

TILSYNSMELDING 2006

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



Innhold

	side
Tilsyn gir læring	3
LANDSOMFATTENDE TILSYN 2006:	
Har rusreformen gitt et bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere?	4–5
Ikke likeverdige habiliteringstjenester til barn	6–8
Fortsatt svikt ved bruk av tvang i kommunene	9–10
Opplæringsprogram som oppfølging av tilsyn	10
Alvorligere saker til behandling	11
Svikt i allmennlegers håndtering av høyt blodsukker	12–13
Arbeidsleder eller tjenesteyter i eget hjem	14
”Kommer du levende inn, kommer du levende ut” – men hva skjer så?	15
Rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering	16
Endringer på gang	17
Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser	17
Når samarbeidet ved fødesengen svikter	18–19
Fødselssaker Helsetilsynet har behandlet	20
Elektronisk pasientjournal og taushetsplikt	21
Det faglege innholdet i sosialt arbeid	22–23
Tilsyn og forskning	23
Tilsynsutfordringer ved alternativ behandling	24–25
Samfunnsmedisinens fyrtårn	26
Å overvåke sårbarhet og kvalitet	27
Vikarbyråer i helsetjenesten – ressurs og utfordring	28
Smitteisolering i sykehus	29
Selv mordssaker i psykisk helsevern	30
Egeninitierte tilsyn med spesialisthelsetjenester	31
Kommunene må ta legevaktjenesten på alvor	32–33
SETT FRA FYLKESMENNENE OG HELSETILSYNET I FYLKENE:	
Kontakt med kommunene	34
Status og utfordringer for Fylkesmannen ved etablering av NAV-kontorer	35
Systemet eller individet?	36
Fleire klager	36
Helsetilsynet i mediebildet	37
Og forøvrig er det Helsetilsynets mening at	38–39
Tall og fakta	40–45
Landsomfattende tilsyn i 2007	46
Publikasjoner fra Helsetilsynet	47

Ansvarlig redaktør: Lars E. Hanssen
Redaksjonsgruppe: Helge Høifødt, Sverre Nesheim, Finn Pedersen (leder),
Kristina Totlandsdal og Nina Vedholm

Engelsk oversettelse: Linda Grytten
Samisk oversettelse: Inger-marie Oskal

ISSN 1501-8083

Kommentarer og spørsmål kan sendes til tilsynsmelding@helsetilsynet.no.
Tilsynsmeldinger på internett: www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding.

The Annual Supervision Report 2006 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: www.helsetilsynet.no.

Muhtun artihkkaliid gávnnaat sámegeillii Dearvašvuodageahču neahttabáikkis www.helsetilsynet.no
Noen av artiklene finnes i samisk oversettelse på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no.





Tilsyn gir læring

Velkommen til en ny utgave av vår årlige tilsynsmelding. Formålet med tilsynsmeldingen er å formidle en del viktige observasjoner og vesentlige vurderinger som er gjort i tilsynsarbeidet tilbake til tjenesteyterne og andre med ansvar for sosial- og helsetjenestene.

Til tross for at vi har forsøkt å presentere et variert utsnitt av de erfaringene vi har gjort, er det vanskelig å gi et fullverdig og representativt bilde av bredden i arbeidet hos Fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn. Vi har vært nødt til å gjøre et skjønnsomt utvalg av saker. De som måtte ønske et bredere blikk og dypere innsyn i virksomheten vår, kan finne mer stoff på nettsidene våre (www.helsetilsynet.no) og hos fylkesmennene (www.fylkesmannen.no).

Fellesnevneren for tekstene i denne meldingen er at de omhandler forhold som vi mener egner seg for gjennomgang, drøfting og refleksjon blant de som har ansvar for sosial- og helsetjenestene i Norge. Statens helsetilsyn har erfart at det som framstår som problemer og svikt hos en tjenesteyter, ofte også gjenfinnes hos flere andre. Vi ser at svikt blir korrigert når dette påpekes ved tilsyn. Betydningen av tilsyn understrekes også av at stadig flere kommuner og helseforetak bringer tilsynsresultatene fram for overordnede organer til styrebehandling. Dette er en gledelig utvikling, som etter vår oppfatning er helt i samsvar med internkontrollprinsippet som ligger til grunn for styringen av sosial- og helsetjenestene.

Likevel undres vi stadig over at det som er påvist som mangler hos en tjenesteyter, får lov til å bestå uten oppmerksomhet eller korreksjon andre steder. Dette er etter vår oppfatning et tydelig uttrykk for at sosial- og helsetjenestene ikke er lærende organisasjoner.

Lærende organisasjoner må selvsagt ha et bevisst forhold til erfaringer og resultater av egen tjenesteyting. Lærende organisasjoner må også være i stand til å fange opp signaler om gode og dårlige erfaringer som andre har gjort. Her kan nettstedet vårt være nyttig.

Statlig tilsyn er en vesentlig rettssikkerhetsgaranti for tjenestemottakerne, ved at det påvises og gripes fatt i mangler og svikt hos den enkelte tjenesteyter. Tilsyn framskaffer også erfaringer med allmenn verdi, som kan og bør benyttes for utvikling av sikkerhet og kvalitet i tjenesteytingen. Dette forutsetter dels at vi er i stand til å formidle våre erfaringer til tjenesteyterne på bredt grunnlag, og dels forutsetter det at tjenesteyterne gjør seg bruk av tilsynserfaringene i sitt eget utviklingsarbeid.

Det siste forholdet har vi begrenset styringsmulighet i forhold til. Hovedansvaret for dette ligger på de som er ansvarlige for tjenesteytingen.

Det første forholdet har vi imidlertid et selvstendig ansvar for å ta fatt i. Fram til nå har vi lagt vekt på å gjøre våre tilsynsresultater allment tilgjengelige. Vi ser at det ikke er tilstrekkelig for å sikre at våre erfaringer blir brukt i så stor grad som vi mener er hensiktsmessig. I vår strategiplan for 2007–2009 er derfor formidling av tilsynets erfaringer et av de forholdene som vi har bestemt skal ha særlig oppmerksomhet.

De nærmeste årene må vi legge større vekt på forhold knyttet til oppfølging av de funnene og de erfaringene vi har gjort. For å få til dette trenger vi samspill og dialog med tjenesteyterne. Tilsynsmeldingen er et lite, men forhåpentligvis nyttig bidrag i dette samspillet.

Med hilsen

Lars E. Hanssen

Har rusreformen gitt et bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere?

Den politisk prioriterte rusreformen skulle gi bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Reformen ble iverksatt i 2004, men det er fremdeles mye arbeid som gjenstår før alle behandlingstilbudene har nådd et nivå svarende til en god spesialisthelsetjeneste. Spesielt vil vi peke på at tilsynet viste at pasienter ikke får sine rettigheter oppfylt og at det skorter på nødvendig faglig kompetanse i mange tilbud.

Området ble valgt ut til et landsomfattende tilsyn av tre grunner:

- gjennomført reform som omfattet både endring av ansvar og nye krav til innhold
- politisk prioritert område
- vi hadde kunnskap om behov for å bedre kvaliteten i behandlingen av rusmiddelavhengighet.

Rusreformen ble iverksatt 1.1.2004. Målet med reformen er at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester, samt at behandlingsresultatene skal bli bedre. Det dreier seg både om en ansvarsreform og en innholdsreform. Ansvar for å sørge for at rusmiddelmisbrukere sikres forsvarlig tverrfaglig spesialisert behandling ble lagt til spesialisthelsetjenesten. Stortinget understreket blant annet at tverrfaglig spesialisert tjenesteyting til rusmiddelmisbrukere skulle inkludere ulike fagdisipliner som sosialfag, psykologi og medisin. Det er knyttet store forventninger til rusreformen. Kombinasjonen av at tjenesteområdet langt på vei var en ny oppgave for spesialisthelsetjenesten og at store ambisjoner ble signalisert fra politisk hold, gjorde at området pekte seg ut som interessant for et landsomfattende tilsyn. Det at behandling av rusmiddelavhengighet ofte retter seg mot en gruppe med mange helseproblemer som i tillegg er sårbare og ofte har et vanskelig liv, bidro også til at vi fant det viktig å føre tilsyn med dette fagområdet.

Rapporten "Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv" (Rapport fra Helsetilsynet 2/2005) påviste behov for kvalitetsforbedring av rusbehandling. Kunnskapsgrunnlaget kan sies å være noe mangelfullt, men det var et hovedinntrykk at mange rusmiddelmisbrukere ikke fikk de tjenestene de hadde behov for. Kapasitetsproblemer og ventetider ga mange steder grunn til bekymring, ikke minst for de såkalte dobbelt-diagnosepasientene (alvorlig psykisk lidelse og rus), og for de som var aktuelle for legemiddel-assistert rehabilitering. Det var grunnlag for å tro at tjenestene fortolket pasientrettighetsreglene ulikt, særlig når det gjaldt vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Manglende samordning innen og mellom nivåene var ofte til hinder for at målene ved behandling ble oppnådd. Det var behov for oppdaterte og kunnskapsbaserte faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet.

Rusreformen innebar at de regionale helseforetakene (RHF-ene) overtok 32 fylkeskommunale behandlingstiltak. RHF-ene trådte inn i tidligere fylkeskommunale avtaler med 42 private behandlingstiltak. En særegenhet ved dette tjenesteområdet er det store innslaget av private aktører. De regionale helseforetakene fikk også ansvaret for organiseringen av legemiddelassistert behandling (LAR).

Landsomfattende tilsynsaktiviteter ville kunne bidra til å sikre kunnskap om hvorledes regelverket etterleves og bidra til å si noe om hvorledes intensjonene med rusreformen ble ivaretatt. Omorganiseringen av behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere i henhold til rusreformen burde ha funnet sin form i 2006.

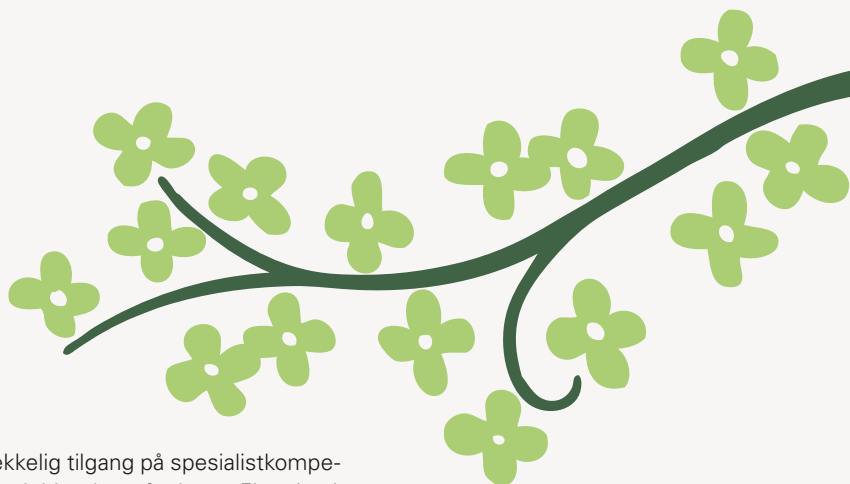
Avgrensninger

For å sikre et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og for å identifisere tema/områder med risiko for svikt, ble det avholdt møte med representanter fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Det ble også avholdt møte med Helsetilsynets fagråd for kjønnsperspektiv i tilsyn. De ulike aktørene bidro til å bekrefte tilsynsmyndighetens kjennskap til tjenesteområdets risiko og sårbarhet for svikt.

Det er knyttet særlige utfordringer til det å sikre sammenhengende tiltakskjeder når ulike forvaltningsnivåer er involvert i tjenesteytingen. Dette er også tilfelle i forhold til rusmiddelmisbrukere der det er avgjørende at spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene har etablert gode samarbeidsrutiner. Det ble derfor fremmet ønske om at et landsomfattende tilsyn med tjenestefeltet burde omfatte både de spesialiserte tjenestene og de kommunale tjenestene. Et tilsyn som inkluderte begge forvaltningsnivåene ble vurdert til å bli for omfattende og man valgte ut fra kapasitetsmessige vurderinger å avgrense dette tilsynet til kun å omfatte de tverrfaglige spesialiserte tjenestene.

Tilsynet tok utgangspunkt i gitte kriterier og operasjonaliseringer av forsvarlighet innen de ulike delområdene:

- samhandling med andre nivå
- brukeres medvirkning
- ansattes kompetanse og tjenestenes utforming
- dokumentasjon av individuelle forløp (journalplikt) og av kontinuerlig forbedringsarbeid. Hvilke systemer eller tiltak hadde virksheten utviklet/utarbeidet for å sikre at ulike krav ble ivaretatt (styringskravet)



- når det gjaldt vurdering av henvisningene la tilsynet vekt på hvordan det sikres at 30-dagersfristen ble overholdt og på hvilke kriterier som ble vektlagt i forhold til behovet for nødvendig helsehjelp.

Tilsynsaktivitetene var konsentrert om fire ulike faser i behandlingen av rusmiddelmissbrukere:

- henvisning og vurdering
- utredning
- behandling
- avslutning av behandling

Mangfold av tilsynsobjekter

I hver region ble det gjennomført tilsyn med seks ulike funksjoner:

- to virksomheter som på oppdrag fra RHF-ene utførte vurderinger av behovet for nødvendig helsehjelp i henhold til lov om pasientrettigheter
- en virksomhet som hadde tilbud om avrusning
- en poliklinisk virksomhet
- en behandlingsinstitusjon som ga døgnbasert behandling under seks måneders varighet
- en behandlingsinstitusjon som ga døgnbasert behandling over seks måneders varighet

Minimum en av de nevnte virksomhetene burde behandle alkoholrelaterte lidelser og en av virksomhetene burde være privat. Vi tok ikke sikte på å vurdere virksomheter som kun ga tilbud om legemiddelassistert behandling (LAR). LAR-tiltak gjøres til gjenstand for fortløpende evaluering i regi av andre.

Funn

Tilsynsobjektene ble ikke valgt med tanke på et representativt utvalg. Helsetilsynet mener likevel at funnene gir verdifull informasjon om hvordan tjenesteområdet fungerer. Det ble utført tilsyn med i alt 22 virksomheter og det ble gitt til sammen 32 avvik og 22 merknader. I fire av de 22 virksomhetene ble det ikke funnet avvik. Det ble påvist avvik innen alle de fire ulike fasene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som tilsynet var konsentrert om.

Det ble påvist svikt i forhold til å overholde tidsfristen på 30 virkedager for å avgjøre om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp. Det ble avdekket mangler i forhold til nødvendig kompetanse både ved vurdering, utredning og behandling. Det har vist seg spesielt vanskelig

å sikre tilstrekkelig tilgang på spesialistkompetanse, særlig gjelder dette for leger. Flere institusjoner har en utilstrekkelig diagnostisk praksis ved at pasientene ikke får diagnose i henhold til WHO's diagnoseklassifikasjonssystem (ICD-10). Arbeidet med individuell plan ivaretas ikke i alle virksomheter. Helsetilsynet ble møtt med utsagn om at dette er noe kommunene bør ta hånd om. Journaldokumentasjon viste svakheter når det gjaldt innhold. Oppbevaringen av journaler har flere steder ikke sikret nødvendig adgangsbegrensning. Legemiddelhåndtering var ikke i samsvar med regelverkets krav. I flere tilfeller sikres ikke en forsvarlig utskrivning, blant annet ved at epikrise ikke foreligger innen forsvarlig tid og at det ikke er utviklet samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Helsetilsynet har også erfart at en rekke virksomheter ikke har tilstrekkelige styringssystemer for å sikre etterlevelse av regelverket.

Tilsynet har vist at det er et stykke igjen før rusmiddelmissbrukere fullt ut får sine rettigheter etter pasientrettighetsloven. Deler av tjenesteområdet har ikke sikret seg tilgang til nødvendig fagkompetanse. Dette svekker fagligheten i alle deler av behandlingen og truer forsvarligheten i tilbudene. Helsetilsynet vil utfordre fagmiljøene til å utvikle meritteringssystemer som bidrar til at innsats i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er relevant i forhold til å skaffe seg spesialistkompetanse. Dette vil kunne medvirke til å bedre rekruttering til et tjenesteområde som er etterspurt og prioritert fra samfunnets side. Helsetilsynet har ved dette tilsynet fått bekreftet at en tydelig, kvalifisert og engasjert ledelse er en avgjørende faktor i utviklingen av et kvalitetsmessig godt tilbud til pasientene.

Det er fortsatt en vei å gå for en rekke virksomheter før kvaliteten i alle deler av behandlingen kan sies å være på et nivå svarende til en kvalitetsmessig god spesialisthelsetjeneste. Dette tilsynet har vist at flere virksomheter arbeider systematisk med å forbedre sine tjenester slik at intensjonen med rusreformen av 2004 kan oppfylles.



Ikke likeverdige habiliteringstjenester til barn

Landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn i 2006 viser at barn som har behov for habilitering, ikke får likeverdige tjenester. Tjenestetilbudet varierer etter hvilken fagkompetanse som er tilgjengelig i barnehabiliteringstjenestene og kommunene barna bor i.

Det er avdekket brudd på retten til informasjon og medvirkning, og omfattende mangler i rutiner og tiltak som er nødvendige for å sikre individuelt tilpassede og koordinerte habiliteringstjenester. Dette gjelder alle faser fra utredning og planlegging til gjennomføring, oppfølging og evaluering av tiltak. I mange tilfeller er det foreldrene som i praksis koordinerer tjenestene. Det er usikkert om tjenestene er forutsigbare og virksomme, og om ressurser blir nyttet på en god måte. Helsetilsynet kan ikke akseptere dette. Den systematiske styringen (internkontrollen) og det kontinuerlige arbeidet med å evaluere og forbedre tjenestene bør få vesentlig større oppmerksomhet.

I perioden 2002–2006 er det gjennomført flere landsomfattende tilsyn hvor plikt til samordning og koordinering av tjenester, individuell plan, og rett til vurdering og nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten har vært tema. Funn fra tilsynet i 2006 tyder på at kommuner og helseforetak i for liten grad bruker tidligere påpekte mangler til læring og forbedring.

Områder for tilsyn

Tilsynet med habiliteringstjenester til barn i 2006 omfattet kommunale sosial- og helsetjenester og enheter for barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført tilsyn med 40 kommuner og 21 barnehabiliteringstjenester.

Områder for tilsynet med de kommunale sosial- og helsetjenestene var om kommunen sikrer at:

- barn i målgruppen får forsvarlig utredning
- behov utredes og tjenester planlegges individuelt og koordinert
- planlagte habiliteringstjenester blir gjennomført, regelmessig evaluert og endret ved behov.

Områder for tilsynet med enhetene for barnehabilitering var om helseforetaket sikrer at:

- retten til vurdering og nødvendig helsehjelp blir oppfylt
- barn i målgruppen som blir henvist for første gang, blir forsvarlig utredet og om tiltak blir planlagt og iverksatt

- barn i målgruppen med behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten blir fulgt opp av barnehabiliteringstjenesten.

Målgruppen for tilsynet var barn i alderen 0–18 år med medfødte, tidlig manifesterte eller tidlig ervervede nevrologiske tilstander eller skader i nervesystemet. De har vanligvis behov for forskjellige tjenester i og utenfor sosial- og helsetjenestene i lang tid. Mange personer er involvert.

Brukermedvirkning, faglig kompetanse, samarbeid og koordinering av de ulike tjenestene er en forutsetning for en forsvarlig, målrettet og sammenhengende habiliteringsprosess. Tiltak for å styre aktiviteter og prosesser er nødvendig for å unngå at tjenestetilbudene blir personavhengige og tilfeldige.

Kommunale sosial- og helsetjenester

Det må være avklart hvem som skal koordinere arbeidet med utredning av tilstanden til barna og deres behov for habilitering. Rutiner for informasjon og samarbeid må være kjent og fulgt. I flere kommuner var ikke ansvarsforhold mellom helsestasjon og fastlege avklart. Forskjellige instanser henviste barn til barnehabiliteringstjenesten uten at lege hadde undersøkt eller vurdert behov for henvisning. Det varierte om fastlege ble involvert i planlegging og evaluering av habiliteringstiltak og om fastlege fikk informasjon fra barnehabiliteringstjenesten. Mange familier hadde mer kontakt med lege i spesialisthelsetjenesten enn med fastlege. Dersom fastlegene ikke involveres, blir det vanskelig å ivareta ansvaret de har for pasientene.

Tilsynet avdekket mangler i rutiner og tiltak som skal sikre koordinert planlegging og regelmessig oppfølging av habiliteringstjenester i samarbeid med barn og foreldre i nær tre firedeler av kommunene. Under slike forhold blir det personavhengig om, og i hvilken grad, tjenestene blir koordinert. I mange kommuner var ansvaret for koordinering ikke avklart. Det manglet eller var uklare rutiner for samarbeid i og mellom kommunale deltjenester og med spesialisthelsetjenesten. Nær halvparten av kommunene hadde ikke

koordinerende enhet, eller det var uklart hvilke oppgaver enheten skulle ivareta. Helsetilsynet vil ta problemstillingen opp med Sosial- og helsedirektoratet.

Individuell plan er et praktisk verktøy for å sikre forsvarlig tjenestetilbud til personer med langvarige og sammensatte behov. I mer enn halvparten av kommunene varierte det om og hvordan individuell plan ble brukt. Koordinator sitt ansvar var uklart. Rutiner for utarbeiding og oppfølging av individuelle planer var flere steder ikke kjent eller fulgt. Enkelte steder ønsket barnehage og skole å reservere seg mot å delta i arbeid med individuell plan fordi dette ikke er en lovpålagt oppgave for disse etatene. Helsetilsynet vil be Helse- og omsorgsdepartementet ta opp spørsmålet om individuell plan også bør hjemles i barnehage- og opplæringslovene, slik at flere etater blir forpliktet til å samarbeide.

Forsvarlig tjenesteyting forutsetter at personellet har nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Tiltak for å sikre at personell fikk slik informasjon, opplæring og oppfølging var mangelfulle i nær halvparten av kommunene. Dette gjaldt særlig personell i kommunale avlastningstiltak, private avlastere og støttekontakter.

Avlastning er nødvendig for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne og sykdomstilstander. Foreldrenes mulighet til å velge mellom kommunal og privat avlastning varierte. Ofte måtte de selv rekruttere private avlastere. I noen få kommuner var saksbehandlingstiden og/eller tiden fram til vedtak ble iverksatt mer enn et halvt år. Det er uforsvarlig lenge. Avlastningstilbudene var ikke individuelt tilpasset og/eller marginale i vel en tredel av kommunene.

Barnehabiliteringstjenester

Organisering, tilbud og faglig kompetanse i barnehabiliteringstjenestene varierer. Det er forskjell på antall fagstillinger og spesialistkompetanse, og særlig legespesialister. To enheter hadde ikke lege og enkelte hadde lege i deltidsstilling. Hvilke tilstander barnehabiliteringstjenestene tok imot og hvilke tilbud som ble gitt, varierte. Helsetilsynet vil ta disse forskjellene opp med eier og med regionale helseforetak.

