i samfunnsstrukturer kan hindre økende helseforskjeller.

Rus og moralisme

Kari Lossius peker på interessante trekk ved rus som samfunnsfenomen, og spesielt på de

konsekvenser rus har for kvinner og barn. Hun stiller også spørsmål ved om vår moralisme er en hindring for å prøve utradisjonelle tiltak i kampen mot rusmidler. Helsetilsynet har nettopp tvilt seg fram til et "ja" til sprøyterom. Våre standpunkter overfor utsatte grupper har ofte vekket debatt med moralistiske overtoner. Selv mener vi at vi har lange tradisjoner fra Karl Evang, via Torbjørn Mork og til Anne Alvik for nettopp å ivareta utsatte gruppers behov uten hensyn til hva andre mener er "passende". Vår innsats mot hiv/aids er et eksempel på dette.

Bærumssaken

Påtalemyndighetens vurdering av den såkalte Bærumssaken har vært avgrenset til en vurdering opp mot bestemmelsene om medlidenhetsdrap i straffeloven. Gjennom Riksadvokatens beslutning 18. desember 2001 ble påtalemyndighetens henleggelse av straffesaken endelig. Straffesaken var forøvrig strafferettslig foreldet i forhold til legelovens bestemmelser. Spørsmål om foreldelse er derimot ikke aktuelt i tilsynssammenheng. Tilsynssaken som ble stilt i bero i påvente av den påtalemessige behandlingen, er nå inne i den avsluttende behandlingen. Derfor kan jeg ikke komme nærmere inn på vår vurdering av denne saken her. Bærumssaken har resultert i at det er nedfelt krav og anbefalinger for gjennomføring av lindrende sedering til døende. Den 6. juli 2000 orienterte Helsetilsynet sykehusene om de prinsippene som ble lagt til grunn ved vurderingen av saken. Et bredt sammensatt utvalg har senere utarbeidet retningslinjer for lindrende sedering til døende (Rådet for legeetikk, Den norske lægeförening, 2001). Her legges det til grunn

at det med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindrelidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.

Å si fra

Helsepersonell kan i tillegg til pasienter og pårørende være de første til å legge merke til at noe er galt jfr. Bristol-saken som er i ferd med å bli det klassiske eksemplet på behovet for åpen kommunikasjon om faglige spørsmål i helsetjenesten. Bristol-saken dreide seg om at det ikke ble slått alarm ved ett sykehus der dødeligheten i forbindelse med barnehjertekirurgi var unormalt høy.

I utgangspunktet skal tjenestevei alltid benyttes. Men noen få vil i sin yrkeskarriere kunne stå overfor en situasjon der kritikken ikke blir besvart eller fulgt opp. For dem er det viktig å merke seg bestemmelsen i helsepersonellovens § 17 om at helsepersonell på eget initiativ skal gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Dette er en plikt som hviler på den enkelte. Når den enkelte ser seg nødt til å måtte varsle tilsynsmyndigheten etter å ha forsøkt å nå fram gjennom overordnede, er dette siste utvei. Erfaringene viser at dette kan medføre risiko for tap av faglig og sosial anseelse.

Etter min vurdering er det vesentlig at alle som er ansvarlig for ytelse av helsetjenester bygger opp systemer og interne kulturer som sikrer åpenhet om spørsmål av betydning for sikkerhet og kvalitet på tjenestene. Statens overtakelse av driftsansvaret for spesialisthelsetjenesten gjennom de nye regionale helseforetakene vil stille oss overfor nye utfordringer.

Noen av foretakene har varslet at det ikke vil være rom for at ansatt helsepersonell offentlig skal kunne kritisere forhold ved sin egen arbeidsplass som de finner faglig ufor-svarlige. Det finnes eksempler på at helsepersonell har skjøvet pasientene foran seg for å oppnå fordeler for seg selv og andre kolleger. Dette er selvsagt beklagelig. Men det er min vurdering at det er verre å havne i den annen ytterlighet, en situasjon preget av sensur. Jeg tror derfor det er viktig å unngå tiltak som kan bli oppfattet som munnskurv på ansatte. Stor åpenhet om forhold vedrørende sikkerhet og kvalitet i tjenesteytingen vil også være med på å styrke befolkningens tillit til tjenestene.

Ufortjent juling?

Våre tilsynsrapporter får ofte dramatiske oppslag i media. Mange synes at de får ufortjent juling av tilsynsmyndighetene. Det er selvsagt en viktig side ved tilsynets virksomhet at man har som oppgave å påpeke forhold ved tjenestene som er i strid med krav i regelverket. Noen ganger handler påpekningene om forhold som gjør at pasienter ikke får tilbud i samsvar med kravene i lovgivningen. Andre ganger handler det om at systemet for tjenesteytingen ikke er i stand til å gi tilstrekkelig sikkerhet for at lovgivningens krav kan oppfylles.

Vi tror at det er viktig for tilliten til helsetjenestene at resultatene fra våre tilsyn blir gjort tilgjengelig for offentligheten. Derfor legger vi tilsynsrapportene ut på våre internettsider. Og vi tror det er viktig for utviklingen av kvalitet i tjenesteytingen at resultatene fra det enkelte tilsyn blir drøftet og fulgt opp internt hos tjenesteyteren. I vårt perspektiv er således ikke tilsynsrapporten en "karakterbok" for tjenesten, men et redskap som virksomheten selv skal

benytte som grunnlag for sin videre utvikling. Allmenn kvalitetsteori lærer oss også at for å redusere uønsket variasjon, og dermed også sannsynlighet for feil, må ledelsen ha kontroll med kritiske punkter i tjenesteytingen. Derfor er tilsynsmyndigheten så opptatt av at ledelsen skal utarbeide et internkontrollsystem i samsvar med lovgivningens krav.

Sterkere virkemidler?

Når det er påvist avvik fra krav i lovgivningen, forventer tilsynet at tjenesteyteren selv følger opp med korrigerende tiltak. Det er vårt inntrykk at dette som oftest blir gjort. Likevel har tilsynet erfaringer som viser at avvikene ikke alltid blir korrigerert uten et visst påtrykk fra tilsynets side. En oppfølgingsrapport fra helsetjenesten for eldre i Buskerud og ambulansesaken i Finnmark aktualiserer begge spørsmålet om Helsetilsynet bør utstyres med sterkere virkemidler overfor dem som ikke følger opp våre pålegg. Dette er i stor grad et spørsmål som det er opp til politikerne å finne de riktige svar på. Vi la imidlertid merke til at dette var noe som også lederen for Stortingets sosialkomité etterlyste i en tale, da komitéen var på besøk i Helsetilsynet 24. januar i år.

Vi har heldigvis erfaring for at vår tilsynsvirksomhet ofte får fart i sakene når det gjelder å forbedre rutiner og interne prosedyrer. Nettopp her ligger noe av utfordringen i framtiden; hvordan bruke rådgiving som et redskap i forbindelse med tilsynsvirksomhet til å skape bedre systemer ute i helsetjenesten, slik at sjansen for individuelle feil reduseres.

Enkeltsaker

Jeg vet at særlig pressen er på jakt etter enkeltsaker der helsepersonell kommer i vårt søkelys fordi de

misbruker rusmidler eller har hatt seksuelle relasjoner til pasienter. Selv om enkeltsakene ofte er svært alvorlige og skaper mye publisitet, må vi ikke glemme at de aller fleste helsearbeidere gjør en utmerket jobb. Klager på helsepersonell behandles av fylkeslegen. Bare de alvorligste tilsynssakene mot helsepersonell kommer til oss. Og bare en liten del av disse igjen fører til tap av autorisasjon.

Brystkreftscreening

Brystkreftscreening ble besluttet av Stortinget som et nødvendig, riktig og godt helsetjenestetilbud for kvinner mellom 50 og 69 år. Helsetilsynet mener det er riktig at kvinner i hele Norge får et tilbud om brystkreftscreening i henhold til intensjonene, men at dette må være underlagt forsvarlig og forskningsbasert evaluering. Det pågår stadig en engasjert debatt om organisert brystkreftscreening reduserer dødeligheten blant kvinner. Tilsynsmyndighetenes rolle blir å gjennomskue vikarierende motiver i debatten mellom politikk og fag, og innen fagmiljøene.

Omorganiseringen av den statlige helseforvaltning – og opprettelsen av et nytt Sosial- og helsedirektorat – medfører at oppgaver av mer utøvende karakter, som handlingsplaner, utarbeidelse av veiledere m.m., vil bli flyttet dit. Helsetilsynet vil bli et tydeligere og styrket tilsyn og fra 2003 også få oppgaver innenfor sosialområdet.

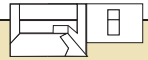
God lesning!



Lars E. Hanssen
helsedirektør

Oslo, mars 2002

Felles tilsyn – forbedring over tid



Helsetilsynet velger årlig ett eller to tema for tilsyn som skal gjennomføres i alle fylker. I 2002 er temaet barn og unge med psykiske problemer.

Formålet med felles tilsyn er todelt: Det skal framskaffes kunnskap fra hele landet slik at Helsetilsynet og fylkeslegene kan gi råd til de overordnede myndighetene og helsetjenesten om behov for forbedringer av tjenestene eller av det regelverket som stiller krav til tjenestene. Tema for tilsynet velges ut på bakgrunn av kunnskap fra ulike kilder om hvor det er risiko eller sårbarhet i tjenestetilbudet. Tema for tilsynet kan velges med utgangspunkt i grupper av brukere (for eksempel helsetjenester til aldersdemente eller innsatte i fengsel som er oppsummert i denne tilsynsmeldingen) eller med utgangspunkt i deler av tjenesten (smittevern i sykehus).

Felles tilsyn skal bidra til likhet i metode for utøvelsen av tilsyn og til likhet i utøvelsen av det skjønn som legges til grunn når det skal vurderes om tjenestene har rett kvalitet. Det innebærer at det legges ned betydelige ressurser i et omfattende samarbeid mellom fylkeslegene og Helsetilsynet i utarbeidelse av felles veileder og i å drøfte metode og funn i felles møter.

Etaten oppsummerer hvert felles tilsyn i en rapport med beskrivelse av de funnene som ble gjort og gir eventuelle råd basert på disse. Det er fylkeslegene som følger opp det enkelte tilsyn med utgangspunkt i de konkrete funnene. Felles tilsyn er derfor ikke bare en metode for å undersøke en situasjon nasjonalt, det er også et ledd i fylkeslegenes kontinuerlige arbeid med kvalitet i helsetjenesten.

Felles tilsyn gjennomføres som systemrevisjon etter en prosedyre etaten har utarbeidet og som finnes på våre internettsider:

<http://www.helsetilsynet.no/fleger/prosedyrer/systrev.pdf> Metoden bygger på NS-ISO 10011-1.

Dette er en detaljert, forutsigbar og gjenkjennelig metode som stadig flere statlige tilsynsetater anvender når de fører tilsyn med enkeltvirksomheter i privat og i offentlig sektor.

Fylkeslegenes erfaring er at deres påpekninger i sin alminnelighet fører til at forholdene rettes, men det vil

naturlig ta noe tid. Hvis dette ikke skjer, kan fylkeslegen sende saken til Helsetilsynet som vurderer om det er grunnlag for å gi tjenesten pålegg om å rette på forholdet.

Alle fylkeslegenes rapporter fra tilsyn er offentlige. Hver enkelt rapport fra felles tilsyn (og fra andre tilsyn) er tilgjengelig på våre hjemmesider. De rapportene som oppsummerer de årlige felles tilsyn finnes samme sted:

<http://www.helsetilsynet.no/tilsyn.htm>

Oversikt over tema for felles tilsyn

Primærhelsetjenesten	Spesialhelsetjenesten
1998 Helsetjenesten for eldre	Fylkeskommunens etterlevelse av ventetidsgarantien
1999 Mijørettet helsevern	Smittevern i sykehus
2000 Skolehelsetjenesten	Kvalitetsutvalg i spesialisthelsetjenesten
2001 Helsetjenesten for aldersdemente Helsetjenesten i fengsler	

Den enkelte fylkeslege kan følge opp felles tilsyn på ulikt vis. Fylkeslegen i Buskerud valgte for eksempel å føre tilsyn med virksomheter i alle kommunene i fylket etter et felles tilsyn innen eldreomsorgen i 1998 (s.6).

I 2001 valgte etaten to felles tilsyn som begge så på kommunenes helsetjenestetilbud til aldersdemente (s.10) og innsatte i fengsler (s.8). I tillegg gjennomførte fylkeslegene i Troms, Sør-Trøndelag, Hordaland og Oslo et felles tilsyn med regionsykehusene (s.11).

I 2002 skal etaten gjennomføre felles tilsyn med tjenestene som ytes til barn og ungdom med psykiske problemer. Det innebærer at vi skal undersøke både hvordan spesialisthelsetjenesten (BUP) og kommunehelsetjenesten møter disse barna og ungdommene. Vi vil spesielt se på hvordan disse ulike nivåene i helsetjenesten samhandler om å gi dem et faglig forsvarlig tilbud.

Felles tilsyn med helsetjenestetilbudet til eldre i Buskerud

Til tross for lang tid til å rette opp feil og mangler, viser et tilsyn fra Buskerud utilfredsstillende forhold for mange eldre. Ofte får de ikke legge seg og stå opp når de selv vil.

