

TILSYNSMELDING 2004

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



Innholdsfortegnelse

Produktet vårt er tillit!s.	3	•
Svikt i tildeling av sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukeres.	4-5	•
Mange rusmiddelmissbrukere får ikke nødvendig helsehjelps.	6	
Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukeres.	7	
Rusmiddelanalyser som grunnlag for alvorlige sanksjoners.	7	
Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforentes.	8-9	•
Fødeinstitusjonene har for dårlig oversikt over egne resultaters.	10-11	•
Feil i diagnoser, koder og journalføring ved flere sykehuss.	12	
Spørsmål om dobbeltstraff avgjort i Høyesteretts.	13	•
Helsetilsynets samarbeid med politi og påtalemyndighets.	13	
Sosialombud mellom tjenester og brukers.	14-15	•
Områder for landsomfattende tilsyn i 2005s.	16	
Rusmiddelmissbruk viktigste årsak til tap av autorisasjons.	17	•
Menns vold i nære relasjoner – et helseproblem?s.	18-20	•
Hva viser kartleggingen i pleie- og omsorgstjenesten?s.	21	
Hva viser tilsyn med sosiale tjenester innen pleie og omsorg?s.	21	
Hva viser tilsyn med kommunenes bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede?s.	21	
Kompromissløs mot torturs.	22	•
– Språket er inngangsporten til kulturens.	23-24	•
“Ean hal moai gal gulahallan” – vi to forsto nok ikke hverandres.	24	•
Det offentlige sikringsansvar ved bruk av private aktører i helse- og sosialtjenesters.	25	
9000 inngrep med kosmetisk kirurgenes knivers.	26	
Markedsføring av kosmetisk kirurgi i lovens grenselands.	27	
Tjenestedirektivet og tilsyn med helsetjenesters.	28-29	
Mangelfull kunnskap om bruk av tvang i psykisk helseverns.	30	
Uklarhet om lindrende sedering til døendes.	31	•
Fortsatt press på plassene i psykiatriske akuttavdelingers.	31	
Helsetilsynets oppfølging av beredskaps- og smittevernplaners.	32	
Felles tilsyn er faglig nyttig, men det er lite å spares.	32	
Slik ble Statens helsetilsyn i 2004 oppfattet av medias.	33	
Verdt-å-vite-meldinger viser bredden i saksfeltets.	34	
Usynlige forskjeller i nemndbehandling av abortsøknaders.	35	•
Klagesaker etter sosialtjenestelovens.	35	•
Dessuten er det Helsetilsynets mening at ... Klipp fra høringsuttalelser i 2004 . . .s.	36-37	
Tall og faktas.	38-42	•
Publikasjonsserien Rapport fra Helsetilsynets.	43	

Redaksjonsgruppe for Tilsynsmelding 2004:

Sidsel Platou Aarseth, Helge Høifødt, Elisabet Helsing, Sverre Nesheim, Kristina Totlandsdal

- Engelske oversettelser i nettutgaven: Linda Grytten
 - Samiske oversettelser i nettutgaven: Inger-marie Oskal
- Kommentarer og spørsmål kan sendes til Tilsynsmelding@helsetilsynet.no
Tilsynsmelding 2004 på Internett: www.helsetilsynet.no

Produktet vårt er tillit!

Jeg brukte samme overskrift i fjorårets tilsynsmelding, men det er fortsatt viktig å dvele ved dette.

Hovedutfordringen for et offentlig helsevesen er at det drives på en slik måte at befolkningen ønsker å finansiere det av felleskassen, skriver redaktøren i Tidsskrift for Den norske lægeforening (1). Kjernen ved utfordringen ligger i begrepet tillit. Den synes å mangle mellom aktørene. Kontrollordninger bygges opp for å kompensere for dette, men de undergraver tilliten ytterligere, fremheves det i lederen. Redaktøren omtaler helse-tjenesten. Sannsynligvis kunne tilsvarende sies om sosialtjenesten.

Jeg tror det er grunn til å dvele litt ved denne viktige problemstillingen. Mistillit som oppstår som en følge av at mennesker føler seg sviktet og ikke får sine forventninger innfridd, er et onde. Uansett om årsaken er forståelig, og ofte kan tilbakeføres til språk mellom det tjenestene kan tilby og det befolkningen forventer.

Mistillit kan likevel betraktes på en noe mer offensiv, og konstruktiv måte. For å forebygge at mistillit kommer som en reaksjon på svikt, må det være noen som på en systematisk, åpen og etterprøvbart måte har et "skjevt blikk" på tjenesteytingen. Professor Harald Grimen bruker begrepet "den institusjonaliserte mistillit" om dette. Dette er ikke unikt for sosial- og helse-tjenestene. Bankenes kredittvurderinger handler egentlig om det samme (2).

Dersom befolkningen skal ha tillit til sosial- og helsetjenesten, må den vite at det er noen som ser etter med et kritisk blikk. Dette er Helsetilsynets sentrale oppdrag. Vi skal være en vaktbikkje.

Tilliten til Helsetilsynet som forvalter av "den institusjonaliserte mistillit", er ikke gitt gjennom lovgivningen. Den må vinnes gjennom praktisk arbeid. Uten åpenhet vil våre prioriteringer og arbeidsoppgaver ikke kunne overprøves i det offentlige rommet. Uten forutsigbarhet vil vi bli oppfattet som lite troverdige.

Funnene våre blir rapportert i åpenhet. Vi har de senere årene også arbeidet med å utvikle mer systematiske og åpne metoder for prioriteringen av våre oppgaver ut fra vurderinger av risiko. Rett prioritering forutsetter en korrekt situasjonsbeskrivelse bygget på gyldig kunnskap. Vi skal være uavhengige og faglig sterke. Gyldig kunnskap handler ikke bare om ren faglig viten, men også om hvordan denne kommer til uttrykk relatert til kjønn, alder, geografi, etnisk og kulturell til-

hørighet m.v. Noen av tekstene i denne meldingen avspeiler dette.

Dersom "den institusjonaliserte mistillit" skal ha troverdighet, må befolkningen se at svikt som avdekkes blir rettet. Dette er ansvaret til dem som yter tjenestene og dem som eier dem. Vi skal ikke legge skjul på at det går langsomt framover på noen områder. Psykisk helsevern er et område der Helsetilsynet både gjennom landsomfattende tilsyn, andre virksomhets-tilsyn og enkeltsaker har påvist omfattende svikt som må rettes. Det er derfor viktig at det fremdeles i lang tid holdes både styringsmessig og faglig fokus på dette tjenesteområdet.

På andre områder har vi gjennom 2004 sett en betydelig innsats for å rette opp mangler. Dette gjelder for eksempel kommunenes sosiale og helsemessige beredskap og smittevern. Helsetilsynet har måttet ty til varsel om påbud i en del saker. Det ser ut til å ha hatt virkning. Etter hendelsen i Asia i romjulen, og truslene om en verdensomspennende influensaepidemi, trenger vi heller ikke å argumentere i sterke ordelag for behovet for slike planer.

Midt oppe i tragedien i romjulen var det likevel positivt å kunne konstatere at kommunene og foretakene tok utfordringene de ble stilt ovenfor på en tillitvekkende måte. Slike utfordringer krever ikke bare at man har tjenestesystemene på plass, men at man også er i stand til å leve med den fortvilelsen og tomheten man møter når tjenestesystemene blir prøvet til det ytterste.

Den institusjonaliserte mistillit skal ikke bare formidle det vanskelige, selv om det er dette som gjerne kommer til uttrykk gjennom ordene. Den institusjonaliserte mistillit skal formidle tanker om endring og vekst. Jeg velger å avslutte med et dikt skrevet av en medarbeider i Helsetilsynet. Det viser hvordan linjer av tekst fylt med tap og smerte blandes med mellomrom fylt av håp og framtid.

Februar 2005



Lars E. Hanssen
helsedirektør



Etter flommen

Dette diktet er blått

Dette diktet leter etter ordene sine
Disse ordene som handler om deg
Om øynene dine som ser etter den
du skulle finne
Om hendene dine som leter etter
den du skulle holde i
Og tårene dine som leter etter den
du skulle gråte mot
Ingen har noen å miste
Mange har mistet alt

Elven i havet fant strendene
Fant havnene og byene og husene
Og menneskene og menneskene

Og menneskene leter på strendene
I havnene, byene, husene
Fedrene og mødrene, sønnene
og døtrene
Menneskene og minnene, luktene
og lydene
Av alle som kom og av alle som
forsvant
Mens solen speiler seg i bølgene
og i øynene

Voldsomme krefter som ingen
behersker
Tallenes tale er tung å forstå
Veldige vismann hvor er din visdom
Mennesker søker sin skjebne der
livet forgår
Mennesket alene, uendelig og liten
Leve med deg som jeg mistet i går
Ordene trøster, de strever og
kjemper

Livet som leves i blått

John Agnar Johansen

Svikt i tildeling av sosiale tjenester til rusmiddel-misbrukere

I mange kommuner tilbys ikke rusmiddel-misbrukere de sosiale tjenester de har behov for og rett til. Kommunene har i liten grad innrettet sine sosiale tjenester slik at de er tilpasset rusmiddel-misbrukere, og misbrukernes rettssikkerhet er ikke tilstrekkelig ivaretatt ved tildeling av tjenester. Oppfølging av misbrukere som er under behandling er også mangelfull i flere kommuner.

I 2003 fikk Statens helsetilsyn ansvar for overordnet faglig tilsyn med sosialtjenesten. I det første landsomfattende tilsynet ønsket Helsetilsynet å undersøke om og hvordan kommunene gir rusmiddel-misbrukere råd og veiledning, støttetiltak og midlertidig husvære, og om kommunene følger opp personer som er under behandling. Fylkesmennene gjennomførte tilsyn i 58 kommuner.

Opplysning, råd og veiledning

Sosialtjenesten har ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Rusmiddel-misbrukere har ofte sammensatte problemer og varierte behov, og verdien av en velfungerende råd- og veiledningstjeneste er stor.

Fylkesmennene fant mangler i en firedel av de undersøkte kommunene. Eksempler på mangler var at det ble gitt

ufullstendig eller feilaktig informasjon om tjenesten, uklar ansvars plassering og oppgavefordeling og begrenset åpningstid og dermed redusert tilgjengelighet.

Rapportene fra tilsynet kan tyde på at rusmiddel-misbrukere som henvender seg til sosialkontoret for å få økonomisk sosialhjelp, vanligvis også får råd og veiledning. Rusmiddel-misbrukere som har behov for praktisk bistand eller støttekontakt, risikerer at råd og veiledning om denne typen tjenester ikke er tilstrekkelig tilrettelagt.

Helsetilsynet ser det som alvorlig at kommunene ikke i tilstrekkelig grad sikrer at rusmiddel-misbrukere, uavhengig av hvilke tjenestebehov de har, får tilrettelagt opplysning, råd og veiledning.

Støttetiltak

Det er ikke alltid tilstrekkelig for rusmiddel-misbrukere å få råd og veiledning. Mange kan trenge konkrete sosiale tiltak som prak-

Litteratur

1. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddel-misbrukere i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.

tisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon. I sosialtjenesteloven er kommunene pålagt å ha tjenester til dem som ikke klarer å dra omsorg for seg selv eller som trenger praktisk eller personlig hjelp.

Tilsynet avdekket at kommunene i liten grad har innrettet og rettssikret støttetiltakene slik at de er tilpasset rusmiddelmissbrukere. I nesten alle kommunene ble det observert svikt på dette området. Et eksempel på svikt er at informasjonsmateriell til kommunens innbyggere presenterte praktisk bistand og opplæring som "hjemmehjelp til eldre og funksjonshemmede". Tilsvarende funn gjaldt støttekontakttjenesten som heller ikke var innrettet mot rusmiddelmissbrukere. Støttekontakter skal dekke hjelp til en meningsfull fritid og sosialt samvær ut fra den enkeltes ønsker og behov. Tilsynet avdekket også eksempler på at rusmiddelmissbrukere med omfattende hjelpe- og omsorgsbehov ikke mottok tjenester tross ønske om hjelpetiltak. Eksempler på svikt i rettssikringen av tjenestene er at muntlige søknader ikke nedtegnes og behandles, men avslås muntlig. Et annet eksempel er at innvilgede tjenester ikke iverksettes. Særlig blir det opplyst

...i sosialtjenesteloven er kommunene pålagt å ha tjenester til dem som ikke klarer å dra omsorg for seg selv...

at det er vanskelig å skaffe støttekontakter.

I en firedel av de undersøkte kommunene ble det brukt miljøarbeidere eller boveiledere som tilbud til rusmiddelmissbrukere. Disse tjenestene ble tildelt uten at det var fattet vedtak. Kommunene presenterte tjenestene som noe annet enn de sosiale tjenestene rusmiddelmissbrukerne hadde krav på. Dermed gikk det ikke fram at tjenestemottaker hadde rett til å påklage tjenestens innhold og omfang.