Barnehabiliteringstjenestene er en spesialisthelsetjeneste. Innen habilitering er grenseflaten mellom hva som er kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester uklar. Det gis utstrakt veiledning til personell i kommunene, men enkelte habiliteringstjenester hadde ikke kapasitet til å gi nødvendig veiledning. Tilbud om ambulante tjenester varierte noen steder med avstanden til kommunene. Barn i kommuner som manglet fagkompetanse fikk i mange tilfeller tettere oppfølging og mer omfattende tilbud fra barnehabiliteringstjenesten enn barn med tilsvarende behov i andre kommuner. Helsetilsynet påpeker at kommunene har ansvaret for å gi nødvendig helse-

hjelp, og må intensivere innsatsen for å skaffe fagkompetanse de mangler.

Tilsynet fant at en tredel av habiliteringstjenestene ikke overholdt fristen for å vurdere henvisninger og at tilbakemeldinger om resultatet til foreldre og henvisende instans var mangelfulle. Enkelte satte ikke behandlingsfrist for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Videre avdekket tilsynet at en tredel ikke overholdt behandlingsfrister som var satt. Pasienter med lavere prioritet ble tatt inn før pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Krav i regelverket og betydningen de har for det praktiske arbeidet, var enkelte steder ikke kjent for personellet.

Barnehabiliteringstjenestene la i stor grad til rette for at barn og foreldre fikk informasjon og fikk medvirke i forbindelse med utredning og planlegging av tiltak. To virksomheter sørget ikke for at tolk ble benyttet når barn og foreldre ikke kunne kommunisere på norsk. Det er brudd på retten til informasjon, og gjør det vanskelig å medvirke.

Praksis for å gi tilbakemelding til kommunale tjenester etter førstegangs utredning var forskjellig. Det varierte om og når det ble sendt samlet skriftlig oppsummeringsrapport, og om og når det ble holdt oppsummeringsmøte med foreldre og personell fra kommunen. I mer enn halvparten av habiliteringstjenestene ble det avdekket at fastlege bare unntaksvis fikk slike rapporter når andre hadde henvist barna.

De fleste barnehabiliteringstjenestene mente at utarbeiding av individuell plan var en kommunal oppgave, og satte selv ikke i gang arbeidet med slike planer. Det varierte også i hvilken grad personell i disse tjenestene deltok i utarbeiding og oppfølging av planer når kommunene ledet arbeidet. I et fåtall av tilsynene ble det avdekket at det var uklart om det var habiliteringstjenesten eller kommunen som hadde ansvaret for å gjennomføre planlagte tiltak. Enkelte habiliteringstjenester manglet rutiner for regelmessig evaluering av iverksatte tiltak.

Kontroller i barnehabiliteringstjenesten ble gjennomført som avtalt. Et par steder var koordinering av undersøkelsene problematisk. De fleste hadde innarbeidede rutiner for å informere og tilrettelegge overgangen fra barnehabilitering til voksenhabilitering eller annen enhet i spesialisthelsetjenesten. Flere steder ble det likevel forventet at kommunen sendte ny henvisning. Ved noen få tilsyn kom det fram at spesialisthelsetjenestene ikke kunne gi et så omfattende tilbud som de unge voksne hadde behov for, og som de tidligere hadde fått i barnehabiliteringstjenesten.

Enkelte kommuner og barnehabiliteringstjenester hadde bedre tilrettelagte tjenester enn andre. Tilsynet har avdekket omfattende svikt i rutiner og tiltak som skal sikre individuelt tilpassede og koordinerte habiliteringstjenester. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene følger opp de aktuelle virksomhetene inntil feil som ble avdekket, er rettet.

Fortsatt svikt ved bruk av tvang i kommunene

Fylkesmennene har i et landsomfattende tilsyn i 2006 undersøkt om kommunene sikrer at forholdene blir lagt til rette for tjenesteyting med minst mulig bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning som får sosialtjenester (jf. kap. 4A i sosialtjenesteloven). Det ble gjennomført tilsyn i 59 kommuner. I 53 av de 59 kommunene er det konstatert svikt. Når det gjelder sosiale tjenester til utviklingshemmede, har Fylkesmannen konstatert svikt i 32 av de 59 undersøkte kommunene. I forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede, er det konstatert svikt i 44 av de 59 kommunene.

Helsetilsynet er bekymret for at mange kommuner mangler nødvendig styring med tjenestene og ser det som uakseptabelt at mange kommuner ikke oppfyller kravene til bruk av tvang og makt. Rettsikkerhet blir dermed ikke tilstrekkelig ivarett for brukerne.

Statens helsetilsyn har over flere år vært opp-tatt av sosiale tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. I 2005 gjennomførte fylkesmannsembetene et landsomfattende tilsyn rettet mot kommuner som hadde fattet vedtak om bruk av tvang og makt og/eller sendt meldinger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjon. I 2006 har oppmerksomhet vært rettet mot kommuner som **ikke** har fattet slike vedtak eller sendt slike meldinger. Fylkesmennene har i utvelgelsen av kommunene i begge tilsynene lagt vekt på fare for svikt i tjenestene.

Både i 2005 og 2006 har tilsynet undersøkt om kommunene sikrer at forholdene legges til rette for å yte tjenester med minst mulig bruk av tvang og makt, og om brukernes behov for tjenester endres i samsvar med endring i behovene deres, jf. sosialtjenesteloven § 4–2 a–d.

Sosiale tjenester tilpasset den enkeltes behov?

Et viktig formål med lovregulering av tvangsbruk overfor utviklingshemmede er å sikre at de mottar et forsvarlig tjenestetilbud og at bruk av tvang og makt ikke blir virkemiddel for å kompensere mangelfulle tjenester og dårlig økonomi. Retts-sikkerhetsmessig er dette viktige forhold.

Kommunen skal styre slik at den sikrer at retten til sosiale tjenester oppfylles. Kommunen må blant annet vurdere hvilke forhold den må undersøke for å vurdere tjenestebehovet, og om disse forholdene blir lagt vekt på når individuelle tjenestetilbud utformes. De skriftlige vedtakene må for eksempel begrunne og konkretisere tjenestene som skal gis. Endres tjenestemottakerens behov, skal kommunen ha rutiner som sikrer at dette fanges opp og at tjenestemottakeren eventuelt får endret tilbud.

Kommunene skal sikre alle ledd i saksbe-handlingsprosessen. Det innebærer blant annet at både vedtak og avslag om tjenester skal være skriftlig. Dette gir tjenestemottakeren eller representanten for tjenestemottakeren mulighet for å klage. Brukermedvirkning er sentralt i hele prosessen. Retten til å medvirke innebærer at tjenestemottakeren skal få mulighet til å formidle

sitt syn og påvirke valg av løsninger. Godt spesifi-serte, skriftlige vedtak med grunnlag i individuelle vurderinger av den enkeltes behov skal være av-gjørende for hvordan tjenestene utformes. Vedtak skal kunne etterprøves og påklages.

I tilsynet i 2006 avdekkes fortsatt mye svikt i tildeling av tjenester (jf. tidligere tilsynserfaringer i Rapport fra Helsetilsynet 9/2003, 6/2005 og 2/2006). Blant annet mangler dokumentasjon av individuelle vurderinger, det er ikke fattet vedtak om tjenester brukerne får, vedtak er ikke begrun-net og blir ikke evaluert og ansatte kjenner ikke til vedtak. Fylkesmennene konstaterer også mangler knyttet til dokumentasjon av medvirkning fra bruker i tildelingsprosessen og av individuelle kartlegginger og vurderinger som grunnlag for tildeling av tjenester.

Tvang og makt

Med tvang og makt menes tiltak som tjeneste-mottakeren motsetter seg, eller som er så inn-gripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang og makt. Kommunene skal styre virksomheten slik at tvang og makt bare benyttes der det er faglig og etisk forsvarlig. Før eventuelle tiltak iverksettes skal andre løsninger være prøvd. Forutsetning for bruk av tvang og makt er at det er helt nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Uten klare kriterier for hva som er faglig og etisk forsvarlig når det gjelder bruk av tvang er mye overlatt til den enkelte tjeneste-yters skjønn. I lov og forskrift legges det derfor stor vekt på regler som skal følges for å ivareta brukerens rettsikkerhet.

Bruk av tvang og makt i strid med bestem-melsene i sosialtjenesteloven kapittel 4A, finner vi når:

- saksbehandlingsreglene ved bruk av tvang og makt som skadeavvergende tiltak i nødssitua-sjon ikke er fulgt
- tvang og makt som ledd i omsorg eller som atferdsendrende tiltak er brukt uten at lov-pålagt beslutningsprosess er fulgt
- når tvang, makt eller inngripende overvåking, for eksempel varslingssystemer, er brukt uten at vilkårene for tvangsbruk har vært oppfylt.

Forsvarlig tjenesteutøvelse forutsetter at kom-munen gjennom prosedyrer og andre tiltak har sikret at tvang og makt ikke brukes hvis målet kan nås med mindre inngripende tiltak. Slike tiltak kan være opplæring og organisering av tjenestene. Tvang og makt må bare brukes i et slikt omfang

og på en slik måte som er nødvendig og forsvarlig av hensyn til omsorg for brukeren og andres sikkerhet. Organisering av tjenestetilbud, mangel på individuelle tjenester, lite hensiktsmessige fellesskapsløsninger, manglende kompetanse og/eller mange tjenesteytere kan føre til økt utagering og selvskading og dermed til tvangs- og maktbruk.

Funn og erfaringer fra dette landsomfattende tilsynet samsvarer også på dette området i stor grad med tidligere tilsynserfaringer (jf. Rapport fra Helsetilsynet 6/2005 og 2/2006). Tilsynet har også i 2006 avdekket bruk av tvang og makt i strid med bestemmelsene i sosialtjenesteloven kapittel 4A. I 2006 er det funnet svikt i 44 av 59 kommuner.

Fylkesmennene konstaterer at tvang og makt brukes uten at det foreligger vedtak og at kommunene mangler egenkontroll med oppfølging av meldinger når skadeavvergende tiltak i nødssituasjon brukes. Eksempelene på tvangsbruk er mange av de samme som fylkesmennene formidlet i 2005: Installering av inngripende alarmsystemer, body/bakkneppet pysj, låsing av dører/rom som kjøkken og bad, begrensning av tilgang på mat og andre eiendeler og regelmessig og planlagt bruk av tvang uten at vedtak er fattet. Tilsynserfaringene viser videre at det ofte er utarbeidet rutiner for meldinger om bruk av tvang i skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner i kommunene, men at de ikke blir fulgt i praksis. Kommunene går ikke igjennom meldingene med tanke på evaluering og forbedring av tjenestene.

Tilsynene både i 2005 og 2006 viser varierende og manglende kunnskap om og forståelse av begrepet tvang hos ansatte. For eksempel vet ikke eller forstår ikke ansatte når de bruker tvang

og dermed rapporterer de ikke videre om dette. Mange av de undersøkte kommunene har ikke sørget for opplæring i lovbestemmelsene som regulerer tjenestene. Kommunene sikrer heller ikke i tilstrekkelig grad at ansattes opplærings- og kompetansebehov kartlegges og dekkes.

Utfordringer for kommunene

Tilsynet har vist at kommunene har utfordringer knyttet til forsvarlig saksbehandling. Dette kan være å kartlegge og dokumentere individuelle behov og foreta vurderinger i de ulike fasene i saksbehandlingsprosessen. Skriftlig dokumentasjon er et viktig grunnlag blant annet for evaluering av tjenestetilbudet. Tilsynet viser at mange kommuner ikke sikrer styring i planlegging, organisering, utførelse, vedlikehold og evaluering av tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. De har heller ikke rutiner som sikrer systematisk forbedringsarbeid i tjenestene. Ledelsen i disse kommunene kan derfor ikke vite om de utviklingshemmede mottar et forsvarlig tjenestetilbud, og heller ikke om tvang og makt blir virkemiddel for å kompensere for mangelfulle tjenester.

Når det gjelder bruk av tvang og makt i strid med lovbestemmelsene, er situasjonen relativt lik i kommuner med og uten vedtak om bruk av tvang og makt. Tilsynsfunnene viser at det i flere av kommunene som er undersøkt konstateres svikt når det gjelder å rapportere bruk av tvang og makt, i likhet med det vi fant ved tilsynet i 2005. Kommunene har store utfordringer når det gjelder å unngå bruk av tvang og makt der det er mulig, og å sikre forsvarlig håndtering når tvang og makt må benyttes.

Litteratur:
Rapport fra Helsetilsynet 5/2007. Oslo, Statens helsetilsyn, 2007.
Veileder for tilsynet:
www.helsetilsynet.no

Opplæringsprogram som oppfølging av tilsyn

Landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning avdekket svikt i mange kommuner innenfor områdene saksbehandling og kompetanse når det gjelder å identifisere tvang og makt.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og habiliterings-tjenesten for voksne i Sør-Trøndelag utarbeidet derfor våren 2006 et opplæringsprogram for kompetanseoppbygging i kommunene. Et av formålene med programmet er å nå flest mulig tjenesteytere, inkludert de i småstillinger og ekstravakter. Opplæringsprogrammet er lite ressurskrevende og anvender kommunal kompetanse. Det er gjennomført i tre kommuner: Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal. I tillegg holder Orkdal kommune på med gjennomføring. Opplæring foregår i grupper sammensatt av ansatte fra ulike tjenester i kommunen og gjennomføres i løpet av tre måneder.

En av målsetningene med opplæringen er at tjenesteyterne skal bli bedre kjent med regelverket. Gjennomgang av kasus og lovverk er derfor sentralt. Et suksesskriterium er at deltakerne jobber i små grupper med kasusbeskrivelser. Opplæringsprogrammet avsluttes med et møte

hvor Fylkesmannen og habiliteringstjenesten gjennomgår faglige og juridiske tema.

Erfaringen er at det er positivt å bruke kommunens egne fagfolk som ledere av kursgruppene. Deltakerne ble oppmuntret til å gjøre seg kjent med regelverket som regulerer bruk av tvang og makt. Det har vært stort engasjement og gode diskusjoner slik at deltakerne har kunnet drøfte ulike erfaringer blant annet når det gjelder å finne alternativer til bruk av tvang og makt. Det er bra at deltakerne kommer fra forskjellige tjenestesteder, noen har mer erfaring i å arbeide med tjenestemottakere som setter seg til motverge enn andre. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vil videreføre opplæringsprogrammet i 2007.

Kontaktperson hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er Liv Murberg,
liv.murberg@fmst.no.

Alvorligere saker til behandling

Statens helsetilsyn behandlet 252 saker i 2006 – 10 flere enn i 2005. Antallet reaksjoner har økt mer enn økningen i antall saker. I 2006 ga Statens helsetilsyn 184 reaksjoner, mot 168 året før, mens 76 saker ble avgjort uten reaksjon. Det var 71 helsepersonell som mistet autorisasjonen, mot 46 året før. En sak kan resultere i flere reaksjoner.

Grunnlaget for at det blir opprettet tilsynssak er ofte klager fra pasienter og pårørende. I saker som resulterer i tap av autorisasjonen kommer informasjonen ofte fra arbeidsgiver eller påtalemyndigheten. Også informasjon fra blant andre media, pasientombud, erstatningssaker og ulike meldinger kan danne grunnlag for tilsynssaker. Når Helsetilsynet i fylket mener at det kan være grunnlag for å reagere mot helsepersonell, blir saken sendt Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi formelle reaksjoner. Det kan være å tildele advarsel eller frata helsepersonellet autorisasjonen.

Det har vært en jevn økning i antallet reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn de siste årene. Antallet reaksjoner har økt fra 168 reaksjoner i 2005 til 184 i 2006. Økningen i antallet reaksjoner kan tyde på at det er mer alvorlige saker som oversendes.

Det var 71 som mistet autorisasjonen som helsepersonell i 2006, mot 46 året før. Bakgrunnen for at autorisasjonen blir kalt tilbake er også i 2006 i de fleste tilfeller misbruk av rusmiddel eller andre personlige forhold. At helsepersonell har innledet seksuelle relasjoner til pasienter, har også ført til tilbakekall av autorisasjon i flere saker.

Ca. halvparten av tilsynssakene som ble avsluttet med reaksjon mot enkeltpersonell i 2006 gjaldt leger (80). Advarsel ble gitt til 51 leger, 21 mistet autorisasjonen, 5 fikk begrenset autorisasjon, 2 mistet sin rekvisiteringsrett for legemidler i gruppe A og B og 1 fikk tilbakekalt spesialistgodkjenningen.

Rusmiddelmisbruk var årsak til at 34 helsepersonell mistet sin autorisasjon. Av disse utgjør sykepleiere den største gruppen – 19 av de 34 var sykepleiere. Det var 14 helsepersonell som mistet sin autorisasjon pga. atferd, hovedsaklig straffbare handlinger, som ble ansett uforenlig med virksomhet som helsepersonell, 5 pga. seksuell utnyttning av pasient, 5 pga. egen sykdom og 4 pga. at de på forhånd hadde mistet annen nordisk autorisasjon som lå til grunn for den norske. De resterende autorisasjonstapene skyldtes ulike alvorlige brudd på helsepersonelloven.

Når det gjelder klager på Statens helsetilsyns vedtak ble 44 oversendt til Statens helsepersonellnemnd i 2006. Av disse er 35 avgjort. I 31 saker ble Statens helsetilsyns vedtak stadfestet. I 4 saker ble Statens helsetilsyns vedtak omgjort av nemnda. En person trakk sin klage etter oversendelse til nemnda.

Statens helsetilsyn behandlet 32 saker mot virksomheter. 30 virksomheter fikk kritikk fra Statens helsetilsyn for utilstrekkelig organisering, herunder mangelfullt internkontrollsystem. I 2 saker fant vi ingen grunn til å gi kritikk. Det er i de fleste tilfeller Helsetilsynet i fylket som gir kritikk mot ledelsen for svikt ved organisering eller styring av helsetjenesten som tilbys. Tallet på slike saker er derfor relativt lavt i Statens helse-

tilsyn sett i forhold til det totale antall avsluttede saker.

I 17 saker fikk helsepersonell suspendert sin autorisasjon mens saken var til behandling, og i én sak ble spesialistgodkjenningen suspendert.

Statens helsetilsyn har mottatt melding fra 14 helsepersonell om at de gir avkall på autorisasjonen, og 6 leger har gitt avkall på rekvisiteringsretten. I flertallet av disse tilfellene var tilsynssak allerede opprettet mot aktuelle helsepersonell.

Saksbehandlingstiden har gått noe opp fra 2005. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for tilsynssaker var 7 måneder (2005: 5,8 md), median var 6 måneder (2005: 4,8 md). Per 31. desember 2006 var 150 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn.

Tabell 1 Antall reaksjoner og saker avsluttet uten reaksjon fordelt på årene 2002 til 2006

	Reaksjon	Ingen reaksjon
2002	103	71
2003	125	55
2004	148	101
2005	168	87
2006	184	76

Tabell 2 Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell 2006 – tall for 2005 i parentes

	Advarsel	Tap av autorisasjon	Tap av rekvisiteringsrett	Begrenset autorisasjon	Tap av spesialistgodkjenning
Lege	51 (56)	21 (15)	2 (12)	5 (0)	1 (0)
Tannlege	4 (6)	3 (3)	0	0 (0)	
Psykolog	2 (5)	4 (2)		0 (0)	
Sykepleier	8 (10)	24 (18)		1 (3)	
Hjelpepleier	2 (4)	11 (5)		1 (0)	
Vernepleier	0 (0)	2 (1)		1 (0)	
Jordmor	0 (2)	0 (0)		0 (0)	
Fysioterapeut	1 (1)	0 (1)		0 (0)	
Andre grupper	3 (1)	6 (1)		0 (0)	
Ikke autoriserte	1 (2)				
Totalt	72 (87)	71 (46)	2 (12)	8 (3)	1 (0)

Tabell 3 Årsak til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe – tall for 2005 i parentes

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rus	19 (12)	3 (3)	7 (7)	5 (1)	34 (23)
Sykdom	1 (0)	0 (0)	3 (0)	1 (1)	5 (1)
Seksuell utnyttning av pasient	0 (0)	3 (0)	0 (4)	2 (3)	5 (7)
Atferd	2 (3)	5 (2)	3 (2)	4 (2)	14 (9)
Uforsvarlighet	1 (0)	0 (0)	3 (1)	1 (0)	5 (1)
Ikke innrettet seg etter advarsel	0 (1)	0 (0)	2 (0)	1 (1)	3 (2)
Mistet i utlandet	1 (2)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	4 (3)
Annet	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)
Sum	24 (18)	11 (5)	21 (15)	15 (8)	71 (46)

H

b A 1 c

C 6 H 1 2 O 6

mmol/liter

diabetemellitus



Svikt i allmennlegers håndtering av høyt blodsukker

Alvorligheten ved feil i diagnostikk, behandling og oppfølging av betydelig forhøyet blodsukker (hyperglykemi) fremgår av sju saker som Statens helsetilsyn mottok i 2004. Fem av tilfellene hadde dødelig utgang.

Det vesentlige vurderingstemaet i tilsynssaker mot allmennleger er om legen i tilstrekkelig grad har vurdert om den aktuelle tilstanden til pasienten var alvorlig – og om det i tilstrekkelig grad ble gjort nok for å unngå uønsket resultat. Likeledes ser Helsetilsynet på om legen hadde et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for sine handlinger. Det er de tilgjengelige symptomer og funn der og da som legges til grunn. Utfallet skal ikke påvirke forsvarlighetsvurderingen. Det er risikoen for skade som er avgjørende.

I utgangspunktet er det legens diagnostiske og terapeutiske tankegang og de råd som gis, som samlet danner grunnlaget for vurderingen av forsvarlighet. Når symptomer og funn er vage og ukarakteristiske, kan en avventende holdning være forsvarlig. For at forsvarligheten i pasientkontakten skal kunne settes i sammenheng med et alvorlig utfall, vil det være vesentlig at pasientkontakten har skjedd nært i tid. Dette vil ofte være tilfellet der det dreier seg om pasienter med høyt blodsukker (hyperglykemi).

Medisinskfaglige feil

Allmennlegenes mangelfulle eller feilaktige vurderinger i disse sju sakene knyttet seg både til diagnostikk og oppfølging av pasienter.

I ett av tilfellene der det var kjent at pasienten hadde diabetes, sikret ikke legen seg kunnskap om blodsukkerverdien. I et annet tilfelle tenkte ikke legen på muligheten for diabetes hos en 19 år gammel mann. Isolert sett opptrådte legen her uforsvarlig ved at han ikke i tilstrekkelig grad reduserte sannsynligheten for at det forelå en tilstand som nødvendiggjorde en diagnostisk avklaring. Uforsvarligheten ble imidlertid modifisert ved at legen gav tilstrekkelige råd om oppfølging av pasienten under tilsyn. Dette førte til at legen ikke ble tildelt advarsel. I det tredje tilfellet hadde pasienten også tilsyn. Legen reagerte imidlertid ikke ved melding om forverring av tilstanden og ble derfor tildelt advarsel.

I den fjerde saken hadde den aktuelle pasienten vært hos optiker. Optikeren mistenkte diabetes på grunn av påfallende behov for brillekorreksjon og ga pasienten henvisning til fastlegen. Pasienten leverte imidlertid ikke henvisningen til allmennlegen og riktig diagnose ble dermed ikke erkjent. Eksempelet illustrerer hvor avgjørende det er at alle ledd i helsetjenesten forsikrer seg om at viktige opplysninger når frem til rett helsepersonell.

