

Mottatt HV RHF

21 MAI 2007

KOPI

Statens helsetilsyn
Pb 8128 Dep
0032 Oslo

Randaberg 11.05 2007

Klage Mangelfullt utført tilsyn LAR Rogaland

Helsetilsynet i Rogaland gjennomførte i 1 kv 2007 et tilsyn mot LAR Rogaland som en revisjon av virksomhetens styringssystem. LAR Rogaland / FaBo leverer spesialisthelsetjenester (legemiddelassistert rehabilitering av rusavhengige) til kunden Helse Vest (HV). Revisjonen registrerte ingen avvik i forhold til regelverkskrav. Det ble gitt en merknad. Ett forhold som er et avvik i forhold til pasientrettighetsloven, tverrfaglig vurdering av pasienter, ble registrert mot HV.

Ifølge Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (IK forskriften) skal LAR Rogaland ha et styringssystem som skal sikre at virksomheten drives forsvarlig og i samsvar med regelverket. Tilsynet omfattet ikke en systematisk og gjennomgående måling av virksomhetens styringssystem i forhold til internkontrollkravet. Rapporten gir derfor ikke svar på om LARs virksomhet er forsvarlig.

Det er vesentlige mangler ved gjennomføringen av revisjonen mht:

- Revisjonsomfanget
- Revisjonslagets habilitet
- Gjennomføringen av revisjonen
- Rapporteringen av revisjonen

Det er grunn til å mene at tilsynet ikke er gjennomført i samsvar med helsetilsynets prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon bl.a i forhold til følgende prinsipper:

- *En forutsetning for å kunne ivareta tilsynsrollen og den myndighetsutøvelsen det innebærer er tillit og troverdighet i forhold til offentligheten*
- *Avgjørende for legitimitet og tillit er faglig gode vurderinger. Dette forutsetter høy faglig kompetanse om de tjenester og områder tilsynsansvaret omfatter*
- *I tillegg kreves rollebevissthet, høy tilsynsfaglig kompetanse og metodiske ferdigheter*
- *Tilsynet skal være uavhengig av tjenestenes eiere, drivere og utøvere. Uavhengighet er grunnlaget for upartiskhet ved tilsynet*

Mistillit til helsetilsynet i Rogaland og kritikk av LAR Rogaland

- Har det lokale helsetilsynet nødvendig tillit og troverdighet i forhold til pasienter og pårørende?

Pasienter og pårørende har til media uttalt mistillit til helsetilsynet i forbindelse med behandling av klagesaker. Også pasientombudet i Rogaland har uttalt seg kritisk til det lokale helsetilsynet. Gjennomføringen av systemrevisjonen er en ny bekreftelse på at pasienter og pårørende ikke kan ha tillit til helsetilsynet.

Til tross for 16 klagesaker i 2006, mot 1 i Hordaland, og mange klagesaker også i perioden 2003-2005 har fylkeslegen ikke tidligere gjennomført systemtilsyn mot LAR Rogaland. I et intervju med Stavanger Aftenblad (SA) tidligere i år sa fylkeslegen at han ikke utfører systemrevisjoner mot LAR. Da saken "eksploderte" i avisen ble utsagnet korrigert til at en revisjon var planlagt utført i 2007.

SA har i flere reportasjer stilt kritiske spørsmål til LARs virksomhet. Avisen har gjennom intervjuer med pasienter, pårørende, advokater, sosialarbeidere, og personell ved LAR / FaBo blant annet beskrevet følgende:

- LAR har en lege som betjener 372 pasienter
- Ingen overtar det medisinske ansvaret hvis legen er borte fordi "jeg er aldri borte"
- LAR var i 4 måneder i 2006 uten lege. Sykepleier fungerte som medisinsk ansvarlig og skrev pasienter inn og ut av behandling. Forholdet er ikke formelt avviksbehandlet
- Saksbehandlere uten nødvendig kompetanse utfører medisinsk behandling /oppfølging av pasienter
- Avisen har intervjuet 10 pasienter uavhengig av hverandre som sjelden eller aldri har møtt ansvarlig lege
- Det er påvist lovbrudd mht avslutning av behandling
- LAR har ignorert vedtak fattet av fylkeslegen i forbindelse med utskriving fra behandling
- Advokater hevder at det er uforsvarlig saksbehandling i forbindelse med utskriving
- LAR og HØ hevder at brukerundersøkelser viser at LAR pasienter i Rogaland er mer fornøyd enn landsgjennomsnittet. Det viser seg imidlertid at det er LARs konsulenter som har besvart spørsmål på vegne av pasientene.
- Undersøkelser hvor pasientene selv eller pårørende har svart på spørsmål er ikke utført
- Fylkeslegen er kjent med lovbrudd som han "ser alvorlig på"