De fleste rusmiddelmissbrukere har sammensatte og langvarige behov for tje-

nester. Selv om behandlingstilbudet bygges ut og tilpasses brukernes behov, vil disse i lange perioder ha behov for de sosiale tjenestene som ytes i kommunene. Helsetilsynet finner det svært alvorlig at så mange kommuner ser ut til å innrette tjenestene sine slik at de ikke blir tilgjengelige for rusmiddelmissbrukere. Det er en alvorlig svikt når tiltak som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon ofte ikke er lagt til rette for rusmiddelmissbrukere. Det er uakseptabelt at rusmiddelmissbrukere ikke tilbys de sosiale tjenester de har behov for og rett til.

Helsetilsynet er videre bekymret over at en del tilrettelagte tjenester ikke er tildelt i form av enkeltvedtak, men utformet på en slik måte at det ikke gis klageadgang. Retten til å klage på kommunale vedtak er et av samfunnets viktige virkemidler for å sikre likhet og rett kvalitet på tjenester. Dersom tjenester til sårbare grupper innrettes slik at klageretten faller bort eller begrenses, kan det innebære en alvorlig innskrenking i enkeltmenneskers rettsikkerhet.

Midlertidig husvære

Sosialtjenesten har ansvar for å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Rusmiddelmissbrukere lever ofte et turbulent liv med brutte relasjoner og oppløste boforhold. Derfor ble det undersøkt om kommunene sikrer midlertidig husvære av forsvarlig kvalitet.

Fylkesmennene avdekket svikt på dette området i litt under halvparten av kommunene. Eksempler på observert svikt er at en del små kommuner ikke har rutiner som sikrer at midlertidig husvære kan tildeles hvis behov oppstår. I større kommuner, som jevnlig tildeler midlertidig husvære, knytter svikten seg til mangel på husvære og utilstrekkelig kvalitet. Det er flere eksempler på at kommuner har gjort seg avhengig av campingplasser, pensjonater og hoteller, som til tider ikke har ledige plasser eller hvor rusmiddelmissbrukere nektes adgang. En del kommuner har svak beredskap og må improvisere løsninger når det oppstår akutte behov for husvære. Dermed blir tilbudene tilfeldige, ofte med utilstrekkelig kvalitet. I enkelttilfeller må

rusmiddelmissbrukere selv finne bosted fordi sosialtjenesten ikke evner å skaffe midlertidig husvære. Helsetilsynet finner grunn til bekymring over at at flere kommuner ikke kan sikre tilbud om midlertidig bolig av rett kvalitet når rusmiddelmissbrukerne har behov for det.

Oppfølging etter institusjonsopphold

Mens tjenestene som er beskrevet over er rettet mot alle rusmiddelmissbrukere, gjelder denne delen personer under behandling. Personer som er under behandling, kan ha behov for ulike støttetiltak. Stabile sosiale forhold er ofte en forutsetning for at behandling lykkes. Derfor har sosialtjenesten ansvar for å følge opp rusmiddelmissbrukere under behandling gjennom samtaler, og om nødvendig hjemmebesøk. Enkelte som er i institusjon har ikke bolig og sosialt nettverk å komme tilbake til. Derfor er sosialtjenesten pålagt et særskilt ansvar for å tilrettelegge tiltak ved avslutningen av institusjonsopphold for dem som ønsker det.

Det ble funnet svikt i 18 av de 58 kommunene. Funnene tyder på at oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere under behandling var sårbar og personavhengig. Eksempler på funn var at ansvaret for oppfølgingen ble overlatt til den enkelte saksbehandler, at det ikke fantes rutiner for oppfølging, og at det skjedde glipp i ferier, sykdomsperioder eller ved skifte av ansatte. Det var også eksempler på at kommuner overlot oppfølgingen til behandlingstiltakene og at det ikke ble forberedt tiltak ved avslutningen av institusjonsopphold. Særlig gjaldt det for personer i private tiltak som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten. Flere kommuner manglet oversikt over personer under behandling som sosialtjenesten har ansvar for å følge opp. Dette innebærer risiko for at rett oppfølging ikke blir iverksatt. Tilsynet avdekket eksempler på tilfeldig og usystematisk kartlegging av behov og hjelpetiltak.

Det er etter Helsetilsynets vurdering uakseptabelt at kommuner svikter når det gjelder den viktige og vanskelige overgangen mellom institusjonsopphold og etablering i hjemkommunen.

Mange rusmiddelmissbrukere får ikke nødvendig helsehjelp

Tilsynsmyndigheten vil følge nøye med på rusområdet fremover. Tilgjengelighet til tjenestene, forsvarlighet i behandlingstilbudene, samhandling, medvirkning, informasjon og samtykke vil stå sentralt.



Ikke uventet knyttes det store forventninger til rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004. Blant annet forventes det at rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer heretter får bedre og mer samordnete tjenester og at behandlingsresultatene blir bedre.

Helsetilsynet har hatt kontinuerlig fokus på rusområdet de senere årene. Det er Helsetilsynets inntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de helsetjenestene de har behov for. Et felles landsomfattende tilsyn av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten planlegges i 2006. Da har tjenestene hatt drøye to år på seg til å organisere tilbudet. Som et ledd i planleggingen av det felles landsomfattende tilsynet har Helsetilsynet systematisk innhentet tilgjengelig kunnskap om rusmiddelmissbru-

kernes helseforhold og helsetjenestetilbud (1). Arbeidet ble avsluttet i 2004. Informasjonen er gransket med henblikk på myndighetskrav og rettighetsbestemmelser som kan formuleres for denne pasientgruppen. Et viktig mål har vært å vurdere om det er særskilte risiko-områder for svikt.

Ansvar for avrusning av rusmiddelmissbrukere samt utredning og behandling av rusmiddelmissbruk på spesialisert nivå ble lagt inn under spesialisthelsetjenesten i januar 2004. Tjenestene fikk betegnelsen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og inkluderer ulike fagdisipliner som sosialfag, psykologi og medisin. Disse tjenestene reguleres nå av den generelle helselovgivningen, som for eksempel pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og pasientskadeloven. Med rus-

reformen har rusmiddelmissbrukere som henvises til slik behandling fått pasientrettigheter på linje med andre brukere av spesialisthelsetjenesten. Svært viktig i denne sammenheng er retten til nødvendig helsehjelp og hvordan tjenestene vurderer slik hjelp.

Rapporten fra kunnskapsinnhenting viser at kartleggingssystem, registre og annen statistikk på rusfeltet var svært mangelfulle med tanke på å gjennomføre løpende tilsynsmessig overvåking av rusfeltet. Heller ikke skriftlig materiale fra tilsynsarbeid sentralt og regionalt, forskningsrapporter, publikasjoner og utredninger kan sies å være tilfredsstillende med tanke på slike vurderinger, selv om situasjonsbeskrivelsen var omfattende på noen områder.

Litteratur

1. Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.

Vanedannende legemidler til rusmiddelmissbrukere

Substitusjonsbehandling (behandling med legemiddel som erstatter for eksempel heroin) bidrar til færre overdoser blant opiatavhengige, redusert kriminalitet og bedret livskvalitet for rusmiddelmissbrukerne. Inntaksvilkår og lang ventetid for behandling i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har også ført til større press på leger til å skrive ut vanedannende legemidler i ventetiden.

Helsetilsynet har de senere årene hatt flere saker der man har vurdert forsvarligheten av behandlingen til pasienter med erkjent rusmiddelmissbruk. I 2004 mistet fire leger retten til å rekvirere A- og B-preparater på grunn av uforsvarlig behandling av rusmiddelmissbrukere. I slike saker har Helsetilsynet lagt vekt på disse spørsmålene:

- Er det tilfredsstillende dokumentasjon for at behandlingen er indisert?

- Er rekvireringen et ledd i en behandlingsplan, eller synes den å være styrt av pasienten?

- Har effekt av behandlingen vært løpende vurdert?

- Er det dokumentert tverrfaglig samarbeid?

I slike saker har Helsetilsynet lagt spesiell vekt på at behandlingen skal være faglig begrunnet i medisinske forhold. Utleveringsordninger som gir mulighet for videresalg og injisering av medikamenter, anses som uforsvarlige. Behandlingen skal følges opp med kontrolltiltak slik at eventuelt blandingsmissbruk kan avdekkes. Smertestillende og beroligende legemidler

kan bidra til å vedlikeholde avhengighet og motvirke effekten av substitusjonsbehandling. Helsetilsynet legger også vekt på om det er dokumentert samarbeid med lokalt LAR-tiltak eller annen spesialisthelsetjeneste.

Legemiddelassistert rehabilitering er strengt regulert. Forsvarlig behandling med vanedannende legemidler er utdypet i rundskriv fra Helsetilsynet (1).

Litteratur

1. Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet. Rundskriv IK-2755. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.

Rusmiddelanalyser som grunnlag for alvorlige sanksjoner

Helsetilsynet har ført tilsyn ved sykehuslaboratorier og behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere, på grunn av bekymring for kvaliteten på rusmiddelanalyser.

Bekymringen skyldtes rapporter fra Folkehelseinstituttet om at rusmiddelanalyser ved mange laboratorier ikke var i tråd med Sosial- og helsedirektoratets kvalitetskrav (1,2). Det gjaldt spesielt krav om at positivt analyseresultat skal bekreftes ved ikke-immunologisk metode dersom det skal danne grunnlag for rettslige sanksjoner overfor prøvegiver. Helsemyndighetene var derfor bekymret for at bruk av usikre rusmiddelanalyser kunne svekke prøvegivers rettssikkerhet.

Statens helsetilsyn gjennomførte derfor tilsyn med utvalgte sykehuslaboratorier og behandlingstilbud. Tilsynet viste at rusmiddelanalyser ble utført forsvarlig og at bruk av prøveresultatene ved behandlingstilbud heller ikke avvok fra myndighetskravene (3). Det ble likevel funnet enkelte forbedringsområder.

Et laboratorium fikk merknad fordi kommentarer på prøvesvar på ubekreftede analyseresultater kunne danne grunnlag for rettslige sanksjoner. En behandlingstilbud fikk merknad fordi resultater fra hurtigtester var brukt som ledd i behandlingen, uten at man hadde tatt tilstrekkelig hensyn til at denne metoden er meget usikker.

Ifølge rundskrivene skal positivt analyseresultat bekreftes ved analyse i ny prøve og med en annen metode (1, 2). Hvis slik analyse ikke er utført, skal det tydelig fremgå at resultatet ikke kan danne grunnlag for rettslige sanksjoner. Det kan for

eksempel være tap av foreldre retten eller tap av behandlingstilbud eller utdanningstilbud m.m.

Erfaringene fra tilsynene skal brukes til kvalitetsforbedring og til å vurdere hvilke analysemetoder som kan brukes til ulike formål.

Litteratur

1. Kvalitetsrutiner ved rusmiddeltesting av prøver i medisinsk sammenheng (behandling og diagnostikk). Rundskriv IS-13/2002. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2002.
2. Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting, hvor positivt analyseresultat kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner. Rundskriv IS-14/2002. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2002.
3. Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 12/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.



Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

Nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente risikerer ikke å få nødvendig helsehjelp fordi kommunene ikke sørger for å informere dem om helsetjenesten. Mange kommuner har for dårlig oversikt over de nyankomne til å sikre forsvarlig tuberkulosekontroll. Kommunene er lite oppmerksomme på andre smittsomme sykdommer. Nyankomne som er psykisk syke rammes også av svikten i psykisk helsevern.

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og personer som kom til Norge gjennom familiegjenforening. Det ble gjennomført tilsyn i 55 kommuner.

Helsetilsynet undersøkte om:

- kommunene etterlever reglene om tuberkulosekontroll
- det gis informasjon om helsetjenesten og nødvendig helsehjelp i forhold til smittsom sykdom, helsehjelp til gravide og psykisk syke
- kommunene ivaretar sitt tilsynsansvar med miljørettet helsevern i asylmottak.

Tuberkulosekontroll

Alle som kommer til Norge fra land med høy forekomst av tuberkulose, har plikt til å la seg undersøke for tuberkulose, slik at de som er smittet kan få korrekt behandling og unngå å smitte andre. Kommunene har ansvar for å finne ut om asylsøkere, flyktninger eller familiegjenforente er undersøkt. De som ikke er undersøkt skal sikres undersøkelse innen fjorten dager etter ankomst. For familiegjenforente er fristen så snart som mulig.

Kommunen må til enhver tid ha oversikt over hvem som bosetter seg i kommunen

og hvem som flytter videre for å sikre forsvarlig tuberkuloseundersøkelse.

Tilsynet gir et klart inntrykk av at personer med funn som kan tyde på smitte, følges godt opp. Pasientene henvises raskt videre til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tilsynet viste at en tredel av kommunene som hadde asylsøkere og flyktninger boende, og en firedel av kommunene som hadde familiegjenforente fra land med høy forekomst av tuberkulose, ikke overholdt tuberkuloseforskriftens frister for undersøkelse. Mange kommuner har ikke den nødvendige oversikten over nyankomne innvandrere.