Tilsyn som ble gjort i alle kommunene i Buskerud fra november 1998 til juni 2000 viste at kunnskap om sentrale lov- og forskriftskrav manglet eller var mangelfull på alle nivå i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Kravene er bl.a. satt for å sikre hjelpetrengende forsvarlige tjenester. Selv om tilsynet bare omfattet en begrenset del av den kommunale helsetjenesten, har mange kommuner opplyst at de funnene som ble gjort ble ansett for å være en indikasjon om tilsvarende svikt i andre deltjenester.

I 1998 gjennomførte alle fylkeslegene tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet til eldre i tre kommuner i hvert fylke. Bakgrunnen var at helsetjenester til eldre var et høyt prioritert politisk område. Klagesaker og medieoppslag indikerte at forholdene ikke var tilfredsstillende.

Ved tilsynene ble det vurdert om kommunenes pleie- og omsorgstjeneste overholdt bestemte krav i lov eller forskrift. Helsetilsynet ønsket at fylkeslegene etter disse tilsynene skulle ha oversikt over hvor langt kommunenes arbeid med internkontroll for pleie- og omsorgstjenesten var kommet.

De viktigste spørsmålene var videre:

- > Var det utarbeidet prosedyrer som kunne bidra til å sikre at de grunnleggende behov hos hjelpetrengende ble dekket?
- > Ble de grunnleggende behov sikret i praksis?
- > Overholdt kommunene krav til saksbehandling og vedtak om tjenester?
- > Hvordan ble det medisinskfaglige og det tannhelsefaglige tilbudet sikret?

Tilsyn i alle kommuner

Fylkeslegen i Buskerud besluttet at alle de 21 kommunene i fylket skulle ha et tilsvarende tilsyn som i 1998 innen utgangen av år 2000. Det ble ført tilsyn med både institusjonsbaserte tjenester og hjemmesykepleien. Selv om disse virksomhetene hadde hatt lengre tid til å utarbeide systemer og til å

rette eventuelle mangler enn virksomhetene som ble ettersett i 1998, gikk funnene igjen i de fleste kommunene. Kommunenes størrelse og om det var land- eller bykommuner hadde ikke betydning for de funn som ble gjort.

Mangler prosedyrer

18 av de 22 virksomhetene manglet et helhetlig system som kan sikre at lov- og forskriftskrav overholdes (internkontrollsystem). 19 virksomheter hadde ikke utarbeidet prosedyrer som skulle sikre at de grunnleggende behov dekket, mens det var 9 virksomheter hvor de grunnleggende behovene ikke alltid ble dekket i praksis. Dette kunne dreie seg om muligheten til ro og skjermet privatliv, stå opp og legge seg når man selv ønsket, komme på toalettet ved behov, og muligheten for å få hjelp til å delta på aktiviteter utenfor sitt eget hjem eller institusjonen.

20 virksomheter oppfylte ikke krav som stilles til vedtak om hjemmesykepleie og institusjonsopphold:

- > Det ble ikke alltid fattet vedtak ved søknad om hjemmesykepleie slik loven krever.
- > Vedtak som ble fattet hadde formelle feil:
 - > det manglet begrunnelser for vedtaket
 - > det var ikke spesifisert hvilke tjenester som skulle tildeles den hjelpetrengende
 - > det ble ikke gitt opplysninger om klageadgang.

Det ble ikke gjort funn som ga grunnlag for å hevde at hjelpetrengende ikke ble gitt tilbud om nødvendig medisinskfaglig og tannhelsefaglig undersøkelse og behandling. Ved 7 sykehjem forelå det imidlertid mangler ved pasientjournalene.

Disse funnene viste alle at kommunene i Buskerud har et stort arbeid å gjøre før kvaliteten på tjenestene overfor pleie- og omsorgstrengende er i tråd med myndighetenes krav slik de er nedfelt i lov og forskrift.



Felles tilsyn med helsetjenesten i fengsler

Tilsyn med 34 av landets fengsler viste at de innsatte får nødvendig helsehjelp. Samtidig ble det avdekket store mangler vedrørende rutiner for legemiddelhåndtering, overholdelse av taushetsplikten m.m.

Helsetjenesten til innsatte i fengsler ble valgt som felles område for tilsyn i 2001 av flere årsaker. For det første dreier dette seg om helsetjenesten til en utsatt og sårbar gruppe, som har høyere sykkelighet enn befolkningen for øvrig. Dessuten er helse-tjenesten i fengslene en liten deltjeneste i kommunehelsetjenesten som utøves "på en fremmed arena". Det byr på spesielle utfordringer å få til god sam-handling mellom helsepersonell som skal ivareta og sørge for god helse, og fengselstjenestemenn som skal sørge for sikkerhet og gjennomføring av straff. For å takle disse utfordringene er det viktig med en god faglig og administrativ forankring til kommunehelsetjenesten for øvrig.

Fylkeslegene gjennomførte tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet ved 34 av landets 43 fengsler. De resultatene som presenteres her, baserer seg på funnene som er beskrevet i fylkeslegenes rapporter til de aktuelle kommunene.

Ved tilsynet undersøkte fylkeslegene hvordan virksomhetene sikrer de innsattes rett til nødvendig helsehjelp, ansvarlig legemiddelhåndtering og vern mot spredning av sensitive opplysninger. I mange kommuner var det uklareheter knyttet til ansvar og myndighet, spesielt i forholdet mellom helsetjenesten i fengselet og kommunehelsetjenesten for øvrig.

Helsetjenesten i fengslene var ikke en integrert del av kommunehelsetjenesten, slik at den administrative og faglige forankringen manglet. Fylkeslegene fant at de aller fleste innsatte fikk informasjon om helse-tjenestetilbudet i fengslene, og at tilgjengeligheten til primærhelsetjenesten var god. Dersom det var behov for det, ble også de innsatte henvist til spesialisthelsetjenesten.

Helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten ble ikke undersøkt, men det kom likevel fram signaler på at det noen steder er problemer med å skaffe påkrevet

helsehjelp til innsatte som har behov for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Manglende opplæring

De delene av styringssystemet (internkontrollsystemet) som skal sikre forsvarlig legemiddelhåndtering fungerte stort sett ikke. Tilsynet avdekket manglende opplæring av fengselstjenestemenn som opptrer som medhjelpere for helsepersonellet, og mangel på delegasjon av fullmakt til dem. Videre avvek medikament-oppbevaringen i mange fengsler fra de krav som gjelder. For mange personer hadde tilgang til medikamentskapene, enten ved at disse ikke ble låst eller fordi det fantes svært mange nøkler til skapene.

Helsetilsynet ser svært alvorlig på disse funnene, da svikt i legemiddelhåndteringen kan få store helse-messige konsekvenser for pasientene. Utstrakt bruk av betjenter som medhjelpere gjør det ekstra påkrevet med styring når det gjelder delegasjon og opplæring. Den svikt som ble påvist er ikke akseptabel. Som andre pasienter har også de innsatte krav på vern mot spredning av sensitive opplysninger.

Tilsynet avdekket at det til dels var stor usikkerhet om praktisering av reglene om taushetsplikt i fengslene. I de tilfeller fengselstjenestemenn opptrer som helsepersonell medhjelpere (for eksempel ved ut-delning av legemidler) gjelder helsepersonelloven også for dem. De har da samme taushetsplikt som helsepersonell. Tilsynet viste imidlertid at de i liten grad har fått opplæring i eller blitt gjort oppmerksom på dette. Når det gjelder helsepersonells tilgang til pasientopplysninger, fant vi at flere får tilgang til slike opplysninger enn de som av behandlingsmessige årsaker trenger det og dermed har rett til det. Også på dette området må det derfor konstateres at de ansvarlige for fengselhelsetjenesten ikke hadde etablert noen internkontroll for å sikre at reglene følges. Konsekvensen av dette kan bli at den lovbestemte taushetsplikten ikke etterleves, og at innsatte som er pasienter ikke får det vern de har krav på.



Felles tilsyn med helsetjenester til aldersdemente

Hele 22 av 61 kommuner sikrer ikke at beboerne ved sykehjemmene blir forsvarlig medisinsk utredet ved mistanke om mental svikt. Dette er etter Helsetilsynets vurdering svært bekymringsfullt.

Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av de eldste eldre som mottar kommunale tjenester. Personer med omfattende tjenestebehov som tidligere fikk plass i sykehjem, mottar nå i større grad hjemmebaserte tjenester. Samtidig øker pleietyngden i sykehjemmene.

Fylkeslegene gjennomførte i 2001 tilsyn i 61 kommuner med felles tema: Helsetjenester til aldersdemente. Tilsynet forsøkte å kartlegge om det var tilstrekkelige styringsverktøy for å sikre at tjenestene var forsvarlige og ivaretok brukernes sikkerhet, samt om forholdene var i samsvar med disse.

En avgjørende forutsetning for å kunne yte riktige og forsvarlige tjenester til aldersdemente er at det er foretatt forsvarlig medisinsk utredning blant annet for å utelukke at brukeren lider av annen somatisk eller psykisk sykdom. 5 av 61 kommuner sikrer ikke at hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten blir fanget opp og henvist til lege ved tegn på mental svikt. I sykehjemmene gikk tilsynet nærmere inn på kvaliteten i de medisinske utredningene, med særlig fokus på beboere i skjermet enhet. Hele 22 av 61 kommuner sikrer ikke at beboerne blir forsvarlig medisinsk utredet ved mistanke om mental svikt. Dette er etter Helsetilsynets vurdering svært bekymringsfullt.

Manglende kompetanse

I mange kommuner er det også manglende fagkompetanse hos pleiepersonalet med hensyn til å observere tegn på mental svikt, og manglende strukturert samarbeid mellom de hjemmebaserte tjenestene og primærlegene. Imidlertid ser kommunene ut til å ha etablert tilfredsstillende ordninger for å sikre råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, men underlagsmaterialet indikerer at kapasiteten i enkelte deler av spesialisthelsetjenesten er for lav.

Tilsynet har undersøkt om kommunene avklarer hvem som kan samtykke på vegne av den aldersdemente, om det gis tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon om brukeren, og om pårørendes synspunkter tas med i

saksbehandlingen. I mange kommuner praktiseres hjemmebesøk og kontakt med pårørende som en del av saksbehandlingen. Men 16 av 61 kommuner har ikke tilstrekkelige ordninger for å sikre brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.

Hele 28 av 61 kommuner oppfyller ikke lovbestemte krav til enkeltvedtak ved tildeling av eller avslag på plass i sykehjem eller hjemmesykepleie. Disse manglene gjør det svært vanskelig for brukerne (med hjelp av pårørende) å sikre at deres interesser blir ivaretatt, samt å føle trygghet for at det er mulig å motta tilstrekkelige og stabile tjenester. Manglende forpliktelser vedrørende hvilke tjenester som vil bli ytt, medfører at mange blir henvist til å motta det som til enhver tid er praktisk mulig. Dette tilslører en eventuell underkapasitet i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Samlet sett kan det likevel se ut til at saksbehandlingen i kommunene er noe forbedret i forhold til tilsynet med tjenester til eldre fra 1998.

Tvangsbruk

Tvangsbruk mot aldersdemente er et område der faren for ukultur og overgrep er stor, samtidig som området er utilstrekkelig lovregulert. I påvente av et nytt regelverk må kommunene likevel forholde seg på en forsvarlig måte til de etiske og faglige dilemmaene de står overfor. Tilsynet forsøkte å kartlegge om kommunene ivaretok brukernes medbestemmelse slik at bruk av tvang kunne unngås. Underlagsmaterialet tyder på relativt høy bevissthet om viktigheten av å forebygge tvangsbruk gjennom individuell tilrettelegging, men reiser spørsmål om kommunene er systematiske nok på dette området.

Tilsynet forsøkte også å avklare kommunenes kontroll med bruk av forskjellig former for tvangstiltak. Her ble det påvist avvik i 19 av 56 kommuner. Avvikene dreide seg dels om manglende avklaring av hvem som hadde ansvaret for å ta bestemmelser om tvangstiltak, manglende dokumentasjon av disse og manglende oversikt over tvangstiltakene. I 20 kommuner ble det gitt merknader om behov for forbedring uten at det ble påvist lovstridige forhold.

Felles tilsyn med regionsykehusene



Korridorsenger er fortsatt et problem ved de fire fylkeskommunale sykehusene. Enkelte pasienter får ikke oppfylt retten til nødvendig helsehjelp.

Fylkeslegene gjennomførte i 2001 felles tilsyn med landets seks regionsykehus.¹ Tilsynet hadde hovedfokus på ledelse og styringssystemer overfor:

- > Flaskehals i pasientbehandlingen (logistikk)
- > Pasientrettigheter
- > Informasjon, kommunikasjon og dokumentasjon (journalssystemet)

Det ble videre sett nærmere på områder der fylkeslegene antok det var problemer i sitt fylke. Informasjon er innhentet gjennom skriftlige kilder, intervju, samtaler, møter, befaringer og stikkprøver.

Enkelte pasienter får ikke oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder for eksempel både innen kirurgi og ortopedisk kirurgi. Innen indremedisin får enkelte pasienter behandling av lavere faglig standard enn det pasienten ville ha fått ved innleggelse på "korrekt" seksjon. Den nye ordningen med at pasienten skal ha sin egen pasientansvarlige lege, er foreløpig bare iverksatt ved et mindre antall avdelinger ved sykehusene.