Revisjonsmetodikk og kompetanse

Standarden NS-EN ISO 19011:2002 gir retningslinjer for revisjon av systemer for kvalitet- og/eller miljøstyring. Standarden definerer en systemrevisjon slik:

En systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å framskaffe revisjonsbevis og bedømme det objektivt for å bestemme i hvilken grad revisjonskriterier er oppfylt.

Videre har ISO definert grunnleggende prinsipper for revisjon:

Rettferdig presentasjon

Forpliktelsen til å rapportere sannferdig og nøyaktig. Revisjonsfunn, revisjonskonklusjoner og revisjonsrapporter skal gjenspeile revisjonsaktivitetene sannferdig og nøyaktig.

Nødvendig faglig omtanke

Anvendelsen av oppmerksomhet og dømmekraft. Revisorer skal utøve omtanke i forhold til betydningen av oppgaven de utfører, og tilliten de har fått av oppdragsgiver for revisjonen, og andre interessepartnere. En viktig faktor er å ha nødvendig kompetanse.

Uavhengighet

Uavhengighet er grunnlaget for upartiskhet og saklighet mht revisjonskonklusjonene. Revisorer skal være uavhengige av aktiviteten som revideres, være upartiske og ikke involvert i interessekonflikter. Revisorer skal opprettholde et objektivt syn gjennom hele revisjonsprosessen for å sikre at revisjonsfunnene og konklusjonene bare baseres på revisjonsbevisene.

Framgangsmåte basert på beviser

Objektive bevis skal framskaffes for å komme fram til pålitelige og reproduserbare revisjonskonklusjoner. Revisjonsbevis kan bekreftes bl.a ved stikkprøver fra informasjonen som er tilgjengelig. Hensiktsmessig stikkprøvetaking har nær sammenheng med tilliten som kan knyttes til revisjonskonklusjonene.

Statens helsetilsyn har etablert en prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon (11.07 2005). Prosedyren er et styrende dokument, og den er basert på ISO standarden og tilpasset helsetilsynets tilsynsaktiviteter.

- Har helsetilsynet i Rogaland nødvendig kjennskap til prosedyren?
- Ble tilsynet gjennomført iht til prosedyren / prinsippene for systemrevisjon?
- Hvilke kompetansekrav er stilt for ledere av systemrevisjoner?
- Hvilke kompetansekrav er stilt for systemrevisorer?

Revisjonsomfanget

Ifølge Statens helsetilsyn er tilsyn:

Myndighetenes kontroll for å etterse at de krav som følger av lovgivningen er etterlevd.

Når tilsyn gjennomføres som systemrevisjon skal helsetilsynet undersøke om virksomheten har et styringssystem som sikrer at tjenestene er i henhold til kravene i lovgivningen (internkontroll). Jeg velger å tro at helsetilsynets intensjon er at tilsynet både skal undersøke om virksomheten har etablert og implementert et styringssystem for å sikre en systematisk styring av tjenestene, og om styringen faktisk gir resultatene som lovgivningen krever.

- Har revisjonen målt om LAR Rogaland har et styringssystem som sikrer nødvendig internkontroll?
- Er revisjonsbevis registrert og vurdert mot kravene til internkontroll?

Det framgår av revisjonsrapporten at svaret på dette er nei.

Helsetilsynet i Rogaland har ikke tidligere gjennomført systemtilsyn mot LAR Rogaland. LAR /FaBo gjennomfører ikke interne systemrevisjoner. Heller ikke HV gjennomfører systemrevisjoner mot sin leverandør basert på kravene i driftsavtalen. Til tross for dette, og til tross for en "massiv" kritikk fra pasienter, pårørende, advokater, og sosialarbeidere velger det lokale helsetilsynet et begrenset revisjonsomfang som ikke inkluderer en gjennomgående og systematisk måling av virksomhetens styringssystem. Revisjonsomfanget gir ikke grunnlag for en vurdering av om virksomheten kan anses som forsvarlig. En systematisk og gjennomgående måling burde vært utført samtidig som revisjonen kunne fokusert på de spesifikke og viktige emnene som ble valgt: inntak, utredning, behandling og avslutning av behandling.