Helsetilsynet mener at manglende oversikt over hvem som bor i kommunen og brudd på tuberkuloseforskriften ikke er akseptabelt, men vil peke på at det er sammensatte årsaker til dette. Å ha oversikt forutsetter samarbeid med ulike aktører. Forsinkede meldinger om hvem som bosetter seg i kommunen og hvem som flytter, feilsendte helseopplysninger som skaper misforståelser og forsinkelser, eller manglende kommunikasjon innen kommunen eller innen kommunehelsetjenesten, kan føre til at kommunen ikke klarer å overholde tidsfristene.

Litteratur

1. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 3/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.

Informasjon

For at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente skal få lovbestemt nødvendig helsehjelp, må kommunen sørge for nødvendig informasjon. Informasjonen må tilrettelegges slik at den blir forstått av mottakeren. Ansvaret for dette ligger hos tjenesteyteren. Kommunen må ha etablert et system som tilrettelegger for nødvendig helsehjelp før fastlege er tildelt. Profesjonell tolketjeneste skal benyttes ved behov.

Tilsynet viste at en firedel av kommunene ikke hadde sikret at alle fikk informasjon om helsetjenesten. Et annet funn var at kommunen ikke var klar over sitt informasjonsansvar eller at det var uklart hvem i helsetjenesten som hadde slikt ansvar. Tolketjenester ble som regel, men ikke alltid brukt når en person ble informert.

Helsetilsynet ser svært alvorlig på at mange kommuner ikke har innrettet seg slik at nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente sikres informasjon om helsetjenesten kort tid etter at de har bosatt seg i kommunen. Det er derfor ikke mulig for dem å etterspørre den helsehjelpen de har krav på etter loven. Norge er et ukjent samfunn for de fleste flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som kommer til landet. De har heller ingen kunnskap om hvordan helsevesenet er organisert, hvilke typer tjenester det er snakk om eller hvordan helsetjenesten kontaktes. Svikten kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte. Helsetilsynet mener det er uakseptabelt at mange kommuner ikke ivaretar informasjonsansvaret tilfredsstillende.

Nødvendige helsehjelp ved smittsom sykdom

Tuberkulose er den eneste sykdommen asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har plikt til å la seg undersøke for. Undersøkelser for andre smittsomme sykdommer skal kommunen tilby som en målrettet og individuell tjeneste. Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge smitte, forhindre at andre blir smittet og motvirke at sykdommer føres inn i eller ut av landet. Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som er omfattet av lovbestemte smitteverntiltak.

I 10 av de 55 undersøkte kommunene fant Helsetilsynet i fylkene svikt i tilbudet om forebyggende tiltak og undersøkelse med tanke på smittsom sykdom. I en del kommuner er det ingen spesiell oppmerk-

somhet rettet mot personer fra høyendemiske områder. Kommunenes smittevernplaner omtaler ikke asylsøkere eller flyktninger, og det mangler faste rutiner for å tilby undersøkelse for smittsom sykdom til personer som kommer gjennom familiegjenforening.

Helsetilsynet ser med bekymring på at mange kommuner ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet mot andre smittsomme sykdommer enn tuberkulose og at de ikke målrettet følger opp nyankomne. Smittevern- og helsehjelp er å anse som en rett til nødvendig helsehjelp, og Helsetilsynet mener at svikt på dette området ikke kan aksepteres.

Nødvendig helsehjelp til gravide

Tilsynet viste at kommunene systematisk tilbyr svangerskapsomsorg til gravide asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente når helsetjenesten får informasjon om graviditeten.

Nødvendig helsehjelp til personer med psykiske lidelser

Mange asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har vært utsatt for påkjenninger som kan disponere for psykiske lidelser. Språklige og kulturelle barrierer kan gjøre det vanskelig å ta kontakt eller formidle problemer knyttet til psykiske lidelser. Hvis alvorlige psykiske lidelser blir oppdaget, plikter kommunen å yte nødvendig helsehjelp. Kommunen må derfor rette spesiell oppmerksomhet mot psykiske lidelser og ha organisert helsetjenesten slik at asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente sikres helsetjenester også i perioden før de har fått fastlege, også utover øyeblikkelig hjelp (legevakt).

Dette tilsynet skulle avdekke om kommunen henviste til spesialisthelsetjenesten ved behov, men har ikke vurdert om spesialisthelsetjenesten ivaretar sine plikter. Tilsynet sier dermed lite om hvordan samarbeidet mellom tjenestenivåene i helsetjenesten fungerer.

Tilsynet viser at personer med psykiske lidelser i varierende grad blir oppdaget og ivaretatt på en tilfredsstillende måte i kommunene. Helsetilsynet i fylkene har påpekt få brudd på kravet om nødvendige helsetjenester til denne gruppen, men flere kommuner har fått påpekt områder og svakheter som må bedres. Eksempler på svikt var at det kunne være vanskelig å få leger til asylmottaket ved akutte situasjoner, at psykiske plager ble fanget opp uten at de ble fulgt opp, at det ikke ble benyttet tolk, og at

kommunen ikke hadde forsvarlig oppfølging av pasienter som kom tilbake fra spesialisthelsetjenesten.

Tidligere tilsynserfaringer, spesielt fra spesialisthelsetjenesten, har påvist betydelige mangler i det psykiske helsevernet. Selv om dette tilsynet ikke viste gjennomgående svikt i kommunenes håndtering av nyankomne innvandrere med psykiske lidelser, kom det frem opplysninger som indikerer at den samlede helsetjenesten svikter overfor den gruppen. Det er eksempler på at pasienter, etter kommunens vurdering, skrives ut fra spesialisthelsetjenesten for tidlig og uten at kommunen blir varslet eller får forberedt oppfølgingen godt nok. Det er eksempler på at leger lar være å henvise asylsøkere til spesialisthelsetjenesten fordi pasientene uansett ikke får noe tilbud, og det er uttrykt bekymring for at mottakspersonalet får et stort ansvar for til dels alvorlig psykisk syke mennesker. Etter Helsetilsynets vurdering gir dette tilsynet en ytterligere bekreftelse på svikten i det psykiske helsevernet. Tilsynet gir ikke

...personer med psykiske lidelser i varierende grad blir oppdaget og ivaretatt på en tilfredsstillende måte i kommunene.

grunnlag for å si at svikten rammer nyankomne innvandrere i større grad enn andre psykisk syke, men Helsetilsynet mener at konsekvensen av svikten kan være mer alvorlig for denne gruppen, gitt den spesielle situasjonen mange av dem er i når de kommer til et fremmed land.

Miljørettet helsevern i asylmottak

Forskrift om miljørettet helsevern stiller krav til virksomheter om forhold som direkte eller indirekte kan påvirke helsen, som hygiene, støy, inneklima og risiko for ulykker. Kommunen har ansvar for å føre tilsyn med at driftsoperatøren sørger for at asylmottak har forsvarlig miljørettet helsevern.

I over halvparten av kommunene med asylmottak var det ikke lagt til rette for et forsvarlig tilsyn med miljørettet helsevern. Tilsynet viser at kommunene ikke er seg sitt tilsynsansvar bevisst på dette området.

Litteratur

1. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 11/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

Fødeinstitusjonene

har for dårlig oversikt over egne resultater

Ledelsen ved landets fødeinstitusjoner må ta betydelig større ansvar. Ofte preges virksomhetene av uklare ansvarsforhold og dårlig oversikt over resultater og komplikasjoner, noe som gjør det vanskelig å få et samlet grunnlag for å vurdere fødselsomsorgen i Norge.

Dette kom frem i det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner som Helse-tilsynet i fylkene gjennomførte i 2004 (1). Til tross for en rekke alvorlige funn, presiserer Helsetilsynet at det fortsatt er trygt å føde ved norske fødeinstitusjoner. Tilsynsområdet ble valgt fordi fødselshjelp har stor oppmerksomhet og fordi svikt ved fødeinstitusjoner kan få alvorlige følger for mor og barn. Tidspunktet var også gunstig fordi de regionale helseforetakene vurderte organiseringen av fødetilbudet.

Tilsynet omfattet 26 av landets rundt 60 fødeinstitusjoner. Samtlige helseregioner og alle de tre nivåene i fødselsomsorgen var representert; det vil si fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. Helsetilsynet ville undersøke om fødetilbudet var forsvarlig, og var særlig opptatt av det faglige innholdet i fødselshjelpen. Ved hvert tilsyn var det en legespesialist og en jordmor med som sakkyndige.

Tilsynet undersøkte fire hovedtema:

- seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner
- overvåking og oppfølging av noen utvalgte tilstander
- håndtering av akutte situasjoner
- læring og forbedring

Seleksjon oftest til rett nivå

Fødestuene har den laveste beredskapen blant fødeinstitusjonene. På bakgrunn av opplysninger som foreligger før fødselen, kan man i stor grad forutsi sannsynligheten for at det kan oppstå komplikasjoner. Dermed kan fødende selekteres slik at fødselen skjer der det er tilstrekkelig kompetanse, beredskap og hjelpemidler til å møte eventuelle komplikasjoner hos mor og barn.

Fødeinstitusjonene hadde, med få un-

ntak, utarbeidet seleksjonskriterier. Enkelte fødeinstitusjoner tok likevel imot kvinner som ut fra tilstand og risiko burde vært selektert eller overflyttet til fødeinstitusjon med høyere beredskap. Ved noen fødeinstitusjoner var terskelen for å overflytte fødende til kvinneklinikk noe høy.

For å sikre at seleksjonskriteriene blir fulgt og at de er i samsvar med den kompetanse og beredskap den enkelte fødeinstitusjon har, ble institusjonene rådet til å gjennomgå rutinene jevnlig.

Klarere kommunikasjon og tydeligere ansvar

Forsvarlig overvåking av fødende er omfattende og krever godt samarbeid mellom lege og jordmor. Overvåkingen må foregå slik at eventuelle komplikasjoner oppfattes så tidlig som mulig og slik at nødvendige tiltak blir iverksatt. Lege skal konsulteres eller tilkalles når jordmor oppfatter at det ikke lenger foreligger en normal fødsel. Ved risikofødsler og når noe uforutsett skjer, er det særlig viktig at ansvarsforholdet er avklart og at kommunikasjonen mellom fødselshjelperne fungerer godt.

Tilsynet viste at ikke alle hadde klare retningslinjer for når lege skulle tilkalles under overvåking av fødsel. Flere steder var det heller ikke entydig hva som var jordmorsansvar og hva som var legens ansvar under overvåking av en fødsel. For at overvåkingen skal være forsvarlig må fødselshjelperne være kompetente og samarbeide godt. Det innebærer at jordmødre og leger må ha anledning til å utvikle og vedlikeholde sin kompetanse. Mange institusjoner manglet formelle møteplasser der helsepersonell kunne diskutere faglige spørsmål og samarbeidsforhold og bli enige om faglige rutiner. Dette får innvirkning på det faglige tilbudet



til fødende. Helsetilsynet har derfor gitt råd om å etablere hensiktsmessige arenaer for utvikling av samarbeid.

Journalen skal være et verktøy for å sikre forsvarlig behandling. Ved en fødsel skal jordmor føre fødejournal (partogram) der de viktigste opplysninger nedtegnes fortløpende og systematisk. Det skal dokumenteres når det er en lege som vurderer den fødende. Da blir relevant informasjon samlet, lett tilgjengelig og man får god oversikt slik at avvikende forløp kan oppdages i tide og tiltak settes i gang. Ved de fleste fødeinstitusjonene ble det påpekt at journalføringen var mangelfull. Viktige vurderinger, tiltak og avgitt informasjon, kunne ikke alltid gjenfinnes i journalen. Helsetilsynet mener at det viktigste er det som faktisk blir gjort for den fødende. Journalføringen bør likevel forbedres for at dokumentasjonen skal kunne fungere som et viktig hjelpemiddel for en forsvarlig behandling.

Bedre registrering og oversikt helt nødvendig

For å vurdere overvåkingen må man ha oversikt over forekomst av ulike typer hendelser. Det er omkring 56 000 fødsler i landet hvert år. Kvaliteten på flere av de data som registreres i Medisinsk fødselsregister er svært usikre. De kan i liten grad brukes til å sammenlikne fødeinstitusjoner. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til de fleste fødeinstitusjonenes registrering av komplikasjoner og resultater i forbindelse med fødsler. På nasjonalt nivå foreligger det ikke pålitelige tall som indikerer akseptabel forekomst av komplikasjoner som for eksempel stor post partum-blødning og store perinealrupturer. Helsetilsynet har foreslått at helsemyndighetene og fagmiljøene kommer fram til konsensus om dette.

Dette var utgangspunktet da det nasjonale tilsynet skulle vurdere om overvåkingen av fire utvalgte risikosituasjoner var slik at komplikasjoner blir oppdaget og nødvendige tiltak iverksatt i tide.