I to saker ble det påvist uriktig behandling med legemidler.

Den sjuende tilsynssaken illustrerer godt utfordringene og farene som ligger i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Verken

spesialisthelsetjenesten eller fastlegen fulgte opp behandling med legemidler som satte pasienten i fare for å utvikle høyt blodsukker. Fastlegen er den som har koordineringsansvaret, men hendelsesforløpet viser hvor vanskelig det kan være å ivareta dette ansvaret.

I dette siste tilfellet var det ikke vesentlig nærhet i tid mellom blodprøvetaking som ble foretatt ved rutinekontroll og tidspunktet denne pasienten ble kritisk syk. Vanligvis vil det tilsi at det ikke er sannsynlig at utfallet har sammenheng med mulig oversett alvorlig sykdom. Når imidlertid blodprøvesvaret viste betydelig hyperglykemi, måtte det avklares hvilke tiltak som ble truffet da blodprøvesvaret ble kjent. Disse var ikke forsvarlige i dette tilfellet.

I tre av disse sju sakene ble det gjort merknader ved spesialistens eller spesialisthelsetjenestens håndtering av pasientene. Det gjelder opplysninger om både sviktende beredskap og oppfølging av pasientene. Forholdene ble imidlertid ikke funnet så alvorlige at det var grunnlag for å gå videre inn i disse tilfellene.

Å erkjenne alvorlighet

Alle pasientene i dette materialet frembød symptomer og/eller funn som indikerte mulighet for alvorlig hyperglykemi, om enn ikke ved første henvendelse. Årsaken til denne typen symptomer kan være forbigående tilstander. At legen ved første henvendelse ikke har diabetes i tankene, vil ikke nødvendigvis bli oppfattet som uforsvarlig. Det vil imidlertid bli vurdert som uforsvarlig dersom en alvorlig utvikling i sykdomsbildet ikke erkjennes. I slike tilfeller utsettes pasienten for betydelig fare.

Diagnostikk og behandling av alvorlig hyperglykemi er livreddende fordi det kan forebygge livstruende komplikasjoner. Norsk selskap for allmennmedisin har gjort en betydelig innsats for å gi allmennlegene økt kunnskap om diabetes gjennom sitt handlingsprogram. Det høye antallet av slike saker i 2004 er derfor bekymringsfullt.

Hva gjør Statens helsetilsyn?

Administrativ reaksjon i form av advarsel kan gis når Helsetilsynet påviser uforsvarlig virksomhet og vurderer det slik at den uforsvarlige handlingen kan påføre pasienter betydelig belastning eller medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten. Reaksjonene i medhold av helsepersonellloven skal bidra til at helsepersonell innretter seg forsvarlig og derved øke pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. At tilsynsmyndigheten gjør de medisinskfaglige vurderingene knyttet til slike reaksjoner kjent, bidrar til forbedringsarbeidet i helsetjenesten.

Referanser
Bratland SZ, Grammeltdt GA.
Hyperglykemi og uforsvarlig legevirksomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 199–201
NSAMs handlingsprogram for diabetes 2005. www.nsamdiabetes.no (1.3.2005)

Arbeidsleder eller tjenesteyter i eget hjem

Fleksibilitet og brukerstyring er særlige kvaliteter ved brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn. Hvordan kan vi føre tilsyn med ordningen uten å invadere eller overprøve disse kvalitetene?

“Ledelse kan man jo strengt tatt si er ledelse, men det blir en annen variant når du sjøl er den fysiske arbeidsoppgaven. Det er annerledes å lede folk når du ligger naken i senga. Da må du ha lagt noen premisser i forkant. For akkurat i den situasjonen blir du ikke så tydelig som leder. Du skal være suverent god hvis du skal klare det. Dermed må du legge det opp i forkant, og du må ha bygd opp arbeidslederrollen. Den er viktig og ikke bare enkel. Den krever sitt. Derfor synes jeg det er skummelt at kommunene ikke har noe opplegg for opplæring overhodet. Jeg er engstelig for den undergravingen av ordningen over tid. Jeg har den frykten at man ender opp med mange tilfeller hvor ordningen kanskje ikke vil fungere så godt, nettopp på grunn av manglende opplæring.”

Hanne er 35 år. Hun ble lam fra halsen og ned i 1988 og har hatt BPA siden 1991. Hun har 52 timer per uke fordelt på fire assistenter.

“Det er jo sånn nå at en kan slå i bordet og si at det er lovfesta. Men det hjelper forbaska lite så lenge det ikke finnes noen faste kriterier for å få det. Det er opp til kommunen å vurdere.

Du har jo anke- og klagemuligheter, og sånne ting, men da må du ha ‘guts’ til å stå på. Og veldig ofte så går det litt på ting som å kunne formulere seg klart og dokumentere behovene på en måte så kommunen ikke kan vri seg unna. Hvis du ikke får det til, så sitter du liksom der og skyggebokser. Det er ingen som tar imot slaga.”

Rune er 39 år. Han har en progredierende muskelsykdom og har hatt BPA siden 1994. Han har 22 timer i uka fordelt på to assistenter.

Sitatene er hentet fra Ole Petter Askheim: **Å leve er mer enn å overleve. Funksjonshemmede med brukerstyrt personlig assistanse forteller** som kom ut på Gyldendal i 2006.

Statens helsetilsyn vil i en kunnskapsoppsummering samle og vurdere tilgjengelig kunnskap, og drøfte hvilke sider ved BPA og omsorgslønn som eventuelt krever særskilt årvåkenhet fra Helsetilsynet. Mens BPA er grundig belyst i ferske publikasjoner, er kunnskapssituasjonen for omsorgslønn mangelfull.

Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at personer med funksjonsnedsettelse har sine egne personlige assistenter som de er arbeidsledere for. Det formelle arbeidsgiveransvaret kan legges til kommunen, brukeren selv eller et andelslag av brukere (i Norge har vi ett slikt, ULOBA). Ca 1500 personer har i dag tjenesten, som har vært utprøvd siden 1990 og er hjemlet i sosialtjenesteloven siden 2000.

Omsorgslønn er kommunal betaling til pårørende eller frivillige som yter omsorg i eget hjem for personer som har stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom. Av trolig rundt 7500 kontrakter per år gjelder halvparten omsorg for eget barn og ca. en tredjedel omsorg for ektefelle. Halvparten av mottakerne får omsorgslønn for åtte eller færre timer per uke.

Sitatene over illustrerer foreløpige funn av tilsynsrelevante trekk ved BPA og omsorgslønn:

- Tjenestene ytes tett vevet inn i brukerens private liv.
- Bruker eller nærstående har ansvar for tjenesteytingen også i sårbare øyeblikk eller situasjoner.
- Dette ansvaret kan være ganske frikoblet fra kommunens overordnede ansvar for faglig standard.
- Regelverket åpner for mye skjønn og praktiseres ulikt i kommunene.
- Det er store variasjoner mellom kommunene i praktiseringen av begge ordningene.

Kunnskapsoppsummeringen vil foreligge i løpet av 2007.



“Kommer du levende inn, kommer du levende ut” – men hva skjer så?

Statens helsetilsyn har innhentet kunnskap om oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning; et tema med betydelig mindre oppmerksomhet både i media og samfunnsdebatten enn opiatverdoser. Kunnskapsinnhentingene viser et manglende helhetlig behandlingstilbud preget av tilfeldigheter og variasjon i oppfølgingstilbudet.

Alkohol er det rusmidlet som har størst utbredelse og bidrar til en vesentlig del av dødeligheten og sykkeligheten, både når det gjelder kroniske sykdomstilstander, skader og helseplager. På verdensbasis forårsaker alkohol omtrent like mye helsetap i form av tapte leveår som tobakk. Forskning tyder på at overforbruk av alkohol kan være en vesentlig faktor i mange vanlige sykdomsbilder i allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten. Alkoholrelaterte sykehusinnleggelser er dels forårsaket av langvarig overforbruk og dels akutt rus. En rapport fra SINTEF helse tyder på en økning i antall sykehusinnleggelser som skyldes alkoholforgiftninger, særlig gjelder det unge kvinner, men også menn over 35 år¹.

Kunnskapskilder

Som ledd i kunnskapsinnhentingene gjorde Helsetilsynet litteratursøk og kontaktet forskere og representanter fra administrativt og klinisk nivå innen helsetjenesten. Hensikten har vært å få en beskrivelse som kunne gi indikasjoner på sårbare områder med fare for svikt i oppfølgingstilbudet.

Kunnskapsmangler

Til tross for mye forskning på rusmiddelfeltet, er kunnskapsmanglene likevel store. Dette gjelder også alkoholforgiftninger. I vår kunnskapsinnhenting fant vi gjennomgående lite systematisk kunnskap og dokumentasjon om hvem personer med alkoholforgiftning er, hvem som får helsehjelp, hvor de behandles og hva som tilbys av oppfølging. Tatt i betraktning det omfang og de konsekvenser alkoholrelaterte sykdommer og akutt rus har, finner Helsetilsynet det svært bekymringsfullt at det finnes relativt lite kunnskap og statistikk om alkoholforgiftninger.

Alkoholforgiftede på legevakt/sykehus

Det er et bredt spekter av personer som kommer på legevakt og/eller sykehus med alkoholforgiftning. Likevel tyder våre funn på at tre grupper er overrepresentert: 1) unge som ikke har opparbeidet erfaring og kontroll og som også har psykiske helseplager, 2) tyngre rusmiddelmissbrukere som lever et vanskelig liv, og 3) voksne med kronisk rusmiddelmissbruk som tåler mindre enn før på grunn av ulike helseplager.

Manglende helhetlig oppfølgingstilbud

Helsetilsynets kunnskapsoppsummering tyder på et manglende helhetlig behandlingstilbud preget av tilfeldigheter og variasjon i oppfølgingstilbudet til personer etter en alkoholforgiftning. Det synes å være geografiske forskjeller i oppfølgingstilbud, i interne rutiner for oppfølging, samt personellens holdninger til alkohol- og rusproblemer og kompetanse om oppfølgingstilbud og -behov. Resultatene viser at det er behov for forbedringer på dette området.

Ansvar for at det gis forsvarlige tjenester til personer som har eller kan ha rusproblemer som kan medføre betydelige helse- og/eller sosiale problemer er fordelt på ulike myndigheter. Fagmyndigheter og eiere er ansvarlige for at tjenestene har tilgang på kunnskap om hva som er rett kvalitet på tjenestene. Faglige standarder og retningslinjer som er utydelig formulert eller ikke beskrevet, kan i seg selv utgjøre en risiko. Hva som er rimelige forventninger til tjenestene og hva som er forsvarlige tjenester eller god praksis, er blant spørsmålene som bør avklares når det gjelder oppfølgingstilbudet etter en alkoholforgiftning.

De regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene er ansvarlige for at tjenestene som tilbys er forsvarlige. Målet med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer skal få bedre og mer samordnede tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. De regionale helseforetakene skal sikre tilstrekkelig og helhetlig behandlingstilbud, spesielt akuttavrusningskapasitet, til rusmiddelmissbrukere. Det påhviler også spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene et krav om å samarbeide.

Helsetilsynet forventer at ansvarlige på ulike nivåer bruker kunnskapen i sitt arbeid med å legge til rette for oppfølgingstilbud til personer etter en alkoholforgiftning.

Referanse:

1. Pedersen, M. Alkoholrelaterte diagnoser og kostnader i spesialisthelsetjenesten. Oslo: SINTEF helse, 2004

Litteratur:

Rapport fra Helsetilsynet 2/2007.
Oslo, Statens helsetilsyn, 2007

Rettighetsklager på legemiddelassistert rehabilitering

Statens helsetilsyn er overordnet organ når det gjelder behandling av rettighetssaker etter sosial- og helselovgivningen. Dette innebærer et ansvar for å bidra til mest mulig ensartet og god praktisering av regelverket over hele landet. Vedtak truffet av Helsetilsynet i fylket er i utgangspunktet endelige og kan ikke påklages. Statens helsetilsyn kan imidlertid i spesielle tilfeller vurdere om vedtak skal omgjøres etter forvaltningsloven § 35. Berørte parter har imidlertid ikke krav på å få sin sak vurdert etter forvaltningsloven § 35.

Som overordnet organ har Statens helsetilsyn til nå mottatt 15 henvendelser om rettigheter etter sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Fem av disse var anmodninger om omgjøring etter forvaltningsloven § 35. Statens helsetilsyn fant grunnlag for å omgjøre vedtaket i en av sakene.

I denne artikkelen vil vi se nærmere på problemstillinger vedrørende legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Etter rusreformen har rusmiddelavhengige i tverrfaglig spesialisert behandling fått rettigheter på linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten slik disse uttrykkes i pasientrettighetsloven. Å yte forsvarlige helse- og sosialtjenester til rusmiddelavhengige, stiller tjenesteyterne overfor særlige utfordringer. For eksempel er medvirkning fra de rusmiddelavhengige selv avgjørende for et godt resultat.

Pasientgruppen mener at kriteriene for inntak i og utskrivning fra LAR er for strenge og i mange tilfeller uforsvarlige, viser erfaringene våre. I noen saker har vi også sett at det tverrfaglige hjelpeapparatet rundt pasienten ikke har fungert slik LAR-forskriften forutsetter. Følgende sak som Statens helsetilsyn behandlet i 2006 kan tjene som en illustrasjon på dette.

Foreldrene til en pasient henvendte seg til Statens helsetilsyn for å få vurdert Helsetilsynet i fylket sin behandling av klage på vedtak om utskrivning fra LAR. De ville også ha vurdert LAR-prosjektets behandling og oppfølging av den rusmiddelavhengige datteren.

På det tidspunktet foreldrene henvendte seg til Statens helsetilsyn, var imidlertid datteren tatt inn igjen i LAR og hun fikk nødvendig helsehjelp. Men saken er likevel prinsipielt viktig.

Pasienten hadde blitt utskrevet fra LAR på grunn av sidemisbruk. Før utskrivningen fikk hun en advarsel. Pasienten ble da rådet til å ta kontakt med sosialtjenesten for å få hjelp til å søke om avrusning og slik unngå utskrivning fra LAR, eller å dokumentere rusfrihet på egenhånd i løpet av ca. tre uker. Hun tok kontakt med sosialtjenesten umiddelbart og purret på dem flere ganger. På grunn av en forglemmelse fra sosialtjenestens side, ble hun ikke søkt inn til avrusning før etter at hun ble utskrevet fra LAR. Foreldrene henvendte seg til LAR og uttrykte bekymring for pasientens situasjon. De fikk da en orientering om vilkårene for gjeninntak i LAR, blant annet kravet om seks ukers dokumentert rusfrihet før gjeninntak.

Pasienten påklaget avgjørelsen om utskrivning og det ble anført svikt på flere områder:

- Ansvarsgruppemøte ble ikke holdt i tråd med den individuelle planen.

- Sosialtjenesten hadde ikke fulgt opp pasientens anmodninger om å søke henne inn for avrusning slik at utskrivning fra LAR kunne ha vært unngått.
- Pasienten ble ikke vurdert for alternative behandlingstilbud før utskrivningen fra LAR.
- Pasienten ble i følge foreldrene og pasienten utskrevet uten oppfølging verken fra sosial- eller helsetjenesten.

Helsetilsynet i fylket konkluderte med at utskrivningen fra LAR var rettmessig, men at pasienten etter utskrivningen hadde rett til nødvendig helsehjelp. Om gjeninntak i LAR uttalte Helsetilsynet i fylket at det ikke bør være strengere krav for inntak i LAR for pasienter som tidligere er utskrevet på grunn av sidemisbruk enn for andre. Helsetilsynet i fylket uttalte videre at det var opp til spesialisthelsetjenesten å avgjøre når det var faglig forsvarlig å ta pasienten inn i LAR igjen.

Statens helsetilsyn uttalte i sitt svar til foreldrene at brudd på vilkårene for LAR etter en individuell vurdering kan føre til utskrivning. Handlingsalternativer og konsekvenser av utskrivningen er en del av den individuelle vurderingen. Vurderingen må bygge på hva som er faglig forsvarlig i den konkrete situasjonen og ikke på en forutbestemt prosedyre.

Det ble videre funnet grunn til å bemerke at på det tidspunktet pasienten ble utskrevet fra LAR, var LAR kjent med at sidemisbruket hadde pågått i tre måneder. I et slikt tidsperspektiv var det grunn til å stille spørsmål ved hvorfor det ble vurdert som nødvendig å skrive henne ut fra LAR på akkurat dette tidspunktet. LAR måtte være kjent med hvor vanskelig det var å få etablert et tilbud om avrusning og at pasienten trolig var motivert for slik behandling. I motsetning til Helsetilsynet i fylket, mente Statens helsetilsyn at vedtaket om utskrivning skulle ha vært basert på en mer helhetlig vurdering av pasientens situasjon.

Når det gjelder spørsmålet om gjeninntak fant Statens helsetilsyn at saken burde ha vært behandlet annerledes både av LAR og Helsetilsynet i fylket. I stedet for å gi en orientering om vilkårene for gjeninntak burde de ha behandlet henvendelsen som en klage på manglende oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven. En sentral problemstilling ville da nettopp ha vært om de krav som ble stilt for gjeninntak var for strenge. Statens helsetilsyn så ikke at dette spørsmålet var vurdert verken av LAR-prosjektet eller Helsetilsynet i fylket. LAR sitt krav om seks ukers dokumentert rusfrihet, og treukersfristen pasienten fikk til på egenhånd å dokumentere rusfrihet, fremsto som vilkårlig og således ubegrunnet og usaklig.

Endringer på gang

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig hatt ute på høring et notat om endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen. Forslagene er i hovedsak en kodifisering av tolkningen og praktiseringen av pasientrettighetsloven etter rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004. I tillegg foreslås det noen endringer av lovteknisk karakter og to forskriftshjemler som åpner for å fastsette nærmere regler om LAR og om gjennomføringen av ordningen med fritt valg av sykehus.

I høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn har vi understreket behovet for at rusmiddelavhengiges rettigheter etter pasientrettighetsloven blir gjort tydeligere i lovverket. Statens helsetilsyn støtter blant annet forslaget om at pasienter som er aktuelle for LAR i hovedsak skal ha de samme rettighetene som andre pasientgrupper og at vurderingen om en pasient har rett til LAR

skal foretas på grunnlag av de generelle reglene i pasientrettighetsloven og etter faglige retningslinjer.

I dette ligger også en støtte til at dagens retningslinjer med særskilte inntakskriterier og regler om utskrivning oppheves. Statens helsetilsyn har videre fremhevet at nødvendig oppfølging fra kommunens sosialtjeneste for rusmiddelavhengige med behandlingsrett fra spesialisthelsetjenesten, ikke kan gjennomføres rettslig uten endring av sosialtjenesteloven. Rusmiddelavhengiges rett til sosiale tjenester og forsvarlig bo- og aktivitets tilbud må på den måten styrkes og harmoniseres med retten til helsehjelp etter pasientrettighetsloven. Behovet for denne rettslige beskyttelsen kan ikke avhjelpes med at kravet til en tiltaksplan forskriftfestes med hjemmel i pasientrettighetsloven.

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er betydelig styrket gjennom flere år. Men fortsatt er tjenestene til mange av dem som trenger det mest omfattende tilbudet utilstrekkelige, og det er behov for å vurdere om virkemidlene er gode nok.

I 2006 har Helsetilsynet arbeidet med å samle og sammenstille kunnskap med tanke på å gi en helhetlig beskrivelse av situasjonen i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Kunnskapsgrunnlaget er muntlige erfaringer og vurderinger fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene, funn og erfaringer fra tilsyn dokumentert i tilsynsrapporter og registre, og dessuten nyere forsknings- og evalueringslitteratur. Resultatet omhandler både kommunenes sosial- og helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Det er lagt vekt på å få fram hva som synes å være områder med risiko for svikt, og der det etter tilsynsmyndighetenes vurdering er behov for at virksomheter og kommuner setter inn ressurser og kompetanse for å forbedre tjenester og tilbud.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er inne i den siste fasen. Det har gjennom flere år vært satset med mange ulike virkemidler for å trappe opp innsatsen, og for å legge om tjenestene i retning av mer desentraliserte tilbud.

Mange kommuner, og særlig de små, synes stadig å streve med å skaffe og beholde tilstrekkelig kvalifisert personell, og å organisere seg på en slik måte at de er i stand til å gi faglig forsvarlige tilbud til en svært ulikeartet gruppe tjenestemottakere i alle aldre. I tillegg er det store uløste problemer som skyldes gråsoner og uavklarte ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene. I institusjoner i psykisk helsevern er det et større antall utskrivningsklare pasienter med store tjeneste-

behov, som kommunene ikke ser seg i stand til å motta. På den andre siden er det mange kommuner som har tatt imot tjenestemottakere som trenger et omfattende og sammensatt tjenestetilbud, men der nødvendig faglig og praktisk støtte fra spesialisthelsetjenesten ikke er tilgjengelig nok. Resultatet er at mange av disse pasientene risikerer å få et uforsvarlig tilbud.

En stor bekymring for tilsynsmyndigheten, er at det mange steder er dårlig kompetanse om regelverket, og også liten forståelse for betydningen av å følge det, for å sikre forsvarlig behandling og ivaretagelse av grunnleggende rettssikkerhet.





Når samarbeidet ved fødesengen svikter

Jordmor og lege har dels forskjellig og dels sammenfallende ansvarsområde og oppgaver, men skal samarbeide med ett felles mål: En optimal omsorg for og behandling av den fødende og barnet. Forventningene rundt en fødsel er store, og når noe går galt vil mange spørre om den fødselshjelpen som ble gitt var uforsvarlig. Noen klager til tilsynsmyndigheten.

I perioden 2003 til 2006 har Statens helsetilsyn behandlet 33 tilsynssaker knyttet til svangerskap og fødsler. Sakene omhandler 21 barnedødsfall, fem barn med alvorlig fødselsskade og to mødredødsfall. Helsetilsynet i fylkene vurderte i samme periode 274 saker innen fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer, Norsk pasientskadeerstatning fattet vedtak i 237 saker med fødselsskade på barnet, mens helseforetakene selv meldte ca. 350 hendelser som avvik.

Følgende forhold går igjen i tilsynssakene:

- mangelfull observasjon/oppfølgning under fødsel
- feiltolkning av elektronisk fosterovervåking
- manglende innhenting av bistand og for sen intervensjon ved unormal utvikling
- uerfarent helsepersonell eller vikarer.

Rød eller grønn sone

Stortinget har besluttet at fødselsomsorgen skal være differensiert. Det innebærer at helsepersonellet skal tilpasse overvåking og oppfølging av de gravide etter en konkret risikovurdering. Virksomheten må organiseres slik at den både ivaretar normale fødsler og fødsler med økt risiko. Tanken er at jordmødre og leger har ulike ansvarsområder, og at de kompletterer hverandre slik at den gravide får forsvarlig helsehjelp. Jordmor har ansvar og kompetanse for den normale fødselen. Legen har ansvaret når fødselen ikke lenger ansees som normal og det forutsettes at jordmor og lege samarbeider da. Mange fødeavdelinger har såkalt rød og grønn gruppe, hvor grønn har normale fødsler og er jordmorstyrt, mens rød tar seg av fødsler med forventet økt risiko.