Revisjonslagets uavhengighet og habilitet

Uavhengighet og habilitet er grunnleggende prinsipper for gjennomføring av systemrevisjoner. Tilsynet er viktig for pasienter og pårørende. Det bør ikke kunne stilles spørsmål om habiliteten til revisjonslaget.

Fylkeslegen i Rogaland sier i et brev av 13.02 2007 at helsetilsynet i Rogaland har:

hatt undervisning, møter og fortløpende kontakt med LAR Rogaland for å medvirke til at det ble etablert rutiner for forsvarlig saksbehandling.

Dette har sikkert vært hensiktsmessig støtte for LAR, men er diskvalifiserende dersom noen av revisorene har deltatt i denne "fortløpende" kontakten. En av revisorene behandler rettighetsklagesaker i forhold til LAR. Klagene omfatter flere av temaene i revisjonsomfanget.

- Hvordan vet vedkommende hvilken hatt han har på, saksbehandlerens eller revisorens?
- Er det sannsynlig at vedkommende, og også de to andre i revisjonslaget, møtte seg selv i døra under revisjonen?

Jeg ba fylkeslegen vurdere revisorens habilitet i forhold til revisjonsprinsippene og forvaltningsloven § 6 annet ledd.

I brev av 05.03 2007 sier fylkeslegen:

Helsetilsynet i fylket er i helselovgivningen tillagt myndighet til begge oppgaver (behandle klagesaker/ gjennomføre systemrevisjoner). Det følger av dette at behandling av rettighetsklager ikke medfører inhabilitet. Myndighetsutøvelsen er regulert i lov, og utøvelsen er ikke regulert av ISO standarden."

Jeg har ikke stilt spørsmål om helsetilsynets ansvar, oppgaver eller myndighet. Poenget er om helsetilsynet baserer sine systemrevisjoner på anerkjente revisjonsprinsipper. Helsetilsynets egen prosedyre er som nevnt basert på ISO standarden.

- Er prosedyren ikke styrende for fylkeslegen i Rogaland, eller er det slik at fylkeslegen ikke har nødvendig kjennskap til prosedyren og revisjonsprinsippene?
- Er det slik at fordi helsetilsynet har myndighet til å utføre både klagesaker og systemrevisjoner så er spørsmålet om uavhengighet i forhold til en revidert part ikke relevant?
- Er fylkeslegens vurdering i samsvar med kravet til uavhengighet i tilsynet?
- Er fylkeslegens svar / utredning i samsvar med kravene til forsvarlig saksbehandling i forvaltningsloven, og kravene til habilitet i forvaltningslovens § 6 annet ledd?

En Hr. advokat i Stavanger som kjenner det lokale helsetilsynet gjennom behandling av klagesaker sier dette om revisjonen i et leserinnlegg i SA:

Jeg ser at det lokale helsetilsyn har "frikjent" LAR Rogaland. Det er viktig å være oppmerksom på at helsetilsynet er klageinstans i forhold til LARs virksomhet. Et vesentlig poeng i klagen har vært hvordan LAR forholder seg til rusmisbrukere og tvinger dem til alternativ tilgang på rusmidler. Det er et meget alvorlig forhold. Jeg tviler på at helsetilsynet har omgjort vedtak fattet av LAR. Det er derfor ikke betryggende at helsetilsynet har "frikjent" seg selv i forhold til kritikken som er rettet mot holdningene både til helsetilsynet og LAR.