Langsom fremgang

Dersom fremgangen i fødselen ikke går som forventet (langsom fremgang), må årsakene vurderes og tiltak iverksettes. Flere steder var det uklart når det forelå langsom fremgang og noen steder var det uenighet mellom leger og jordmødre om hvilke tiltak som var aktuelle. Tilsynet påpekte noen eksempler på at tiltak burde vært iverksatt tidligere og at rutiner ikke var blitt fulgt.

Truende hypoksi

Truende hypoksi foreligger når fosteret viser tegn på manglende oksygentilførsel. Denne tilstanden tilsier at fosteret ikke tåler påkjenningen som fødselen er. Avhengig av alvorlighetsgraden må tiltak iverksettes og

det kan være nødvendig å avslutte fødselen raskt. Tilsynet viste at denne tilstanden noen steder ble oppfattet ulikt av jordmødre og leger. Det ble påpekt eksempler på at dette hadde medført misforståelser, at lege ble tilkalt for sent og at nødvendige tiltak ikke var iverksatt når de burde.

Perinealrupturer grad III og IV

Under en fødsel oppstår det ofte perinealrupturer (store rifter i skjedeåpningen). Mindre rifter (grad I og II) er oftest uproblematisk. Større rifter som omfatter endetarmens lukkemuskel og slimhinne (grad III og IV) er mer alvorlige. Omkring en tredel av kvinnene som får en slik skade, får vedvarende plager og funksjonshemming. Det er store variasjoner i forekomst av større rifter ved institusjonene. Fordi registreringspraksis er ulik, kan tallene ikke brukes til sammenlikning. Det er likevel enighet om at de store perinealrupturene (grad III og IV) forekommer for ofte. Ved tilsynet ble det påpekt at behandlingen i noen tilfeller ikke var i samsvar med forsvarlig praksis når skaden hadde oppstått. Helsetilsynet mener at dette ikke er akseptabelt. Det må dessuten arbeides for å finne årsakene til store perinealrupturer slik at forekomsten kan reduseres. Dette er en viktig oppgave som involverer de enkelte fødeinstitusjonene, fag- og forskningsmiljøer og sentrale helsemyndigheter.

Store post partum-blødninger (etterbyrdsblødning)

Få kvinner dør under fødsel i dag, men feil behandling ved store blødninger (over 500 ml) er en viktig årsak. Slike blødninger må derfor forebygges og behandles raskt og korrekt. Blodtapet under en fødsel er vanskelig å måle og blir ofte underestimert. Tilsynet viste at virksomhetene i ulik grad hadde gode rutiner for å forebygge store post partum-blødninger og at noen hadde liten oppmerksomhet omkring dette.

Akutte situasjoner krever øvelse

Fødselskomplikasjoner kan i stor grad foruties. Likevel vil det i noen situasjoner oppstå akutte og uforutsette situasjoner. Dette hadde de fleste fødeinstitusjonene gode rutiner for å håndtere. Det ble ikke påpekt mangler i utstyr eller personell. For å redusere antall alvorlige hendelser må alle fødselshjelpere vite hva som skal gjøres når noe akutt og uventet oppstår. Ved større enheter vil flere ha erfaring med å takle dette. Ved små enheter vil erfaringene være mindre fordi slike situasjoner ikke oppstår så ofte. Fødselshjelpere på alle nivå må derfor jevnlig trene på akutte situasjoner og gis anledning til å hospitere eller arbeide ved avdelinger der slike situasjoner forekommer oftere. Tilsynet avdekket at

det flere steder var behov for mer systematisk øving.

Stereke vekt på styring og ledelse

Ledelsen har ansvaret for alle sider ved virksomheten. De må sørge for at ansvar er avklart, at det er forsvarlige vaktordninger og at organiseringen er slik at helsepersonell kan utøve forsvarlige helsetjenester. De må sørge for at virksomheten har utarbeidet nødvendige prosedyrer som er kjent og blir fulgt, at nødvendig utstyr er tilgjengelig og at ansatte har rett kompetanse og får nødvendig opplæring, videre- og etterutdanning. Det er også krav om at virksomheten skal styres og ledes på en måte som forebygger at skader og uhell kan oppstå. Det innebærer at ledelsen følger med på og har styring med det faglige innholdet i tjenesten, som registreringer og overvåking av resultater og komplikasjoner, følger opp uønskete hendelser og jevnlig gjennomgår hvordan virksomheten styres.

Det landsomfattende tilsynet med fødeinstitusjoner har vist at ledelsen bør ta et betydelig større ansvar. Ansvar mellom leger og jordmødre må avklares, det bør legges bedre til rette for kommunikasjon og samarbeid, seleksjonskriteriene bør

For å redusere antall alvorlige hendelser må alle fødselshjelpere vite hva som skal gjøres når noe akutt og uventet oppstår.

gjennomgås og opplæring og kompetanse sikres. Ikke minst har tilsynet vist at fødeinstitusjonene i altfor liten grad registrerer egne resultatdata og i liten grad bruker disse til systematisk evaluering, forbedring og styring av virksomheten. Det var vanskelig å skaffe oversikt over forekomst av ulike forhold og komplikasjoner ved fødsel. Helsetilsynet anbefaler at man kommer fram til et minste felles sett av opplysninger som alle fødeinstitusjoner skal registrere på samme måte. Disse opplysningene kan benyttes internt ved den enkelte fødeinstitusjon for å se på trender, og til å sammenlikne institusjoner. Usikre eller manglende nasjonale tall for flere viktige forhold ved fødsel har så langt gjort det vanskelig for helsetjenesten å ha tilstrekkelig kjennskap til forekomst og variasjoner av ulike forhold. Manglende oversikt i den enkelte virksomhet begrenser muligheten for helseforetakene til å følge med på og tidlig oppdage forhold som bør analyseres nærmere.

Feil i diagnoser, koder og journalføring ved flere sykehus

Da Helsetilsynet fikk opplysninger om at kodepraksis ved Sørlandet sykehus ikke fulgte regelverket, ble det besluttet å føre tilsyn med kodepraksisen ved flere av landets sykehus. Resultatet av endret kodevalg var oftest økt utbetaling via innsatsstyrt finansiering.

Tilsynene ble utført ved øre-nese-hals-avdelinger og neurologiske avdelinger ved tre sykehus i landet (1). Ansatte ble intervjuet om diagnostisering, journalføring og kodevalg og sakkynndige gjennomgikk 100 journaler ved hver avdeling. Kodene fra to av sykehusene ble sammenliknet med koder som allerede var sendt til Norsk Pasientregister.

Helsetilsynet ville finne ut om journalopplysningene underbygde valgte diagnoser og koder og om den medisinske diagnosen som lå til grunn for behandlingen, var riktig med tanke på å sikre pasientene forsvarlig behandling og oppfølging.

Feildiagnoser:

Øre-nese-hals-avdelingene

Ved to av tre øre-nese-hals-avdelinger ble det funnet feildiagnoser. Bare ved én avdeling hadde feildiagnosene preg av systematiske feil. Der hadde 13 pasienter fått diagnosen søvnapné uten at hovedsymptomet var nevnt i journalene. En pasient ved en annen øre-nese-hals-avdeling hadde beholdt innleggelsesdiagnosen uten at den var blitt bekreftet i løpet av oppholdet. Feilen var rettet opp i sykehusets pasientadministrative system. I tilfeller der det ikke var samsvar mellom journalopplysninger og diagnosen som var stilt, ble feildiagnosene registrert som uforsvarlig virksomhet og brudd på spesialisthelsetjenestelovens § 2-2.

Feildiagnoser:

De neurologiske avdelingene

Alle feildiagnosene kunne knyttes til pasientene, men var ikke relevante for det aktuelle oppholdet. Feildiagnosene hadde fremkommet ved at avdelingene ikke skilte klart mellom medisinsk diagnose og teksten til den valgte koden. Feildiagnosene ble ikke vurdert som uforsvarlig virksomhet fordi det ikke var misforhold mellom journalopplysninger og diagnosene.

Journalføring:

Øre-nese-hals-avdelingene

En avdeling skilte seg ut for sine mange feil. Ved denne avdelingen manglet det både epikriser, nødvendige journalnotater og dokumentasjon for oppfølging. Noen journaler var også for knappe til å være et nyttig verktøy for andre leger. Også ved de to andre øre-nese-hals-avdelingene manglet epikriser og journalnotater. Journalforskriften var således brutt ved alle disse avdelingene.

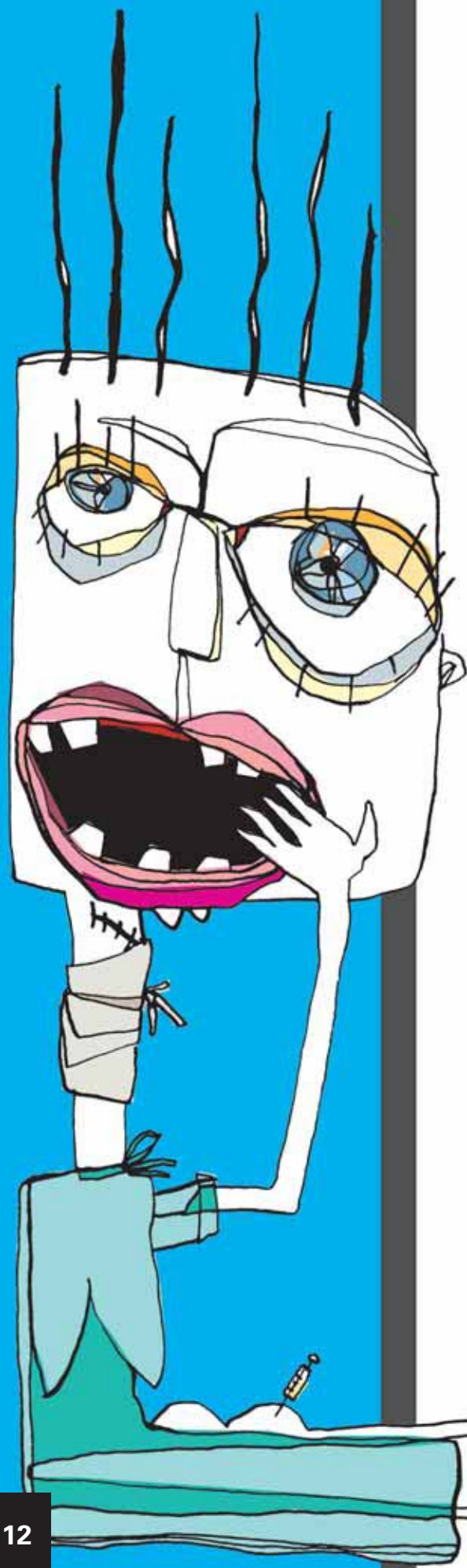
Journalføring:

De neurologiske avdelingene

Journalføringen var god ved alle avdelingene, men epikriser manglet ved to av dem. Journalforskriften var brutt ved to av tre avdelinger.

Kodevalg

Helsetilsynet fant brudd på kodereglene ved samtlige avdelinger. Det ble funnet færre feil ved øre-nese-hals-avdelingene enn ved de neurologiske. Opplæringen i kodevalg var ofte mangelfull og tilfeldig. Det fantes få retningslinjer for hvordan kodereglene skulle etterleves. Kodestandard var preget av avdelingssjefens engasjement for riktig kodevalg. Det var også mangelfulle systemer for å fange opp feil kodevalg. Koder i journalen stemte ikke overens med koder som var sendt til Norsk Pasientregister. Kodeendringene var sjelden medisinsk begrunnet eller journalført. Avdelingene kjente ikke til hvilke koder administrasjonen sendte til Pasientregisteret. Manglende samsvar mellom journalopplysninger og oversendte koder, tyder på svikt i sykehusenes journal- og informasjonssystemer, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.



Spørsmål om dobbeltstraff avgjort i Høyesterett

Tilbakekall av autorisasjon etter idømt straff er ikke dobbeltstraff. Det har Høyesterett slått fast i en fersk dom.

Helsepersonell som har fått tilbakekalt autorisasjonen på grunnlag av forhold de er straffet for, har hevdet at tilbakekallingen strider mot forbudet mot å utsette noen for straffefølgning to ganger for samme forhold. Dette kan forekomme i overgrepssaker mot pasienter og i saker hvor det foreligger "atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen", jf. helsepersonelloven § 57.

Den aktuelle saken gjaldt en lege som

hadde krevd erstatning etter at helsemyndighetene hadde suspendert legelisen hans. Høyesterett slo enstemmig fast at "det (er) klart at tilbakekall og suspensjon av en gitt tillatelse til å praktisere som lege, fordi de lovbestemte og nødvendige vilkår for å fortsette virksomheten ikke lenger foreligger, ikke er straff i Den Europeiske menneskerettighetsdomstols forstand" (8. september 2004). Høyesterett begrunnet sin avgjørelse med at verken tilbakekall eller suspensjon av tillatelse til å praktisere som lege er straff etter norsk rett. Videre uttaler Høyesterett at formålet med tilbakekall er å beskytte fremtidige pasienter og tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Høyesterett la til grunn for sanksjonens innhold og alvor at det må dreie seg

om svært tyngende reaksjoner, i praksis fengselsstraff.