Avdelinger for operasjon, oppvåkning, intensiv, røntgen og stråleterapi utgjør de vanligste flaskehalsene i pasientbehandlingen. Tilsynet gir grunn til å anta at effektiviteten ved de største sykehusene kan bedres ytterligere gjennom sterkere satsing på logistikk og andre organisatoriske tiltak, som for eksempel økt andel dagpasienter og klarere skille mellom akuttbehandling og planlagte aktiviteter.

Flere av sykehusene har gjort lite for å harmonisere prioriteringspraksis mellom avdelingene. Dermed er det ikke nødvendigvis de pasientene som får hjelp først som er mest behandlingstrengende eller som skal prioriteres i henhold til nasjonale føringer.

Ordningen med innsatsstyrt finansiering og manglende samsvar mellom pris og kostnader for enkeltbehandlinger har fått noen ledere til å tenke mer bedriftsøkonomi og mindre samfunnsøkonomi. Dette kan medføre at mindre alvorlige, men

lønnsomme behandlinger prioriteres på bekostning av mer kostnadskrevende, alvorligere lidelser.

Korridorsenger og utskrivningsklare pasienter er fortsatt et problem ved de fire daværende fylkeskommunale sykehusene. Forskriften om kommunal betalingsplikt åpner for at sykehusene kan kreve 1300 kroner per døgn for ferdigbehandlede pasienter som venter på et kommunalt tilbud. Betalingsplikten inntreffer imidlertid først etter 14 dager og fungerer som en slags "sovepute" for en del kommuner.

De bygningsmessige forhold er svært forskjellig fra sykehus til sykehus, samtidig som alt nytt ikke fungerer like bra. Ved det nye Rikshospitalet er det for eksempel ikke lagt godt nok til rette for samvær mellom foreldre og syke barn. Bygningsstandarden er dårligst ved Regionsykehuset i Trondheim. Her er deler av bygningsmassen så elendig at den forstyrrer drift og trivsel for både pasienter og ansatte.

Alle sykehus skal ha kvalitetsutvalg, og system for hvordan de skal håndtere hendelser som ikke skal skje med pasienter eller med medisinsk utstyr (avviksbehandling). Men praksis når det gjelder å sende lovpålagte meldinger om skader på pasienter til tilsynsmyndighetene varierer. Det samme gjør sykehusenes praksis med å bruke svikt, feil, uhell og nestenuhell til læring, forebygging og forbedring av tjenestene. Også forståelsen for å bruke avvik til læring varierer. Bare Radiumhospitalets system vurderes som godt nok, selv om flere sykehus har gode avdelingsvise ordninger. Ved anestesivdelingene ved Haukeland sykehus og Regionsykehuset i Trondheim er det etablert egne systemer for anonym avviksrapportering. Slike systemer har vist seg å fungere godt fordi de øker antall meldinger. Dermed blir grunnlaget bedre for å heve kvaliteten på tjenestene som gis.

Rapportene fra tilsynet er tilgjengelige på internett: <http://www.helsetilsynet.no/fleger/fylkertilts.htm>

¹ Haukeland sykehus, Ullevål sykehus, Regionsykehuset i Trondheim, Regionsykehuset i Tromsø, Rikshospitalet og Radiumhospitalet

Ambulansesaken i Finnmark

Ambulansetjenestene i flere kommuner i Finnmark har siden sommeren 2000 vært av så dårlig kvalitet at de er til fare for liv og helse. I Hasvik og Måsøy er forholdene ennå ikke tilfredsstillende.

Sommeren 2000 inngikk Finnmark fylkeskommune nye driftsavtaler for bilambulansetjenesten i Finnmark for perioden 2001 – 2007.

Fylkeslegen i Finnmark vurderte avtalene, og fant at mangelen på kvalifisert ambulanspersonell i Loppa, Hammerfest, Måsøy og Nordkapp kommune ville kunne sette befolkningens liv og helse i fare og således var å anse som faglig uforsvarlig.

Etter forutgående varsel ga Helsetilsynet den 26. januar 2001 Finnmark fylkeskommune pålegg om å sikre forsvarlig drift av ambulansetjenesten i fylket. I pålegget ble det stilt krav om at fylkeskommunen skulle:

- > etablere en medisinskfaglig ansvarlig person for tjenesten
- > etablere et internkontrollsystem for tjenesten
- > sikre tilstrekkelig bemanning
- > sikre at ambulanspersonellet har tilfredsstillende faglige kvalifikasjoner.

Helsetilsynet har gjentatte ganger påpekt overfor fylkeskommunen at det er store mangler ved organisering og faglig innhold i tjenesten. Pålegget er derfor opprettholdt og gjentatt for flere deler av tjenesten.

1. januar 2002 er kravene i Helsetilsynets pålegg oppfylt, med unntak av ambulansetjenesten i Hasvik og Måsøy kommune. Spesielt Måsøy kommune har vært så usikker på den faglige kvalitet i ambulansetjenesten, at de har funnet det nødvendig å opprette en egen kommunal tjeneste.

Etter lov om spesialisthelsetjeneste er fylkeskommunen tillagt ansvar for planlegging, utbygging og drift av ambulansetjeneste. Fra 1. januar 2002 er dette

ansvaret overført til de regionale helseforetakene (RHF). Et slikt ansvar kan enten ivaretas ved at helseforetaket (tidligere fylkeskommunen) selv yter tjenesten eller inngår avtale med andre tjenesteytere. Uavhengig av dette har foretaket det overordnede ansvaret for å sikre at tjenesten er organisert og drives forsvarlig. Dette er et viktig prinsipp, og vil antagelig komme sterkere i fokus etter hvert som foretakene benytter ulike former for kontraktsinngåelser med forskjellige leverandører av tjenester.

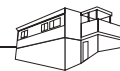
Sterkere virkemidler

I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten kan Helsetilsynet gi pålegg om å rette på forhold dersom det avdekkes at virksomhet drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter, eller som på annen måte er uforsvarlig. Denne adgangen til å gi pålegg oppfattes som et relativt sterkt virkemiddel, og Helsetilsynet finner det bare sjelden nødvendig å benytte dette. Et pålegg fra Helsetilsynet kan få betydelige økonomiske eller prioriteringsmessige følger. I ambulansesaken fra Finnmark har det oppstått en situasjon der den ansvarlige for tjenesten (fylkeskommunen) synes å være uenig i Helsetilsynets vurderinger, og ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til de pålegg som er gitt. Dette har reist en debatt om hvilke ytterligere virkemidler tilsynsmyndigheten burde kunne benytte seg av.

Helsetilsynet vil følge opp saken overfor Helse Nord RHF som ved årsskiftet overtok ansvaret for ambulansetjenesten i Finnmark.

Ytterligere informasjon om påleggssaken mot Finnmark fylkeskommune finnes på Helsetilsynets hjemmesider:
<http://www.helsetilsynet.no/flegmeny/finnmark.html>

Spesialisthelsetjenestens plikt til veiledning



Spesialisthelsetjenesten har plikt til å veilede kommunehelsetjenesten. Imidlertid er veiledningsvirksomheten knyttet til personlig initiativ og ildsjeler.

Ifølge den nye spesialisthelsetjenestelovens § 7-4 skal helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter gjeldende lover og forskrifter.

Helsetilsynet ønsket å få et inntrykk bl.a. av hvilke virkemidler som var i bruk vel ett år etter at de nye helselovene trådte i kraft. Vi gjennomførte derfor høsten 2001 et pilotprosjekt i form av en kartlegging i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag.

Kartleggingen omfattet veiledning innenfor fagområdene indremedisin, kirurgi og psykiatri. Nøkkelpersonell ved to sykehus og i fire kommuner i hvert av fylkene ble intervjuet gjennom strukturerte telefonintervjuer.

Opplytende

Resultatene fra undersøkelsen var til dels opplytende. Det viste seg at det foregår veiledningsvirksomhet fra sykehusene overfor kommunene i et ganske betydelig omfang. Aktivitetene omfattet blant annet:

- > organisert undervisning og kurs for primærleger og ansatte i hjemmesykepleien.
- > hospitering og deltaking i faglige møter på sykehuset for kommuneansatte.
- > oppsøkende virksomhet i form av et bredt spekter av ambulerende spesialistordninger.
- > samarbeidsordninger som prosedyrepermer og praksiskonsulenter (allmennpraktikere som er deltidsansatt ved et sykehus).

Ved utskrivning av pasienter var det vanlig rutine å sende med pasientene skriftlig dokumentasjon vedrørende medisiner, varsle pleie- og omsorgsetaten per telefon, sende foreløpig epikrise, pleierapport og medisinaliste ved utskrivning til sykehjem.

Intensjonen i de nye helselovene er at helsetjenesten fremstår som helhetlig, og at samhandlingen og informasjonsutvekslingen mellom de ulike nivåene skal være god. Pasientansvarlig lege, rett til individuell plan, opplæring av pasienter og pårørende og veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten er eksempler på løsninger for å få til dette.

Selv om undersøkelsen avdekket et bredt spekter av veiledningsaktiviteter, synes mye å være knyttet til personlig initiativ og ildsjeler. Lovendringen om veiledningsplikten er lite kjent av virksomhetene, og på ingen måte registrert som noe tidsskille.

Bare et mindretall av de spurte mener at det er tilstrekkelig organisert veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nærliggende å konkludere med at sykehusenes etablering av veilednings tiltak ikke er ledd i en systematisk tilnærming.

Det foreligger antakelig et stort forbedringspotensial i å få veiledningen til som ledd i et systematisk kvalitetsarbeid.

Ny beredskapslov

En helt ny lov om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft 1. juli 2001. Loven fikk sin ilddåp etter terrorhandlingene i USA 11. september, og har hittil vist seg å være formålstjenlig.

Samtidig som den nye loven trådte i kraft ble det i første del av 2001 utarbeidet planer for styrking av sykehusenes beredskap overfor ulykker med kjemikalier og mulige terroranslag med kjemiske våpen. Arbeidet med gjennomføringen av denne styrkingen ble framskyndet som følge av terror-angrepene i USA.

Sykehusene i flere av de større norske byene fikk tildelt utstyr for rensing av pasienter og beskyttelse av personell, og de gjennomgikk kurs i bruk av dette utstyret høsten 2001. Dette arbeidet ble gjort i samarbeid med Direktoratet for sivilt beredskap.

Hovedprinsippet i den nye loven er at de som har ansvar for å yte helsetjenester under normale forhold, også har fullt driftsansvar ved katastrofer, kriser og krig. Helsetilsynet og fylkeslegene skal prinsipielt ha samme tilsynsansvar overfor helsetjenesten i beredskapssituasjoner som de har ellers.

I vurderingen av eventuelle tiltak som følge av terroraksjonene i USA 11. september 2001 har Helsetilsynet lagt den nye lovgivningen fullt ut til grunn for sin rådgivning både overfor Sosial- og helsedepartementet og helsetjenesten.

"Hvitt pulver"

Kommunehelsetjenestens håndtering av situasjoner med "hvitt pulver" og Oslo kommunes planlegging av helsemessig beredskap i forbindelse med Nobelprisutdelingen i Oslo i desember 2001 kan stå som eksempler på at den nye lovgivningen allerede er i

bruk i beredskapsarbeidet. Den nye lovgivningen stiller krav om systematisk og risikobasert planlegging av beredskapssystemene, og sikrer en smidigere tilpasning av beredskapshåndteringen til ulike trusselbilder enn den tidligere loven. Denne hadde et markant skille mellom helsetjenesten i fredstid og i krigstid.

Etter smittevernloven er det Folkehelsa som har fagansvaret for rådgivning innenfor smittevernberedskap. Trusselvurderinger og praktiske prosedyrer for å ta hånd om postsendinger med "hvitt pulver" ble utarbeidet av Folkehelsa i samarbeid bl.a. med Helsetilsynet, Forsvarets sanitet, Statens strålevern og Sosial- og helsedepartementet. Dette ble blant annet publisert på internett.

Helsetilsynet og fylkeslegene er tilfreds med at de som yter helsetjenester fullt ut har akseptert sitt ansvar ved å gå gjennom planverk og prosedyrer for å kunne håndtere eventuelle trusselsituasjoner. Den nye lovens prinsipper om å legge ansvaret for tiltak i beredskapssituasjoner på de samme instanser som ellers har ansvaret, synes etter Helsetilsynets vurdering å ha bestått sin første prøve.

En av de viktige erfaringene som er gjort, er behovet for raskt å etablere kontakt på sentralt nivå mellom instanser som har tilgrensende oppgaver. Beredskapsrådet for landets helsestell kan være en passende overbygning for dette.





Rus og bakrus - stimuli og stigma

Av Kari Lossius, klinikkjef og psykolog ved Stiftelsen Bergensklinikkene

Like før jul kunne vi lese i Bergensavisen at den voksne gjennomsnittsborgerseren drakk 20 flasker øl, 3 liter vin og 1 flaske brennevin i løpet av desember måned. Trøsten for oss vestlendinger var, ifølge den samme avisen, at hovedstadens innbyggere drakk betydelig mer. Både fagfolk og publikum som ble intervjuet i forbindelse med saken, var alle overrasket over dette høye konsumet, ja til og med ledelsen ved Vinmonopolet.