Gjennomføring av revisjonen

Styringssystem og internkontroll for å sikre forsvarlig virksomhet

Revisjonen omfattet ikke en systematisk og gjennomgående måling av LARs internkontroll. Revisjonen avklarer ikke om virksomheten drives forsvarlig. Systematisk måling av samsvar med eks. følgende krav i IK forskriften § 4 er ikke utført:

b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten

- Er relevante regelverkskrav for spesialisthelsetjenesten identifisert?
- Er det gjort en samsvarsvurdering i forhold til regelverkskravene?

c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll

- Hvordan sikres at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver?
- Er kompetansekravene identifisert og dokumentert?
- Er det gjennomført en samsvaranalyse i forhold til kravene?
- Hvordan sikres nødvendig kompetanse til enhver tid?
- Er opplæringsbehov identifisert?
- Er opplæringsplan etablert?

e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter / tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten

- Er brukerundersøkelser gjennomført som omfatter pasienter og pårørende?
 - Hvor mange / når er undersøkelser gjennomført?
 - Hvordan er disse dokumentert?
 - Er det registrert forbedringstiltak etter undersøkelser?
- Hvordan kommuniserer virksomheten med pasientombudet ?
- Omfatter styringssystemet en beskrivelse av mål for forbedringsarbeid?

f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav

- Er områder som har et vesentlig risikopotentiale mht manglende oppfyllelse av myndighetskrav kartlagt?
- Er det gjennomført en systematisk gjennomgang av tjenester og resultater for å identifisere aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for svikt eller brudd på regelverket?
- Er kartlegging gjennomført for å :
 - finne fram til områder hvor svikt kan inntre oftere enn akseptabelt?
 - finne fram til områder hvor svikt kan få alvorlige eller uheldige følger for pasienter
 - hindre at svikt skjer?.
- Hvordan sikres pasientenes rett til nødvendig helsehjelp etter prl § 2-1
- Hvordan sikres pasientenes rett til individuell plan etter prl § 2-5?
- Hvordan sikres pasientenes rett til medvirkning etter prl § 3-1?
- Hvordan sikres pasientenes rett til informasjon etter prl § 3-2?
- Hvordan sikres pårørendes rettigheter etter prl § 3-3?

g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av regelverket

- Omfatter styringssystemet en beskrivelse av hvordan LAR er organisert?
 - Er ansvar, oppgaver og myndighet klart definert?
 - Er stillingsinstruksjoner etablert?
 - Er stillingsinstruksene kommunisert mellom leder og medarbeidere?
 - Er grensesnittene mellom LAR og sosialtjenesten definert?
 - Er grensesnittene mellom LAR og HV definert?
- Er arbeidsprosessene i LAR beskrevet slik at disse kan måles?
 - Er prosedyrer / arbeidsinstruksjoner dokumentert og implementert?
- Er system for avviksbehandling og rapportering av uønskede hendelser etablert?
 - Er det registrert avvik i forhold til myndighetskrav eller kravene i driftsavtalen i perioden 2004-2006?
 - Hvordan behandles avvik?
 - Hvordan lukkes avvik?

- Hvordan behandles klager?
- Gjennomgås mål og resultatoppnåelse?

h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

- Gjennomføres regelmessig overvåking og gjennomgang av styringssystemet for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og kontinuerlig forbedres?
- Gjennomføres interne systemrevisjoner?
- Er det gjennomført en gjennomgang av driftsavtalen mellom HV og FaBo?

Informasjonsinnhenting / registrering av revisjonsbevis – manglende kommunikasjon med pasientene

Revisjonen omfattet gjennomgang av dokumentasjon og intervjuer av ledelse og personell hos LAR og VestBo. Revisjonslaget har ikke innhentet informasjon fra pasienter, pasientombudet eller pårørende om hvordan spesialisthelsetjenesten gjennomføring oppleves i praksis. ...

Ifølge helsetilsynets revisjonsprosedyre er det viktig at problemstillingene og vurderingstemaene i en systemrevisjon fokuserer på grenseflatene mot pasientene, og det er avgjørende å undersøke og skaffe informasjon om hvilken praksis virksomheten faktisk har på områdene som revideres. Pasienters og pårørendes vurderinger av tjenesten bør derfor være en viktig informasjonskilde når systemrevisjoner planlegges, og når revisjonsbevis registreres. Om dette sier prosedyren:

Problemstillingene/vurderingstemaene i tilsynet skal fokusere på grenseflaten mot tjenestemottakerne/ pasientene. Tilsynet skal undersøke om tjenestemottakerne faktisk får de tjenester de har rett til, og at disse tjenestene er av rett kvalitet. Ved avvik skal revisjonsbevis som indikerer og som samlet tilstrekkelig sannsynliggjør at dette ikke skjer, anføres og underbygges. Revisjonsbevisene må derfor så langt som mulig også omfatte fakta om praksis.