Forbudet mot dobbeltfølgning følger av artikkel 4 nr. 1 i Protokoll nr. 7 til Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK). Straff etter Menneskerettskonvensjonen er ikke bare straff etter straffebud, men kan også omfatte sanksjoner. I dom av 8. juni 1976 i saken Engel m.fl. mot Nederland la Den Europeiske menneskerettighetsdomstol til grunn at spørsmålet avgjøres på grunnlag av hvordan forholdet klassifiseres etter nasjonal rett. Det skal videre legges vekt på innholdet og alvoret i sanksjonen det er tale om. Det faktiske grunnlaget for sakene må være det samme.

Helsetilsynets samarbeid med politi og påtalemyndighet

Ved markante avvik fra de krav som stilles til helsepersonells utøvelse av sin virksomhet, for eksempel forsvarlighet, kan det reageres med straff.

Prinsippet er nedfelt i helsepersonelloven § 67: "Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel inntil tre måneder. Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn."

Bestemmelsen kom inn i helsepersonelloven etter forslag fra Riksadvokaten. Bakgrunnen for forslaget var et ønske om å trekke tilsynsmyndigheten mer aktivt inn i saker som gjelder helsetjenesten, der det er grunn til å vurdere straffereaksjoner. Ifølge Riksadvokaten er det avgjørende for påtalemyndigheten å kunne få råd av tilsynsmyndigheten i slike saker, fordi påtalemyndigheten ikke har nødvendig fagkompetanse.

I 2004 avsluttet Helsetilsynet 17 saker som gjaldt spørsmål om påtalebegjæring. Helsetilsynet begjærte påtale overfor helsepersonell eller virksomhet i 7 saker. Det er gitt forelegg i 4 saker. 3 saker er ikke påtalemessig avsluttet.

Saker som kan danne grunnlag for etterforskning og begjæring om påtale, kan komme til tilsynsmyndigheten fra pasienter, pårørende, eller ved at tilsynsmyndigheten oppretter tilsynssak på eget initiativ. Saker kan også ha bakgrunn i melding til politiet om unaturlig dødsfall som kan skyldes feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av skade eller sykdom. Politiet kan også på andre måter få kjennskap til forhold i helsetjenesten der det kan være aktuelt å vurdere straff etter helsepersonelloven.

Påtalebestemmelsen forutsetter samarbeid mellom tilsynsmyndighet og påtalemyndighet. Det er fastsatt retningslinjer for samarbeidet og saksbehandlingen i rundskriv både fra Riksadvokaten og fra Helsetilsynet (1, 2).

Politiet skal som hovedregel forelegge saken for Helsetilsynet i fylket før det igangsettes etterforskning. Helsetilsynet i

fylket kan også gi råd om at enkelte forhold bør klarlegges i etterforskningen.

Senest innen seks måneder etter at forholdet ble kjent for tilsynsmyndigheten, skal det være vurdert om det skal begjæres påtale. Saken skal da være ferdig etterforsket av politiet. Helsetilsynet i fylket forbereder saken og vurderer om den skal oversendes til Statens helsetilsyn. Helsetilsynet beslutter om det skal begjæres påtale etter en vurdering av om det foreligger et markant avvik fra forsvarlighetskravet. Markant avvik betyr at forholdet er langt fra det som kan forventes av virksomheten eller helsepersonellet. Det legges til grunn at det skal være høy terskel for å reagere med straff i saker som gjelder feilbehandling og at det skal foretas en samlet rimelighetsvurdering av straff og administrativ reaksjon.

Litteratur

1. Lov om helsepersonell – påtalemessige direktiver. Riksadvokatens rundskriv 5/2001. Oslo: Riksadvokaten, 2001.
2. Fylkeslegens bistand til politiet – helsepersonelloven § 67 annet ledd. Helsetilsynets rundskriv IK-13/2001. Statens helsetilsyn, 2001.

Sosialombud

mellom tjenester og brukere

*Sosionom Krishna Chudasama,
sosialombud i Fredrikstad kommune*



Krishna Chudasama

Sosialombudsordningen er et resultat av de siste års diskusjon om brukermedvirkning og innretning av tjenester. Etter to sentrale stortingsmeldinger, Utjanningsmeldinga og Velferdsmeldingen (1, 2) ble det satt i gang et pilotprosjekt med ombudsordninger i noen kommuner i 1998.

En evaluering konkluderte at ombudsordningene er nyttige og at staten eventuelt må delfinansiere kostnader for å støtte kommuner som vil etablere eller videreføre ombudsordningene (3). I de to siste tilsynsmeldingene fra Helsetilsynet er ombudsordninger nevnt som et virkemiddel for å sikre rettssikkerheten til brukere av sosiale tjenester (4, 5).

Kommunestyret i Fredrikstad opprettet sosialombud for tre år siden. Bakgrunnen var blant annet tilbakemeldinger om at mange syntes det var vanskelig å vite hva slags hjelp de hadde krav på. Sosialombudet fikk i oppgave å ivareta brukernes rettigheter overfor tjenestene og styrke brukermedvirkningen. Siden opprettelsen har sosialombudet fått mer enn 1 500 henvendelser. Ombudet gir bistand til brukere og pårørende slik at de raskest mulig kan få den hjelpen de har krav på fra kommunale, fylkeskommunale eller statlige instanser.

Hvem kontakter sosialombudet

Brukere av sosialombudsordningen er primært de som mottar eller er potensielle søkere av sosialtjenester. Sosialtjenesteloven er omfattende og favner mange brukere med sammensatte behov. Som regel har brukerne kontaktet flere tjenestesteder og føler at de ikke når fram i det ordinære systemet før de henvender seg til ombudet. Brukere eller pårørende blir ofte hen-

vist av servicetorget i kommune, Fylkesmannen, media, sosialtjenesten eller trykdestaten for å søke bistand hos sosialombudet. Hver gang ombudet er omtalt i media, fører det til stor pågang av brukere. Brukere fra nabokommuner ringer også for å få bistand, men kan kun få råd og veiledning.

Arbeidsform

De fleste henvendelser kommer på telefon, men e-post og fremmøte på kontoret er også vanlig. Hoveddelen av ombudsarbeidet er å møte brukerne til samtale, lytte og avklare behov for støtte, veiledning og informasjon om klageordninger. I de fleste saker tas det telefonisk kontakt med innklaget instans. Mange saker lar seg løse ved at ombudet tar opp enkelte saker med saksbehandler. Dette bidrar til at den enkelte bruker får en dialog med saksbehandler, får avklart saken og kommer frem til et godt resultat på kortere tid. Ombudet bistår også med å utforme klager eller skriftlige henvendelser til tjenesten. Sosialombudet får innsyn i saker, registrerer disse i et dataprogram og systematiserer svakheter ved rutinene. På dette grunnlaget kan de gi en samlet tilbakemelding til ansvarlige ledere i månedlige møter. Det tas ofte opp saker som fører til endring av praksis.

Sosialombudet er et eget organ under kommunestyret. Ombudet rapporterer direkte til kommunestyret og gir ut egen

Litteratur

1. St.meld. nr. 50 (1998/99). Utjanningsmeldinga.
2. St.meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen.
3. Romøren TI, Svorken B. Velferdsstat og velferdskommune. Iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag. NOVA Rapport 12/2003. Oslo: NOVA, 2003.
4. Halvorsen K, Stjernø S. Sosialklienter og utfordringer for et framtidig sosialtilsyn. Tilsynsmelding 2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002.
5. Terum LI. Portvakter i velferdsstaten. Tilsynsmelding 2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
6. <http://www.sto.no/Østfoldforskning> har evaluert sosialombudsordningen i Fredrikstad kommune.

årsmelding. Stillingen er fristilt fra forvaltningen i kommunen. Ombudet utfører virksomheten selvstendig og uavhengig. Dette styrker ombudets legitimitet.

Få kommuner har egen ombudsordning. Det ble etablert et ombudsnettverk for kommunale ombud i 2004. Fredrikstad har et sosialombud for brukere av sosialtjenester og et brukerombud for eldre, funksjonshemmede og syke. Ombudene utveksler erfaringer og søker råd hos hverandre i vanskelige saker. Det er stor variasjon i virketid for ombudene. Lengste virketid har sosialombudet i Oslo. Ombudene har stort sett samme stillingsinstruks, men definisjon på brukergrupper og titler varierer. Årsmeldingen til de fleste ombudene viser at de får en stor andel av sosialsaker og en liten andel av andre tjenester. De fleste ombudene savner et egnet forum lokalt for drøfting av saker.

Eksempler på saker og hva ombud kan gjøre

Det er mange og sammensatte årsaker til at brukere oppsøker sosialkontorer. Problemstillingene krever ofte langt mer enn standardiserte løsninger. Ofte opplever brukere i møtet med tjenesteapparatet at deres situasjon ikke er tilpasset regelverket.

For eksempel vises det ofte til faste rutiner og "rigide satser" for sosialhjelp. Brukere ønsker å bli møtt på egne premisser, som hele personer som befinner seg i en vanskelig situasjon eller er i en vanskelig periode i sitt liv. De vil at deres egen situasjonsbeskrivelse skal være gyldig, like gyldig som saksbehandlernes. Dette krever økt individuell behandling og mer bruk av skjønn fra tjenesteapparatet. Brukere blir ofte møtt med at tjenesteapparatet ikke kan hjelpe dem med deres problem og de sitter igjen med en følelse av at vanskene er deres egne og at problemet bare er deres. En slik opplevelse forsterkes ofte når det ikke er god dialog mellom partene. Dermed klager mange brukere på måten de blir møtt på, behandlingen de får og de ønsker å bytte saksbehandler. Fylkesmannen har begrenset mulighet til å gå raskt inn i slike saker, men sosialombudet går ofte inn i saker utenom de formelle klageordninger, for å oppklare misforståelser på kort tid og gjenoppretter dialog mellom brukere og fagpersoner.

Erfaringen viser at mange nye brukere opplever høye terskler for å ta kontakt med

det offentlige. Mange klager ikke så lett på avslag. Det kan være flere grunner til det. Vi har indikasjoner på at flere burde klage formelt på avslag de opplever som uriktige. Antall klager kan gi indikasjon på kvaliteten på tjenesten, men mange gir opp på grunn av lang klagesaksbehandlingstid. Noen brukere opplever å ikke bli forstått eller at de selv ikke kan forstå tekst og lovhenvisinger i vedtak. En bruker uttrykte seg slik: "Dette er et brev fra en jurist til en annen jurist". Sosialhjelpsmottakere er blant de mest sårbare i samfunnet, og forutsigbarhet og kort saksbehandlingstid er viktig for dem. Ombud på kommunalt nivå jobber for at brukere skal få løst sakene sine raskest mulig og unngå unødig byråkratisering.

Refleksjon

Tildeling av økonomisk stønad er i stor grad overlatt til fagpersoner som bestemmer og utøver forvaltningens skjønn. Fylkesmannen har begrenset mulighet til å føre tilsyn med det som skjer i møte mellom brukere og fagperson. Det er en stor utfordring og risiko for ubalanse når bare en etat/tjenesteyters forståelse skal være gjeldende for de anbefalinger og vurderinger som gjøres både i første vedtak og i en klagesak. Denne risikoen forsterkes når klagen i praksis behandles av samme saksbehandler og drøftes med Fylkesmannen før den endelig sendes til Fylkesmannen. Fylkesmannen har også en uheldig dobbeltrolle; som rådgiver overfor sosialtjenesten og som klageinstans. Slik er det ikke for pasienter som klager på helsetjenester. I henhold til pasientrettighetsloven kan de få "second opinion" hos en "annen lege". Dette illustrerer hvor stor risiko det er for ikke å få riktig hjelp dersom faglig skjønn i praksis er overlatt til en fagperson både ved ordinær behandling og ved klagebehandling. Brukere av sosialtjenester har en svak klagemulighet hos fylkesmannen og de står svakt i forhold til rettsikkerheten. Med denne praksisen føler mange brukere seg maktesløse. Praksis og behandlingstid ved klagesaker bør gjennomgås på nytt for å sikre og styrke rettsikkerheten.