En forutsetning for forsvarlig helsehjelp i en differensiert fødselsomsorg er god faglig kompetanse, korrekt utvelgelse, avklarte ansvarsforhold, god kommunikasjon og et tett samarbeid mellom helsepersonell og mellom ulike nivåer i fødselsomsorgen. Ved tegn på unormal utvikling må helsepersonellet fange opp dette, øke beredskapen og innhente bistand. I noen saker har vi sett at terskelen for å øke beredskapen har vært for høy.

Ansvarshavende jordmor – en jordmor uten ansvar?

Mange fødeavdelinger har en rutine med en ansvarshavende jordmor på hvert vaktteam som et bindeledd mellom jordmødre og leger. Statens helsetilsyn ser positivt på denne type tiltak, men det er viktig å avklare ansvar og myndighet når slike løsninger velges. Ordningen har i noen saker vist seg å være et forsinkende mellomledd.

Årsaken er at mandatet til ansvarshavende jordmor kan være uklart. Vedkommende skal ha oversikt og fordele oppgaver, men har ikke et faglig overordnet ansvar i forhold til de øvrige jordmødrene. Vi har sett tilfeller der jordmor har kontaktet ansvarshavende jordmor i stedet for å konsultere lege, noe som har bidratt til at helsehjelpen ble uforsvarlig.

Uklare ansvarsforhold og mangelfull kommunikasjon

Statens helsetilsyn har avdekket at uklare ansvarsforhold og mangelfull kommunikasjon mellom involvert helsepersonell har bidratt til uforsvarlig helsehjelp. Dette gjelder både mellom jordmor og ansvarshavende jordmor, mellom jordmor og lege, og mellom lege og overlege. Dette skjer på alle nivåer, men har særlig forekommet på travle vakter hvor bemanningen i utgangspunktet er marginal. Mangelfull avklaring av ansvarsforhold var også et av hovedfunnene ved det landsomfattende tilsynet Helsetilsynet utførte i 2004 ved landets fødeinstitusjoner.

Jordmødre og leger har noen ganger ulikt syn på risikoforholdene ved en fødsel. Dette kan medføre ulike oppfatninger av når lege skal tilkalles. Vurderingen av om forløpet er normalt kan være skjønnsmessig. Sammen med kompetansemangel, mangelfulle rutiner og uheldig praksis, har dette ført til at terskelen for å innhente bistand har blitt for høy.

Forsvarlig fødselshjelp – et lederansvar

Svangerskap og fødsel er et fagområde hvor faglige avgjørelser har avgjørende konsekvenser og ofte må tas under stort tidspress. Feilvurderinger er uunngåelig, men desto viktigere er det at systemet har gode, kjente og aksepterte prosedyrer og rutiner som bidrar til best mulig kommunikasjon, samarbeid og ansvarsfordeling. Bare slik kan antall feilvurderinger og konsekvensene av disse begrenses til et minimum. Kravet om forsvarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert. Risikoen for uforsvarlig fødselshjelp blir først redusert til et minimum når risikoområder avdekkes, feil og nestenfeil rapporteres, uønskete hendelser analyseres, og tiltak som hindrer gjentakelse iverksettes.





Fødselssaker Helsetilsynet har behandlet

Ansvarshavende jordmor

En uerfaren jordmor tilkalte ansvarshavende jordmor fordi hun var usikker på fødselsfremgangen og på registreringen av fosterlyden. Ansvarshavende jordmor var stresset på grunn av stor arbeidsbelastning. Hun gav råd om fremgangen, men ikke om å tilkalle lege. Jordmora skjønte ikke at ansvarshavende jordmor ikke oppfattet at fosterlyden også skulle vurderes. Ansvarshavende jordmor ble tilkalt på ny, og først da oppfattet hun at fosterlydsregistreringen var unormal. Lege ble tilkalt og forløste barnet med sugekopp, men barnet hadde allerede pådratt seg en alvorlig fødselsskade. Jordmora uttalte at hun stolte på ansvarshavende jordmors vurdering om ikke å tilkalle lege. Ansvarshavende jordmor uttalte at hun ikke hadde noe faglig ansvar under fødselen, og at det var opp til den andre jordmora selv å tilkalle lege ved behov.

Statens helsetilsyn fant at foretaket hadde ytt uforsvarlig helsehjelp ved at arbeidsinstruksen til ansvarshavende jordmor var upresis og tvetydig, og at begge jordmødrene hadde opptrådt uforsvarlig ved å ikke oppfatte alarmerende tegn som burde medført bistand fra lege på et tidligere tidspunkt.

Fødestue

En jordmorvikar fikk ansvaret for en fødsel ved en fødestue. En erfaren jordmor tilbød seg å være vikar for barnepleier i forbindelse med fødselen. Jordmorvikaren oppfattet at utviklingen i fødselen var avvikende. Hun lot imidlertid barnepleiervikaren delta svært aktivt i forbindelse med fødselen og fulgte hennes jordmorfaglige råd. På direkte spørsmål anbefalte barnepleiervikaren at lege ikke skulle tilkalles. Jordmorvikaren unnlot derfor å tilkalle lege, og barnet døde under fødselen. Jordmora uttalte at hun la vekt på rådene hun fikk, mens barnepleiervikaren uttalte at det var opp til jordmor å vurdere om hun skulle følge de rådene som ble gitt.

Statens helsetilsyn fant at foretaket hadde ytt uforsvarlig helsehjelp ved at det forelå uklare rutiner for ansvarsforholdene ved bruk av vikarer og for upresise rutiner for overflytting eller innhenting av legefaglig bistand ved avvikende forløp. Begge jordmødrene hadde opptrådt uforsvarlig under fødselen ved ikke å tilkalle lege eller overflytte pasienten.

Stor arbeidsbelastning

En fødende fikk tilkallet avansert elektronisk fosterlydsovervåkning. Fosterlyden ble bedømt som avvikende av legen, men det ble ikke grepet inn fordi retningslinjene tilsa at det var forsvarlig å avvente. Legen prioriterte deretter fire andre vanskelige fødsler. Jordmora opplyser at hun kontaktet lege på ny flere ganger. Både legen og overlegen var travelt opptatt og benekter at de ble

tilkalt av jordmor. Barnet ble forløst med sugekopp først etter 90 minutter og hadde da pådratt seg en alvorlig fødselsskade.

Statens helsetilsyn fant at foretaket hadde ytt uforsvarlig helsehjelp ved at det ikke var forsvarlige rutiner for å innhente bistand ved stor arbeidsbelastning. Verken jordmor eller lege hadde opptrådt uforsvarlig.

Oppfølging og utstyr

En barselkvinne med lett svangerskapsforgiftning ble akutt dårlig med hodepine og ekstremt høyt blodtrykk. Jordmor på barselavdelingen kontaktet legen som ordinerte intravenøs blodtrykksenkende behandling. Utstyret for dette var ikke tilgjengelig på barselavdelingen, og det manglet også innarbeidete rutiner for håndtering av alvorlig svangerskapsforgiftning. Det tok derfor unødigg lang tid før riktig utstyr ble fremskaffet og nødvendig behandling påbegynt. Kvinnen døde fire dager senere av en hjerneblødning forårsaket av det høye blodtrykket.

Statens helsetilsyn fant at foretaket hadde ytt uforsvarlig helsehjelp ved at det ikke var etablert klare rutiner for oppfølging av pasienter med svangerskapsforgiftning på barselavdeling, men at involverte jordmødre og leger ikke hadde opptrådt uforsvarlig.

Nødvendig opplæring og samarbeid

En fødende ble koplet til avansert elektronisk fosterlydsovervåkning. Jordmor tilkalte gjentatte ganger en relativt uerfaren lege på grunn av avvikende registreringer. Legen tolket disse som ufarlige og forlot fødeavdelingen for å utføre annet vaktarbeid. I ettertid er det klart at legen feiltolket fosterlydsforandringene. To vakthavende overleger, som satt på vaktrommet på fødeavdelingen og så på fjernsyn, ble heller ikke informert. Jordmora stolte på legens vurdering. Legen ble tilkalt på nytt da fosterlyden ble akutt dårlig sent i fødselsforløpet. Barnet ble så forløst med tang av én av overlegene, men døde noen dager senere av fødselsskaden.

Statens helsetilsyn fant at foretaket hadde ytt uforsvarlig helsehjelp ved mangelfull samhandling mellom vakthavende helsepersonell, og på grunn av mangelfull opplæring av leger under utdanning. Det ble også funnet at legen hadde opptrådt uforsvarlig ved at hun ikke hadde bedt om bistand da hun fikk for mange oppgaver.

Elektronisk pasientjournal og taushetsplikt

Tilsyn med to store helseforetak i 2006 avdekket at taushetsbelagte opplysninger i de elektroniske pasientjournalssystemene ikke var forsvarlig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitime behov for opplysningene. Dette skyldtes delvis at datasystemene var utformet slik at det ikke var lagt til rette for slik tilgangsstyring som lovgivningen krever og delvis at de eksisterende mulighetene for tilgangsstyring ikke var fullt ut utnyttet. Mangler ved kontrollsystemene gjorde at det var lav risiko for å bli avslørt dersom ansatte ved kliniske avdelinger snoket i de elektroniske pasientjournalene.

Lovgivningen stiller krav om at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikten er altså ikke bare en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Journalforskriften inneholder bestemmelser om at virksomhet som yter helsehjelp må opprette pasientjournalssystem. Journalsystemet må organiseres slik at det både sikrer nødvendig tilgang til og utlevering av journal og verner opplysningene mot innsyn fra uvedkommende.

Utteksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

Helsetilsynet og Datatilsynet gjennomførte i fellesskap i mai 2006 tilsyn med hvordan Helse Bergen HF Haukeland Universitetssykehus ivaretok taushetsplikten og tilgjengeligheten ved bruk av pasientjournalssystemet Doculive og det pasientadministrative systemet PIMS. Tilsynet omfattet både innhenting og utlevering av pasientinformasjon fra elektronisk pasientjournal og tilgangsstyring i forhold til elektronisk pasientjournal og det pasientadministrative systemet PIMS.

I juni 2006 gjennomførte Helsetilsynet og Datatilsynet et lignende tilsyn ved Akershus Universitetssykehus HF. Temaet ved dette tilsynet var sikring av taushetsplikten og tilgjengeligheten ved bruk av det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS.

Tilsynene ble gjennomført som systemrevisjoner og var av to dagers varighet. En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser. Ved tilsynene ble tiltak og praksis ved helseforetakene vurdert opp mot aktuelle krav i helselovgivningen, helseregisterloven og personopplysningsloven.

Det ble konstatert avvik ved begge tilsynene. Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift. Avvikene dreide seg om at helseforetakene ikke sikret at taushetsbelagte personopplysninger i de elektroniske pasientjournalssystemene var forsvarlig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitimt behov for opplysningene. Avvikene bygde i hovedsak på at store grupper helsepersonell var gitt tilgang til hele eller deler av de elektroniske pasientjournalene uavhengig av om de var involvert i pasientbehandlingen eller ei. Dette skyldtes delvis at journalsystemene ikke var laget slik at det var mulig å etterleve kravene til taushetsplikt og tilgangsstyring og delvis at helseforetakene ikke fullt ut hadde utnyttet de mulighetene for tilgangsstyring som lå i systemene.

Hvert år gjør helsepersonell millioner av oppslag i pasientjournalene ved disse sykehusene. Alle oppslag loggføres automatisk. Det store antallet oppslag, små kontrollressurser og svake kontrollrutiner gjør at ansatte ved kliniske avdelinger som kikker i pasientjournaler uten å ha tjenstlige behov, har lav risiko for å bli avslørt. Loggkontroll ble derfor vurdert til å være et lite egnet hjelpemiddel til å avdekke misbruk.

Oppfølgingen av tilsynene er ikke avsluttet og det er derfor ikke klart hvordan helseforetakene vil løse de utfordringene som disse tilsynene avdekket.





Det faglege innhaldet i sosialt arbeid

Sosialt arbeid er eit praktisk fag som har formål om å hjelpe menneske til å løyse sine sosiale problem. Lovene som heimlar mykje av fagutøvinga identifiserer tenestemottakarane breitt til å gjelde alle innbyggjarane i landet, men i praktiseringa av faget viser det seg at sosialarbeidarar i hovudsak arbeider med svakare stilte grupper og iverksettinga av samfunnspolitikk. Faget rettar merksemda både mot personen og konteksten som omgir denne – og er såleis eit viktig bidrag til heilskapelege tenester. Eit slikt samansett fokus fordrar eit breitt fagleg fundament. Fagleg breidde må difor ikkje bli sett som motsetnad til fagleg tyngde, i forståing og utvikling av faget sosialt arbeid inn i helse- og sosialtenestene i Noreg.

Ingri-Hanne Brønne, Cand. polit. med hovedfag i sosialt arbeid, høgskolelektor Diakonhjemmet Høgskole

Fag og profesjonsutøvar

Sosialarbeidar er ingen verna tittel, men nemninga vert i daglegtale nytta som samle-omgrep på profesjonsgruppene barnevernspedagog, sosionom og vernepleiar*. Profesjonane har sentral felles kunnskap, men også mykje som skil dei. Svært forenkla kan ein seie at vernepleiaren har kompetanse i helsefag og miljøarbeid – særleg retta mot personar med utviklingshemming, barnevernspedagogen har fordjuping i sosialpedagogisk arbeid med barn og unge, medan sosionomen er sosialarbeidargeneralisten som arbeider med individ, gruppe og samfunnsnivå. Profesjonane har noko ulike metodefag, og det er i all hovudsak sosionomane som nyttar termen sosialt arbeid om sitt metodefag.

Sosialarbeidarane arbeider innanfor eit vidt spekter av arbeidsfelt. Størst av desse er kommunen - med barnevern, helseteneste, sosialteneste eller pleie- og omsorgsteneste. Mange arbeider også i spesialisthelsetenesta, eller er viktige bidragsytarar i arbeids- og velferdsetaten, kriminalomsorga, skulen, statleg barne-, ungdoms- og familieforvaltning, utdanning og forskingsfelt m.m.

Ein deler gjerne fagutøvinga i sosialt arbeid inn i fire hovudretningar:

- individuelt sosialt arbeid
- sosialt arbeid i grupper
- samfunnsarbeid
- sosial administrasjon og planlegging.

I tillegg har sjølvstøtt fagutøvinga også oppgåver knytt til undervisning, forskning og fagutvikling.

Med generalisme som spesialitet

Sosialt arbeid har tydelege røter inn i sosiologien og er i tillegg konstruert med element frå sosialpsykiatri, psykologi og etikk. I Noreg er faget også forankra i velferdsstat og lovverk, noko som gir fagleg slektskap med til dømes statsvitskap, juss og økonomi. Dei ulike perspektiva vert kopla med eit fokus på etikk og menneskerettar, og noko forenkla kan ein seie at det er i denne breie konstruksjonen vi finn sosialt arbeid si kjerne. Sosialarbeidarane sin kunnskap om både individ og samfunn, gjer at innsatsen kan rettast mot

grenseflata mellom tenestemottakar og konteksten som denne er omgitt av - enten dette er personleg nettverk, arbeidsplass, hjelpeinstansar, forvaltning eller liknande. Mange sosialarbeidarar spesialisere seg – enten i klinisk arbeid med psykisk helse, familierapi, rusarbeid, miljøterapi osv. - eller ved å ta mastergrader og doktorgrader.

Den breie orienteringa i faget kan stå som tilsvar på nokre av utfordringane som ei stadig meir spesialisert helse- og sosialteneste no står overfor. Det er eit uttalt mål at kommune og spesialistnivå må samhandle for å tilby dei tenestene som klienten/pasienten har behov for. Stadig fleire menneske pendlar mellom førstelinje og andrelinje – eller mottek tenester frå parallelle organisasjonsstrukturar. Mange tenestemottakarar gir uttrykk for at slik organisering går utover heilskapen i tenestene. Dei etterlyser større grad av samordning mellom ulike organisasjonsnivå, samt at tenesteapparatet vert i stand til å femne eit større mangfald av tilhøve som verkar inn på livskvaliteten. Tenestemottakarane gir med andre ord uttrykk for at dei ynskjer at person og situasjon skal sjåast i samanheng.

Sosialarbeidarane sitt faglege bidrag inneber å kople ulike perspektiv, nett med sikte på å etablere ein slik heilskap. Det er imidlertid viktig at sosialarbeidarane si faglege breidde ikkje vert ståande som ein motsetnad til fagleg djupne – noko som lett blir tilfelle om ein analyserer enkeltelementa i faget isolert frå heilskapen. Her kan ein hente mykje gjennom å samanlikne generalistkompetansen i sosialt arbeid med generalistkompetansen innanfor eksempelvis allmennmedisinen, der generalistperspektivet har fått fokus som spesialitet.

Særleg kan ein argumentere for verdien av generalistperspektivet i samband med pågåande etablering av NAV. Dersom nye grupper skal delta på arbeidsmarknaden må ein tenkje nytt både om korleis arbeidslivet kan tilretteleggast, og ikkje minst kring korleis øvrige tenester kan bidra til at den enkelte får naudsynt rehabilitering og oppfølging. Dei politiske intensjonane om fleire i arbeid og færre på trygd føreset med andre ord at tenestene

femner heilskapen mellom tenestemottakarane sine ressursar/utfordringar – og dei ressursar/utfordringar som ligg i samfunnet sine strukturar. Nett her ligg sosialarbeidarane sin spesialkompetanse, og det er essensielt at NAV – både i stat og kommune – no grip denne kompetansen, med sikte på å nå målet om å gi heilskapeleg oppfølging til tenestemottakarane i NAV.

Eit fagleg fundament for sosialt arbeid

Å ta generalistperspektivet i sosialt arbeid på alvor, inneber systematisk arbeid med det mangfaldige tankematerialet som ligg til grunn for faget – heller enn å forenkla og spesialisere det. Menneskerettar, yrkesetiske retningslinjer og ulike politiske styringsdokument, utgjer saman med teori og forskning sentrale delar av fagfundamentet. Det er imidlertid behov for å avklare på kva grunnlag, og med kva formål, ein i sosialt arbeid hentar inn desse elementa i konstruksjonen av faget. Det er likeeins viktig at faget tek breidda i teorigrunnlaget på alvor, ved å aktivt forholde seg til innbakte motsetnader i teorigrunnlaget.

Ei tydeleggjering av eit felles fagleg fundament vil bidra til at sosialarbeidarar evnar å formulere sitt bidrag inn i tenestene – også utover relativt enkle og avgrensa metodeskildringar. Dette vil gi tenestemottakarane betre informasjon om kva sosialfagleg hjelp dei kan forvente å få – og i større grad grunnngi dei avgjerder som vert tekne. Slik vert tenestene tydelegare, meir tilgjengelege og mindre maktvergripande.

Like viktig som å etterlyse tydeleggjering av det faglege fundamentet for sosialt arbeid, er å drøfte karakteren av dette fundamentet. Diverre er der tendensar til at tenestene vert overstrøymde av relativt abstrakte tanke-modellar og instrumentelle metodar, utan at desse er godt tilpassa dei konkrete utfordringane i arbeidskvardagen.

Det må vere eit mål å utvikle og synleggjere grunnleggjande normer, standardar eller verdiar som gjer at praksisfeltet både kan sjå kritisk på eigne tenester, og verte i stand til å identifisere praktiske konsekvensar

av denne innsikta (1). Om ikkje, vert både kritikk utanfrå og interne målformuleringar lett utmattande, fordi sosialarbeidaren får ansvar for ein situasjon som han/ho ikkje ser høve til å løyse. Her er diskusjonen om fagleg forsvarlegheit i sosialfaget relevant. Tema-tikken har særleg kome på dagsorden som ledd i utgreiinga av spørsmålet om autorisasjon av barnevernpedagogar og sosionomar – som i kraft av å vere sosialpersonell ikkje er femna av dagens autorisasjonsordningar for helsepersonell. Desse emna heng tett saman fordi diskusjonen om tenestekvalitet, føreset ei parallell drøfting av det faglege innhaldet i tenestene, samt ei stillingstaking til korleis kvalitet og fag skal sikrast og utviklast både på institusjonsnivå og med utgangspunkt i den enkelte tenesteutøvar.

Kopling av teori og praksis

Konkret kan eit fagleg fundament for sosialt arbeid og dei sosiale tenestene, best utviklast dersom ein etablerer strukturar som sameinar praksis og teori i faget. Universitetssjukehusa ber ein god tradisjon for nær organisering av praksis, utdanning og forskning. Det er svært gledeleg at det no tilsva-

rande er igangsett prosjekt med Høgskule- og Universitetssosialkontor (HUSK), i eit samarbeid mellom kommunar og høgskular/ universitet. Her får praksisutøvarane tilgang til relevant forskning og teori, utdanningsinstitusjonane vil kunne fange opp praksisfeltet sine kunnskapsbehov og forskarane vil få nærleik til problemstillingar med relevans for tenestene.

Det er også positivt at fleire sosialarbeidarar tar utdanning av høgare grad, og at desse plasserer seg både i forskings-/utdanningsfelt og i den konkrete helse- og sosialtenesta. Slik kvalifisering vil styrke praksisfeltet sin tilgang på "oversettarkompetanse" når det gjeld å implementere ny forskning og fagkunnskap i tenestene.

Nye arbeidsmåtar og samarbeidsstrukturar for utdanning, forskning og praksis, vil kunne ivareta kompleksiteten i faget ved å sameine både teori og praksis, individretting og samfunnsorientering. Og slik tener sosialarbeidarfaget det overordna målet med all praksis i helse- og sosialtenestene:

Å bidra til fagleg gode tenester, som er leverte i eit system som fremmer heilskap, på ein menneskeleg god måte (2).

Litteratur:

1. Olteidal S. Sentrale utfordringar på veg mot kritisk sosialt arbeid. I: Olteidal S (red): Å analysere i lys av erfaringar. Oslo: Gyldendal 2005: 260–277
2. ...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2005

*) Vernepleiar er autorisert helsepersonell

Tilsyn og forskning

Forskning er en av oppgavene som sykehus skal ivareta ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3–8. Det er imidlertid opp til ledelsen ved det enkelte sykehus å avgjøre hvor mye ressurser som skal brukes på oppgaven. Medisinsk og helsefaglig forskning er en del av helsetjenesten som Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med.

I løpet av 2006 er forskningen kommet i søkelyset gjennom oppslag i media om forskningsjuks innen flere samfunnsområder, også innen helsetjenesten. Medisinsk og helsefaglig forskning er områder som tidligere i liten grad har vært gjenstand for en forsvarlighetsvurdering fra tilsynsmyndighetenes side.

Statens helsetilsyn avsluttet behandlingen av en tilsynssak vedrørende et forskningsprosjekt på Aker universitetssykehus HF i 2006. Vi fant at prosjektet var i strid med forsvarlighetskravet i helselovgivningen. I forskningsprosjektet ble det startet forsøk på pasienter uten at det var tilstrekkelig vurdert om det var forsvarlig å inkludere pasienter i prosjektet og uten at det forelå et informert samtykke fra de aktuelle pasientene. Videre vurderte Helsetilsynet gjennomføringen av prøvetaking som uforsvarlig fordi inngrepet medførte en økt risiko for pasientene.