Helse- og sosialpolitiske utfordringer

En av våre alle største helse- og sosialpolitiske utfordringer i begynnelsen av dette tusenåret er å finne frem til gode, helsefremmende tiltak. Forskning viser at 50 % av alle premature dødsfall, dvs. død før 73-årsalder kunne vært forhindret ved endrede levevaner. Selv om det ikke

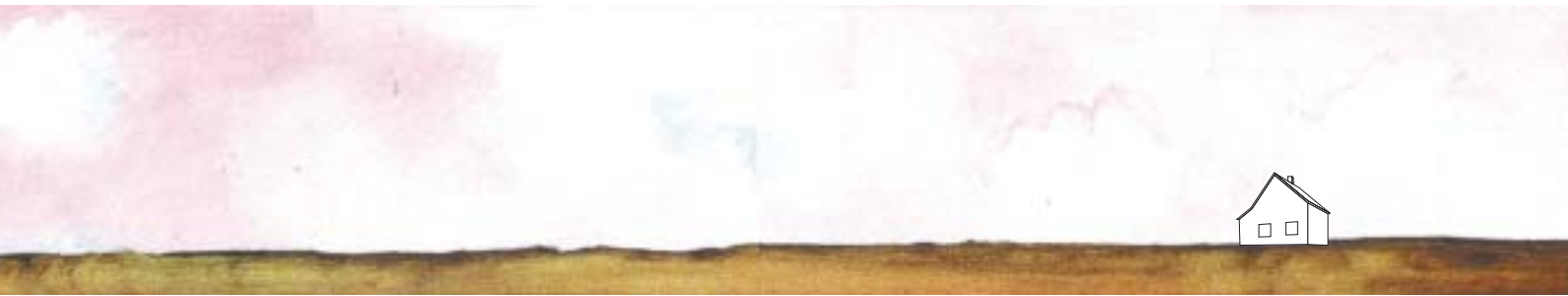
finnes noen entydig definisjon på "det gode liv", kan myndighetene trygt anbefale befolkningen å spise sunn mat, være fysisk aktive, kutte ut røyken og ha et meget moderat forbruk av alkohol.

90 % av den norske, voksne befolkningen drikker alkohol. Således har dette rusmiddelet en sentral rolle i samfunnet vårt. Alkohol er nærmest selvskreven ved begivenheter som bryllup eller runde bursdager. Det samme kan vi se ved markeringer av ulike høytider som for eksempel jule- og nyttårshelgen.

Under sportsarrangementer kan vi observere hvordan alkohol blir brukt for å forsterke positive opplevelser. Champagneflasken på seierspallen er et like kjent bilde som øldrikingen blant fotballsupportere før, under og etter en cupfinale. Mange bruker alkohol som belønning etter

hardt arbeid, eller som en slags "pausemarkering". I de norske hjem kommer ofte øl og vin på bordet ved inngangen til "gudskjelovkvelden", opprinnelig en betegnelse på lørdagskvelden. Nå begynner den for de aller fleste på fredag en gang rundt barnetv-tid.

Alkohol gir oss mange ulike opplevelser og dekker mange forskjellige behov. Den kan midlertidig lindre angst og smerter, dempe depresjoner og muliggjøre nærhet til andre. Rusen kan fylle tomhet og fungere som lim i sosiale fellesskap. Den gir oss midlertidig fritak fra ansvar, løser opp hemninger og lar ulike følelser som sinne, sorg, bitterhet, men også glede, vennlighet og kjærlighet få slippe frem. Selv om det vanligvis krever noe trening, vil mange hevde at både øl, vin og whisky smaker meget godt. I mediene leser vi om alkoholens, og



da særlig rødvinens, helsefremmende effekt. Det er snart blitt så sunt å drikke vin at vi kan kutte ut både grønnsakene, grovbrødet og havreklien bare vi drikker hjertevennlig, dvs. sånn akkurat passe nok. Hva som er passe, er det ingen entydig enighet om. Vi bør videre merke oss at denne hjerteeffekten først og fremst gjelder menn over 55 år og enda eldre kvinner.

1500 dødsfall

I denne flommen av helseinformasjon skrives det sjeldnere om de undersøkelser som viser at et moderat alkoholforbruk kan gi økt risiko for brystkreft og andre fysiske lidelser hos kvinner. Og vi hører nesten aldri om de 1500 årlige dødsfallene som er forårsaket av en direkte eller indirekte alkoholskade. Disse dødsfallene skjuler blant annet et økende antall selvmord utført under påvirkning av ulike rusmidler. 20-35 % av alle som tar sitt eget liv har også et

rusproblem. Sammenhengen mellom selvmord og rusmidler er kompleks. Medikamenter, alkohol og andre rusmidler kan brukes både som et redskap for å utføre selvmord, dvs. at personen dør som følge av en overdose rusmidler; som et hjelpemiddel til å gjennomføre handlingen, dvs. ved å dempe angst slik at det blir enklere å ta sitt eget liv; eller som en utløser ved at rusmidler reduserer vurderingsevnen og man blir mindre kritisk til atferd som ellers ville blitt sett på som meget farlig. Således kan vi fastslå at rusmidler også kan betraktes som et meget potent selvmordsvåpen.

Det kreves erfaring og ikke minst kunnskap for å mestre balansen mellom å oppleve rusens gleder og å unngå dens sorger. For mange blir dette en smertefull opplevelse, og 10 – 20 % vil i løpet av livet sitt utvikle alvorlige rusproblemer. For resten av befolkningen er ut-

fordringen først og fremst å unngå problemer under selve rusen. Den skandinaviske drikkekulturen, også kalt "vikingfylla", er vanligvis mye mer skadelig for venner, familien og ikke minst barna, enn den er for leveren vår. Det er vår atferd under rus, ikke skadene på oss selv som følge av langvarig rusbruk, som skaper de største sosiale, økonomiske, psykiske og helsemessige problemene. Lykkepromillen er lav, den ligger et sted mellom 0,5 og 1,0. Det er kanskje derfor de aller fleste opplever vorspielet som festens høydepunkt.

Glorifisering og paradokser

Rus er sammensatt. Ikke alle rusmidler får den samme nyanserte og til dels glorifiserende omtalen som alkohol. Selv om misbruk av illegale rusmidler øker, lever fordommene mot brukerne i beste velgående. De som arbeider innen rusfeltet har i tillegg en tendens til å presentere

seg med elendighetsbeskrivelser der utslåtte narkomane blir brukt som illustrasjoner. Historiene har vanligvis en høy skandalefaktor, noe som også er interessant for mediene. I helseopplysningens navn blir det vist bilder av velferdssamfunnets ytterste nød. Fokus rettes mot narkomane Lise og Knut som med sløret blikk og knekk i knærne er på evig jakt etter heroin og hele blodårer som de kan sette sine urene sprøyter inn i. Lise og Knut har ingen verdighet, ingen kontroll over eget liv og en eventuell bedring eller endring anses som umulig. Alle nyanser er visket bort, her ser vi ingen ressurser, eventuelle mestringsevner eller spennende personligheter. Skillet mellom de narkomane og alle oss andre blir tydeligere. Vi kan betrakte elendigheten fra en betryggende avstand, og eventuelt dempe vår forskrekkelse eller ubehag ved å åpne en ny flaske rødvin.

Det er et paradoks at vi i kampen mot illegale rusmidler er langt flinkere til å organisere straffetiltak enn behandlingstiltak. Som alle vet er dobbeltmoral ikke det samme som dobbelt så god moral. I Norge kriminaliseres og fengsles heroinmisbrukere for sitt bruk av illegale rusmidler, men skulle de samme personene be om hjelp til å slutte med denne definerte kriminelle handlingen, er det ingen selvfølge at han eller hun får en behandlingssjans. Europa har i dag over 1,5 mill. heroinmisbrukere. Dødsrisikoen for denne gruppen er ekstremt høy. Det er verd å merke seg at renhetsgraden i heroinen varierer fra land til land, for eksempel fra 20 % rent narkotisk stoff i en brukerdose i Tyskland til 60 % i Danmark. Norge ligger sannsynligvis nærmere de danske tallene enn de tyske. Derfor

er ikke heroin et entydig rusmiddel, men varierer fra land til land. Risikoen for en overdose kan være avhengig av hvilket land du inntar stoffet i.

Overdoser og moralisme

Vi har etter hvert fått økt kunnskap om overdoser. Noen land har greid å redusere antallet. Det er kanskje ingen sensasjon at det viktigste kjennetegnet på disse landene er lett tilgjengelige behandlingssjans, at rusmisbrukere får behandling i fengslene og at den medikamentelle behandling er godt integrert i resten av behandlingssystemet. Videre har mange av disse landene gode tiltak for kvinner både med og uten sine barn. Rusmisbrukerne har lett tilgang på helsetjenester og noen av landene har sprøyterom. Veldig forenklet kan vi si at dette er land med gode og differensierte tiltak mot rusproblemer samtidig som helse- og sosialtjenester er integrert i hverandre. I tillegg har mange av disse landene mindre av det vi har mye av, nemlig moralisme. Kanskje er det slik som en TV-reporter svarte meg, da jeg spurte henne hvorfor hun ikke ville lage et program om alle alkoholproblemene i Norge. "Nei", sa hun, "det er da mye mer spennende å skrive om narkotika. Dop er jo både litt trendy og svært dramatisk. Tenk at noe så lite som et sprøytstikk kan gi et så katastrofalt utfall som et overdosedødsfall."

Det er ikke bare i arbeidet med det illegale misbruket at vi trenger flere nyanser og bedre forståelse av forskjellige grupper. Kvinners bruk av rusmidler har i de siste 30-40 årene hatt en betydelig økning. Hvis vi bare går tilbake til min mormors generasjon som hadde sine beste år på 1940-50 tallet, levde de fleste i en

tilnærmet rusfri tilværelse. Få kvinner gikk på pub eller spennende utesteder som serverte tørr hvitvin. Med unntak av to glass akevitt til pinnekjøttet julaften, var min mormor totalavholdende. Og selv om ikke alle kvinner levde på denne måten var både tilgangen på alkohol og forventningene til kvinners alkoholbruk en helt annen enn i dag.

I 2001 viser undersøkelser at drikkepresset er like stort for den norske jenta som det er for den norske gutten. For noen år siden kom de første rapportene som stadfester at norske jenter i 10. klasse drikker like ofte og er like beruset som norske gutter. Denne jenterekorden er vi så godt som alene om i hele verden. I tillegg til dette er det i dag langt flere jenter enn gutter som begynner å røyke.

Kvinner og sårbarhet

På en konferanse i Danmark ble det for en tid tilbake lagt frem data som viste at en av fem norske jenter vil før fylte 18 år ha opplevd en eller flere ubehagelige eller traumatiske seksuelle opplevelser under påvirkning av alkohol. Prosenten er igjen høyere i Norge enn i andre land. Jenter og kvinner er på mange måter mer sårbare enn menn når det gjelder utvikling av misbruksproblemer, det være seg medisinsk, psykologisk og sosialt. Det er påvist klare kjønnsforskjeller med hensyn til fysiologiske responser på alkoholbruk og konsekvensene for fysisk helse. Kvinners sårbarhet kan oppsummeres med at kvinner "går fortere i stykker" når misbruket først har meldt seg. Etter overgangsalderen ser det ut til at kvinnene blir enda mer sårbare for å utvikle fysiske skader som følge av høyt alkoholforbruk. I tillegg viser flere studier at

langt over halvparten av alvorlige rusmisbrukende kvinner i tillegg til sitt rusproblem har minst én alvorlig, psykiatrisk diagnose. I den kliniske hverdagen møter vi deres sosiale isolasjon når for eksempel kvinnene skal tegne sitt nettverkskart, det vil si et kart over sitt sosiale nettverk utformet som en blink. Få eller ingen kryss blir tegnet inn på feltene familie, jobb eller venner. Imidlertid har kartet ofte flere kryss på den delen som dekker de såkalte profesjonelle. Den ene "innertieren" er deg som behandler, og du tenker at du så vidt har hilst på vedkommende. Den andre er en som klienten ikke husker navnet på, som jobber på sosialkontoret og "som var kjempegrei å snakke med".

Kjønnsløs tilnærming

Ofte forteller kvinnene at de som jenter var alene og stod på utsiden av vennineflokkene. Få rapporterer om gode, nære venninnerelasjoner eller et nært forhold til sine mødre. Med den utviklingen vi har sett blant annet hos norske jenter er det av stor helsepolitisk betydning at vi lager tiltak som har effekt både for gutter og jenter. Både norsk og internasjonal ruspolitikk er fremdeles preget av en kjønnsnøytral, eller kanskje mer korrekt kjønnsløs, tilnærming. Dette resulterer bl.a. i at behandlingsprogram i liten grad tar hensyn til de vesentlige forskjellene som er mellom kvinners og menns rusproblemer. Det samme kan også sies om det forebyggende arbeidet og forskningen innen feltet. Flere forskere har påpekt at jenter og gutter utvikler sin identitet på forskjellige måter. Kort oppsummert, svært forenklet og med erkjennelsen om at verken jenter eller gutter er en ensartet gruppe, kan en si at jenters identitet ser ut til å være sterkere

knyttet opp til relasjoner til andre. Venninnerelasjoner preges av likhet, og målet med selve samhandlingen er relasjonen. Likeverdige relasjoner betraktes som nødvendig for utviklingen av jenters psykiske helse. Guttens identitet utvikles gjennom avgrensning i forhold til andre. Relasjonene kan beskrives som indirekte, og utvikles gjennom en eller annen aktivitet. Gutter kan konkurrere med hverandre, og de organiserer seg oftere i mer hierarkiske strukturer. Den optimale opplæringen på en slik organisering får de fleste gutter i møte med militæret. Disse forskjellene kan ha betydning i forebyggende arbeid. Således kan et godt forebyggende tiltak for jenter være å tilrettelegge forholdene slik at ensomme jenter kan komme sammen for å lage bestevenninnerelasjoner. En venninneklubb kan derfor være vel så bra for en "risikojente" som et rusfritt diskotek, der de mer tradisjonelle kjønnsrollene ofte blir forsterket. For en "risikogutt" kan imidlertid et godt forebyggende tiltak være å hjelpe vedkommende til å delta i en eller annen aktivitet sammen med andre gutter, for eksempel lære seg å spille fotball. Og mens guttene lærer seg forskjeller på spillsystemer, så kan jentene kanskje lære seg "hemmelig jenteprat" slik bestevenninner gjør.