Erfaringer

Samspillet mellom bruker, tjenesteapparat og sosialombud har avslørt enkelte svakheter ved rutiner og har ført til at disse enten er blitt skjerpet eller endret. En tredel av henvendelsene til ombudet kommer fra

pårørende eller offentlig ansatte som enten råder eller henviser brukere til å søke om bistand hos sosialombudet. Sosialombudet har opparbeidet seg tillit blant samarbeidspartener som sosialtjenesten, trygdekontoret, Aetat og Fylkesmannen, og har stort sett god erfaring med å ta opp forhold med tjenesteapparatet på telefon eller møter. Brukere setter pris på sosialombudsordningen, og saksmengden øker, går det fram av årsmeldinger og en rapport fra Østfoldforskning (6). Politikere og interesseorganisasjoner i nabokommuner ber ofte om en presentasjon av ombudsordningen med tanke på å få til en tilsvarende ordning i deres kommune.

Sosialombudsordningen er ikke et hurtig alternativ til ordinær saksbehandling, heller ikke kompensasjon for eksisterende tjenester eller klageordninger. Sosialombudet virker integrerende og har fokus på brukernes erfaring i møte med tjenestesteder, klageorganer og tilsynsmyndigheter og styrker rettsikkerheten til brukere av sosiale tjenester. Sosialombudsordningen er et reelt supplement til de eksisterende tjenester og klageorganer med felles overordnet mål – å bedre kvaliteten på tjenestene (6). I dag opplever vi at inngangsporten til velferdsordninger som dagpenger, rehabilitering strammes til. Dette medfører store konsekvenser for de svakeste i samfunnet som blir avhengig av offentlig minste inntektssikring. Dette øker viktigheten av å føre tilsyn med sosialkontorene. Ombudsordninger er ikke lovpålagte, men er et korrektiv til og bidrar til å forbedre lovpålagte oppgaver i sosialtjenesten. Resultatet er at tjenestene blir mer åpne og grundige i møte med brukerne og i saksbehandlingen. Brukere er ofte misfornøyd både med måten de blir møtt på og saksbehandlingstiden. Kun 13 av 846 klager i 2003 handlet om utmåling av økonomisk stønad. Dette bekrefter at brukerne er mest opptatt av kvaliteten på saksbehandlingen og innrettingen av tjenester. Ombudsordningen kan i denne sammenheng ivareta en viktig oppgave i velferdssamfunnet, styrke rettsikkerheten og utfylle Fylkesmannens og tilsynsmyndighetens roller.

Sosialombudets stillingsinstruks, årsmeldinger, formål, eksempler på saker:

www.fredrikstad.kommune.no/sosialombudet

Sosialhjelpsmottakere er blant de mest sårbare i samfunnet, og forutsigbarhet og kort saksbehandlingstid er viktig for dem. Ombud på kommunalt nivå jobber for at brukere skal få løst sakene sine raskest mulig og unngå unødig byråkratisering.

Områder for landsomfattende tilsyn i 2005

Statens helsetilsyn gjennomfører flere landsomfattende tilsyn hvert år. Tilsynene skal dekke både systemrevisjon og annen tilsynsaktivitet, kalt områdeovervåking.

Ved valg og prioritering av områder legger Helsetilsynet vekt på:

- områder som har stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet
- områder der det er stor sannsynlighet for svikt
- områder der konsekvensene av svikt er alvorlige for brukere og pasienter
- områder der brukere og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

For 2005 har Helsetilsynet besluttet å gjennomføre landsomfattende tilsyn på områdene:

- Kommunale helse- og sosialtjenester til voksne brukere utenfor institusjon med langvarige og sammensatte behov.
- Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.
- Somatisk spesialisthelsetjeneste der temaet er kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling.

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov som bor utenfor institusjon

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene skal gjennomføre tilsynet. Målet er å finne ut om og hvordan kommunen etterlever myndighetskrav i tjenesteutøvelsen overfor disse personene. Resultater fra Helsetilsynets nasjonale undersøkelse i pleie- og omsorgstjenesten i 2003 er lagt til grunn ved avgrensning av tilsynet. Et viktig funn i undersøkelsen var at tjenestemottakere med psykiske lidelser og sterkt hjelpeavhengige tjenestemottakere som bor i sin egen opprinnelige bolig, får et mer utilstrekkelig tjenestetilbud enn andre tjenestemottakere. Det gjelder både omfang og innhold i tilbudet. Helsetilsynet vil undersøke hvordan kommunene utreder den enkeltes behov, utformer og tildeler tjenester og gjennomfører tiltak.

Landsomfattende tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

Området er valgt fordi tilsyn med sosiale tjenester i kommunene har vist at det forekommer bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede uten at det foreligger vedtak om dette. Tilsynserfaringer viser også at det er kommuner som ikke i tilstrekkelig grad sikrer at ansatte sender melding om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner. I noen kommuner får ikke de ansatte tilstrekkelig tilbud om opplæring og veiledning.

Tilsynet skal rettes mot kommuner/bydeler som har fattet vedtak om bruk av tvang og makt og/eller har sendt melding til fylkesmannen om bruk av skadeavvergende tiltak i nødssituasjon. Tilsynet gjelder kommunale, sosiale tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, ikke kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene skal gjennomføre tilsynet både ved systemrevisjon og ved stedlig tilsyn.

Landsomfattende tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som har akuttfunksjon innen gastrokirurgi (mage-tarm-kirurgi) og behandler kreft i fordøyelseskanalen

Temaet for dette tilsynet er kommunikasjon i forhold til å sikre forsvarlig pasientbehandling. Bakgrunnen er at manglende tilgjengelig av relevante data for rette vedkommende til rett tid, synes å være en sikkerhetsrisiko i det moderne helsevesenet. Tilsynet skal omfatte kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom avdelinger/enheter og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende.

For å målrette det landsomfattende tilsynet best mulig, er det valgt ut aktiviteter, prosesser og funksjoner der svikt vil kunne få negative eller skadelige konsekvenser for pasientene.

Rusmiddelmisbruk

viktigste årsak til tap av autorisasjon

Statens helsetilsyn behandlet 237 saker om alvorlige hendelser i helsetjenesten i 2004. Det var 65 flere enn i 2003. Helsetilsynet gav reaksjoner i 148 av sakene, mot 125 året før. 101 saker ble avgjort uten reaksjon.

Grunnlaget for å reise tilsynssak er oftest klager fra pasienter og pårørende. I saker som resulterte i tap av autorisasjonen, kom de fleste henvendelsene fra arbeidsgiver (30 saker) og i noen tilfeller fra påtalemyndigheten (8 saker). Bare sju saker var initiert av pasientombudet i 2004. Også informasjon fra media, erstatningssaker og ulike meldinger kan danne grunnlag for tilsynssak. Dersom Helsetilsynet i fylket mener at det er grunnlag for å reagere mot helsepersonell, blir saken sendt til Statens helsetilsyn, som har myndighet til å gi formelle reaksjoner som å tildele advarsel eller å frata helsepersonellet autorisasjonen.

Antall reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn har økt fra 125 reaksjoner i 2003 til 148 i 2004. Det var 60 som mistet autorisasjonen som helsepersonell i 2004, mot 56 året før. Bakgrunnen for at autorisasjonen ble kalt tilbake, er i de fleste tilfeller misbruk av rusmidler eller andre personlige forhold.

Helsetilsynet behandlet 237 saker i 2004. Det ble gitt 148 reaksjoner og 21 vedtak ble pålagt til Statens helsepersonellnemnd. Over halvparten av tilsynssakene som ble avsluttet med reaksjon mot enkeltpersonell, ble rettet mot leger. 38 leger fikk advarsel, 19 mistet autorisasjonen og 9 mistet rekviseringsretten for legemidler i gruppe A og B. Blant de som mistet autorisasjonen, hadde fire leger allerede mistet

den i et annet nordisk land. Som konsekvens av dette fikk de også tilbakekalt sin norske autorisasjon.

26 helsepersonell mistet autorisasjonen på grunn av rusmiddelmisbruk. 15 av disse var sykepleiere. 10 mistet autorisasjonen på grunn av atferd, herunder kriminelle handlinger som ble ansett som uforenlig med virksomhet som helsepersonell, seks på grunn av seksuell utnyttning av pasient, fire på grunn av egen sykdom og fem fordi de på forhånd hadde mistet annen nordisk autorisasjon som lå til grunn for den norske. De resterende autorisasjonstapene skyldtes alvorlige brudd på helsepersonelloven.

17 virksomheter fikk kritikk fra Statens helsetilsyn for utilstrekkelig organisering, herunder utilstrekkelige systemer for internkontroll. 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 helsetilsyn, sett i forhold til det totale antall avsluttede saker.

Til tross for økt saksmengde var saksbehandlingstiden stort sett uendret. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for tilsynssaker var 8,2 måneder (i 2003 tok det 8,9 måneder), median var 6,3 måneder. Per 31. desember 2004 var 142 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn.

Bakgrunnen for at autorisasjonen ble kalt tilbake, er i de fleste tilfeller misbruk av rusmidler.

Tabell 1 Antall tilsynssaker i perioden 2002-2004

	Reaksjon	Ingen reaksjon
2002	103	71
2003	125	55
2004	148	101

Tabell 2 Helsetilsynets reaksjoner mot helsepersonell 2004 (tall for 2003 i parentes)

	Advarsel	Tap av autorisasjon	Tap av rekviseringsrett	Begrenset autorisasjon
Lege	38 (37)	19 (16)	9 (2)	1 (3)
Tannlege	5 (2)	2 (2)	0 (0)	
Psykolog	2 (6)	1 (3)		1 (0)
Sykepleier	4 (6)	25 (28)		3 (0)
Hjelpleier	1 (2)	7 (3)		0 (1)
Vernepleier	0 (0)	2 (1)		0 (0)
Jordmor	0 (1)	0 (0)		0 (0)
Fysioterapeut	2 (2)	1 (2)		0 (0)
Andre grupper	2 (1)	3 (1)		0 (0)
Uautoriserte	3 (2)			
Totalt	57 (59)	60 (56)	9 (2)	5 (4)

Tabell 3 Årsaken til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgrupper

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rus	15	4	5	2	26
Sykdom	0	0	3	1	4
Seksuell utnyttning av pasient	2	1	2	1	6
Atferd	3	1	4	2	10
Uforvarlighet	2	1	0	2	5
Ikke innrettet seg etter advarsel	0	0	1	1	2
Mistet autorisasjon i utlandet	1	0	4	0	5
Annet	2	0	0	0	2
Sum	25	7	19	9	60



Pål Kristian Molin



Marius Råkil

Menns vold

i nære relasjoner

– et helseproblem?

Menns utøvelse av vold i nære relasjoner har eksistert til alle tider. Først de siste tiårene er dette blitt et offisielt problem både i Norge og i resten av verden. En viktig dimensjon ved volden er at den er et omfattende helseproblem; for kvinner, barn og mennene selv.

*Psykolog/nestleder Pål Kristian Molin
og psykolog/leder Marius Råkil
Alternativ til Vold*

Vold representerer et helseproblem både ved at psykiske vansker kan ligge til grunn for utøverens voldsbruk og ved at volden skaper store helseproblemer hos dem som utsettes for den. Vold som helseproblem skaper betydelige helsekostnader for samfunnet (1). Nordiske studier viser at forekomsten av vold i hjemmet i vår del av verden er alarmerende (2, 3).

Menns vold mot kvinner representerer et betydelig helseproblem i den forstand at volden skader kvinner, barn og menns helse i alvorlig grad. I tillegg kommer ringvirkninger som berører deres sosiale nettverk og samfunnet forøvrig. Fagkunnskapen som vokste frem på 1970- og 1980-tallet, som et resultat av kvinnebevegelsens arbeid, har gjort at menns vold i nære relasjoner er et problem som samfunnet langt på vei har erkjent og tar alvorlig.

Vold som menn utøver har mange problemnivåer, fra volden som et samfunnsproblem til volden som et mannsproblem. Alle nivåene er viktige for å skape en best

mulig forståelse og gi best mulig hjelp. Men helsedimensjonen har lett for å forsvinne i analysen. Hva gjør volden med helsen til de som er involvert? Hvilke deler av helsetjenesten er rettet inn mot å hjelpe de utsatte, vitnene og utøveren selv? Har vi nok kunnskap? Utredningen *Kvinnens helse i Norge* påpekte at "bare i en svært liten grad ser det ut til at de ordinære helsetjenestene makter å ta opp problemet med vold i hjemmet" (4). I Norge har det særlig vært krisesentrene og enkelte aktører i behandlingsapparatet samt politiet som har arbeidet med å møte de mennesker som rammes av volden.

En viktig grunn til at vold ikke blir oppdaget eller ikke gjøres noe med, er at behandlere og helsepersonell ikke forholder seg til eller tar opp volden med den de snakker med. Vår erfaring er at de utsatte, utøvere og vitner til volden i liten grad tar opp det som har skjedd, eller de omskriver og bagatelliserer erfaringene hvis de blir tatt opp. En viktig lærdom for ansatte i helsetjenesten



ten som møter medlemmer av voldsrammede familier, er at man sjelden får vite om vold hvis man ikke spør. Helsepersonell er i svært liten grad opplært til å snakke om vold med mennesker de møter. Bare unntaksvis har de undervisning om temaet i grunnutdanningen. Man kan se på dette som utdanningsmyndighetenes signal om at basiskunnskap om vold og de som er berørt av den, ikke er nødvendig kunnskap. Helsepersonell har generelt lite kunnskap om hvilke hjelpetilbud som finnes. Sikkerhetsarbeid med kvinnen og farlighetsvurderinger av mannen er det svært få

som har erfaring med. I regjeringens nye handlingsplan "Vold i nære relasjoner," er ett av tiltakene et prøveprosjekt ved svangerskapskontroller, der det stilles rutinemessige spørsmål om vold (5). Slike tiltak i helsetilsynet er enkle, men svært virkningsfulle.