De to prosjektansvarlige legene fikk en advarsel for brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Imidlertid er også sykehusledelsen ansvarlig for at de helsetjenester som tilbys eller gis pasienter er forsvarlige. Sykehusledelsen har et generelt ansvar for at driften gjennomføres

innenfor rammer som er fastsatt i lov, og har plikt til å sørge for at de forskningsprosjekter som sykehuset er ansvarlig for blir gjennomført i samsvar med lovverket. Etter Statens helsetilsyns vurdering manglet sykehuset rutiner eller andre systematiske tiltak som skulle sørge for at det aktuelle forskningsprosjektet ble drevet i samsvar med helselovgivningen.

Statens helsetilsyn fant at Aker universitetssykehus HF ikke sørget for at det aktuelle forskningsprosjektet fulgte de krav som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2–2, internkontrollforskriften § 4 og biobankloven § 12.

Statens helsetilsyn har også til behandling en forskningssak ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. En lege som har drevet med forskningsjuks har mistet sin autorisasjon som både lege og tannlege. Saken mot foretaket er ikke ferdigbehandlet.

Både denne saken og forskningsprosjektet ved Aker universitetssykehus HF er anmeldt til politiet for vurdering av om det foreligger straffbare forhold. Begge sakene er under etterforskning.



Tilsynsutfordringer ved alternativ behandling

Helsetilsynet har i de siste årene fått en rekke henvendelser og saker som dreier seg om alternativ behandling. De fleste pasienter tror at Helsetilsynet fører tilsyn med alternativ behandling på samme måte som det føres tilsyn med helsevesenet og helsepersonell innen den ordinære helsetjenesten. Men lov om alternativ behandling* legger ikke opp til offentlig tilsyn og Helsetilsynet fører bare tilsyn med helsetjenesten og autorisert helsepersonell.

Det tilbys stadig nye behandlingsmetoder innen alternativ behandling. Behandlingsformene kan variere fra mindre og lite risikofulle, til de som ved feilbehandling kan utgjøre en betydelig risiko for pasientenes helse og sikkerhet.

Gjeldende regelverk setter grenser for Helse-tilsynets mulighet til å føre tilsyn med alternative behandlere som ikke er autorisert etter helsepersonelloven. Samarbeid med andre tilsynsorganer har vært den strategien Helsetilsynet har benyttet for å ivareta de utfordringene alternativ behandling stiller i tilsynssammenheng.

Regelverksutvikling

Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten. Før i tiden ble slik behandling regulert gjennom kvakksalverloven. Med tiden har holdningen til alternative behandlingsmetoder endret seg i samfunnet, og det har også kommet krav overfor det offentlige om større aksept. Dette har ført til en egen lov om alternativ behandling, som trådte i kraft 1. januar 2004. Utfordringen ved utformingen av regelverket har vært å balansere mellom pasienters valgfrihet og deres behov for beskyttelse.

Helsetilsynet har ikke direkte tilsynsansvar etter denne loven og det har heller ingen andre offentlige tilsynsorganer, bortsett fra at Forbrukerombudet fører tilsyn med markedsføringen i bransjen. Men lov om alternativ behandling åpner for at Statens helsetilsyn kan begjære påtale overfor en alternativ behandler når det konstateres alvorlige lovbrudd begått med overlegg eller grov uaktsomhet, og når tilsynsmyndigheten får kjennskap til alternativ behandling som utgjør en alvorlig risiko for pasientens helse.

En viss kontroll med alternativ virksomhet utøves gjennom såkalt selvjustis, ved at utøverne oppretter organisasjoner som kan registreres i et offentlig register som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Et av vilkårene for slik registrering er at utøverorganisasjonene etablerer upartiske klageorganer som har mulighet for å gripe inn overfor useriøse medlemmer. Alternative behandlere er imidlertid ikke forpliktet å registrere seg i en utøverorganisasjon for å kunne utøve alternativ behandling. I realiteten betyr det at en behandler som er ekskludert fra en organisasjon likevel kan fortsette med sin virksomhet.

Tilsyn etter helsepersonelloven

Når alternativ behandling utføres av autorisert helsepersonell gjelder bestemmelsene i helsepersonelloven i tillegg til lov om alternativ behandling. Helsepersonelloven stiller blant annet uttrykkelig

krav om at autorisert helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig virksomhet uansett om det utøves innen den ordinære helsetjenesten eller innen alternativ behandling. Helsetilsynet fører tilsyn med at autorisert helsepersonell etterlever kravene i helsepersonelloven.

Uklar grenseoppgang

Ut fra henvendelsene Helsetilsynet mottar fra pasienter som klager på den alternative behandlingen de har fått, ser vi at mange ikke er klar over at det går et skille mellom behandlere som er autorisert helsepersonell og de som ikke er det. Denne uklarheten økes ved at grensen mellom alternativ behandling og behandling i den alminnelige helsetjenesten kan fremstå som diffus. For eksempel tilbys det stadig nye behandlingsformer der behandlerne bruker hjelpemidler som vanligvis brukes i helsetjenesten, for eksempel laserapparat.

Statens helsetilsyn har sett at det skaper uklarheter når det i den alternative bransjen ofte brukes titler og begreper som «klinikk» og «terapeut» som normalt forbindes med den alminnelige helsetjenesten. Det har vist seg å være en pedagogisk utfordring å få en pasient til å forstå at tilsynsmyndigheten kan gripe inn overfor en autorisert sykepleier som driver en klinikk for alternativ behandling, men at det er begrensede muligheter til å foreta seg noe om behandleren ikke er autorisert. Det kan dessuten virke urettferdig på et autorisert helsepersonell å risikere å få reaksjoner fra helsemyndighetene, mens en behandler uten autorisasjon ikke får den samme tilsynsmessige oppfølging.

Samarbeid med andre tilsynsmyndigheter

Selv i tilfeller der Helsetilsynet ikke har noen tilsynshjemmel, kan det fra opplysningene i en sak fremgå at det foreligger risiko for pasienters helse. I slike saker har Helsetilsynet i stadig større grad inngått samarbeid med andre tilsynsmyndigheter, som på grunnlag av deres tilsynslover har mulighet for å gripe inn. Slik har Statens strålevern fulgt opp saker i samråd med Statens helsetilsyn om behandling med laserapparat, mens Forbrukerombudet har fulgt opp saker som dreier seg om usaklig markedsføring av alternativ behandling.

Statens helsetilsyn og Forbrukerombudet har i 2006 også gjennomført felles tilsyn med markedsføring av kosmetisk kirurgiske inngrep, noe som har vist seg å være meget effektivt og hensiktsmessig. Det planlegges derfor videre samarbeid om alternativ behandling med relevante tilsynsmyndigheter i 2007.

*Lov av 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv.

Anne Karen Jenum
Foto: Samfoto



Samfunnsmedisinens fyrtårn

Lege Anne Karen Jenum ble tildelt Karl Evang-prisen for 2006. Prisen fikk hun for sin mangeårige innsats for folkehelsearbeidet gjennom forebygging og helseopplysning, først og fremst i bydel Romsås i Oslo. – Anne Karen Jenum er et slags samfunnsmedisinens fyrtårn, sa professor Steinar Westin i sin tale ved prisutdelingen.

I en årrekke har Jenum vært interessert i temaet sosial ulikhet i helse, og hun har hele tiden vært opptatt av praktisk forebygging og helseopplysning. – Da jeg var turnuskandidat i Finnmark møtte jeg de unge mennene som døde av hjerte- og karsykdommer og det var vanskelige livsvilkår også for befolkningen for øvrig. Det var et sjokk å møte realitetene slik, og jeg følte at den utdanningen jeg hadde tatt ikke gav meg nok verktøy til å kunne forebygge disse problemene, sier Jenum om bakgrunnen for sin samfunnsmedisinske interesse.

Vel tilbake i Oslo på slutten av 70-tallet begynte Anne Karen Jenum å jobbe som lege i de østlige bydelene. – Også her møtte jeg "uhelse" og hadde samme opplevelse av ikke å ha gode nok verktøy til å forebygge. Lenge følte jeg meg som en ensom svale på området. Jeg var søkende etter metoder, og essensen av det jeg har hatt tro på har jeg brukt i eget klinisk arbeid. Mye har jeg lært av pasienter. Det har vært berikende og lærerikt å få komme inn i pasientenes univers, sier hun.

Jenum har blant annet vært bydelsoverlege på Romsås i perioden 1997-2004 og har vært sterkt engasjert i folkehelsearbeidet i bydelen. – Befolkningen var avgrenset og oversiktlig, så her så jeg muligheter for å bli kjent og få gjort noe. Men det var viktig å kartlegge situasjonen først, sier Jenum. – Målet var å forklare dødelighetsfaktorene og få gjort noe med dem. Tall fra helseundersøkelsene av 40-åringer hjalp meg med det første. Hele tiden har det vært viktig å kunne dokumentere og evaluere virkningen av tiltakene som ble satt i verk, fortsetter hun.

"Romsåsprosjektet" (MoRo - Mosjon på Romsås) kom til i samarbeid med bydelsadministrasjonen og en rekke andre aktører. Prosjektet var et kombinert forskningsprogram og folkehelsearbeid. I tillegg til Jenum, jobbet en fysioterapeut, en helsekonsulent og en sykepleier med MoRo-prosjektet. Viktige faglige medspillere var

også Norges idrettshøgskole og Aker universitetssykehus HF.

Forskningsprosjektet gikk ut på å undersøke effekten av økt fysisk aktivitet på risikofaktorer for type 2 diabetes og hjerte- og karsykdommer i befolkningen.

– Det har vært arbeidskrevende, men givende og lærerikt. Største utfordring var egentlig å få finansiert prosjektet. Det forutså vi ikke og vi brukte 1-2 år lenger tid enn planlagt. Og for å få til ting er det viktig å opprettholde entusiasmen underveis, sier hun.

– Noe av det som gledet meg mest med prosjektet var at de positive resultatene vi oppnådde var like gode hos de med lav utdanning som de med høy, og like gode blant innvandrere som blant etniske nordmenn. Prosjektet bidro også til å skape stolthet blant befolkningen. En bydelspolitiker sa at "nå har vi retta ryggen". For det var det verdt å bli sliten innimellom, sier Jenum.

Anne Karen Jenum disputerte for den medisinske doktorgraden i 2006 på en avhandling som omhandler resultatet av prosjektet. Hovedresultatene ble publisert i tidsskriftet "Diabetes Care".

– Forebyggende helsearbeid har hatt alt for liten status blant leger og i primærhelsetjenesten. Men med de store forskjeller som er i helse og dødelighet i Oslo, må vi se på risikofaktorene og prøve å gjøre noe med dem, mener Jenum. Det er svært viktig å satse på forebyggende tiltak i Groruddalen, det kan bli verre og dyrere for samfunnet å gjøre noe senere, mener hun. – I Groruddalen ser vi klart et eksempel på at ansvaret for helse bør flyttes fra individnivå til samfunnsnivå.

For tiden har Jenum et post.doc. stipend knyttet til Diabetesforskningscenteret ved Aker universitetssykehus, samtidig som hun arbeider deltid som allmennpraktiserende lege på Romsås.

Å overvåke sårbarhet og kvalitet

Kunnskapskildene er mange, formålet sammensatt og kompetansen flerfoldig. Hvordan kan vi som tilsynsmyndighet best møte strømmen av informasjon om helse- og sosialfeltet for å systematisere, sammenfatte, tolke og bruke den i et tilsynsperspektiv?

Innenfor rammen av prosjektet "Tilsynsmyndighetens områdeovervåking" (TOP) gjennomførte Statens helsetilsyn i 2006 en kartlegging av metodekompetanse hos tilsynsmyndigheten. Kartleggingen ga god innsikt i det daglige arbeidet som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gjør for å følge med og skaffe oversikt over "hvor skoen trykker mest" i sosial- og helsetjenestene i eget fylke.

Mange kunnskapskilder

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har nær kontakt med sosial- og helsetjenestene, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Mye kunnskap tilflytter avdelingene gjennom tilsyn gjennomført som systemrevisjoner, tilsynssaker, klagesaksbehandling, løpende kontakt med virksomheter både planlagt og ad hoc, arbeid med direktoratsoppgaver, interne og eksterne møter og bekymringsmeldinger som kommer gjennom kontakt med helse- og sosialpersonell, pårørende, brukerorganisasjoner og media.

Å følge systematisk med på relevante registerdata, tidsskrifter, utredninger og forskningsrapporter er det lite tid til, forteller medarbeiderne. Slike kilder brukes oftere avgrenset for bestemte oppgaver, eller mer tilfeldig og ut fra den enkelte medarbeiders egen interesse.

Til sammen danner dette et landskap av kunnskapskilder som er unikt for tilsynsmyndighetene, men som også er svært krevende å forholde seg til. Informasjon enkelte medarbeidere har i hodet og bærer med seg uten at den er samlet systematisk, nedtegnet eller drøftet, kan aktiveres og få betydning ut fra nye hendelser eller oppgaver. I et fylke formulerer de seg slik:

Det er summen av det vi ser og hører som danner grunnlag for å velge tilsynsobjekter. Noe skjer ut fra det vi snakker om for tiden, "her ser vi at det kan være god grunn til", vi får mange inntrykk av stor belastning (red. anm: i tjenestene) gjennom klager og meldinger som ikke blir til tilsyns- eller klagesaker. (...) Vi forholder oss mye til det som popper opp, det er så store felter at vi ikke kan ha "gravemaskiner" som konstant graver dypt alle steder, vi må se etter hvor det er i ferd med å danne seg en haug. Det krever at du har medarbeidere som har systemtanker og som "lukter", vet hva de lukter og ser, snapper opp og spør "hva er nå dette?"

Å utvikle gode metoder for kunnskapsinnhenting, betyr blant annet å utforske hva slik systemforståelse og luktesans består i. Enkelterfaringer og grensetilfeller kan gi avgjørende informasjon, men har en usikker kunnskapsstatus. Det trengs metoder som øker verdien og relevansen av erfarings-

kunnskapen hos fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene. Det trengs også et bevissthets- og refleksjonsnivå som gjør at medarbeidere "snuser opp" og kjenner igjen relevant informasjon og vurderer: Hva forteller dette noe om? Hva kan vi bruke dette til og hva kan vi ikke bruke det til? Hvordan henger dette sammen med annen informasjon og kunnskap vi har om sosial- og helsetjenesten? Hva skal vi gjøre med det?

Gjenkjenning og gode vurderinger krever at avdelingene har metoder og systemer for å samle og systematisere informasjon den enkelte medarbeider får gjennom ulike kanaler og arenaer, for å ta vare på den kollektive kunnskapen avdelingen har om sosial- og helsetjenestene i eget fylke.

Sammensatte formål

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over og følge med på både befolkningens behov og tjenestenes ytelser på sosial- og helsefeltet. Formålet er å bidra til forsvarlige tjenester og å gripe inn overfor virksomhet i strid med lovgivning. Tilsynsmyndighetene skal altså utøve kontroll, men også legge til rette for at funn fra tilsyn brukes i tjenestenes eget forbedringsarbeid. Dette gir et sammensatt kunnskapsbehov.

For det første trengs både problemfokus og suksessfokus. Kontrollvirksomheten forutsetter særlig oppmerksomhet mot å identifisere eller avdekke sårbare områder, der hvor det er fare for svikt knyttet til krav i regelverket.

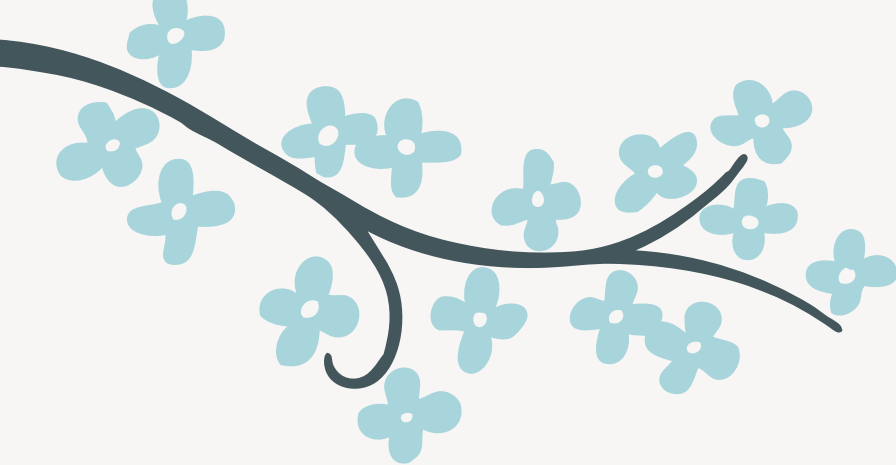
For det andre trengs både deskriptiv og normativ kunnskap; både gode beskrivelser av hvordan virkeligheten ser ut og velfunderte vurderinger av om dette er godt nok i forhold til de kravene som er gitt i lover og forskrifter.

Ulike formål og behov vil altså peke mot ulike typer kunnskapskilder, ulike kriterier for gyldighet og relevans og ulike framgangsmåter for kunnskapsutvikling.

Skal styrkes

Medarbeiderne hos fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene og i Statens helsetilsyn har medisinsk, sosial- og helsefaglig, juridisk og samfunnsvitenskapelig kompetanse, og bringer slik inn et bredt spekter av kunnskapstradisjoner og metodeforståelser. Dette mangfoldet er først og fremst en ressurs, men det forutsetter gode kunnskaper og diskusjoner om metode i avdelingene.

For å styrke og videreutvikle det systematiske arbeidet med å sikre tilsynsmyndighetens kunnskapsgrunnlag, skal Statens helsetilsyn i 2007 gjennomføre metodeopplæring og utvikling sammen med medarbeidere hos fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene.



Vikarbyråer i helsetjenesten – ressurs og utfordring

Frem til 2000 hadde man et generelt forbud mot utleie av arbeidskraft i Norge. Forbudet var blant annet begrunnet ut fra erfaringer med at utleie av arbeidskraft medførte at fast ansatte sluttet, og at bedriftene måtte leie inn igjen de samme arbeidstakerne til en høyere pris (NOU 1998: 15).

Økt behov for arbeidskraft, lav arbeidsledighet og tilpasninger til et felles europeisk arbeidsmarked, medvirket til at forbudet mot utleie av arbeidskraft ble opphevet 1. juli 2000. Opphevelsen førte til at private utleie- og formidlingsbyråer for helsepersonell ble etablert.

Det foreligger ikke oppdatert statistikk for omfanget av privat utleie- og formidlingsvirksomhet. Tall fra Arbeidsformidlings- og utleieregisteret viser imidlertid at det i 2001 ble utleid og formidlet ca. 1100 helsepersonell fra 16 virksomheter (Fafo-notat 2002:17). I 2002 var tallet økt til mellom 30 og 40 virksomheter og disse omsatte for mellom 350 og 400 millioner kroner (Dagens Næringsliv 08.07.2002). En kartlegging utført av Statens helsetilsyn i 2006 viste at antallet virksomheter er omtrent uendret fra 2002.

Vikarbyråene utgjør en ressurs i forhold til å dekke opp vakante stillinger, sykefravær, ferie-avvikling og aktivitetstopper i helsetjenesten. Enkelte virksomheter benyttet også vikarbyråer for å bemanne eller drive hele avdelinger eller enheter.

Vikarbyråene rekrutterer en stor andel av sine medarbeidere blant utenlandsk helsepersonell, særlig fra land innen EØS-området. En vesentlig del er utdannet i et land utenfor Europa/EØS.

Rekruttering av utenlandsk helsepersonell bidrar til en netto tilførsel av ny arbeidskraft til norsk helsetjeneste. Dette er ønskelig for å ivareta og forbedre helsetjenestetilbudet nasjonalt, men innebærer samtidig en risiko for å tappe andre land for kvalifisert helsepersonell.

Utleiebyråene lønner bedre enn offentlige arbeidsgivere. Helse Bergen har anslått at lønnsutgiftene ved bruk av vikarer er 30–50 prosent høyere enn ved bruk av fast ansatte (NRK Hordaland 17.04.2002). Det er derfor grunn til å

tro at bruk av vikarbyråer kan ha en lønnsdrivende effekt. Lønnsnivået medvirker også til at utenlandsk helsepersonell velger å arbeide gjennom vikarbyråer istedenfor å etablere et direkte ansettelsesforhold i kommuner og helseforetak.

Statens helsetilsyn har erfaring fra tilsynssaker som viser at bruk av vikarer innebærer økt risiko for svikt. Dette følger blant annet av

- Uklarheter om ansvarsfordeling mellom arbeidsgiver (vikarbyrå) og oppdragsgiver (kommune/helseforetak) som medfører mangelfull kontroll av faglige kvalifikasjoner (utdanning og autorisasjon) og skikkethet.
- Uklarheter om arbeidsgiveransvar, og oppdragsgivers instruksjonsrett overfor helsepersonellet.
- Mangelfull opplæring av vikarer i lokale rutiner.
- Mangelfull oppfølging/kontinuitet i behandlingen av pasienter.

Statens helsetilsyn forventer at ledere innen helsetjenesten tar nødvendige skritt for å sikre at bruken av vikarer ikke får negative konsekvenser for tjenestetilbudet. Statens helsetilsyn vil ha fokus på bruken av vikarer i helsetjenesten i 2007.

Smitteisolering i sykehus

Tilsyn ved 10 sykehus høsten 2006 viste at isolering av smitteførende pasienter stort sett skjedde på en forsvarlig måte. Fra Helsetilsynets side ble det imidlertid påpekt avvik ved sju av tilsynene. Avvikene omfattet organisatoriske mangler, manglende prosedyrer, manglende oppdatering av prosedyrer, manglende etterlevelse av prosedyrer, manglende personellressurser eller mangler ved gjennomføringen av forhåndsundersøkelser av ansatte. Antallet isolater og standarden på disse varierte mye fra foretak til foretak uten at det ble vurdert til å være en kritisk faktor.

Helsetilsynet og Arbeidstilsynet gjennomførte i fellesskap høsten 2006 tilsyn med de planer og tiltak som iverksettes for å forebygge og begrense smitte av og fra pasienter og arbeidstakere ved 10 helseforetak*. Tilsynene var en del av helsemyndighetenes "Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006" og inngikk også i Arbeidstilsynets kampanje "God Vakt" om helse-, miljø- og sikkerhetsforholdene i sykehusene.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten pålegger helseinstitusjoner å ha et infeksjonskontrollprogram. Et infeksjonskontrollprogram er et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår i helseinstitusjoner og for å håndtere og følge opp utbrudd av infeksjoner. Alle nødvendige smitteverntiltak ved den enkelte institusjon skal være skriftlig nedfelt i infeksjonskontrollprogrammet. Programmet skal være en del av institusjonens internkontrollsystem.

Under planleggingen av tilsynet ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bedt om å vurdere kunnskapsgrunnlaget for utvalgte problemstillinger vedrørende isolering av pasienter med smittsomme sykdommer. I dette arbeidet ble det gjort et systematisk søk, en kritisk vurdering og syntese av den foreliggende dokumentasjon om effekt av isolering som tiltak mot luftbåren smitte fra smitteførende pasienter. Rapporten fra Kunnskapssenteret konkluderte blant annet med at de fleste studiene viste god effekt når flere tiltak ble satt i verk samtidig, men få studier hadde testet enkelttiltak alene. På bakgrunn av dokumentasjonen var det vanskelig å trekke en konklusjon om hvilke tiltak som har størst betydning og å si noe om nytten av luftsmitteisolering kontra andre tiltak.