For å få bakgrunnskunnskap om områder med risiko for svikt og mer konkret hvordan svikten kommer til uttrykk i tjenestene overfor bestemte brukergrupper, konkrete tjenester/aktiviteter mv., kan det, som en del av forberedelsen av tilsynet, være nyttig å innhente informasjon fra lokale brukerrepresentanter, tjenestemottagere/pasienter og pårørende. Samtaler med disse kan bidra til å gi et mer detaljert og konkret bilde av hvilke utfordringer virksomheten har med å oppfylle sine forpliktelser.

Det er gitt en kommentar til dette punktet i prosedyren:

Samtaler med brukerrepresentanter og samarbeidende virksomheter er tatt inn som en mulig aktivitet i forberedelsen av tilsynet. Å bruke informasjon fra enkelte tjenestemottakere direkte som revisjonsbevis i rapporten vil kreve ytterligere metodiske vurderinger. Det vil også være behov for å prøve ut dette i mindre skala før det innføres som generell praksis. Helsetilsynet vil derfor ikke i denne omgang (2005) innføre at intervjuer med pasienter/brukere gjøres til en del av revisjonsbesøket, men eventuelt komme tilbake til det i senere revisjoner av prosedyren.

Prosedyren skal oppdateres i 2007 og det er å håpe at helsetilsynet nå har videreutviklet sin revisjonsmetodikk slik at også pasienter og pårørende involveres i forhold til informasjonsinnhenting og registrering av revisjonsbevis.

Pasientombudet i Rogaland sier til SA 20.04 2007:

Resultatet av tilsynet baserer seg i hovedsak på det de ansatte har fortalt. Helse Vest (HV) må komme på banen med en brukerundersøkelse hvor pasientene får uttale seg. Det bør i hvert fall

være slik at alle pasienter føler at de blir hørt. I tillegg bør de få møte legen ved LAR. Det bør være et minstekrav.

Revisjonslederen kommenterer dette slik til avisen:

Vi har sett på organiseringen og systemet knyttet til behandlingen LAR Rogaland har etablert. Dette er en systemrevisjon, og innbefatter dermed ikke brukerne.

- Mener helsetilsynet at tilsynet ikke omfatter pasientene fordi det ble utført som en systemrevisjon?
- Er revisjonslederens "definisjon" av en systemrevisjon i samsvar med revisjonsprosedyren?
- Når pasienter, pasientombudet og pårørende ikke involveres hvordan sikres registrering av revisjonsbevis i forhold til "rettighetskravene" i regelverket?
- Ble dette ivare tatt gjennom dokumentasjonsgjennomgangen og intervjuer med LAR personellet?
- Hvilke spørsmål ble stilt i forhold til pasientenes "rettighetskrav"?

Revisjonsrapporten

Rapporten fra systemrevisjon skal redegjøre for hva som er undersøkt og hva som er funnet i revisjonen. Faktabeskrivelsen skal være presis, etterprøvbart, og relevant i forhold til revisjonskriteriene.

Formålet med systemrevisjonen var:

Å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll.

Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- *Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter*
- *Tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres*
- *Tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes*

Slik rapporten er formulert må det antas at formålet er relatert til de spesifikke områdene som ble valgt som revisjonsomfang, ikke til virksomhetens generelle styring og internkontroll.

Jeg kan ikke se at rapporten gir en klar beskrivelse av revisjonsfunnene i forhold til revisjonsformålet og revisjonsomfanget.

Det framgår av rapporten at revisjonen ikke gir en fullstendig tilstandsvurdering av LARs styringssystem. En gjennomgående vurdering av internkontrollen er ikke utført selv om rapporten refererer til relevant regelverk, bl.a IK forskriften. Ingen avvik er registrert selv om det synes klart at det er avvik både i forholdet til kravet om brukerundersøkelser og kravet til internt tilsyn.

En systematisk og gjennomgående revisjon av styringssystemet ville sannsynligvis avdekket flere avvik i forhold til regelverkskravene. Ved å definere et begrenset revisjonsomfang har det lokale helsetilsynet imidlertid ikke hatt noen intensjon om å gjøre dette.