Biologi og kjønnsdimensjonen

Den internasjonale rusforskningen er i dag særlig opptatt av å finne kjemiske og biologiske forklaringer på rusproblemer og rusutvikling. I denne biologiske forskningstradisjonen blir bl.a. teorier og modeller laget på bakgrunn av systematiske og kontrollerte dyrestudier. Det vanligste forsøksdyret er rotten, og da primært den kastrerte hannrotten.

Selv om denne forskningen gir oss verdifull kunnskap om avhengighet og kontrolltap, kan det likevel være vanskelig å overføre kunnskapen fra kastrerte hannrotter i bur til fjortisjenter som digger Britney Spears, har piercing i navlen, elsker å sminke seg og har testet ut alkohol for første gang. Utfordringen til dagens rusforskning er bl.a. å lage gode oppfølgingsstudier der kompleksitet og forskjellene mellom kjønnene blir ivare tatt på en skikkelig måte. Kanskje burde vi ha som et faglig minstemål at fremtidens forskning må inneholde data som favner både kvinner og menn. Ved å innføre kjønnsdimensjonen øker vi etter all sannsynlighet treffsikkerheten i alle våre tiltak. Med den tradisjonelle kjønnsløse tilnærmingen vil ofte tilsynelatende små, men svært vesentlige forskjeller forsvinne, og vi står i fare for å lage ulike program som verken jenter eller kvinner, menn eller gutter kjenner seg igjen i.

Rusavhengighet og prognose

Kunnskap om behandling av rusproblemer er stadig i endring. Det finnes ingen medisiner eller behandlingsprogram som alene kan løse alle våre problemer. Selv om vi ikke alltid vet hvordan eller hvorfor noe virker, ser vi at endringer finner sted.

Rusavhengighet er en sammensatt tilstand som krever profesjonell tverrfaglighet, tålmodighet og ikke minst empatiske hjelpere. Sammenlignet med andre alvorlige kroniske lidelser, som for eksempel astma og hjerte-/kar-sykdommer, har behandling av alkoholmisbruk like god prognose. Undersøkelser viser videre at pasientene i alle disse gruppene er like samvittighetsfulle. De er alle ambivalente i forhold til behandlernes velmente råd,

og oppfølgingen av disse varierer over tid.

Uansett metode og ny kunnskap vil evnen til å se det enkelte menneske alltid være det mest sentrale i all rusbehandling. Eller som en kvinnelig klient i 40-årene uttrykte det.

"Jeg trenger mye hjelp og støtte fra tålmodige behandlere. Jeg er ikke bare en rusmisbruker, jeg er også en mor, kjæreste og venninne, og har flere gode kvaliteter. Jeg har behov for at dere ser hele meg slik at jeg slipper å være et mer eller mindre interessant kasus. I tillegg har jeg behov for å møte andre mennesker i en tilsvarende livssituasjon som meg selv. For det er da - og kanskje bare da - at jeg forstår at jeg ikke er alene i denne verden, men at jeg faktisk er et helt vanlig menneske som tilhører arten homo sapiens."

Fra et økonomisk ståsted er det smart å investere i rusbehandling. Sosial- og helsedepartementets egen rapport fra 2000 slår fast at for hver krone vi investerer i rusbehandling tjener samfunnet to kroner i form av redusert rusmisbruk og psykiske lidelser, færre sykehusinnleggelseser, mindre kriminalitet og press på rettsvesenet. Dessuten bedres livskvaliteten til de pårørende betraktelig når misbrukerne er i behandling. Med slik suksess burde vi kanskje vurdere å sende hele rusbehandlingen på børsen siden det er få selskap som gir en så mangfoldig og like sikker avkastning.

Aktuell litteratur

- Bjerrum Nielsen, H. & Rudberg, M. (1990): Jenters vei til rusmidler – et sosialiseringperspektiv. Oslo: Norges råd for anvendt forskning.
- Cry, M.G. & Moulton, A.W. (1990): Substance abuse in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 17:905-923
- Fauske, S. & Haver, B. (1990): Kvinner med alkoholproblemer. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 13:1700-1703
- Gran S. & Størksen P. (1990): Å flykte fra asken til ilden. *Fokus på familien*, 3: 169-194
- Gomberg, E.S.L. & Nirenberg, T.L. (1993): *Women and Substance Abuse*. New Jersey: Borwood.
- Hällström T. (1996): Psykisk ohälsa – könsskillnader. In PÖstlin, F.Diderichsen, A.Härenstam & G.Lindberg (Ed) *Kön och ohälsa*
- Inskip HM, Harris C, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1998; 172:35-37
- Miller, J.B. (1976): *Toward a New Psychology of Women*. Boston: Beacon Press
- Nebb A (1997) Kvinner, relasjonskvalitet og rusmiddelvaner: En sammenlignende undersøkelse på bakgrunn av misbrukets alvorlighetsgrad. Hovedoppgave ved Universitetet i Bergen, Psykologisk Fakultet.
- Seventh, Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, January 1990
- Skutle, A. & Lossius K.(1999) Kvinner og rus: Fra behandling til forebygging. I *Kvinner rus og relasjoner*. En kjønnsbasert forståelse. (red. A. Skutle) Stiftelsen Bergensklinikkene 1999.
- Skutle, A. Iversen, E. & Sletteland, N. (1999) Ungdom og rusmidler-juni 1999: en undersøkelse i Bergen kommune om 8. og 10. klassingers bruk av rusmidler. Rapport, Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Vandeskog A (1999) De krevende kvinnene: Rusmisbrukere som samtidig har en alvorlig psykisk lidelse. I *Kvinne, relasjon og rus*. (red A.Skutle) Stiftelsen Bergensklinikkene, Bergen
- Vandeskog A. & Skutle A. (1996) Utslåtte kvinner og oppgående menn - Rusmisbrukere i behandling. *Norsk Epidemiologi*, 6, 115-122
- Vanicelli, M. (1984): Treatment outcome of alcoholic women. the state of hte art in relation to sex bias and expectancy effects. In: Wilsnack, S.C. & Beckman, L.J.(eds) : *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention*. New York: Guilford Press
- Årsrapport over situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen 2000.

Rusmisbruk blant helsepersonell

I løpet av tre år mistet 45 sykepleiere, 15 leger og 13 hjelpepleiere autorisasjonen sin som følge av rusmisbruk. De aller fleste misbrukte legemidler, enten alene eller i kombinasjon med alkohol.

Helsetilsynet har analysert de 118 tilsynssakene som ble ferdigbehandlet i 1998, 1999 og 2000, der grunnlaget var misbruk eller mistanke om misbruk av rusmidler. Av disse sakene gjaldt 60 sykepleiere, 36 leger, 19 hjelpepleiere og 3 tannleger. Analysen er et prosjekt der hensikten blant annet er likebehandling av ulike helsepersonellgrupper.

I løpet av disse årene tilbakekalte Helsetilsynet autorisasjonen til 45 sykepleiere, 15 leger og 13 hjelpepleiere på grunn av rusmisbruk. 41 av disse var kvinner og 32 var menn. Oppsigelse fra arbeidsgiver på grunn av rusmisbruk var klart hyppigere for sykepleiere og hjelpepleiere enn for leger; 38 % av sykepleierne og hjelpepleierne og 8 % av legene, ble oppsagt. Forholdsmessig ble flere kvinner enn menn oppsagt.

Rusmisbruk blant helsepersonell forekom i alle aldersgrupper. Gjennomsnittsalderen var 45 år. I 86 % av sakene skyldtes misbruket legemidler, herunder blandingsmisbruk, mens alkoholmisbruk utgjorde 12 % av sakene.

Årsakene til at helsepersonell misbrukte legemidler var blant annet smerter, økonomiske, psykiske og arbeidsrelaterte problemer. Et vanlig misbruksmønster blant sykepleiere og hjelpepleiere i relativ høy alder, var at helsepersonellet fikk forskrevet smertestillende eller beroligende legemidler av lege. Etter en tid ble helsepersonellet avhengig av legemidler for å fungere i hverdagen, og behovet større enn hva de fikk av legen. Tyveri var en del av problemkomplekset i flertallet av sakene mot sykepleiere og hjelpepleiere med lett tilgang til legemidler på arbeidsplassen. At tyveri forekom sjelden blant leger kan forklares med at disse kan rekvirere rusmidler til eget behov.

Antall helsepersonell som Helsetilsynet har opprettet tilsynssak mot på grunn av rusmisbruk, representerer en svært liten andel av det yrkesaktive helsepersonellet; henholdsvis to av tusen leger, en av tusen sykepleiere, og tre av titusen hjelpepleiere. Etter Helsetilsynets vurdering representerer rusmisbruk likevel et kvalitetsproblem i helsetjenesten, fordi det kan sette pasienters liv og helse i fare.



Seksuelle overgrep

I 2001 avsluttet Helsetilsynet behandlingen av 16 tilsynssaker som gjaldt seksuell utnytting av pasienter. Seks leger og én sykepleier mistet autorisasjonene sine.

De 16 tilsynssakene gjaldt ni leger, to sykepleiere, to fysioterapeuter, én hjelpepleier, én tannlege og én psykolog; hvorav én kvinne og 15 menn. For seks leger og én sykepleier var forholdene så alvorlige at autorisasjonen ble tilbakekalt. Fire helsepersonell fikk advarsel, mens fem ikke fikk noen administrativ reaksjon.

Seksuell utnytting forekommer i meget varierende art og alvorlighetsgrad. Helsetilsynet får kunnskap om slike saker på forskjellige måter – alt etter hva slags overgrep det er snakk om.

Tilsynsmyndighetene kan få greie på seksuelle forhold mellom helsepersonell og pasient ved at pasienten klager. Ved alvorlige overgrep hender det at pasienten kommer til ny behandler som skjønner hva som er skjedd, og som melder fra til fylkeslegen. Sakene vurderes opp mot reglene i helsepersonelloven, og utfallet kan bli advarsel eller tilbakekall av helsepersonellens autorisasjon. Helsetilsynet vurderer både saker der helsepersonell har forgrepet seg overfor pasienter i behandlingssituasjoner, samt saker der helsepersonell har begått seksuelle overgrep når de ikke er på arbeid.

I et behandler-pasientforhold er det en forutsetning at det foreligger et tillitsforhold mellom behandleren og pasienten, og at behandlerne ikke misbruker tilliten ved å utnytte sin stilling. Fordi pasienten har få eller ingen

forutsetninger for å bedømme den faglige kvaliteten på behandlingen, vil forholdet lett kunne manifesteres som et makt-/avmaktsforhold. Dersom pasienten inviterer til intimitet eller seksualitet, er det den profesjonelles plikt og moralske ansvar å avvise denne typen kontakt.

I praksis er det vurdert som uforsvarlig virksomhet å inngå seksuelle forhold til en pasient under og en viss tid etter at det har oppstått en behandler-/pasientrelasjon. Ved vurderingen tas det blant annet hensyn til hvilke problemer pasienten oppsøker helsevesenet for, og varigheten av pasientforholdet. Å innlede et forhold til en pasient som har vært til én konsultasjon for en tid tilbake på grunn av trivielle, fysiske plager er ikke like alvorlig som å innlede et forhold til en pasient som har gått til behandling over lengre tid for psykiske problemer.

Seksuelle overgrep som er foretatt av helsepersonell mens de ikke er på jobb, kan også ha betydning for helsepersonellens autorisasjon. Ofte er det politiet som gjør tilsynsmyndighetene oppmerksom på slike forhold. Selv om overgrepene er foretatt utenfor arbeidssituasjonen, kan atferden vurderes som uforenlig med yrkesutøvelsen etter helsepersonelloven. I slike tilfeller kommer hensynet til allmennhetens tillit til helsepersonellet i forgrunnen ved vurderingen av reaksjoner etter helsepersonelloven.

Kan helsetjenester sponses?



Helsetilsynet er betenkt dersom ytelser fra legemiddelindustrien skal dekke helsepersonells lønn og sosiale ytelser. Slike ytelser vil kunne komme i konflikt med forbudet mot utilbørlig påvirkning av helsepersonell i helsepersonellovens § 9.

I forbindelse med såkalte astmaskoler har et legemiddelfirma betalt deler av lønnen og sosiale ytelser til sykepleiere ved flere legesentre og sykehus. Sykepleierne skulle bruke denne tiden til opplæring i behandling og veiledning av astmapasienter. Legesentrene/sykehusene forpliktet seg samtidig til å rapportere forskningsdata til legemiddelfirmaet.

Helsetilsynet vurderte denne ordningen, og fant at bindingen mellom legemiddelfirma og helsepersonell-/helseinstitusjon kunne innebære et brudd på helsepersonellovens § 9. Denne bestemmelsen setter forbud mot at helsepersonell på egne eller andres vegne mottar gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestelige handlinger på en utilbørlig måte.