Tilsynene ble gjennomført ved to sykehus innen hvert regionale helseforetak. Ved tilsynet var det særlig fokus på organisering, rutiner, opplæring, kompetanse, praksis, og ressurser for kontaktsmitte- og luftsmitteisolering. I dette inngikk blant annet tiltakene i infeksjonskontrollprogrammet, avviksbehandling og ledelsens fokus på smittevern.

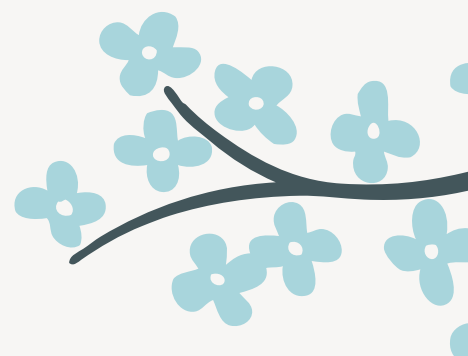
Alle tilsynene var av to dagers varighet. Ved tilsynene ble styrende dokumenter og praksis vurdert opp mot aktuelle krav i helselovgivningen og arbeidsmiljølovgivningen. I denne artikkelen omtales bare de funn, det vil si avvik og merknader, som ble gjort i forhold til helselovgivningen.

Helsetilsynet påpekte fra ett til tre avvik ved sju av tilsynene:

- Ved fire helseforetak var legen som hadde ansvar for å koordinere smittevernet i helseforetaket, ikke direkte underlagt ledelsen i smittevernspørsmål.
- Ved to helseforetak var ikke helsepersonell med innsikt i smittevern representert i kvalitetsutvalget eller på annen hensiktsmessig måte tilknyttet dette.
- To helseforetak sikret ikke at alle aktuelle arbeidstakere gjennomgikk undersøkelser for antibiotikaresistente sykdomsfremkallende bakterier og tuberkulinundersøkelse før tiltredelse eller gjeninntredelse i stilling i helseinstitusjonen.
- Ett sykehus manglet smittevernkoordinerende lege og hygienesykepleier.
- Ved ett sykehus hadde ikke den smittevernkoordinerende legen fått avsatt tid til oppgaven.
- Ett helseforetak sikret ikke nødvendig vedlikehold og etterlevelse av infeksjonskontrollprogrammet.
- Ett helseforetak hadde ikke et samlet og oppdatert infeksjonskontrollprogram med innhold som angitt i forskriften.
- Ved ett helseforetak ble ikke kontaktsmitteisolering av pasienter alltid gjennomført på en forsvarlig måte ved alle enheter.

I tillegg ble det gitt merknader om at det ville være en forbedring om seks av helseforetakene fikk bedret standarden på eller økt antallet vanlige isolater og/eller luftsmitteisolater.

Oppfølgingen av tilsynene er ikke avsluttet og det er derfor ennå ikke klart hvordan helseforetakene kommer til å løse de utfordringene som disse tilsynene avdekket.



*Sørlandet sykehus Kristiansand, Sykehuset Telemark Skien, Aker universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Helse Fonna Haugesund sjukehus, Helse Førde Førde sentralsjukehus, Helse Nordmøre og Romsdal Molde sjukehus, Helse Nord-Trøndelag Sykehuset Levanger, Nordlandssykehuset Bodø Sentrum og Helse Finnmark Klinikk Kirkenes.

Selv mordssaker i psykisk helsevern

Statens helsetilsyn har i 2005 og 2006 utarbeidet en oversikt over selvmord begått av pasienter innskrevet i psykisk helsevern der selvmordene ble innrapportert til Helsetilsynet i fylket. Formålet med kartleggingen har vært å få en pålitelig oversikt over antall rapporterte saker og å kvalitetssikre den tilsynsmessige behandlingen av sakene.

Innsamling av data ble avsluttet 31. desember 2006. Det understrekes at det dreier seg om antall saker som er avsluttet hos tilsynsmyndighetene i løpet av disse to årene. Alle saker for 2006 er ikke ferdigbehandlet ennå. Dette innebærer at antall saker ikke er helt sammenfallende med det årlige antall selvmord.

Vi registrerte 59 saker i 2005 og 117 saker i 2006. Av disse totalt 176 antall saker ble det åpnet tilsynssak i 58 tilfeller.

Det ble gitt systemkritikk i 19 av sakene. Virksomhetene fikk råd/veiledning eller kritikk på mange av de samme områder som vi påpekte også før registreringen begynte: helsepersonellet har for dårlig kompetanse til utføring av en korrekt selvmordsrisikovurdering og virksomheten mangler rutiner på opplæring i selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende tiltak. Oppholdene på døgnavdeling er ofte for korte til å fastsette diagnose, det foretas ikke tilstrekkelige vernetiltak i forbindelse med de sårbare overgangsfasene i behandlingen, og dokumentasjonen er fortsatt mangelfull.

Statens helsetilsyn vektlegger virksomhetens ansvar i disse sakene. Vi er kjent med at stadig flere virksomheter iverksetter opplæring og selvmordsforebyggende tiltak. Våre tall tyder imidlertid på at disse tiltakene ikke er godt implementert i den kliniske hverdagen og at helseforetakene fortsatt har betydelige forbedringsmuligheter på dette området. De konkrete forholdene vil bli beskrevet nærmere i en egen rapport.



Egeninitierte tilsyn med somatiske spesialisthelsetjenester

I perioden 2002-2005 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene totalt 275 tilsyn med spesialisthelsetjenesten. 51 av disse tilsynene er initiert lokalt med ulike temaer innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. Tilsynene iverksettes etter en vurdering av områder og tjenester der det kan forekomme svikt og det er et mål at virksomhetene tilses med jevne mellomrom. Tilsynene ble utført som **systemrevisjoner**, dvs. tilsyn der det undersøkes om virksomhetene gjennom sin internkontroll sikrer at tjenestene er i tråd med kravene i helselovgivningen. Her skal det kort redegjøres for erfaringene fra gjennomgangen av disse tilsynene.

Det ble gjennomført egeninitierte tilsyn i alle helseregioner i perioden 2002-2005. Helseregion Midt-Norge gjennomførte flest tilsyn, i alt 15. Dette var nesten dobbelt så mange som i helseregionene Øst og Sør. Med unntak av åtte tilsyn som ble gjort med private helseinstitusjoner, ble tilsynene rettet mot offentlige helseforetak. Hovedparten av tilsynene inngikk i fylkenes lokale tilsynsplaner. De resterende fem ble initiert etter ulike bekymringsmeldinger fra virksomhetene eller på bakgrunn av klagesaker.

Det ble gjort tilsyn med følgende temaer:

- 12 tilsyn med pasientrettigheter
- 12 tilsyn med kvalitetsutvalg, internkontroll, avvikshåndtering og meldeplikt
- 11 tilsyn med fødeinstitusjoner
- 6 tilsyn med inn- og utskrivning, dokumentasjon og internkontroll i private sykehus
- 6 tilsyn med kommunikasjon, dokumentasjon, rutiner og prosedyrer knyttet til pasientforløp, samhandling internt og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- 4 tilsyn med organisering og drift av ambulanse- og nødmeldetjeneste.

De fleste egeninitierte tilsynene ble gjort på områder der det tidligere er gjort landsomfattende tilsyn. Veilederne som ble utarbeidet til de landsomfattende tilsynene har derfor ligget til grunn også for de egeninitierte tilsynene.

Gjennomgående var det mange likhetstrekk mellom funnene i de egeninitierte og de landsomfattende tilsynene. Tilsynene viste at det gjennomgående ytes gode tjenester til fødende kvinner, men at det finnes rom for forbedringer både i små og store fødeenheter.

Tilsynene med driftsorganisasjonene for ambulanse- og nødmeldetjenestene viste at tjenestene gjennomgående fungerte tilfredsstillende og at befolkningen og samarbeidspartnere fikk de tjenestene de skulle ha på dette området. Når det

gjelder tilsynene med pasientrettigheter og med kvalitetsarbeid i sykehus, ble det påpekt lovbrudd på de samme områdene i de egeninitierte tilsynene i 2004 og 2005 som i de landsomfattende tilsynene i 2003 og 2002. Tilsynene viste at kvalitetsutvalg var etablert og inngikk i sykehusenes internkontrollsystem, men at det med få unntak fortsatt var store mangler i arbeidet med å få systemene til å fungere tilfredsstillende. De fleste sykehusene hadde innført et system for melding av avvik, men det var i mange tilfeller uklart hva som skulle meldes og hvordan avvik skulle brukes i forbedringsarbeidet. Det var flere eksempler på at det manglet en omforent forståelse av hva et avvik var, og også at hendelser som ble oppfattet som avvik likevel ikke ble meldt videre. Mange av sykehusene overholdt ikke pasientrettighetslovens bestemmelser om håndtering av henvisninger eller sikring av pasienter som hadde blitt innvilget rett til nødvendig helsehjelp. Tilsynene viste at de små private sykehusene gjennomgikk de var raskere enn de store offentlige sykehusene til å vurdere henvisninger og til å igangsette behandling, men avdekket også at de korte behandlingstidsfristene ikke gjaldt for alle diagnoser. Det synes å ha skjedd en reell forbedring i hvordan spesialisthelsetjenesten sikrer pasientene retten til fritt sykehusvalg.

Helsetilsynet vurderer det som uakseptabelt at det flere år etter de landsomfattende tilsynene påpekes lovbrudd på de samme områdene. Forutsetningen for at målene med helselovgivningen skal nås, er at ledelsen i helseforetakene iverksetter tiltak som gjør at lovkravene blir kjent og blir oppfylt i spesialisthelsetjenesten, og at ledelsen tar ansvar for at helseforetakene systematisk lærer av egne og av andres erfaringer.



Kommunene må ta legevakttjenesten på alvor

Kommunene benytter ikke sin styringsrett. Tilgjengeligheten er mangelfull og tjenesten drives ikke etter felles retningslinjer, viser kartlegging Helsetilsynet i fylkene har gjort.

Kommunene har ansvaret for å sikre en døgnkontinuerlig legevakt for befolkningen. Fastlegene skal innrette sin praksis slik at de kan motta pasienter til øyeblikkelig hjelp. Dette fungerer best i små kommuner, der legene tar ansvar for tilgjengeligheten. Legene tar mindre ansvar for å ivareta plikten til øyeblikkelig hjelp når det er mange leger i kommunen. Ved en Gallupundersøkelse i 2003 var det bare i 40 prosent av landets kommuner at man relativt enkelt oppnådde kontakt med lege på dagtid ved bruk av telefonkatalogens legevakt-nummer. Ved tilsyn i enkelte kommuner i 2005 var det fortsatt mangelfull tilgjengelighet til lege på dagtid i 25 prosent av de aktuelle kommunene.

I de store kommunene, der det er opprettet stasjonær legevakt i faste lokaler, er tilgjengeligheten bedre, men slike ordninger fører ofte til at pasienter benytter legevakten også til vanlige konsultasjoner. Dette begrenser tilbudet for pasienter med akutte lidelser, og det undergraver intensjonen med fastlegeordningen.

Helsepersonell i vaktberedskap skal være tilgjengelig i det lukkede helseradionettet. Bare halvparten av landets kommuner sørger for at legene regelmessig er tilgjengelige på helseradio. Apparaturen oppleves som tungvint, og de ansvarlige svikter i opplæringen.

I små kommuner med få allmennleger kan det være et problem med stor vaktbelastning. Opprettelse av interkommunale legevakter virker rekrutterende og stabiliserende på legedekningen, gir en kvalitetsmessig bedre tjeneste og sikrer en forsvarlig vaktplan. Organisering i store legevaktdistrikter møter likevel motforestillinger i lokalbefolkning og blant lokalpolitikere. De ansvarlige kommunale instanser må foreta en risikovurdering ved organisering i store vaktdistrikter, der effektiviteten vurderes i forhold til tilgjengelighet og tidsaspektet.

Rutiner, opplæring og kompetanse

Legevakttjeneste krever gode ferdigheter hos legen, god kommunikasjon med pasienter og med andre deler av helsetjenesten. Legen står alene i situasjonen og har begrenset tilgang til støttefunksjoner. Aktuelle tilsynssaker viser at sjansen for å gjøre feil eller pådra seg klage er større i vakt-tjeneste enn på ordinært dagarbeid. De aktuelle hendelsene er knyttet til alvorlige akuttmedisinske tilstander som inntørring, akutte smerter eller nyoppdaget diabetes. Det er overhyppighet av tilsynssaker knyttet til mannlige fremmedspråklige leger. I enkelte saker avdekkes mangelfulle systemer, slik som dokumentasjon, samhandling med akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, ambulanse eller sykehus, formidling av informasjon til fastlege og oppfølging av prøvesvar.

Tilsyn med kommunal legevakt i 2005 avdekket svikt ved sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring for personell i legevakt. Selv om fastlegene opptrer som selvstendig næringsdrivende og ikke er underlagt kommunal styringsrett i faglige spørsmål, fritar det ikke kommunen fra plikten til å sikre at tjenesten er organisert på en forsvarlig måte.

Kommunene må i større grad etablere faste retningslinjer for legevakttjenesten når det gjelder kompetansekrav, opplæring, journalsystemer, informasjon til fastleger og håndtering av prøvesvar. Kommunene kan ikke løpe fra sitt ansvar ved å vise til det selvstendige forsvarlighetskravet legene har.



SETT FRA FYLKESMENNENE OG HELSETILSYNET I FYLKENE

Tidligere har Tilsynsmeldingen inneholdt et sammendrag av hva tilsynsmyndighetene i fylkene hadde meldt til Statens helsetilsyn om forholdene i eget fylke. Vi har i år valgt å utfordre noen på fylkesnivået til å skrive korte artikler om bestemte temaer som er aktuelle for tjenestene og for tilsyn og klagebehandling.

Kontakt med kommunene

I planlegging og gjennomføring av arbeidet trenger Fylkesmannen som forvaltningsorgan og tilsynsmyndighet for sosialtjenesten å få inn synspunkter fra brukere/tjenestemottakere.

Fylkesmannens oppdrag på sosialtjenesteområdet er rettet mot kommunene. Det gjelder som klageinstans, tilsynsmyndighet, i forhold til kompetanseutvikling og i hovedsak ved råd og veiledning, selv om det også på forespørsel gis veiledning direkte til tjenestemottakere. Kommunene framstår derfor som våre brukere, i noen sammenhenger er vi også samarbeidsparter på utviklingsoppgaver.

Ved Fylkesmannen i Nordland opplever vi å ha god og konstruktiv kontakt med kommunene, samt rimelig bra oversikt over tjenestene. Dette bygger vi på informasjon fra blant annet prosjektarbeid gjennom de siste 6-7 år, tilsyn, klagebehandling og diverse kartlegginger. I løpet av de senere år har vi gjennomført tre undersøkelser av nivået på sosialhjelpen i kommunene, kompetansebehov i sosialtjenesten og utfordringer knyttet til etablering av NAV. Disse oversiktene har både vært benyttet som grunnlag for planlegging av utadrettet virksomhet i form av kurs og konferanser og som skriftlig tilbakemelding til kommunene i bearbeidet form.

At vi lykkes i dialogen med kommunene er viktig for oss. Vår erfaring tilsier at henvendelser fra tjenestemottakere, eller representanter for disse, i hovedsak ivaretas på en tilfredsstillende måte gjennom råd og veiledning. Enkelte slike henvendelser foranlediger imidlertid oppfølging. I 2006 ble det gjennomført ett hendelsesbasert kommunetilsyn som hadde utgangspunkt i henvendelse fra tjenestemottaker, og vi har under planlegging tilsyn for gjennomføring i februar 2007 med tilsvarende utgangspunkt.

Fylkesmannen i Nordland

Status og utfordringer for Fylkesmannen ved etablering av NAV-kontorer

Forutsetningene er gode for å lykkes med den nye arbeids- og velferdsreformen (NAV-reformen) i Sør-Trøndelag. Kommunene har jobbet lenge med servicekontor og samlokalisering av tjenesteytende etater, mange var involvert i SATS-forsøk og det er en god tradisjon for dialog mellom staten og kommunene og mellom statsetatene.

Høsten 2005 ble Aetat, trygdeetaten, KS og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag enige om et partnerskap for å arbeide med NAV-reformen. Det ble blant annet opprettet en fylkesgruppe under ledelse av Fylkesmannen, for å bidra til god dialog mellom stat og kommune, sikre helhet mellom NAV og andre satsinger, vurdere fellestiltak og for å spre gode eksempler og erfaringer.

Forberedelse og etablering i 2006

Våren 2006 ble det holdt dialogmøter med alle kommunene om målbidde for reformen, behovet for strategisk tilnærming og valg av NAV-pilot. Det ble sendt ut jevnlig informasjonsbrev og NAV var et gjengangertema på fellesmøter i regi av KS og Fylkesmannen.

Med NAV-etaten etablert fikk etatens etableringsprosjekt ansvar for lokale prosesser med hver enkelt kommune. Fylkesgruppa beholdt sin koordinerende rolle og har vært viktig for stat-kommune dialogen. Høsten 2006 gjennomførte NAV-etaten flere dialogrunder med kommunene og etter en egen prosess ble de 11 NAV-kontorene som skal etableres i 2007, valgt. I november holdt fylkesgruppa en konferanse for alle kommunene for å få fram status for arbeidet i kommunene og utfordringene i 2007.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har ønsket å bidra aktivt som tilrettelegger i NAV-arbeidet. I tillegg til deltakelse i fylkesgruppa, har Fylkesmannen tildelt midler til hver kommune på 150 000 kroner til kultur- og kompetansebyggende aktiviteter. I tillegg kommer innsatsen knyttet til oppdraget fra Sosial- og helsedirektoratet om å styrke kompetansen på sosialområdet i kommunene.

Utfordringer i 2007

Det blir krevende å etablere 11 NAV-kontorer innenfor de tidsrammer som er satt, og på en måte som gjør at stat-kommunedialogen holdes god, de ansatte ivaretas og målene nås. Samtidig må en legge til rette for at de kommunene som skal etablere kontor i 2008-2009, tidlig får valgt strategisk tilnærming og jobber godt sammen med NAV-etaten.

Fylkesmannen vil i 2007 fortsatt jobbe for at partnerskapet stat-kommune skal fungere slik at innbyggerne faktisk får bedre og mer samordnede tjenester. Det er særlig viktig at aktivitetene rettet mot sosialtjenesten i kommunene understøtter NAV-reformen og skjer samordnet med NAV-etatens virkemidler. Kompetanseutvikling overfor ansatte i sosialtjenesten og samarbeid med NAV-fylke om gjennomføring av felles kompetanseutvikling i lokale NAV-kontorer, vil her stå sentralt.

Mange kommuner velger å inkludere flere kommunale sosial- og helsetjenester i NAV-kontorene enn hva minimumsløsningen tilsier. Dette er tjenester som fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med. Siden det enda ikke er besluttet hvordan tilsyn med NAV skal foregå gir dette tilsynsmyndighetene spesielle utfordringer.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Systemet eller individet?

Helsetilsynsloven sier at Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell. Når tilsynet mottar opplysninger om mulig svikt i helsetjenesten, innhenter det nødvendig informasjon om forholdet for å se om tilsynsmyndigheten bør reagere. Men hvem eller hva skal en eventuell reaksjon rette seg mot? Har enkeltindividet (helsepersonellet) gjort en personlig feil? Er det snarere slik at oppmerksomheten må rettes mot systemet (helsevesenet)? Eller har vi å gjøre med et samspill mellom systemsvikt og individuell feil?

En del helsepersonell arbeider så selvstendig at de i stor grad selv har styring og kontroll med sin virksomhet, for eksempel den solopraktiserende legen, tannlegen eller fysioterapeuten. Opptrer han eller hun faglig uforvarlig eller avvikende fra god faglig praksis, må vedkommende regne med selv å ta støytten.

Helsetjenesten er imidlertid i økende grad blitt en kompleks organisasjon, der det enkelte helsepersonellet har beskjeden innflytelse på rammevilkårene for sitt virke. Han eller hun opptrer heller ikke som solist, men inngår i et arbeidsteam, der alle er gjensidig avhengig av hverandre. Hvert team skal igjen samvirke med andre arbeidslag. Dersom organisasjonen ikke har system og rutiner som sikrer gjennomgående kvalitetsforankring, kan resultatet bli faglig svikt i helsetjenesten, selv om hvert enkelt helsepersonell samvittighetsfullt

ivaretar sin tildelte funksjon. Finnes det ikke et internkontrollsystem med solid læringsløype, kan svikten repeteres gjentatte ganger med ulike personer i rollen som den som gjør feil.

Helsepersonell er underlagt helsepersonellovens krav om å arbeide faglig forsvarlig. Ved brudd på denne forutsetningen risikerer det reaksjon fra tilsynsmyndigheten. Men loven slår også fast at helsetjenesten skal organiseres slik at det enkelte helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. For Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn er det en økende utfordring å analysere systemsvikt innen helsetjenestens komplekse organisasjoner og plassere ansvaret på det nivået der det rettelig hører hjemme.

Fylkesmannen i Vest-Agder

Fleire klager

Helsetilsynet i Hordaland har dei siste åra behandla eit jamt aukande tal klager på manglande oppfylling av pasientrettar. I 2006 var talet 91. Klagene kjem i hovudsak innanfor tre område. Det er retten til nødvendig helsehjelp i kommunen, tilsvarende i spesialisthelsetenesta og i tillegg kjem økonomisk stønad til reiseutgifter.

Ulik prioritering

I spesialisthelsetenesta er det framleis eit problem å legge lista for prioritering av pasientane likt. Praksis viser at det er ulike syn på kva som gir rett til nødvendig helsehjelp. Pasientane får derfor ikkje alltid eit likeverdig tilbod. Skilnader finn ein også ved fastsetjing av siste frist for når medisinsk forsvarlegheit krev at helsehjelpa blir gitt. Det gjeld både innanfor somatikk og psykiatri. Det er truleg fleire årsaker til desse problema. Ei årsak kan vere at vurderingane ikkje blir gjort uavhengig av det tilbodet som er tilgjengeleg ved den institusjonen som gjer vurderinga. Dette er vanskelege vurderingar som krev gode retningslinjer og røynde medarbeidarar.

Høg terskel for sjukeheimplass

Når det gjeld kommunehelsetenesta er klagesakene prega av avgrensa tilgong på plassar i sjuke-

heimar. Dette gir seg utslag på fleire måtar. Dels ser vi at nokre kommunar har ein praksis der dei let eldre dele einarom for å bote på manglande sjukeheimplassar. Andre kommunar legg lista for høgt for tildeling av fast plass i sjukeheim. Fleire kommunar tildeler anna hjelp utanfor heimen som ikkje nødvendigvis dekkjer alle behova til pasientane. Tildeling av plass i omsorgsbustad utan tenestetilbod heile døgnet er eit eksempel på det siste. Dette er sjølv sagt bekymringsverdig. Talet på klager der Helsetilsynet i Hordaland har gitt klager medhald, har auka dei siste åra.