En konsekvens av at vi først i den senere tid har begynt å se vold som psykologisk problem, er at vår profesjonelle forståelse av vold ikke er en integrert del av vår forståelse av helse og uhelse. Barn og unges psykiske vansker kan illustrere dette. De offentlige hjelpetiltakene på dette område

det er delt inn i barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. Dersom et barn har psykiske vansker, hører det hjemme i barne- og ungdomspsykiatrien. Har barnet atferdsvansker, hører det hjemme i barnevernet. Vanligvis har barn og unges vold blitt sett på som et atferdsproblem. Skal de få hjelp i barne- og ungdomspsykiatrien, må de ha diagnostiserbare psykiske problemer i tillegg. Hos voksne personer forsvinner denne todelingen i hjelpeapparatet. For denne gruppen er psykisk helsevern samfunnets tilbud. Hvor blir det av atferdsvan-skene når man ikke lenger betegnes som

forts. s. 20

I regjeringens nye handlingsplan "Vold i nære relasjoner" er ett av tiltakene et prøveprosjekt ved svangerskapskontroller, der det stilles rutinemessige spørsmål om vold.



ungdom? Det kan se ut som det er krimina-
lomsorgen som kommer nærmest en slags
videreføring av barnevernets område.

Denne organiseringen kan ses på som
en speiling av vår manglende forståelse av
vold som psykologisk problem – og helse-
problem. Vi har lenge vært opptatt av barn
av psykisk syke eller rusmisbrukende forel-
dre. De siste årene er vi blitt opptatt av barn
som lever med vold i hjemmet. Det er blitt
vanlig å bruke begrepet dobbeldiagnoser i
helsevesenet, med referanse til sammen-
hengene mellom rus og psykiske lidelser.
En tilsvarende kopling mellom vold og psy-
kiske problemer er i liten grad en anerkjent
sammenheng.

Når vi snakker om barn og unge som
utøver vold, snakker vi primært om gutter.
Når vi snakker om voksne som utøver vold,
snakker vi primært om menn, og vi snakker
om kvinner som hovedgruppe som utsettes
for vold. Vold som problem er altså i hoved-
sak knyttet til mannekjønnen. Dersom det er
en rimelig påstand at helse- og sosialsektor-
en preges av manglende kunnskap om og
forståelse av vold som helseproblem, inne-
bærer dette manglende kunnskap om vold
som kjønnen problem. Dette vil igjen for-
dre utvikling og bruk av metodikk som er tilpas-
set denne dimensjonen ved volden.

Ansatte i norsk helsevesen må ha kunn-
skaper om helseskadene av vold, hvordan
de kan ha oppstått og hvordan de kan fore-
bygges. Historisk sett har mange voldsut-
satte kvinner blitt møtt av hjelpere som
"hysteriske og nervøse" kvinner. Allmenn-
leger kan ofte for lite om posttrau-
matisk stressforstyrrelse (PTSD), en lidelse
som mange voldsutsatte kvinner og barn
har. Svært mange av symptomene man
utvikler ved å bli utsatt for vold er normale
reaksjoner på unormale forhold, men for
hjelpeapparatet blir dette ofte symptomer
eller reaksjoner som man ikke forstår eller
ser kilden til.

Menns vold i nære relasjoner rammer
også barn. Volden berører barna både som
direkte utsatt for vold og som vitner til vol-
den. Enkelte studier antyder at opptil 50 %
av menn som utøver vold mot partneren,
også bruker vold mot egne barn. Behandling
av menn som utøver vold og kvinner utsatt
for vold, bør derfor inneholde kartlegging av
barns situasjon. Barn kan få de samme
helsemessige skadene av volden som
kvinner, men noen spesifikke skader vil gjel-
de for barna. For eksempel viser nyere forsk-
ning at det er en sammenheng mellom
utviklingen av tilknytningsforstyrrelser og
opplevd vold hos spedbarn. Disse utviklings-
forstyrrelsene viser igjen en sammenheng
med utvikling av dissosiative lidelser som
voksen. Barn med PTSD etter voldserfaring-
er har symptomer som er svært overlapp-
pende med symptomer på ADHD (attention
deficit/hyperactivity disorder). Står man i
fare for å feildiagnostisere disse barna? Som
for kvinnene har barna som lever med vold
svært få konkrete hjelpetiltak, særlig innen
helsevesenet. Nærmere 2 000 barn og 4
000 kvinner bruker hvert år landets krisesen-
tre i omkring 80 000 døgn.

Volden som menn utøver, skader også
mennene selv. Dette området er lite utfor-
sket, men det er naturlig å anta at volden
gir konkrete opplevelser som fører til dårlig-
ere helsetilstand. Skam og skyldfølelse
etter vold kan for eksempel bidra til en
utvikling av depresjoner og rusproblemer.
Hvis volden resulterer i tap av partner og
barn ved samlivsbrudd, kan man si at dette
vil kunne føre til økte helseplager. Noen
helseundersøkelser indikerer at menns
helse er best når de er i et parforhold.
Voldsutøvende menn har svært få spesi-
liserte hjelpetiltak (6). Det offentlige tilbudet
innen psykisk helsevesen har i liten grad til-
budt behandling for voldsproblemer.

Norge mangler behandlingstilbud til
kvinner som er utsatt for vold fra sin part-

ner, og det er få deler av hjelpeapparatet
som oppgir kompetanse og behandlingsska-
pasitet. Et annet problem er at det bare fin-
nes få voldtekstmottak for kvinner, noe
som står i sterk kontrast til omfanget av
voldtekter. Foruten voldtekstmottakene er
det eneste spesialiserte behandlingstilbu-
det for voldsutsatte kvinner Partner-
tjenesten ved *Alternativ til Vold (ATV)*.
Tilbudet er bare for partnere til voldsutø-
vende menn som oppsøker ATV, og det er
et egenfinansiert tilbud.

Helsevesenet står med andre ord over-
for flere utfordringer. Utfordringene kan,
etter vårt syn, beskrives som todelt. Helsevesenet har for lite kompetanse på
temaet, i tillegg til at konkrete hjelpetiltak
og spesialiserte tilbud framdeles er stor
mangelvare. Disse utfordringene tror vi
handler om en manglende integrert grunn-

**...at det bare finnes få
voldtekstmottak for
kvinner, noe som står i
sterk kontrast til omfanget
av voldtekter.**

forståelse av de psykologiske og helsemessige
sidene ved vold; årsaker til vold, opp-
rettholdende faktorer etc. Gjennom regje-
ringens siste handlingsplan har myndighe-
tene tatt et stort skritt i retning av å møte
det store kunnskaps- og hjelpebehov som
finnes. Det gjenstår å se om den samlede
innsatsen på dette feltet bidrar til den
endring i grunnforståelse av vold som er
nødvendig, for at samfunnet skal makte å
møte barn, kvinner og menns behov for
hjelp.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner. NOU 2003: 31. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2003.
2. Lundgren E et al. Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer, 2001.
3. Pape H, Stefansen K. Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Rapport nr. 1/2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2004.
4. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
5. Handlingsplan Vold i nære relasjoner (2004-2007). Oslo: Justis- og politidepartementet, 2004.
6. Råkil M, red. Menns vold mot kvinner. Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

Hva viser kartleggingen i pleie- og omsorgstjenesten?

Boform og medisinske og helsemessige behov ser ut til å være utslagsgivende når tjenestetilbudet for personer under 67 år og personer med psykiske lidelser, blir vurdert som utilstrekkelig.

Den nasjonale undersøkelsen i pleie- og omsorgstjenesten som Helsetilsynet gjennomførte i 2003, gav ny kunnskap om viktige sider ved sektoren (1). Med bakgrunn i dette materialet har Helsetilsynet sett nærmere på informasjon vi kan hente ut om personer under 67 år og personer med psykiske lidelser i alle aldre (2).

Av totalutvalget på 13 240 tjenestemottakere var 1974 under 67 år. Disse fordeler seg forholdsvis likt i tre kategorier:

- en tredel er personer med psykisk utviklingshemming
- en tredel er personer med psykiske lidelser
- drøyt en tredel av tjenestemottakere har en somatisk lidelse som hovedårsak til at de har behov for kommunale sosial- og helsetjenester.

Når vi sammenlikner tjenestemottakere som er over 67 år, med de som er yngre

enn 67 år, finner vi:

- medfødte funksjonshemninger, skader, multipl sklerose og rusmiddelmissbruk er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år
- tjenestemottakere som er under 67 år, har et noe bedre funksjonsnivå enn de eldre, men forskjellene er små
- de under 67 år bor oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard (35 %) og i sitt eget opprinnelige hjem (40 %). De bor sjeldnere i institusjon (8,3 %).

Tjenestetilbudet til de under 67 år blir oftere ansett for å være utilstrekkelig. Det ser ut til å henge sammen med medisinske og helsemessige behov og bosted mer enn med alder (2).

1590 av tjenestemottakere i utvalget har en eller annen form for psykisk lidelse som hovedårsak til at de har behov for tjenester. 557 (35%) av disse er under 67 år, 1033 (65%) er over 67 år. Undersøkelsen viser at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilfredsstillende tjenester enn andre tjenestemottakere uavhengig av alder(2). Helsetilsynets undersøkelse gir

ikke noe entydig svar på hvordan man skal forstå at kommunene ikke synes å strekke til overfor personer med psykiske lidelser. Det kan være fordi det dreier seg om personer med behov for tjenester med annet innhold og annen innretning enn flertallet av tjenestemottakerne i sektoren. Kanskje kan dette være tjenestemottakere som ikke søker eller ønsker kontakt med tjenesteapparatet, selv om det er faglig grunnlag for å gi slike tjenester.

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at enkelte grupper tjenestemottakere systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester. I 2005 skal Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gjennomføre landsomfattende felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov og som bor utenfor institusjon. Målet med tilsynet er å finne ut om kommunen etterlever myndighetskrav i tjenestetøvelsen overfor disse personene (se omtale av tilsynet s. 16).

Litteratur

1. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
2. Romøren Tl. Videreføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Internt arbeidsdokument med analyser for Statens helsetilsyn. Oslo: 2005.

Hva viser tilsyn med sosiale tjenester innen pleie og omsorg?

I 104 av 116 tilsyn innen kommunale pleie- og omsorgstjenester som ble gjennomført i 2003 og 2004, ble det påpekt ett eller flere brudd på krav fastsatt i lov eller forskrift. 31 av tilsynene var felles helse- og sosialtilsyn.

Tilsynsrapportene viste:

- Kommunene mangler ofte systematiske styringssystemer som sikrer god praksis og systematisk lærings- og forbedringsarbeid. Det pekes ofte på mangler ved avvikshåndtering og at ansatte mangler kunnskap om og forståelse for internkontroll. Internkontroll er i liten grad innarbeidet i kommunene.
- Kommunene mangler ofte rutiner som sikrer brukernes rettigheter i saksbehandling ved tildeling, endring og iverksetting av tjenester. Enkelte kommuner benytter faste normer for utforming og omfang av tjenester og tildeler tjenester uten å legge vekt på individuelle behov i tilstrekkelig grad. Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav til

saksbehandling. Dette svekker brukernes rettssikkerhet og kan føre til at mange ikke får tjenester de har krav på. Individuelt tilpassede tjenester og aktiv medvirkning fra bruker, eventuelt representant for bruker, har vært sentrale styringssignaler i flere år. Kommunene har spesielle utfordringer for å ivareta rettssikkerheten til brukere som har nedsatt evne til å uttrykke egne ønsker og behov.

- Kommunene driver mye med opplæring, men det varierer hvor omfattende og systematisk opplæringen er. Det mangler ofte systematiske tiltak som sikrer at ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om tjenestene de yter. Nok personell med nødvendig kunnskap og ferdigheter er avgjørende for at brukerne skal få et forsvarlig og tilstrekkelig tjenestetilbud. Helsetilsynet er bekymret for at kommunene ikke i tilstrekkelig grad sikrer at ansatte har nødvendig kunnskap og ferdigheter.

Hva viser tilsyn med kommunenes bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede?

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Det kan føre til at brukere utsettes for faglig og etisk uforsvarlige tjenester og at den enkeltes rettssikkerhet ikke ivaretas.