Helsepersonells uavhengighet

Ved vurderingen av saken la Helsetilsynet særlig vekt på at det må stilles krav til helsepersonells uavhengighet. Det er maktpåliggende at helsepersonellet driver en forsvarlig virksomhet, og at pasienter og andre har tillit til at dette skjer. Helsetilsynet fant det på denne bakgrunn prinsipielt betenkelig at helsepersonell mottar økonomiske midler i form av dekning av lønn og sosiale ytelser.

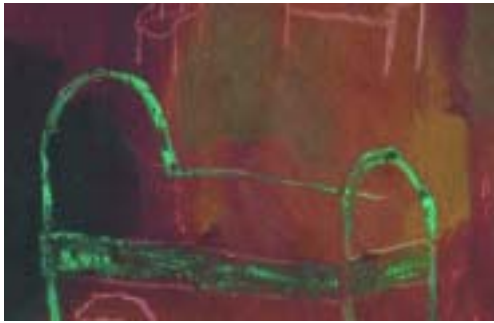
Etter vår oppfatning blir bindingen mellom den som yter og den som mottar denne støtten for tett.

Vi vurderer det dithen at en slik ytelse vil kunne være egnet til å påvirke helsepersonell på en utilbørlig måte.

Ønsket om å tilfredsstille en part som så direkte er involvert i å dekke den daglige driften av en virksomhet, vil lett bli mer fremtonet enn ønskelig er. Helsetilsynet påpeker i denne sammenheng at det her dreier seg om en vurdering av om ytelsen er "egnet" til å påvirke, ikke om ytelsene faktisk har påvirket i konkrete tilfeller.

Helsetilsynet valgte ikke å foreta seg noe konkret overfor det helsepersonell og de helseinstitusjonene som var berørt av denne aktuelle saken. Begrunnelsen for dette standpunktet er at helsepersonellovens § 9 først trådte i kraft 1. januar 2001, det vil si etter at avtalene var inngått. Samtidig har Glaxo Smith Kline hverken inngått, eller planlagt å inngå, nye avtaler.

Uavhengigheten i forhold til kommersielle krefter er også sentralt i andre sammenhenger. Vi kan i den forbindelse vise til at redaktører ved flere sentrale medisinske publikasjoner i 2001 (den såkalte Vancouver-gruppen) vedtok innskjerpede regler for publikasjon av kliniske studier for å sikre forskernes uavhengighet og integritet i forhold til finansieringskildene.





Folkehelse, ulikhet og fattigdom

Av lege og stipendiat Steinar Krokstad og professor dr. med. Steinar Westin
Institutt for samfunnsmedisinske fag,
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet, Trondheim

Historisk sett er fattigdom den mest kjente og tidligst beskrevne risikofaktor for helseproblemer, sykdom og for tidlig død. "Poverty, this report shows, is the world's deadliest disease", står det spissformulert i forordet til World Health Report 1995, årsmeldingen fra Verdens helseorganisasjon (1). Vi tenker umiddelbart på u-landene, og kan lett glemme at utsagnet også har gyldighet for vårt eget land, om enn i et mer beskjedent omfang. Ikke som resultater av sult og krig, men ved det ubehagelige faktum at utsiktene til

god helse er svært ulikt fordelt også i vårt samfunn. Vi ser det dels gjennom den statistikken som nylig er utarbeidet om utsatte gruppers helse i Norge (2), dels gjennom nyere forskning som viser at ulikhetene i helse følger yrke, utdanning og inntekt tettere enn vi har vært vant til å tenke i Norge.

Slike påvisninger skal ikke få overskygge det faktum at vi har bortimot verdens beste folkehelse – i gjennomsnitt, og et av verdens beste helsevesen. Med dette innspillet vil vi likevel minne om at verden ikke står stille, og at nye trender i samfunnsutviklingen og organiseringen av helsetjenesten gjør det nødvendig å følge med, både for fagfolk og politikere. Gamle og nye ulikheter kan

endre bildet. Om vi ikke stiller spørsmål, får vi heller ingen svar.

Helse for alle

Helse for alle var det optimistiske slagordet i den såkalte Alma-Ata-erklæringen fra Verdens helseorganisasjon i 1977. Det daværende Helsedirektoratet la ned et betydelig arbeid med å tilpasse målsettingene for norsk virkelighet gjennom den såkalte Helse for alle-rapporten fra 1987 (3). Alle delmål åpnet med "Innen år 2000...", og det første dreide seg om ulikhet: Ulikheter i helsetilstand mellom land og befolkningsgrupper skulle reduseres med minst 25 %, het det. Her konkretiserte Helsedirektoratet det likhets- og rettferdighetsidealet som



har vært gjeldende i mange lands helsetjeneste, men som i stigende grad ser ut til å komme under press (4). Målsettingen om å redusere ulikheter i helse var nedfelt i delmål 1 i WHO's Helse for alle - erklæring fra 1977, som Norge sluttet seg til:

«Innen år 2000 skal forskjeller i helsetilstand mellom land og mellom befolkningsgrupper være redusert med minst 25%. Dette skal skje ved å bedre de dårligst stilte gruppenes helsetilstand.»

Påfallende taushet

År 2000 har passert. Og det er påfallende stille, både om denne og mange av de andre målsettingene som våre politikere sluttet seg til

gjennom Norsk helseplan på slutten av 1980-tallet (5). Det behøver selvsagt ikke bety at målsettingene er oppgitt. Men skal de ha noen mening, må vi vite mer om hvordan den norske virkeligheten er, og hvilken vei det bærer, også med ulikhetsdimensjonen.

En artikkel i tidsskriftet The Lancet i 1997 (6) satte fart i sakene. Den plasserte Norge på europatoppen, sammen med Sverige, når det gjaldt ulikhet i helse etter sosioøkonomisk status. Det bredte seg et faglig ubehag i norske forskningsmiljøer. For ikke bare gjaldt det såkalt selvopplevd helse, men også "harde" helsevariabler som kronisk sykdom og død. Dette var høyst forstyrrende

nyheter for mange av oss som hadde forestillinger om at klasseskiller i Norge er små, og at de i hvert fall ikke gjaldt helse (7). Sosial- og helsedepartementet gjorde i forbindelse med oppfølgingen av Utjæmningsmeldinga (8) et prisverdig forsøk på å samle norske ulikhetsforskere til et møte om saken i mars 2000. Diskusjonen om Lancet-artikkelen kom til å dreie seg dels om svakheter ved analysemetodene, dels om fortolkninger av funnene. Men ellers fikk vel ikke departementet noe entydig svar. Vi har kort og godt ikke gode nok data om helseforholdenes og sykdommenes sosiale lagdeling i Norge. Forskere påpekte det pinlige i at vi i Norge for tiden ikke vet sikkert om vi ligger på

topp eller på bunn i den europeiske ulikhetsdivisjonen.

Men noe vet vi fra epidemiologiske undersøkelser, både om forekomst av ulikheter og om hva vi i beste fall kan gjøre med dem. Epidemiologi innebærer studier av sykdom og helse i befolkningen (9). Her er det av interesse å se på fordelingen av helse, sykdom, uførhet og dødelighet i forskjellige grupper. Forskjellene peker på helsepotensialet: Hva kan det være mulig å oppnå hvis alle grupper hadde like god helse som den gruppen med best helse? Det epidemiologiske målet for nettopp dette forhold er tilskrivbar befolkningsrisiko (10). Dette målet forteller hvor stor andel av et helseproblem som kan elimineres i det hypotetiske tilfelle at alle oppnår like god helse som den gruppen i samfunnet med best helse. Vi vil senere se på hvordan målet kan benyttes.

Markante helseforskjeller

I Norge er det med epidemiologiske metoder påvist markante forskjeller i helse og uførhet mellom landsdeler, fylker, bydeler i Oslo, og mellom sosioøkonomiske grupper i samfunnet. De fattige kommer relativt sett dårligst ut. Det er imidlertid et viktig aspekt ved sammenhengen mellom sosial status og helse som bør fremheves. Det er ikke bare de som er lengst nede på rangstigen som påvirkes negativt av lav status og fattigdom. Som gruppe har de med høyest status bedre helse enn de med nest høyest status osv. Alle data tyder på at det er en kontinuerlig økning i risiko for helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen: Kurven er skrå over hele spekteret. Sosialt betingede forskjeller i helse påvirker oss alle. Og effekten er sterk.

I Finnmark er gjennomsnittlig forventet levealder tre år lavere enn i de fylkene som har høyest forventet levealder. Oslo er også ett av fylkene som har lavest forventet levealder. Men særlig påfallende for Oslo er forskjellen i forventet levealder når man sammenlikner bydelene. Menn som bor i bydelene Sagene-Torshov kan forvente å leve omtrent ti år kortere enn menn på Vinderen. Tilsvarende er det påvist store forskjeller i forekomst av uførepensjon i Oslos bydeler, med fra fire til sju ganger så høy andel uføre i de mest depriverede bydeler (11).

I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), som omfatter en total fylkesbefolkning i en relativt rural del av landet, er det påvist betydelige forskjeller i helse og uførhet etter sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk status ble her målt som yrkesstatus og som utdanningslengde. I lavstatusgruppene hadde dobbelt så stor andel ikke god helse, sammenliknet med høystatusgruppene (12, 13).

For uførepensjon ble forskjellene funnet enda større, både med hensyn til forekomst og risiko over tid (14). Tilskrivbar befolkningsrisiko for forekomst av uførepensjon etter utdanning var midt på 1990-tallet omkring 50 %. Det vil si, hvis alle hadde hatt like lav risiko for å bli uføre som de med høy sosioøkonomisk status, kunne vi teoretisk sett hatt bare halvparten så mange uføretrygdede i befolkningen.

Tydelig skjevfordeling

Denne tydelige skjevfordeling i helse er dels urettferdig og unødvendig, og derfor i strid med grunnleggende likhetsprinsipper (4). Ifølge en mye sitert WHO-rapport kan årsakene til helseforskjeller etter sosioøkonomisk status kategoriseres i sju punkter (15):

- > Naturlig biologisk variasjon (helseforskjeller som oppstår til tross for like sosiale og økonomiske kår).
- > Selvvalgt helseskadelig atferd, som ekstremsport.
- > Forbigående bedre helse i en gruppe enn i en annen (for eksempel raskere forbedring av helsen i en gruppe sammenliknet med en annen).
- > Helseskadelig atferd hvor det frie valg er betydelig forhindret (for eksempel høyere andel røykere i en gruppe sammenliknet med en annen).
- > Eksposisjon for helseskadelige levekår og arbeidsforhold.
- > Urettferdig fordeling av tilgang til helse- og sosialtjenester.
- > Seleksjon, sosial mobilitet av mennesker med helseproblemer nedover den sosiale rangstigen.

Forskjeller som er forårsaket av forhold nevnt i de tre første punktene kan karakteriseres som naturlige. Forskjeller forårsaket av forhold nevnt under punktene fire til seks betraktes som unødvendige. Forhold under punkt sju kan dels være unngåelige, men i et velferdssamfunn kan også de negative sosiale konsekvensene av sykdom i betydelig grad begrenses. Hvis menneskerettighetsprinsipper eller humanitære prinsipper skal tas til følge, skal ikke helsen til folk med høy status prioriteres høyere enn helsen til folk med lav status.

Økende sosial ulikhet

Det har vært bred enighet i Norge om at tilgang til helsetjenester skal styres etter prinsippet om tilgjengelighet, det vil si at alle skal ha det samme tilbudet uavhengig av bosted og økonomi m.m. (4, 8). På noen områder har det også vært enighet om at helsetjenester skal tilbys etter såkalt resultatlikhet, altså bedre tjenester til dem som trenger dem mest,

f.eks. psykisk utviklingshemmede (5). Uten at det har vært foretatt noen grunnleggende politisk debatt, synes dette prinsippet etter hvert å vike.

På stadig flere felter er man vitne til en økende sosial forskjellsbehandling i helsetjenesten. Forskjellene kan erfares etter sosial klasse, kjønn, type sykdom, geografi, eller ulike yrker. Ikke nødvendigvis fordi politikere vil det slik. Men flere typer tiltak i de senere årene ser ut til å ha økende sosial ulikhet som udiskutabel bivirkning.

La oss nevne noen:

- > Økende egenandeler for helsetjenester og medikamenter.
- > Ordninger med kjøp av helsetjenester for sykmeldte.
- > Flere private helsetjenester – mest for dem med god betalingsevne.
- > Større markedstilpasning i sykehussektoren, antakelig til fordel for de mest velstående i de mest sentrale strøk (som også er de friskeste).
- > Private helseforsikringer mot lange ventelister eller høye egenandeler.

Loven om omvendt omsorg

Blant disse ordningene har de økende egenandelene nådd opp til den politiske dagsorden, men uten at selve den sosiale skjevfordelingen har vært hovedtema. Nettopp fordi sykdom ikke er likt fordelt i befolkningen vil høye egenandeler først og fremst ramme de minst bemidlede. Her ser vi et utslag av det den britiske allmennpraktikeren Julian Tudor Hart i 1971 formulerte som "The inverse care law" – loven om den omvendte omsorg, utlagt slik at helsetjenesten tenderer til å bli dårligst for dem som har størst behov. Vi ser det på mange måter i den nye fastlegeordningen, der unge mennesker, sosialklienter, stoffmis-

brukere og andre lavstatusgrupper lett faller utenfor fordi ordningen krever ryddig atferd og penger å betale med (16).