Fylkesmannen i Hordaland

Helsetilsynet i mediebildet

Søkeordene "Statens helsetilsyn" og "Helsetilsynet" ble nevnt over 8900 ganger i norske medier i 2006. Tilsvarende tall for 2005 var ca. 7800. På Google får vi 164 000 treff på søkeordene "Helsetilsynet" og "2006".

En rask gjennomgang av sakene som omhandler oss i medieovervåkingsbyrået Retriever sitt arkiv, viser at mediene dekker saksfeltene våre bredt. Det gjelder både det planlagte tilsynet og det hendelsesbaserte tilsynet.

I begynnelsen av januar i fjor anmeldte både Statens helsetilsyn og Statens legemiddelverk en forhandler av kinesisk urtemedisin til politiet etter at en kvinne ble innlagt ved St. Olavs Hospital med alvorlig nyreskade, kunne Adresseavisen fortelle.

I samme måned fortalte blant annet nyhetsbyrået ANB at Helsetilsynet kunne reise tilsynssak mot Jon Sudbø, selv om ingen pasienter var blitt skadet som følge av forskningsjukset. Og som vi vet, det ble reist tilsynssak.

Det var også i januar at mediene begynte å omtale den såkalte "Kristina-saken" ved Haukeland sykehus. Men det var først i mars at Statens helsetilsyn overtok behandlingen av tilsynssaken ved at fylkeslegen i Hordaland sa seg inhabil.

I februar skrev Bergens Tidende om en tilsynssak i forbindelse med en fødsel ved Lærdal sjukehus. Både sykehuset og Helse Førde fikk systemkritikk for å ha uklare rutiner og for ikke å ha sørget for tilstrekkelig opplæring av de involverte jordmødrene.

VG kunne mot slutten av måneden fortelle at to forskere ved Aker Universitetssykehus fikk advarsel fra Statens helsetilsyn for å ha utført uforsvarlig forskning på pasienter. Sykehuset fikk kritikk for brudd på lover og regler som regulerer pasientbehandling og forskning. Saken ble også anmeldt til politiet.

I mars skrev diverse medier om de ulike oppsummeringsrapportene fra de landsomfattende tilsynene og annet stoff fra Tilsynsmelding 2005. Til sammen ble det vel 100 oppslag i mediene relatert til Tilsynsmeldinga.

Samme måned rapporterte NRK Troms og Finnmark at stadig flere alvorlige hendelser som kunne gått ut over pasienter, meldes inn til Helsetilsynet. Mange av pasientene får likevel ikke vite om hendelsene. Saken var basert på Statens helsetilsyns årsrapport for Meldesentralen.

I april fratok Statens helsetilsyn den norske autorisasjonen til en dansk lege som blant annet hadde skrevet ut Subutex til norske rusmisbrukere i Danmark, het det i Bergens Tidende. For 9000 kroner kunne norske rusmisbrukere kjøpe en Danmarks-tur som inkluderte legebesøk, resept og et månedsforbruk av Subutex-tabletter, kunne man lese. Legen hadde allerede i 2004 mistet retten til å skrive ut A- og B-preparater i Norge.

I begynnelsen av mai ble en dansk lege fratatt retten til å operere ved norske sykehus etter å ha fått en rekke klager mot seg ved flere sykehus hvor hun hadde vært ansatt. Kirurgens spesia-

listgodkjenning ble suspendert allerede året før, kunne NTB fortelle.

Det var også i mai at Statens helsetilsyn kom med et pålegg overfor Helse Vest om å rette forholdene ved Sandviken sykehus. – At en har psykotiske pasienter som ligger på gangen er i seg selv veldig alvorlig. At dette er en permanent situasjon, er ikke akseptabelt, sa direktør for Statens helsetilsyn til Bergensavisen.

Aftenposten skrev i juni om Statens helse-tilsyns rapport om den akuttmedisinske kjeden (fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten). I avisen kunne man blant annet lese at det i flere tilfeller ble spurt om personalia før vitale funksjoner ble avklart.

I juli fortalte Adresseavisen at Helsetilsynet begjærte påtale mot Trondheim kommune etter at en kvinne døde etter en brann i sin omsorgsbolig. Kvinnen skal ha vært innvilget omsorg hele døgnet, samtidig som trygghetsalarmen var tatt fra henne.

I august ble det kjent i mediene at Statens helsetilsyn hadde begjært etterforskning av forskningsjukset ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet etter at tilsynssaken ble overført fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Samme måned skrev NTB om at pasientjournalene ved Haukeland universitetssykehus er for lett tilgjengelige. Dette kom fram etter et felles tilsyn mellom Helsetilsynet i Hordaland og Datatilsynet.

Dagens Medisin skrev i september om at Statens helsetilsyn kartlegger vikarbyråenes virksomhet i helsesektoren. En gjennomgang av 44 tilsynssaker mot helsepersonell i 2004 viste at nesten halvparten gjaldt personell som enten var ansatt i vikarbyrå eller utleid via formidlingsbyrå.

I oktober kunne Moss Avis rapportere at Statens helsetilsyn var bekymret over vikarbruken ved Sykehuset Østfold i forbindelse med en tilsynssak mot en dansk vikarlege. Tilsynssaken ble opprettet etter at et barn ble hjerneskadet etter fødselen. Også andre tilsynssaker viser hvor viktig det er at vikarer settes inn i rutine ved sykehusene, påpekes det i artikkelen.

I november meldte de fleste mediene om at Haukeland universitetssykehus fikk kritikk på noen punkter i forbindelse med tilsynssaken som ble opprettet etter den såkalte "Kristina-saken". I denne første gjennomgangen var det kommunikasjonen med pårørende som var tema.

I slutten av november skrev mediene om at lege og tannlege Jon Sudbø ble fratatt sine autorisasjoner etter forskningsjukset. Og i desember ble det også klart at Sudbø selv trakk sin klage på vedtaket, meldte NTB.

Om forøvrig er det Helsetilsynets mening at...

I denne artikkelen refereres noen synspunkter fra høringsuttalelser Statens helsetilsyn har avgitt i 2006. Alle uttalelsene som er referert eller listet til slutt i artikkelen finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Utkast til Nasjonal helseplan (2007–2010)

- Det er en stor utfordring at administrativ og faglig styring i helsetjenesten fremstår som løstrevet fra hverandre. For å håndtere utfordringene knyttet til kvalitet og prioritering må den administrative/økonomiske styringen koples tett til den faglige. Helseplanen og statens atferd må understøtte dette
- Spesialisthelsetjenesten er i en konsolideringsfase etter foretaksreformen. Dette må få "sette seg", og helseforetakene må ses og måles både på kvalitet og økonomi
- Det er et bredt spekter av virkemidler og mange aktører som kan påvirke kvalitet og prioritering. Nye overbyggende byråkratiske strukturer vil ikke nødvendigvis bidra til bedre håndtering av utfordringene knyttet til kvalitet og prioritering i tjenestene
- Internkontroll er det begrepet myndighetene har valgt å bruke på lovfestet kvalitetsstyring i helse- og sosialtjenesten. I utkastene fremstår omtalen av internkontroll som noe annet enn kvalitetsstyring og noe som skal sikre ivaretagelse av noen mindre strenge normer enn det som trengs for å sikre god praksis/gode tjenester. Lovgiver har sagt at virksomhetene skal styre slik at de gjør de rette tingene på riktig måte og får de riktige resultatene
- God praksis og faglig forsvarlighet er to sider av samme sak. God praksis er kjernen i forsvarlighetskravet, og faglig forsvarlig er det som en alminnelig god utøver av faget ville gjøre i en tilsvarende situasjon. God praksis er det en tjenesteyter skal sikte sin faglige virksomhet mot. Når det gis inntrykk av at det lovfestede kravet til forsvarlighet og kvalitet ligger langt under god praksis, blir det uklart hva som egentlig kreves av kvalitet. Det kan da skapes et inntrykk av at lovgiver egentlig har lovfestet et svært dårlig/lavt nivå på tjenestene.

Endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen m.m.

- Retten til å velge behandlingssted må gjelde for all tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, også for legemiddelassisteret rehabilitering (LAR)
- Individuell plan bør være et frivillig tilbud, også for LAR-pasienter. Den individuelle planen medfører ingen rettigheter til tjenester utover det som i dag følger av sosialtjenesteloven
- Retten til omsorgstjenester, praktisk bistand og opplæring og en helhetlig og forpliktende sosial rehabilitering må styrkes for alle som er i, eller har vært i, en tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Regelverket må styrke bruker-

nes rettsvern både i forhold til disse tjenestene og helsetjenester

- Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere om kontrollkommissjonen bør ha samme rolle overfor pasienter innlagt for behandling for sitt rusmiddelmisbruk som for andre pasienter, og at disse pasientene gis samme rett til å la seg bistå med en advokat.

Utkast til forskrift om kommunens vaksinasjonstilbud i henhold til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet

- Statens helsetilsyn mener forslaget har så mange svakheter og uheldige sider at vi ikke anbefaler at det vedtas som forskrift. De ordninger som myndighetene legger opp til for en bedre vaksinasjonsdekning mot sesonginfluensa og styrking av pandemiberedskapen, bør ikke innebære en risiko for at kommunenes forebyggende arbeid knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste på sikt kan svekkes. I forhold til kommunenes plikter etter smittevernloven, må det fra myndighetenes side gis klare og entydige signaler om hva som forventes. Det bør også være tydelig hva som forventes av risikogruppene og befolkningen, og det er spørsmål om tiltakets betydning blir tydelig når de kommunale kostnadene årlig skal bæres av risikogruppene
- Barnevaksinasjonsprogrammet bør ikke flyttes fra forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til en ny forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Programmet er og har tradisjonelt vært en viktig del av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Utkast til endring i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)

- Preimplantasjonsdiagnostikk i kombinasjon med vevstyping, med det formål å skape et friskt vevstypelikt barn som kan være stamcelledonor for et søsken med en alvorlig arvelig sykdom, medfører prinsipielt andre problemstillinger enn preimplantasjonsdiagnostikk for øvrig
- Tradisjonelt blir diagnostikk og nye behandlingsmetoder i norsk medisin innført som en naturlig konsekvens av forskning, erfaring, utprøvende diagnostikk/behandling og observasjoner over tid. Tilsvarende prosess og modning har ikke funnet sted i det medisinske miljøet på dette området
- Metoden er teknisk vanskelig, og det fins få eksempler på vellykket utfall. Få miljøer utfører denne formen for diagnostikk. Erfaringer med metoden er derfor svært begrenset, og den kan fortsatt betraktes som utprøvende behandling
- Siden metoden medfører særlig vanskelige etiske problemstillinger er det viktig å gå langsomt

frem. Vi slutter oss til synspunktene i Ot.prp. nr. 64 (2002–2003). Det er grunn til å være svært kritisk til enhver metode som kan innebære at et menneske brukes som et middel for andre. Selv om vilkårene slik de er i dagens lov i Norge i utgangspunktet vil være til hinder for dette, vil det kunne være en fare for en utglidning og et press om at preimplantasjonsdiagnostikk også skal kunne brukes til andre formål.

Endring i forskrift om skikkethetsvurdering i lærerutdanningene til å omfatte også helse- og sosialfagutdanningene

- Statens helsetilsyn har gjennom flere år motatt henvendelser fra ulike høgschooler som har uttrykt at universitets- og høgschoolloven ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for å ekskludere studenter som anses uskikket for å være helsepersonell
- Av hensynet til sikkerheten for pasientene og kvalitet i helsetjenesten bør alle helsefagutdanninger til yrker som gir rett til autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 omfattes av tilsvarende bestemmelser. Det gjelder utdanninger på videregående skoles nivå. Yrkesgrupper som ambulansearbeider, omsorgsarbeider og hjelpepleier arbeider ofte svært selvstendig med pasienter og klienter, spesielt i hjemmetjenesten.

Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

- Statens helsetilsyn slutter seg til arbeidsgruppens påpekning av at en bivirkning ved bruk av tidsfrister er at det som er tenkt som et middel (overholde tidsfristen) kan bli et mål i seg selv, slik at hensikten med å gi rask og god helsetjeneste til sårbare grupper kommer i bakgrunnen
- Det kan også være fare for at behandlingsfristen oppfattes som en normativ og generell forsvarlighetsfrist for alle pasienter, slik at all behandling som startes opp før 90 dager anses for å ha ivare tatt forsvarlighetskravet. Dersom behandlingsfristen settes for kort blir det ikke rom for prioritering av pasienter på grunnlag av faglige vurderinger
- Behandlingsgarantien kan gi økt fokus på spesialisthelsetjenesten og mindre fokus på lokalt nettverk og hjelpetiltak (skole, PPT, kommune-/skolehelsetjenesten o.l.). Ofte vil tilrettelegging av lokale hjelpetiltak ha større betydning for pasienten enn spesialisthelsetjenester.

Høring fra EU: "Consultation regarding Community action on health services"

- Den økte søkningen til helsetjenester utenlands synliggjør behovet for at pasienter selv må kunne ha tilgang til helsearbeideres godkjenningsstatus. Autorisasjons- og tilsynsorganene i Europa må få

til mer likt regelverk og samarbeid om tilsyn med helsepersonell

- Behandling av klager er vanskeligere når klageren er reist til hjemlandet. I enkelte land har pasienten en viktig rolle i utredning av klagen, og her vil utenlandske pasienter møte store barrierer for å bruke klageordningene
- Erstatnings- (pasientskade-)ordningene er svært forskjellige. Myndighetene bør sikre god informasjon om ordningene i hvert land og øke tempoet i harmonisering av regler.

Andre høringsuttalelser fra Statens helsetilsyn:

Ny forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

Forskriftsendringer i forbindelse med endringer i lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven

Ulike typer sakkyndigerklæringer helsepersonell avgir til justissektoren (Graver-rapporten)

Endringer i forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blod-giverregistre (blodforskriften)

Lovhjemmel for sentral database for elektroniske resepter

Utkast til forskrift om donasjon, uttak, testing, prosessering, konservering, oppbevaring og distribusjon av celler og vev

Etablering av pseudonymt register over svangerskapsavbrudd, forslag til endringer i abortforskriften og forslag til endringer i reseptforskriften

NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet

NOU 2006: 6 Når sikkerheten er viktigst

Utkast til overordna plan for sosial- og helsemessig beredskap

Beredskap – behov for endringer i lover og forskrifter

Innstilling om en nordisk samekonvensjon

Operativt planverk for Politidirektoratets koordinering av nasjonal innsats i utlandet

Tall og fakta

Denne delen av Tilsynsmeldingen gir oversikt over de viktigste oppgavene fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsmyndighet og klageinstans.

Innhold	Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i sosialtjenesten.....	40
	Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten	41
	Tilsyn med sosialtjenesten	42
	Tilsyn med helsetjenesten.....	43
	Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetjenesten	44
	Meldesentralen	45
	Bruk av nettstedet www.helsetilsynet.no	45
	Innsyn i dokumenter	45
	Pressemeldinger	45
	Rundskriv fra Helsetilsynet.....	45
	Regnskapsresultat 2006.....	45

KLAGESAKER OM MANGLENDE OPPFYLLELSE AV RETTIGHETER I SOSIALTJENESTEN

Tabell 1 Klagesaker etter sosialtjenesteloven behandlet av fylkesmennene – utvikling 2004–2006 og resultat av behandlingen i 2006 på sakstyper

Fylkesmannsembete	2004		2005		2006				
	Behandlede saker	Behandlede saker	Behandlede saker	Behandlede saker	Sosiale tjenester		Økonomisk stønad		
					Andel stadfestet (%)	Andel opphevet eller omgjort (%)	Behandlede saker	Andel stadfestet (%)	Andel opphevet eller omgjort (%)
Østfold	548	514	426	72	44%	55%	348	67%	32%
Oslo og Akershus	2 287	1 278	1 223	227	48%	49%	863	73%	25%
Hedmark	229	257	208	34	56%	44%	162	90%	10%
Oppland	205	183	193	46	76%	24%	147	78%	18%
Buskerud	378	393	384	75	40%	51%	302	80%	17%
Vestfold	365	318	336	53	51%	49%	266	85%	16%
Telemark	286	245	188	25	68%	32%	149	90%	9%
Aust-Agder	110	119	99	42	55%	46%	54	85%	14%
Vest-Agder	262	168	166	20	75%	25%	144	81%	19%
Rogaland	634	525	377	43	74%	23%	330	78%	22%
Hordaland	569	588	506	102	61%	37%	379	76%	22%
Sogn og Fjordane	111	117	104	33	39%	57%	64	67%	30%
Møre og Romsdal	256	280	224	51	55%	45%	166	69%	30%
Sør-Trøndelag	284	223	235	34	47%	50%	194	75%	24%
Nord-Trøndelag	126	137	95	24	42%	42%	67	73%	25%
Nordland	314	307	260	51	57%	41%	194	74%	24%
Troms	245	220	226	55	62%	38%	160	86%	13%
Finnmark	124	149	101	19	47%	53%	79	70%	30%
Sum	7 333	6 021	5 351	1 006	54%	44%	4 068	78%	22%

Prosentsummen blir ikke alltid 100 fordi avviste saker er medregnet blant behandlede saker, men har ikke egen rubrikk i oversikten over resultat av behandlingen.

Klagesaksbehandlingen etter sosialtjenesteloven utgjør en betydelig oppgave for fylkesmennene, selv om det de siste årene har vært en sterk nedgang i antall saker, jf. tabell 1. Samlet behandlet fylkesmennene 5351 saker i 2006. Noe av nedgangen i antall saker skyldes at enkelte saker som fylkesmennene behandler etter annet lovverk er tatt ut av tabellen. Det meste av reduksjonen skyldes sannsynligvis at færre klager på kommunens vedtak. Noe kan også skyldes at klagen i større grad blir tatt til følge i kommunene, slik at sakene ikke blir oversendt Fylkesmannen til klagebehandling.

Tabell 1 og 2 omhandler saker der

enkeltpersoner har påklaget vedtak kommunene har fattet etter sosialtjenesteloven, og som Fylkesmannen har behandlet som klageinstans. Omtrent fire av fem klager gjelder økonomisk stønad, de andre handler i hovedsak om sosiale tjenester. Eksempler på saker om økonomisk stønad kan være klage på størrelsen på den løpende økonomiske stønaden eller mer spesifikke klager knyttet til boutgifter, klær, tannbehandling, medisiner, inventar, reise eller andre økonomiske tema. Det kan også gjelde klager knyttet til vilkår som er stilt til utbetalingen eller formen på hjelpen. Eksempler på dette kan være at utbetalingen er gitt som lån, eller at kom-

munen har tatt refusjon i etterbetalt trygd. Klager på sosiale tjenester gjelder særlig omsorgslønn og praktisk bistand, for eksempel at omfanget hjemmehjelp er redusert. En del klager gjelder også støttekontakt- eller avlastningstjenester.

Fylkesmannen stadfestet i 2006 det kommunale vedtaket i 78 prosent av sakene (2004: 74 prosent og 2005: 71 prosent). Andelen stadfestede vedtak er lavest for saker om sosiale tjenester. At kommunenes vedtak ikke blir stadfestet, innebærer at klager får helt eller delvis medhold, enten ved at Fylkesmannen omgjør kommunens vedtak, eller ved at vedtaket oppheves og

saken sendes tilbake til ny behandling, noen ganger med klare instruksjoner til kommunen om å tildele mer.

Fylkesmennene hadde for 2006 krav om å behandle klagesakene innen tre måneder. I 2005 ble 90 prosent behandlet innen fristen, i 2006 85 prosent. Ved inngangen til 2006 var det 841 ubehandlede saker, ved utgangen 878. Det kom inn 5 388 saker i 2006 (i 2005: 6 154 og i 2004: 6 394).

Hovedinntrykket er at fylkesmennene har kontroll på klagesakene etter sosialtjenesteloven.

*Tjenestene er: a) praktisk bistand og opplæring herav BPA (brukerstyrt personlig assistanse)
b) avlastning
c) støttekontakt
d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester
e) omsorgslønn.

Tabell 2 Klagesaker etter sosialtjenesteloven behandlet av fylkesmennene – klagesaker om sosiale tjenester fordelt på de enkelte tjenester – 2006

Fylke	Tjeneste i sosialtjenesteloven § 4-2 *						Andre bestemmelser i kap. 4	Sum
	a)	BPA	b)	c)	d)	e)		
Østfold	15	7	9	12	3	31	2	72
Oslo og Akershus	57	8	38	32	5	93	2	227
Hedmark	12	6	5	7	4	6	0	34
Oppland	16	3	6	6	0	14	4	46
Buskerud	19	9	10	1	0	43	2	75
Vestfold	18	6	10	6	0	18	1	53
Telemark	8	3	4	3	0	10	0	25
Aust-Agder	9	6	2	13	2	14	2	42
Vest-Agder	3	0	1	2	2	10	2	20
Rogaland	13	3	5	12	0	10	3	43
Hordaland	25	6	17	22	1	33	4	102
Sogn og Fjordane	10	4	3	5	2	13	0	33
Møre og Romsdal	16	6	10	8	2	14	1	51
Sør-Trøndelag	7	0	5	6	0	16	0	34
Nord-Trøndelag	8	1	3	2	3	8	0	24
Nordland	11	5	4	16	3	16	1	51
Troms	10	2	11	9	0	25	0	55
Finnmark	4	0	3	2	0	8	2	19
Sum	261	75	146	164	27	382	26	1 006

KLAGESAKER OM MANGLENDE OPPFYLLELSE AV RETTIGHETER I HELSETJENESTEN

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasientrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten, skal ha vurdert saken på nytt, før det fremmes klagesak for Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saken. Avgjørelsen fra Helsetilsynet i fylket er endelig.

Økning i antall klagesaker fra 2004 til 2005 skyldes blant annet innføringen av bestemmelsen om rett til syketransport i pasientrettighetsloven. Veksten i antall klagesaker tyder på at det er en voksende bevissthet om pasientrettigheter i befolkningen.

I 346 av de 867 sakene (40 prosent) er det gitt helt eller delvis medhold, eller vedtaket i førsteinstansen er opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil og annet. Dette er samme andel som i 2005.

Tabell 3 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter knyttet til helse-tjenesten – antall saker avsluttet av Helsetilsynet i fylkene fordelt på lovbestemmelser sakene er vurdert i forhold til – 2004, 2005 og 2006

Bestemmelse	Bestemmelsen gjelder	2004 ² Antall saker	2005 ² Antall saker	2006 Antall saker	2006 Herav medhold for klageren
Pasientrettighetsloven					
§ 2-1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten	32	66	61	26
§ 2-1 annet ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	74	138	163	87
§ 2-2	rett til vurdering innen 30 dager	6	25	25	22
§ 2-3	rett til fornyet vurdering	4	3	8	5
§ 2-4	rett til valg av sykehus	9	15	30	14
§ 2-5	rett til individuell plan	10	13	19	13
§ 2-6	rett til syketransport	67	323	391	57
Kap. 3	rett til medvirkning og informasjon	12	22	19	8
Kap. 4	samtykke til/rett til å nekte helsehjelp	3	1	5	3
Kap. 5 og helsepersonelloven §§ 42, 43 og 44	rett til innsyn, retting og sletting i journal	45	58	60	38
Kommunehelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig helsehjelp	147	188	158	73
Tannhelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	1	2	2	0
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helseområdet					
Sum vurderinger mot enkeltbestemmelser ¹		434	858	9	346
Antall saker ¹		396	775	867	

¹ Flere av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler, omfatter vurderinger opp mot flere rettighetsbestemmelser. Derfor blir summen av vurderinger høyere enn antall saker.