Følgende utsagn i rapporten er både uklart og oppsiktsvekkende:

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

Rapporten omfatter ikke avvik fordi avvik ikke ble registrert. Om intern avviksbehandling i LAR sier rapporten:

Avvik håndteres fortløpende.

uten noen nærmere beskrivelse av et så viktig tema i et kvalitetsstyringssystem.

- Skal utsagnet tolkes slik at heller ikke i forhold til det definerte revisjonsomfanget gir revisjonen en fullstendig "tilstandsvurdering" av virksomheten (virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet)?
- Betyr dette at det bare er gjort noen stikkprøver på enkelte områder av revisjonsomfanget?
- Hvordan kan revisjonslaget konkludere med at virksomheten er forsvarlig på områdene i revisjonsomfanget?

Samarbeid med fastlegene

Ifølge revisjonsrapporten har LAR Rogaland:

Et system som sikrer samarbeid med kommunens sosialtjeneste og fastlege. Tradisjonelt har fastlegene i liten grad vært delaktig i rusbehandling. Det har siden LAR-Rogaland ble etablert vært arbeidet aktivt for å sikre et godt samarbeid.

Hva er grunnlaget for observasjonen om samarbeid med fastlegene? Ble det foretatt stikkprøver for å verifisere denne observasjonen?

I forbindelse med søknad om re-inntak i LAR etter utskriving ga vår pasients fastlege (en vanlig norsk lege) en sterk anbefaling til LAR legen, og til det lokale helsetilsynet, om re-inntak :

Da er sidemisbruket verifisert avsluttet, og jeg forstår ikke hensikten med å utsette re-oppstart i lengre tid hvor faren for heroinmisbruk og fysisk og sosialt forfall er overhengende for hver dag som går. Det er ikke i samsvar med min autorisasjon som norsk lege å behandle pasientene mine på denne måten når vedtatte norske behandlingsmuligheter foreligger. Som lege er jeg forpliktet til å forhindre bruk av ulovlige rusmidler etter norsk lov.

Se fullstendig legeerklæring vedlagt.

Fastlegens anbefaling ble ikke tatt hensyn til av LAR legen som forøvrig ikke kjenner pasientens totale sosialmedisinske situasjon. Vi ba LAR legen, og helsetilsynet v / assisterende fylkeslege om å vurdere legeerklæringen i forhold til Helsedepartementets strateginotat av juli 2004 "Bedre behandlingstilbud til rusmisbrukere", og Rundskriv I-33/2001, dokumenter som veldig klart begrunner hvorfor det er viktig å involvere og samarbeide med fastlegene. Vi fikk ingen informasjon om disse retningslinjene fra LAR eller helsetilsynet, men måtte selv søke opp disse på internet i en situasjon hvor vi og legen kjempet for vår datters liv. Henvendelsen til ass. fylkeslege ble ikke engang besvart verken i forhold til fastlegen, pasienten eller pårørende.

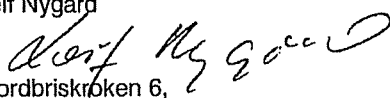
Dette er ett eksempel på en fastlege som faktisk ønsket å bli involvert. Eksemplet er også illustrerende for pasienters og pårørendes mistillit til LAR Rogaland og det lokale helsetilsynet.

Jeg mener at helsetilsynets gjennomføring av systemrevisjonen ikke er i samsvar med grunnleggende revisjonsmetodiske krav. Jeg ber derfor om at det gjennomføres en oppfølgingsrevisjon som omfatter en systematisk og gjennomgående undersøkelse av virksomhetens styringssystem med sikte på registrering av objektive revisjonsbevis som grunnlag for vurdering av om virksomheten kan anses for å være forsvarlig.

Statens helsetilsyn sier selv at tillit og troverdighet i forhold til interesseparter er en forutsetning for å kunne ivareta tilsynsrollen og den myndighetsutøvelsen dette innebærer. Jeg kjenner ingen pasienter eller pårørende som har tillit til det lokale helsetilsynet.

Hvem fører tilsyn med fylkeslegen / helsetilsynet i Rogaland?

Leif Nygård


Fjordbriskroken 6,
4070 Randaberg

far og pårørende til en LAR pasient

Kopi Helsetilsynet i Rogaland
 Helse Vest
 Pasientombudet i Rogaland
 Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg Legeerklæring 16.03 2005