Julian Tudor Hart har nylig minnet oss om at loven om den omvendte omsorg ikke er noen naturlov (17). Den utøver sin effekt i den grad helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer, og kan motvirkes gjennom bevisste politiske valg. Problemet oppstår når slike politiske valg nettopp gir større plass for markedsmekanismer, slik vi ser tendenser til i Norge nå (4). For helsetjenesten er det foreløpig mest snakk om "interne markeder" i offentlig regi. Men når prislapper på tjenester blir tydeligere og økonomistyringen mer konsekvent, kan Helsetilsynet få noen viktige oppgaver å ivareta: Tilsynet bør også vektlegge den sosiale ulikhetsdimensjonen når helsetjenestens kvalitet skal vurderes, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Gjennomsnitt holder ikke mål her.

Politisk styring vs individuell frihet

Politisk styring eller individuell frihet; Det er mellom disse to motsatte prinsipper at mange viktige valg står i dag. Politiske vedtak som har til hensikt å fremme folkehelsen vil ofte innebære begrensninger for enkeltindivider. Begge prinsipper har gyldighet, men balansen synes å forrykkes i retning av at individuell frihet blir det rådende prinsipp. Problemet med dette valget kan være at de rikeste får økende frihet på bekostning av de mer ressursfattiges helse (18). Men vi lever fortsatt i et samfunn der reklame for tobakk og alkohol er forbudt, med vinmonopol, fartsgrenser i trafikken og der vi betaler skatt for offentlig skole og helsevesen – og vi har oppnådd en folkehelse som nesten hele resten av verden kan se opp til.

Vi har sett at historiske, kulturelle, økonomiske og politiske forhold i stor grad bestemmer folkehelsenivået. Det har overrasket mange at vi trolig ikke har greid å redusere de sosioøkonomiske helseforskjellene etter krigen her i landet, til tross for økende velstand og en solid utbygging av velferdsgoder.

Dette er også overraskende med tanke på at sykdomspanoramaet har endret seg. Men hvordan kan vi forklare at forskjellene har vært stabile i Skandinavia de siste par tiår, mens de har økt i England og er betydelig større i USA? England og Wales har i global sammenheng lengst tradisjon i å måle forskjeller i helse etter sosioøkonomisk status. I USA er slike undersøkelser nesten ikke blitt foretatt. Etter krigen har forskjellene i England og Wales trolig økt. Det paradoksale er at i landet hvor disse forholdene har vært best dokumentert, har myndighetene ført en politikk som heller har forsterket forskjellene enn redusert dem. Den mest berømte rapporten i verdenslitteraturen om sosiale helseforskjeller, The Black Report (19), som var ferdig utarbeidet idet Thatcher-regjeringen ble etablert i London, ble faktisk forsøkt begrenset for offentlig publisitet. Den nye regjeringen innså trolig at denne dokumentasjonen kunne skade oppslutningen om en mer markedsorientert politikk med vekt på privatisering, med økende sosiale forskjeller som resultat.

Etter krigen har Norge hatt politiske hovedstrømninger med vekt på fordeling av ressurser, beskyttende lovgivning for utsatte grupper og utbygging av offentlig infrastruktur med en helse- og sosialtjeneste som yter etter behov og ikke etter betalingsevne. Vi har også innført en lengre obligatorisk grunnutdanning i skolen som har bidratt til reduserte

utdanningsforskjeller i befolkningen. Trolig har denne samfunnsstrukturen hindret økende helseforskjeller de siste to tiår (13, 20), til tross for økende inntektsforskjeller, i motsetning til i England og Wales. Denne samfunnsstrukturen har trolig også bidratt til langt lavere helseforskjeller og derav en bedre gjennomsnittlig folkehelse i Norge sammenliknet med USA. De nyliberalistiske politiske trendene som har preget mange vestlige land, og som preget England under Thatcher, har imidlertid nå også nådd Norge. Vårt samfunn får flere og flere likhetstrekk med det engelske og amerikanske. Det er denne utviklingen som – hvis den får fortsette – trolig vil bidra til økte helseforskjeller pga. økte forskjeller i

sosiale og økonomiske faktorer som påvirker helsen. Dertil er det grunn til å frykte at denne utviklingen også kan medføre en nedtrapping i investeringer i den infrastrukturen som kan gi positive helseeffekter i befolkningen.

Politiske grep nødvendig

Det er imidlertid fullt mulig å gjøre politiske grep som reduserer sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen, og som med stor sannsynlighet også vil redusere helseforskjellene (18). En slik utvikling kan få stor betydning for den nasjonale folkehelsen. Det land som greier å redusere helseforskjellene, vil trolig også vinne den internasjonale "konkurransen" om lengst gjennomsnittlig levealder, lavest

spedbarnsdødelighet osv. Japan har greid å oppnå verdens lengste levealder, og har passert alle de europeiske land i løpet av relativt kort tid. Vi kjenner delvis de historiske, kulturelle, økonomiske og politiske grunner til at dette kunne skje. I tillegg til en positiv økonomisk utvikling er de sosioøkonomiske forskjellene, blant annet inntektsforskjellene, i Japan relativt små (21). Vår enkleste oppsummering er følgende: De primære determinanter for helse og sykdom i befolkningen er økonomiske og sosiale. Derfor må også tiltakene være av økonomisk og sosial art (18). God sosialpolitikk, som også dreier seg om bevisst fordelingspolitikk, er god medisin for folkehelsen.

Litteratur

1. The World Health Report 1995. Bridging the gaps. Geneva: World Health Organisation, 1995.
2. Rognerud M, Strand BH, Hesselberg Ø. The health of disadvantaged groups in Norway. Folkehelse rapport nr. 2, 2000. Oslo: Statens Institutt for folkehelse, 2000.
3. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Oslo: Kommuneforlaget, 1987.
4. Westin S. Likhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118:79-83.
5. St.meld. nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.
6. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997;349:1655-9.
7. Westin S. Hvordan står det egentlig til med Ola og Kari nordmann? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:2586.
8. St.meld. nr. 50 (1998-99). Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.
9. Berkman LF, Kawachi I, red. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
10. Kunst AE, Mackenbach JP: Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1994.
11. Rognerud MAa, Krüger Ø, Gjertsen F, Thelle DS. Strong regional links between socio-economic background factors and disability and mortality in Oslo, Norway. European Journal of Epidemiology 1998;14:457-63.
12. Krokstad S, Westin S. Health inequalities by socio-economic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. Scand J Public Health 2002; in press.
13. Krokstad S, Kunst A, Westin S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. J Epidemiol Community Health 2002; in press.
14. Holte HH, Krokstad S, Magnus P. Årsaker til uførepensjonering. Folkehelse rapport nr. 5, 2000. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2000.
15. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1990.
16. Westin S. Ny ekstraskatt for de syke. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:653.
17. Hart JT. Commentary: three decades of the inverse care law. BMJ 2000;320:18-9.
18. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
19. Townsend P, Davidson N. Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin books, 1982.
20. Dahl E, Elstad JI. Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. Scand J Public Health 2001;29 (suppl 55):7-17.
21. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads. Achievements and prospects. Cambridge, New York, Oakleigh: Cambridge University Press, 1997.



Risikobasert tilsyn innføres i petroleumsvirksomheten

Nytt regelverk vektlegger risikobasert tilsyn med faste og flyttbare installasjoner på norsk kontinentalsokkel. De som jobber "i oljå" off-shore skal ha tilgang til primærhelsetjeneste med samme kvalitet som på land.

Statens helsetilsyn har ansvar for tilsyn med helse-tjenesten, helsemessig beredskap og hygieniske forhold på faste og flyttbare installasjoner i petroleumsvirksomheten på norsk kontinentalsokkel. Tilsynet er hjemlet i lov om petroleumsvirksomhet med tilhørende forskrifter, og utføres i nært samarbeid med Oljedirektoratet. De praktiske tilsynsoppgavene er delegert til Fylkeslegen i Rogaland.

Samme standard som på land

Til grunn for tilsynet ligger prinsipielt sett de samme standarder for helsetjeneste og hygiene som blir brukt ved vurdering av tilsvarende forhold i landbasert virksomhet. For eksempel skal de som oppholder seg på innretninger i petroleumsvirksomheten kunne forvente samme faglige nivå på sin primærhelsetjeneste som det som ytes i kommunehelsetjenesten. Oljeselskapet som er operatør på installasjonen eller den som opptrer på operatørens vegne skal ha styringssystemer som sikrer at dette kan oppnås.

Gjennomføringen av tilsynsaktivitetene bygger på en vurdering av hvor risikoen for svikt antas å være størst. Tilsyn i forhold til flyttbare innretninger er tillagt stor vekt på grunn av at disse flytter hyppig mellom ulike nasjoners farvann. Risikoen for svikt i forhold til krav i norsk regelverk er derfor vurdert som større her enn for faste installasjoner på norsk sokkel. De senere årene er det videre lagt vekt på tilsyn med systemer for å sikre akuttmedisinske tjenester, hygieniske forhold ved undervannsoperasjoner, drikkevannsforsyning og allmenn hygiene inkludert håndtering av næringsmidler.

Fra 2002 trer et nytt forskriftsverk i kraft. Dette samordner ulike myndigheters krav når det gjelder helse, miljø og sikkerhet i et felles forskriftssett utarbeidet av Oljedirektoratet, Statens forurensnings-tilsyn og Statens helsetilsyn. Dette bygger videre på det risikobaserte tilsynet som er praktisert fram til nå.

Begrense antallet tilsynsmyndigheter

Det er fremdeles et mål å begrense antallet tilsynsmyndigheter med primæransvar for tilsyn innenfor petroleumsvirksomheten, nettopp for å sikre et samlet perspektiv på forhold knyttet til helse, miljø og sikkerhet. Dette er ikke til hinder for at nødvendig fagkompetanse fra andre etater benyttes i tilsynet. For eksempel utfører Folkehelsa tilsyn med drikkevannsforsyningen etter oppdrag fra Fylkeslegen i Rogaland.

Forskrift om helsekrav for personer i petroleumsvirksomheten har i lengre tid vært moden for revisjon. Revisjonsarbeidet er blitt prioritert lavere enn gjennomføringen av ordinære tilsynsoppgaver, men Fylkeslegen i Rogaland opplyser at forslag til ny forskrift kan forventes i løpet av 2002.

Ytterligere opplysninger om sikkerhetsarbeidet i petroleumsvirksomheten finnes i Stortingsmelding nr. 7 (2001-2002) med internettadresse:

<http://www.dep.no/aad/norsk/publ/stmeld/002001-040012>



Helsepersonell kan nå reservere seg mot å utføre abort ved hjelp av abortpillen.

Samtidig skal kvinner som får utført abort heretter få informasjon om valgfrie måter å håndtere fosteret på.

Ny forskrift med merknader og rundskriv til lov om svangerskapsavbrudd trådte i kraft 1. september 2001. En viktig endring er at reservasjonsretten nå også gjelder for helsepersonell som utfører eller assisterer ved medikamentelle svangerskapsavbrudd.

Etter de nye retningslinjene om sykehusenes håndtering av aborterte fostre skal fostre etter spontan- og provoserte aborter før utgangen av 12. svangerskapsuke, rutinemessig håndteres som biologisk materiale. For aborter etter utgangen av 12. uke av svangerskapet, er rutinen at fostre settes ned på minnelund. Sykehusene må opplyse kvinnen om den rutinemessige ordningen og bør etterkomme kvinnens eventuelle ønsker om annen håndtering.

Det skal inngå i rutinen at kvinnen ved svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke får skriftlig informasjon om praksis ved sykehuset for håndteringen, og om muligheten til å velge andre ordninger. Et standardskriv er utarbeidet til dette formål. Eksempler på alternative ordninger kvinnen kan velge er:

- > fosteret nedsettes på kirkegård (minnelund/gravlund) ved abort før 12. uke
- > fosteret håndteres på samme måte som biologisk materiale ved abort etter 12. uke
- > avskjedsseremoni eller begravelse av fosteret

For å sikre en ensartet praktisering av regelverket skal klager på abortnemndas vedtak nå behandles ved regionsykehusene.

Abortnemndas tredje medlem bør fortrinnsvis være jurist. De andre to medlemmer skal være leger. Minst ett av medlemmene skal være kvinne.

En entydig forståelse av levedyktighetsbegrepet er sentralt i forhold til å kunne innvilge svangerskapsavbrudd sent i svangerskapet. Fosteret regnes som levedyktig dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført, normalt når svangerskapet er passert 22 fullgatte uker. Det skal være en konkret vurdering av fosterets levedyktighet i hvert enkelt tilfelle.

Ved abortbegjæringer rundt 12. svangerskapsuke, som er grenseområdet mellom selvbestemte og nemdbehandlede aborter, skal det utføres ultralydundersøkelse når det er usikkerhet om svangerskapets varighet. I merknaden til bestemmelse i abortforskriften er det gitt veiledende mål for et 12 uker gammelt foster.

Konferanse

Den årlige nasjonale konferansen for sykehusenes abortnemnder har som mål å bidra til en helhetlig og ensartet praktisering av lov om svangerskapsavbrudd. Det er en svært nyttig arena for erfaringsutveksling mellom aktuell helsetjeneste, tilsynsmyndigheten og Sosial- og helsedepartementet når det gjelder problematiske sider ved praktisering av gjeldende regelverk.