² Tallene avviker noe fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

TILSYN MED SOSIALTJENESTEN

Tabell 4 Tilsyn med sosialtjenesten – antall systemrevisjoner utført av fylkesmennene i 2004, 2005 og 2006

Fylke	2004	2005	2006
Østfold	7	9	9
Oslo og Akershus	6	16	14
Hedmark	4	10	9
Oppland	4	7	7
Buskerud	8	11	13
Vestfold	3	8	8
Telemark	3	8	6
Aust-Agder	8	7	8
Vest-Agder	5	8	8
Rogaland	3	8	9
Hordaland	5	10	15
Sogn og Fjordane	9	9	9
Møre og Romsdal	6	6	12
Sør-Trøndelag	8	14	11
Nord-Trøndelag	10	7	6
Nordland	10	9	9
Troms	6	8	8
Finnmark	4	5	7
Sum	109	160	168

Systemrevisjoner

Fylkesmennene gjennomførte 168 tilsyn som systemrevisjoner i 2006, jf. tabell 4. Tilsynene ble gjennomført i 155 kommuner og bydeler. I 28 av systemrevisjonene ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift.

Av 168 tilsyn ble 77 ført felles etter både sosial- og helselovgivningen, av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmennene gjennomførte to landsomfattende tilsyn etter veileder fra Statens helsetilsyn i 2006:

- rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning – 59 enkelttilsyn
- habiliteringstjenester til barn (både helse- og sosialtjenester) – 40 enkelttilsyn.

Oppsummeringsrapport fra hvert landsomfattende tilsyn publiseres i serien Rapport fra Helsetilsynet.

I alt 69 tilsyn inngår ikke i landsomfattende tilsyn. Virksomhet og tema for disse er valgt

ut fra informasjon Fylkesmannen har om risiko og sårbarhet i eget fylke (se artikkel side 27).

Av de 69 egeninitierte tilsynene gjaldt

- 14 tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven kap. 4
- 12 saksbehandling av hjemmebaserte tjenester.

De øvrige fordeler seg på andre tjenesteområder og temaer.

Per 31. desember 2006 var det fortsatt åpne avvik* ved åtte tilsyn med sosialtjenesten utført i 2005 eller tidligere. Av de åtte gjelder fire ulovlig bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede, tre tjenester til rusmiddelmissbrukere og ett individuell plan.

*Brudd på lov eller forskrift påpekt i tilsynet der forholdene ikke er brakt i orden.

Tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning – sosialtjenesteloven kap. 4A

Tabell 5 Tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede – sosialtjenesteloven kap. 4A – antall vedtak m.m. – 2006

Fylkesmannsembete	Kommunenes beslutninger – § 4A–5 tredje ledd bokstav a		Fylkesmannens overprøving av vedtak – § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c			Antall dispensasjoner fra utdanningskrav – § 4A–9	Antall stedlige tilsyn – § 2–6
	Antall beslutninger*	Personer beslutningene gjaldt	Antall godkjente vedtak	Antall vedtak ikke godkjent	Personer vedtakene gjaldt		
Østfold	1 000	86	22	3	15	12	6
Oslo og Akershus	3 956	234	73	4	53	46	18
Hedmark	245	48	28	0	28	24	12
Oppland	466	42	54	1	45	45	15
Buskerud	958	47	47	3	23	17	16
Vestfold	435	39	24	0	17	10	5
Telemark	184	47	15	3	8	13	7
Aust-Agder	195	22	9	1	8	0	9
Vest-Agder	747	62	51	0	32	7	18
Rogaland	2 372	102	91	2	57	59	5
Hordaland	10 598	158	160	1	81	76	42
Sogn og Fjordane	607	37	18	4	12	8	14
Møre og Romsdal	1 417	42	71	2	33	30	4
Sør-Trøndelag	1 582	53	37	1	29	12	8
Nord-Trøndelag	99	8	64	0	42	68	17
Nordland	174	24	101	0	41	38	33
Troms	1 478	35	24	1	23	13	5
Finnmark	926	9	9	6	7	8	10
Sum	27 439	1 095	898	32	554	486	244

*Variasjonene henger sammen med hvor gode rutiner kommunene har for å rapportere til fylkesmennene om beslutninger ved bruk av skadeavvergende tvangstiltak i enkeltsituasjoner. Forklaringen kan også være at kommunen rapporterer om et høyt antall beslutninger i en periode før vedtak om bruk av tvang er godkjent.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning er regulert i sosialtjenesteloven kap. 4A. Fylkesmennene har flere oppgaver i forbindelse med disse lovbestemmelsene, se tabell 5.

Kommunene rapporterer beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner (en-

keltsituasjoner) til Fylkesmannen, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstav a. Antall beslutninger var 27 439 i 2006 fordelt på 1 095 personer.

Fylkesmannen må godkjenne planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påklledning, hvile, søvn, hygiene og personlig

trygghet, herunder opplærings- og trenings-tiltak, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstavene b og c. Fylkesmennene godkjente 898 vedtak i 2006. Vedtakene omfattet 554 personer og gjaldt

- 295 planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- 349 tiltak for å dekke tjenestemottakerens

- grunnleggende omsorgsbehov
- 69 bruk av mekaniske tvangsmidler (19 vedtak hjemlet i bokstav b, 50 i c)
- 176 bruk av inngripende varslingssystemer (47 vedtak hjemlet i bokstav b, 129 i c)
- 9 opplærings- og treningstiltak.

Fylkesmennene ga 486 dispensasjoner fra utdanningskravene som i § 4A–9 stilles til personale som skal gjennomføre tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstavene b og c.

Fylkesmennene avgjorde én klage på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav a, og forberedte for behandling i Fylkesnemnda for sosiale saker tre klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c.

Fylkesmennene gjennomførte 215 stedlige tilsyn med tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c, jf. tilsynsplikten i § 2–6 første ledd annet punktum. I tillegg ble det gjennomført 29 andre stedlige tilsyn.

Pålegg

Fylkesmennene har ikke gitt pålegg med hjemmel i sosialtjenesteloven i 2006.

TILSYN MED HELSETJENESTEN

Tabell 6 Tilsyn med helsetjenesten – antall systemrevisjoner utført av Helsetilsynet i fylkene i 2004, 2005 og 2006

Fylke	2004	2005	2006
Østfold	12	10	13
Oslo og Akershus	8	23	23
Hedmark	10	11	10
Oppland	12	7	6
Buskerud	15	12	10
Vestfold	10	11	15
Telemark	11	10	13
Aust-Agder	11	15	14
Vest-Agder	11	8	13
Rogaland	7	11	18
Hordaland	15	23	20
Sogn og Fjordane	11	13	10
Møre og Romsdal	11	12	15
Sør-Trøndelag	11	15	14
Nord-Trøndelag	10	8	12
Nordland	17	14	22
Troms	10	14	14
Finnmark	10	5	7
Sum	202	222	249

I 2006 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 249 tilsyn som systemrevisjon, se tabell 6.

Av disse var

- 157 i kommunehelsetjenesten (i til sammen 138 kommuner og bydeler)
- 87 i spesialisthelsetjenesten
- 5 i andre tjenester

I tillegg kommer to systemrevisjoner og 21 andre tilsyn Helsetilsynet i Rogaland har ført med helsemessige forhold i petroleumsvirksomheten.

Til sammen 77 tilsyn med kommunehelsetjenesten ble ført felles av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket med både sosialtjenesten og helsetjenesten.

I 35 av 157 tilsyn i kommunehelsetjenesten og 13 av 87 tilsyn i spesialisthelsetjenesten ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift.

Helsetilsynet i fylkene utførte to landsomfattende tilsyn etter veileder fastsatt av Helseilsynet i 2006:

- habiliteringstjenester til barn (både helse- og sosialtjenester) – 61 enkelttilsyn
- tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere – 25 enkelttilsyn

Oppsummeringsrapport for hvert av de landsomfattende tilsynene publiseres i serien Rapport fra Helsetilsynet.

I alt 115 tilsyn med kommunene inngår ikke i landsomfattende tilsyn.

Av de 115 tilsynene gjaldt

- 21 sykehjem
- 8 tjenester til aldersdemente spesielt
- 16 helsetjenester til hjemmeboende eldre
- 12 helsemessig beredskap
- 11 legevakt

De øvrige fordeler seg på mange tjenestemråder og temaer.

Avvik som er mer enn ett år gamle

Per 31. desember 2006 var det fortsatt åpne avvik* ved 28 tilsyn utført i 2005 eller tidligere. Tilsvarende tall var 40 ved utgangen av 2004 og 30 ved utgangen av 2005. Av de 28 ble ett utført i 1999, ett i 2001, ett i 2003, 11 i 2004 og 14 i 2005. Av de 28 gjelder fire tilsyn med helseforetak mens 24 gjelder tilsyn med en rekke forskjellige tjenester i kommuner.

Helsetilsynet i fylkene følger opp avvik overfor eiere og ansvarlige drivere av tjenestene inntil forholdene er brakt i samsvar med lov og forskrift.

*Brudd på lov eller forskrift påpekt i tilsynet der forholdene ikke er brakt i orden.

Pålegg

Statens helsetilsyn har i 2006 gitt pålegg til syv kommuner og varsel om pålegg til fem kommuner for manglende planer for helsemessig og sosial beredskap. Sakene er behandlet etter kommunehelsetjenesteloven og lov om helsemessig og sosial beredskap.

TILSYNSSAKER (ENKELTSAKER) I HELSETJENESTEN

Tilsynssaker behandlet av Helsetilsynet i fylket

Tilsynssaker er saker Helsetilsynet i fylket behandler på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene.

I 2006 varierte antall nye saker per 100 000 innbyggere fra 26 i Rogaland og Møre og Romsdal til 86 i Troms. For landet som helhet i 2006 var det 2 333 nye tilsynssaker (50 per 100 000 mot 45 i 2005). 177 av disse ble avvist som åpenbart grunnløse eller foreldet.

Restansen av tilsynssaker (saker under behandling) hos Helsetilsynet i fylkene økte fra 1 016 ved utløpet av 2005 til 1 048 ved utløpet av 2006.

Krav til saksbehandlingstid fastsatt ifm. statsbudsjettet, er at mer enn halvparten av sakene skal være behandlet innen fem måneder. Dette ble oppnådd i ni fylker i 2006, mens 15 fylker klarte kravet i 2005 (Oslo og Akershus telles hver for seg). Kravet ble heller ikke nådd for alle fylkene sett under ett. Kravet gjelder imidlertid ved maksimalt 1 700 nye saker, mens det kom inn 2 333 nye saker i 2006.

Tabell 7 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylkene – antall avsluttede saker og saksbehandlingstid – 2004, 2005 og 2006

Fylke	Antall avsluttede saker			Andel med mer enn 5 md. behandlingstid i 2006
	2004	2005	2006	
Østfold	116	127	157	79%
Oslo og Akershus	395	295	392	53%
Hedmark	83	91	119	81%
Oppland	79	59	61	38%
Buskerud	115	150	96	52%
Vestfold	84	90	127	34%
Telemark	85	78	96	69%
Aust-Agder	48	59	65	45%
Vest-Agder	67	68	100	40%
Rogaland	111	137	101	48%
Hordaland	136	161	192	42%
Sogn og Fjordane	47	36	47	11%
Møre og Romsdal	71	70	66	74%
Sør-Trøndelag	110	147	124	33%
Nord-Trøndelag	73	52	78	70%
Nordland	94	113	144	55%
Troms	89	74	118	28%
Finnmark	43	70	41	65%
Restanseprosjektet ¹	107	117		
Sum	1 953	1 994	2 124	52%
herav avsluttet uten vurdering ²	269	267	340	

¹ På bakgrunn av for lang saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Østfold og Hedmark overtok Statens helsetilsyn primærbehandlingen av 224 tilsynssaker, kalt restanseprosjektet. Prosjektet ble avsluttet i september 2005.

² Saker avsluttet uten vurdering gjennom å be innklaget å ta kontakt med den som har klagd, for å finne en løsning i minnelighet.

Tabell 8 Rettslig grunn som tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylket er vurdert mot – 2004, 2005 og 2006

	2004	2005	2006
Bestemmelse i helsepersonelloven			
Forsvarlighet: oppførsel (§ 4)	202	218	231
Forsvarlighet: undersøkelse, diagnostikk, behandling (§ 4)	1 325	1 361	1 499
Forsvarlighet: medisinerer (§ 4)	171	204	219
Forsvarlighet: annet (§ 4)	246	254	295
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	44	56	39
Informasjon (§ 10)	98	77	97
Organisering av virksomhet (§ 16)	141	150	148
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	97	87	103
Pasientjournal (§§ 39–41)	264	207	267
Egnethet: rusmiddelmisbruk (§ 57)	46	40	32
Egnethet: andre forhold (§ 57)	74	51	52
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven			
Plikt til forsvarlighet (§ 2–2)	294	378	382
Andre pliktgrunnlag	476	480	533
Sum vurderingsgrunnlag¹	3 478	3 563	3 897
Antall saker med vurdering ¹	1 684	1 727	1 784

¹ Flere av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler omfatter vurderinger opp mot flere bestemmelser. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag høyere enn antall saker.

Tilsynssakene er ofte sammensatt. Tabell 8 viser at hver sak har mer enn to vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Derneft kommer vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal. Sakene som angår rusmidler og andre spørsmål om egnethet, er få, men sakene ender ofte med reaksjon fra Statens helsetilsyn.

Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som blir sendt over fra Helse-tilsynet i fylket. I 2006 avsluttet Statens helsetilsyn 252 saker, og det kom inn 257 nye saker. I 184 saker ble det gitt reaksjon til helsepersonell, deriblant 71 tilbakekall av autorisasjon og 72 advarsler. I 17 saker ble autorisasjonen suspendert under behandling av saken. Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn er omtalt i egen artikkel på side 11, der det også finnes statistikk.

MELDESENTRALEN

Meldesentralen i Helsetilsynet er en database over registrerte hendelser som er meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3–3. Meldeplikten pålegger helseinstitusjoner å gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade eller hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen.

Årsrapporten fra Meldesentralen for 2005 oppsummerer erfaringer basert på innmeldte hendelser. Per 1. september 2006 var det registrert 1 902 meldinger om hendelser som fant sted i 2005. Cirka en tredjedel av meldingene (34 prosent) gjelder betydelig personskade mens over halvparten av meldingene (52 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskade.

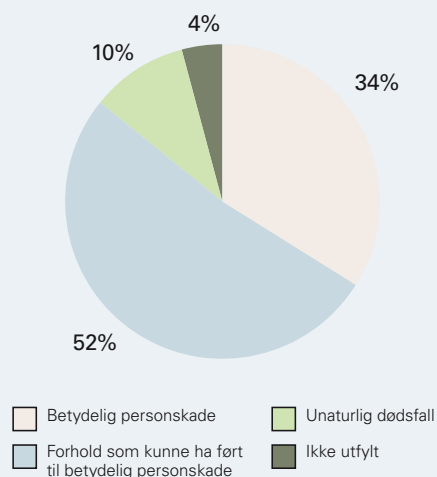
Det er registrert 191 meldinger om unaturlig dødsfall (ti prosent av meldingene med hendelsesdato i 2005). Tjueåtte prosent av disse hendelsene fant sted innen psykisk helsevern. Fem prosent hadde feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold.

Sju prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til fødsler. I 79 prosent av de meldingene som gjaldt fødsler, omhandlet hendelsen kvinnen, og i 21 prosent omhandlet hendelsen barnet. Det er registrert fem tilfeller av unaturlig dødsfall hvor barnet døde under fødsel.

Bare én prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til blod, blodprodukter og blodtransfusjon. Ingen av disse sakene gjaldt unaturlig dødsfall.

Fjorten prosent av meldingene omhandlet hendelser fra psykisk helsevern, og 63 prosent av disse gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, selvmord og selvmordsforsøk.

Figur 1.
Andel meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på skadegrad (n=1902)



BRUK AV NETTSTEDET

www.helsetilsynet.no

Nettstedet hadde i 2006 ca. 1 065 000 besøkende (2005: 650 000) og ca. 4,2 mill sidevisninger (2005: ca. 3,0 mill). De mest populære stoffkategoriene er (antall sidehenvisninger i parentes)

- publikasjoner (1 240 000)
- tilsynsrapporter (898 000)
- Helsetilsynet i fylkene (432 000)
- regelverk (318 000)

INNSYN I DOKUMENTER

Helsetilsynet fikk 3 009 bestillinger på innsyn i dokumenter fra de presseorganene som deltar i Elektronisk PostJournal (EPJ) i 2006. For 2005 var tallet 2 265, for 2004 2 136 og for 2003 ca. 1 700.

Presseomtale i 2006 er omtalt i egen artikkel på side 37.

PRESSEMELDINGER

9/2006 Anne Karen Jenum tildeles Karl Evang-prisen

8/2006 Årets Karl Evang-seminar: Vold mot barn, en utfordring for hjelpeapparatet

7/2006 Nå kan du foreslå kandidater til Karl Evangs pris

6/2006 Kosmetisk kirurgiske klinikker bryter regelverket

5/2006 Hvem blir utsatt for tvang i psykisk helsevern?

4/2006 Alvorlige mangler ved diskresjon og journalføring i kirurgien

3/2006 Har langvarige og sammensatte behov – får et stykkevis og delt tjenestetilbud?

2/2006 Pressekonferanse om Tilsynsmelding 2005

1/2006 Flere reaksjoner fra Helsetilsynet

RUNDSKRIV FRA HELSETILSYNET

Statens helsetilsyn utga ingen rundskriv i 2006.

REGNSKAPSRESULTAT 2006

Tabell 11 Regnskapsresultat 2006 – budsjettkapitlene 721 og 3721 Statens helsetilsyn (1000 kroner)

Kategori inntekt / utgift	Budsjett	Regnskap	Avvik
Faste lønnsutgifter	39 927	39 135	792
Variable lønnsutgifter	5 454	6 228	÷774
Drift av bygninger (husleie, renhold, strøm, vakthold m.m.)	8 791	8 910	÷119
Andre utgifter	16 715	15 696	1 019
Sum utgifter	70 887	69 969	918
Inntekter	÷2 369	÷3 155	786
Netto utgift / mindreforbruk	68 518	66 814	1 704

Utgiftene til klagebehandling og tilsyn ved Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene blir dekket under budsjettkapittel 1510 Fylkesmannsembetene.

Landsomfattende tilsyn i 2007

Allerede våren 2006 besluttet Statens helsetilsyn områdene som skal undersøkes gjennom landsomfattende tilsyn i 2007. Landsomfattende tilsyn betyr at fylkesmennene og/eller Helsetilsynet i fylkene gjennomfører tilsyn med samme tema i alle fylker, vanligvis som systemrevisjoner.

Tilsynene som er besluttet for 2007 er:

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

Tilsynene gjennomføres som systemrevisjoner.

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

Hvorfor opplyse om områdene på forhånd?

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

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

Informasjon om kommende års tilsyn gir virksomhetene en mulighet til å iverksette forbedringsarbeid på sentrale områder og legge økt vekt på styringen av tjenestene. Erfaring tilsier at det likevel er nok å ta tak i for tilsynsmyndigheten når områdene er konkretisert og virksomheter valgt ut.

De landsomfattende tilsynene i 2007

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

Kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med psykiske lidelser

Tilsynet skal rette oppmerksomhet mot kommunale sosial- og helsetjenester til voksne med al-

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

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

Avlastnings- og støttekontaktjenester etter sosialtjenesteloven

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

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

Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

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

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



Publikasjoner fra Helsetilsynet

Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidles funn og erfaringer fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene. På nettstedet www.helsetilsynet.no finnes alle utgivelser i fulltekst, og sammendrag på engelsk og samisk.

Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?
(Rapport fra Helsetilsynet 7/2006)

Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende
(Rapport fra Helsetilsynet 6/2006)

Meldesentralen – årsrapport 2004
(Rapport fra Helsetilsynet 5/2006)

Bruk av tvang i psykisk helsevern
(Rapport fra Helsetilsynet 4/2006)

"Et stykkevis og delt tjenestetilbud?" Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med

kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2006)

Rettsikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2006)

Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseføretak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen i 2005
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2006)

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker) og annet helseettslig stoff relatert til vårt tilsyn. Elektronisk abonnement tegnes på www.helsetilsynet.no, der utgivelsene finnes i fulltekst.

2/2006 Tema: Bruk av alternative behandlingsmetoder

1/2006 Tema: Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten

Publiserte brev

Nedenfor refereres tema for noen brev fra Statens helsetilsyn i 2006.

Forslag om endring av helsepersonelloven – ny § 59 a om begrensning av autorisasjon der vilkårene for tilbakekall ikke er oppfylt (16. oktober)

Kunnskapsgrunnlag – sikkerhet i psykisk helsevern (10. oktober)

Innspill til nasjonal strategi mot ulikhet i helse (30. september)

Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger (4. september)

Avslutning av tilsynssak – brudd på spesialisthelsetjenesteloven og internkontrollforskriften – forskningsprosjekt ("Hoftebruddsprosjektet") ved Aker universitetssykehus HF (22. februar)

Brev publiseres på www.helsetilsynet.no, menyen Publikasjoner/Brev. I tillegg publiseres høringsuttalelser, se egen artikkel på sidene 38–39, og enkelte brev i saker om pålegg til virksomheter og reaksjoner mot helsepersonell.

Medisinalmeldinger/ Helse- og sosialmeldinger

Helsetilsynet i fylkene utgir årlig en publikasjon med stoff om tjenestene i fylket, og tilsyn og klagebehandling, rettet til tjenestene og offentligheten i fylket og til sentrale myndigheter. Navnet er medisinalmelding eller helse- og sosialmelding eller lignende.

Meldingene finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no, meny Helsetilsynet i fylkene.

Artikler

Ansatte i Statens helsetilsyn skriver 15–20 artikler hvert år i ulike tidsskrifter. Disse publiseres eller lenkes på nettstedet www.helsetilsynet.no, meny Publikasjoner .../Artikler.

www.helsetilsynet.no

Helsetilsynets nettsted er først og fremst laget for alle med ansvar for sosiale tjenester og helsetjenester, og for journalister. Nettstedet hadde ca. 1 065 000 besøk i 2006.

På nettstedet finner du

- **myndighetenes krav til tjenestene:**
lover, forskrifter, rundskriv og andre dokumenter som uttrykker myndighetenes forståelse av lover og forskrifter
- **resultater av tilsynsmyndighetenes arbeid:**
tilsynsrapporter, serien Rapport fra Helsetilsynet, nyhetsbrevet Tilsynsinfo med avgjørelser i tilsynssaker, andre publikasjoner, høringsuttalelser, brev og artikler
- **informasjon om befolkningens rettigheter og klagemuligheter i møte med sosialtjenesten og helsetjenesten**
- **informasjon om hvordan tilsynsmyndighetene arbeider:**
metoder, kunnskapskilder, tilsynsplaner, oppgaver, myndighet og organisering



Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health Supervision
Postboks 8128 Dep – 0032 OSLO

Tlf.: (+47) 21 52 99 00. Faks: (+47) 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Besøksadresse: Calmeyers gate 1

Februar 2007