Helse på internett

I framtiden kan du kanskje fornye resepten eller sykmeldingen din via internett. Men det vil bli stilt svært strenge krav til dem som ønsker å gi konkrete råd om helse til enkeltpersoner.

Nettsteder som tilbyr helserådgivning er en nyskaping i helsetjenesten, og Helsetilsynet har mottatt flere henvendelser fra virksomheter som ønsker å tilby slike tjenester på nett. Helsetilsynet ser nytten av nettsteder som gir generell helse- og sykdomsinformasjon, men denne form for helsetjenestetilbud reiser også mange helsefaglige og juridiske problemstillinger.

Uklare grenser

Grensen mellom generell helserådgivning og helsehjelp i tradisjonell forstand kan bli uklar dersom det legges opp til direkte dialog mellom helsepersonell og brukere av nettstedet. Generelt mener Helsetilsynet at dersom brukere gis konkrete råd etter dialog med helsepersonell på nettet, må tjenesten karakteriseres som helsehjelp etter helsepersonelloven. Dette innebærer bl.a. plikt til å drive forsvarlig virksomhet. For å overholde taushetsplikt og ivareta personvern, vil det også måtte stilles strenge krav til datasikkerhet, og i tillegg må pasientrettighetene kunne utøves i samsvar med lowerket.

Helsehjelp på nett har naturlige begrensninger som kan gjøre det vanskelig å overholde forsvarlighetsplikten. Kommunikasjon uten fysisk tilstedeværelse kan vanskeliggjøre forsvarlig undersøkelse, diagnostisering og behandling. Kjenner helsepersonellet

pasienten fra tidligere, kan det etter en konkret vurdering være forsvarlig å fornye resepter, forlenge sykemelding, eventuelt også foreta justering av igangsatt behandling. Man kan imidlertid ikke se bort fra at enkelte unnlater å oppsøke lege etter å ha fått svar på nettet, eller at man etter å ha betalt for netjtjenestene, allikevel må oppsøke lege.

Det blir nå arbeidet med å utforme retningslinjer for tilbydere av helserelaterte tjenester på internett.

Nasjonalt helsenett

Sosial- og helsedepartementet har gjennom "Si @!"-planen uttalt at det skal etableres et nasjonalt helsenett. Nettet vil legge forholdene til rette for raskere kommunikasjon mellom helsepersonell, mellom helsepersonell og pasient, og økt bruk av telemedisin. Etter Helsetilsynets oppfatning vil et slikt helsenett åpenbart kunne bli et viktig verktøy ved ytelse av helsehjelp. For Helsetilsynet vil det imidlertid være viktig at personopplysnings- og helselovgivningens regler om taushetsplikt, personvern og datasikkerhet overholdes.

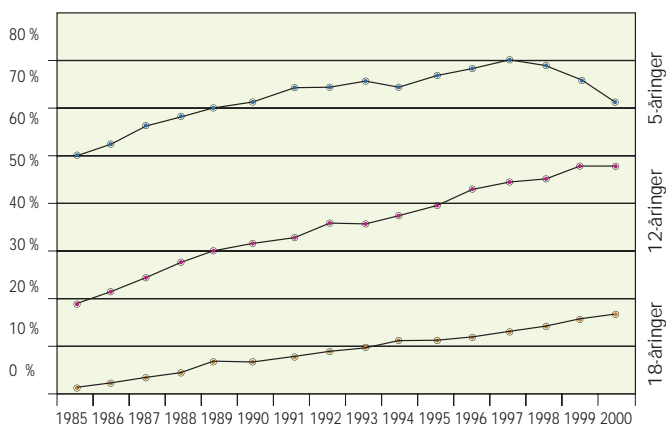
Ifølge denne planen skal det også innen utgangen av 2003 prøves ut en sikker ordning for kommunikasjon mellom pasienter og fastlege via internett.

Tannhelsen i fare hos små barn og hos de eldre



Det har skjedd en gradvis forverring av småbarns tannhelse. Forholdene er omtrent som før hos større barn og ungdommer. Mange eldre får ikke tannhelsetjenester som de etter loven har krav på.

Det har skjedd en gradvis forverring av småbarns tannhelse i den senere tid. Fire av ti 5-åringene har nå hull i tennene. Tannhelsen hos eldre barn og ungdommer er stabil, og til dels i bedring. Helsetilsynet er bekymret for den negative utviklingen hos småbarn. Vi understreker i Årsmelding for tannhelsetjenesten for 1999 og 2000 at barna må få fluortilførsel to ganger daglig.



Prosentvis del av et bestemt årskull uten hull i tennene.

Figuren bygger på innsendte data fra landets fylkes-tannleger og viser andelen av barn og unge helt uten tannråte representert ved 5-, 12- og 18-åringene fra 1985 til og med 2000.

For voksenbefolkningen finnes det ingen tilsvarende samlet oversikt over tannhelseutviklingen som det gjør for barn og unge. Enkeltundersøkelser viser at det generelt har vært en stor bedring i denne delen av befolkningen. Men for de eldste og sykeste eldre

finnes det forholdsvis pålitelig dokumentasjon på at tannhelseforholdene er dårlige.

Eldre som bor på institusjon eller som mottar hjemme-sykepleie er en av de gruppene som har rett til et oppsøkende tannhelsetilbud etter lov om tannhelsetjenester. I Nord-Trøndelag fikk bare 35 % av dem som har rett til oppsøkende tannhelsetjeneste et slikt tilbud, mens i Oppland og Rogaland fikk 91 % et tilbud. Siden syke eldre ikke får det tannhelsetilbudet de etter loven har krav på, bør et forbedret tannhelsetilbud for denne gruppen bli et satsingsområde for helsetjenesten i de nærmeste årene.

Tennenes og munnens sykdomsproblemer fikk for omlag 100 år siden sin egen helsetjeneste - tannhelsetjenesten. Denne ble organisert som en egen søyle ved siden av den generelle helsetjenesten fordi det trengtes en "hær" av plombører og tanntrekkere til å ta seg av problemene den høye forekomsten av tannråte forårsaket. Tannråte med påfølgende tannpine ble ansett som hovedårsak til dårlig motivasjon for læring blant elevene og fikk skylden for dårlig innelima i klasserommene.

I de hundre årene som er gått, er det skjedd en formidabel bedring av tannhelsen i den norske befolkningen. Den positive utviklingen skjøt spesielt fart da fluorskylleprogrammene i skolene ble introdusert på 60-tallet. Den generelle bedringen i hele befolkningen kom imidlertid etter at fluortannkremen ble tilgjengelig i dagligvareforretningene på slutten av 70-tallet. Dermed kan de fleste nå regne med å beholde sine egne tenner livet ut, og at de vil ha langt færre fyllinger og tannproblemer enn tidligere generasjoner.

Obduksjoner – fasit, etikk, tabu

For en tid tilbake ble det avdekket uverdige forhold ved obduksjoner. En ny undersøkelse viser at alle sykehus unntatt ett nå legger avdødes organer tilbake.

Presseoppslag de siste årene har avdekket uverdige og utilfredsstillende forhold i obduksjonsvirksomheten. En skriftlig spørreundersøkelse Helsetilsynet gjennomførte i 2001 ved de av landets sykehus som har patologisk avdeling, viser at alle sykehus unntatt ett nå legger avdødes organer tilbake etter endt undersøkelse. I 1984 gjorde bare halvparten dette. Fordi spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen var de samme i 2001 og i 1984, kunne Helsetilsynet sammenligne praksis.

Tillatelse til å utføre obduksjon innhentes oftere nå enn i 1984. Likevel var obduksjon som fasit på diagnostikk og behandling mer anerkjent i 1984. Samtidig kom det fram at 14 av 17 sykehus ikke kjenner det vedlegget som forskrift om obduksjon sier bør gis til pasient eller pårørende ved innleggelse i sykehus.

Helsetilsynet har merket seg at obduksjonsfrekvensen i Norge er synkende. Bare 12 % av alle som dør på sykehus blir nå obdusert, mot 22 % i 1984. Samtidig vet vi at obduksjoner kan avdekke sykdommer (hjerteinfarkt, blodpropp i lungene, tuberkulose) som ikke ble erkjent mens pasienten var i live.

Obduksjoner gir fasit både på dødsårsak og utført diagnostikk og behandling. Obduksjoner er dermed et ledd i kvalitetskontrollen av medisinske tjenester. Sikker dødsårsaksregistrering er viktig for å kunne overvåke helsetilstand og sykdomspanorama. Viktige sykdommer overses ofte og verifiseres først ved obduksjon. Kombinasjonen endret etnisk befolknings sammensetning og synkende obduksjonsfrekvens er bekymringsfull.

Et utvalg nedsatt av Helsetilsynet har vurdert nåværende praksis vedrørende informasjon og samtykke, og håndtering av organer. I tråd med pasient-

rettighetsloven fremhever utvalget viktigheten av å informere om hva obduksjon er, hvorfor det er en viktig undersøkelse og at man har reservasjonsrett. Tilsynelatende irrasjonelle argumenter hos de pårørende bidrar ofte til reservasjon overfor obduksjon. Utvalget peker også på at lederne ved de patologiske avdelingene skal sørge for tilfredsstillende arbeidsmiljø og en akseptabel kvalitet på det utførte arbeidet.

Allmennheten må kjenne seg trygg på at obduksjoner utføres etisk forsvarlig slik loven krever. Det må gis tilstrekkelig informasjon om hva obduksjon er, og hvorfor den er nødvendig. I land der eksplisitt samtykke er innført, synker obduksjonsfrekvensen, ikke fordi pårørende og pasienter svarer nei, men fordi helsepersonell kvier seg for å spørre. Derfor må helsepersonell ha nødvendig kompetanse og modenhet i møte med problemstillinger ved livets slutt.

Helsetilsynets konkluderer i sin rapport etter undersøkelsen i 2001:

- > Obduksjoner har mistet status som fasit på legearbeid.
- > Synkende obduksjonsfrekvens svekker tilliten til landets dødsårsaksstatistikk og er bekymringsfullt sett i lys av endret etnisk befolknings sammensetning.
- > Selv om det gradvis er blitt større åpenhet om obduksjonsvirksomheten, må allmennhetens tillit til virksomheten styrkes.
- > Vanskelige spørsmål ved livets slutt unnvikes ofte i en travel sykehushverdag. Slike spørsmål må ikke forsvinne ut av lege-pasientforholdet.
- > Kravene som er gitt gjennom forskrifter og lowerk må implementeres bedre.

Pasientbroen som kunne blitt smittebro



På grunn av skepsis fra Helsetilsynet og Folkehelse, ble ikke norske pasienter sendt til utenlandske sykehus der man kunne forvente at det fantes motstandsdyktige bakterier.

Stortinget bevilget en milliard kroner for å behandle pasienter i utlandet i 2001. Dette førte umiddelbart til reaksjoner fra fagmiljøene som uttrykte bekymring for hvilke konsekvenser dette ville ha med hensyn til forekomsten av antibiotikaresistente bakterier og sykehusinfeksjoner i Norge.

Bakterienes motstandsdyktighet mot antibiotika er et alvorlig og økende globalt problem, mens situasjonen i Norge så langt har vært god. I Norge har man i mange år forsøkt å bremse denne utviklingen med flere tiltak:

- > rasjonell og sparsom bruk av antibiotika
- > forhåndsundersøkelse og isolering av pasienter fra utenlandske sykehus
- > forhåndsundersøkelse av arbeidstakere på norske sykehus som har arbeidet eller vært innlagt på utenlandske sykehus.

Når pasienter har vært behandlet i utenlandske helseinstitusjoner og blir innlagt i Norge, skal de isoleres inntil det er utelukket at de er bærere av svært motstandsdyktige, såkalte multiresistente bakterier. Bakterienes motstandsdyktighet mot antibiotika kan gjøre dem nærmest uovervinnelige i et sykehusmiljø. Der kan de "bosette seg" og gi opphav til alvorlige og livstruende infeksjoner hos utsatte pasientgrupper.

Et eksempel på en motstandsdyktig bakterie er den meticillinresistente gule stafylokokken *Staphylococcus aureus* (MRSA). Denne mikroben overvåkes nå i flere land. Forekomsten av MRSA i de skandinaviske landene og i Nederland er svært lav. Her påviser en bare den motstandsdyktige MRSA-bakterien hos 2 % av pasientene som har infeksjoner som skyldes gule stafylokokker. I andre europeiske land og USA er så mange som halvparten av alvorlige stafylokokk-infeksjoner forårsaket av MRSA.

Både Helsetilsynet og Folkehelse hadde innvendinger til ordningen om å sende pasienter til utlandet for behandling. Dette bidro til at valg av land og sykehus ble vurdert nøye, og man måtte tenke gjennom hvordan man skulle unngå at pasientene måtte ha et isolatopphold på norske sykehus etter hjemkomst.

Ordningen med pasientbro ble iverksatt, og man valgte å behandle pasienter i land og på sykehus hvor forekomsten av multiresistente bakterier var lav. Bortsett fra at man måtte slutte å sende pasienter til et sykehus i Nordtyskland på grunn av et utbrudd med MRSA, synes det som om det er blitt gjort gode valg.

I Tromsø ble pasientene som skulle behandles i utlandet testet for multiresistente bakterier både før og etter behandlingen i utlandet. Det er så langt ikke påvist at noen av disse pasientene er blitt smittet med multiresistente bakterier.