- I rundt halyparten av tilsynene forekommer uhjemlet tvangsbruk i kommunene.
- Mange steder sendes det ikke meldinger til fylkesmannen når ansatte har brukt tvang for å forhindre skade i nødssituasjon.
- Kommunene utarbeider ofte prosedyrer, men de gjøres ikke i tilstrekkelig grad kjent for ansatte og innarbeides ikke i praksis. Når kommunene mangler kontroll med og oversikt over bruk av tvang og makt kan det øke risiko for tvangsbruk.

Eksempler på formelle mangler ved vedtakene:

- det mangler henvisning til lov hjemmel
- det fremkommer ikke hva det er søkt om, bare hva som er innvilget av tjenester
- det er ikke opplyst om retten til å se sakens dokumenter
- hjelpen er ikke spesifisert
- begrunnelse for vedtak mangler eller er mangelfull
- bruker har ikke skriftlig vedtak på hjelpen som gis

Litteratur

Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemming og kommunens generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven § 4-2, a-e - tilsynsferinger 2003 - 2004. Rapport fra Helsetilsynet 6/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.



Ingrid Lycke Ellingsen

Kompromissløs mot tortur

Per Halvorsen

Ikke la deg lure av Ingrid Lycke Ellingsens vevre bestemorsskikkelse. Den har til og med fått velfødde ukrainske politimenn med militær grad til å nikke i takt for menneskerettighetene. For sitt arbeid ble den pensjonerte psykiateren tildelt Karl Evangs pris for 2004.

Som utsending for Europarådets torturkomite hadde Lycke Ellingsen saumfart en politistasjon som var et stykke unna å fremstå som mønsterbruk i human fangebehandling. Nå satt hun der, rett overfor 25 staute karer i uniform, og skulle gi sine anbefalinger.

– Jeg følte meg ikke høy i hatten, men på vegne av menneskerettighetene kan man ikke inngå kompromisser. Og politimennene lyttet i hvert fall til det jeg hadde å si, forteller den tidligere fylkespsykiateren hos fylkeslegen i Buskerud.

I snart 12 år har hun reist rundt i Europas fengsler og lukkede anstalter som medlem av ekspertpanelet til European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Mandatet er å forebygge tortur og overgrep på menneskeverdet. Bortsett fra Hviterussland, har samtlige europeiske nasjoner sluttet seg til konvensjonen.

Glidende overgang

25 land og et ukjent antall institusjoner har 71-åringen rukket å besøke siden hun i 1993 ble foreslått av daværende sosialminister Grete Knudsen. Hun understreker at CPT først og fremst skal styrke rettssikkerheten til de som har blitt berøvet sin frihet. – Vår oppgave er ikke å fordømme enkeltland som bryter konvensjonen. Derfor er konfidensialitet og samarbeid et bærende prinsipp, forklarer hun.

Hvis et land nekter å samarbeide, forbeholder komiteen seg likevel retten til å gå ut offentlig.

Lycke Ellingsen opplever en ekte vilje til å humanisere de lukkede anstaltene.

– Ingen synes det er noe stas å være den slemmeste gutten i klassen, sier hun.

Hun underslår likevel ikke at tortur forekommer, også i Europa. Det har Amnesty dokumentert, og hun har selv vært med på å lete frem stokker og andre gjenstander som åpenbart har hatt som siktemål å straffe eller tvinge frem opplysninger eller en tilståelse.

Men den reinspikka torturen, slik den blir beskrevet i mediene eller fremstår i vår mest marerittaktige fantasier, tilhører ikke hverdagen i hennes arbeid for menneskeverdet. Den handler om å sikre dem som er frarøvet friheten, nærmere bestemte standarder for menneskeverdig behandling. I følge Lycke Ellingsen kan det være en glidende overgang mellom tortur og umenneskelig behandling:

– For noen kan det å være én av 45 fanger, som må dele 28 senger og sove på skift i fire timer om gangen, påføre såpass mye lidelse at det kan oppleves som tortur, sier hun.

Brast i gråt

Eller det kan være så enkelt som mangel på menneskelig kontakt: Under et oppdrag advarte en fangevokter mot å ta kontakt med en spesiell fange som ble ansett for å være ekstra farlig. Lycke Ellingsen trosset advarselen og ble lukket inn i en celle der alt stod på hodet. På sengekanten satt en syk fange som brast sammen i gråt idet hun rakte ham hånden og spurte hvordan han hadde det: "Du er den første som har tatt på meg på lang, lang tid", fortalte han.

– Til tross for at han ikke var testet, tok vokterne ham for å være HIV-positiv. Oppgaven her var å sørge for at vokterne

kunne få opplæring hvordan man forholder seg til HIV-positive, forteller Lycke Ellingsen

Riper i sjelen

Hun er ikke minst opptatt av kvinners situasjon:

– Jeg har opplevd kvinnelige innsatte som er blitt frøvet muligheten til å ivareta grunnleggende hygiene i forbindelse med menstruasjon. Å gå rundt blant mannlige voktere med blodstriper nedover beina, kan oppfattes som en dyp krenkelse. Kroppsvisitasjoner som er vanlige i lukkede anstalter, vil også oppfattes som ekstra belastende for kvinner når de utføres av menn, forteller hun.

Dypest riper i sjelen har hun fått etter å ha besøkt noen av Europas barnehjem. – Ingen er mer sårbare for brudd på menneskerettighetene enn barn, sier Lycke Ellingsen.

På dette området har hun et engasjement som strekker seg langt utover innsatsen for CPT. Deler av prispengene skal derfor gå til å støtte utvalgte barnehjem.

– Det nytter å gjøre verden litt bedre, sier hun og gjør Elie Wiesels ord til sine egne: "Motsatsen til kjærlighet er ikke hat, men likegyldighet".

Karl Evangs pris gis årlig til en person eller organisasjon som har gjort en særlig fortjenstfull innsats for å fremme enten folkehelsen og sosiale forhold av betydning for denne, rettssikkerhet og sikkerhet i helse- og sosialtjenesten eller opplysningsarbeid og medvirkning i samfunnsdebatten om viktige helse- og sosialpolitiske spørsmål.

– Språket er inngangsporten til kulturen

Per Halvorsen

– Språket, sier Edel Hætta Eriksen nesten før vi får spurt. Det samiske språket er inngangsporten til kulturen. Uten at helsevesenet innehar kunnskaper i samisk, er det vanskelig å tenke seg at samene vil føle seg trygge og forstått.

Hun har rukket å tenke en god del på hva som bør kjennetegne en effektiv samisk helsetjeneste siden hun ble født i Kautokeino tidlig på 1920-tallet og fikk en simle i dåpsgave et halvår senere. 83-åringen mener at tillit bare kan skapes gjennom respekt for tradisjon.

– Helsevesenet handler i stor grad om kommunikasjon. Derfor trenger vi en samisk helsetjeneste språklig sett. Det betyr at man må få anledning til å møte helsepersonell som snakker samisk. De som forstår språket, vil også forstå de kulturelle kodene, sier hun.

Assimileringspolitikk

I hele sitt voksne liv har Edel Hætta Eriksen kjempet for samiske interesser. Hun har vært medlem av Nordisk Sameråd, styremedlem i Norske Samers Riksforbund, aktiv i Verdikommisjonen og direktør for Samisk utdanningsråd. I dag leder hun eldrerådet i Kautokeino. Men det er ikke minst lærervirket som har gitt henne resonnansbunn for refleksjoner om helsetilbudet til samene. Hun husker sitt første vikariat. Hun var 19 år gammel, den første timen var naturfag i fjerde klasse:

– Elevene hadde lekse om åkersennepen. En gutt rakk opp hånden. Han reiste seg og leste hele stykket utenat på norsk. Jeg spurte ut elevene på samisk. Ingen kunne svare, heller ikke han som hadde lært lekse på norsk. Lærebøkene var på

norsk, men elevene kunne ikke språket. De kunne samisk. Det var en fortvilet situasjon. Det gikk 30 år før det ble lov å bruke samisk i skolen, opplyser hun.

Hun bruker hendelsen som eksempel på assimileringspolitikken. Hun sier den skapte grobunn for dyp mistillit i forholdet mellom samer og nordmenn.

– Samene skulle bli som nordmenn flest. At vi skulle ha et spesielt helsetilbud på vårt eget morsmål, var en fremmed tanke.

Dermed klarte ikke samiske pasienter å gjøre seg forstått. Helsearbeiderne fikk store problemer med å informere og gi rett behandling.

– Holdningen var at de norske alltid hadde rett. Det gjorde det vanskelig å åpne seg. For eldre generasjoner er dette fortsatt et problem, forteller hun.

Lavere levealder

Helsestatus i Finnmark har hele tiden vært dårligst i Norge. Legemangelen er fortsatt et stort problem. Både forebyggende og kurativt arbeid er blitt hengende etter. I 1980 undersøkte distriktslege Per Fugelli tilstanden blant befolkningen i Skoganvarre. Han avdekket at ni av ti sykdomstilfeller var skjult eller forsømt. 36 % av samene hadde ikke søkt lege de siste fem årene. Det har vandret mye rein over Finnmarksvidda siden den gang, og mange forhold er blitt bedre. Men det finnes fortsatt store utfor-



Edel Hætta Eriksen

forts. fra side 23

dringer. At gjennomsnittlig levealder er lavere blant samene enn i resten av befolkningen, er en av de mest tydelige.

Hætta Eriksen ønsker ikke å overdrive forskjellene mellom samer og nordmenn, men det er liten tvil om at de finnes: Samenes utvidete familiebegrep der ikke minst faderen har en langt sterkere rolle enn i den etnisk norske kulturen, er én viktig forskjell.

– Hele nettverket av slekt og familie er en viktig ressurs i de samiske samfunnene. Det er viktig å ha forståelse for dette for dem som ønsker legitimitet blant den samiske befolkningen. Det samme gjelder forståelse for folkemedisinens sterke tradisjoner, sier hun.

Mangelen på kunnskap om samisk språk, kultur og tradisjoner har gjort at samene har søkt hjelp utenfor det offisielle helsetilbudet. De har benyttet seg av egne helbredere og lesere, «buorideaddji». De lokale folkemedisinere bruker urter og sopp (krøsk), organer fra reinen og annet for å bekjempe sykdom.

– Disse menneskene er akseptert av den samiske befolkningen fordi de er innfødte og behersker samisk språk og kultur. Skolemedisinere må vise respekt for folkemedisinen og spille på lag med disse kreftene hvis de vil oppnå tillit blant samiske pasienter, sier Hætta Eriksen. Og kanskje man må utvide normen på 20 minutter til en legekonsultasjon når mye av tiden går med til at lege og pasient kjemper for å gjøre seg forstått.

– Litt større fleksibilitet og raushet i omgang med samiske pasienter, vil ikke være av veien, sier Hætta Eriksen.

“Ean hal moai gal gulahallan”

– vi to forsto nok ikke hverandre

Ole Mathis Hetta, fylkeslege i Rogaland

Jeg har helt fra barnsbein hørt setningen “ean hal moai gal gulahallan” som betyr “vi to forsto nok ikke hverandre”. Det kunne være at noen ringte fra telefoncentralen og møtte en norsktalende i den andre enden, eller det kunne være den eldre mannen som kom ut fra legekantoret.

Fram til ca 1985 var det nesten ukjent å bruke tolk i konsultasjoner hos lege eller ved helseinstitusjoner i Norge. Den beskjedne bruken overfor pakistanske og tyrkiske innvandrere ble ivaretatt av slektninger eller familie. Slik har det også vært overfor samiske pasienter i indre Finnmark. Tolkning i norsk helsevesen ble for alvor et tema da de mange ulike etniske grupper kom til landet vårt i midten av 1980-åra. Uten en meningsfull direkte kommunikasjon eller ved bruk av tolk vil en legepraksis i svært mange henseende likne på en veterinærpraksis. Det er det overskriften handler om. Dette er ikke noen ukjent situasjon i 2004. I tillegg til den språklige kommunikasjonen vil tolking av ikke-verbale signaler og dekoding av kulturelle særtrekk by på utfordringer både for helsepersonellet og pasienten.

Kultur avspeiles i levestil, livsanskuelse, årstidsrytme, verdier, væremåte. Synet på hva som er helse, hva som er sunt og hva sykdom er, er avhengig av den enkeltes eller gruppens verdensbilde og livsanskuelse. I det samiske samfunnet er enkelte personer anerkjent som helbredere og kalles gjerne “lesere” (gjenspeiler at de leser/ber om helbredelse) eller “buorideaddji” som betyr “den som gjør frisk”. Denne

funksjonen som disse personene har, er gammel, og før det fantes leger eller andre helsepersonell var alle avhengige av dem. Noen bruker urter eller andre remedier. Det som skiller denne virksomheten fra alternativ terapeutisk praksis i resten av Norge, er to forhold: Den bygger på en folkemedisinsk tradisjon og bruker midler, metoder og medier som er kulturelt forankret i den samiske kulturen, og er derfor “virksom” i den lokale konteksten. Det andre er at den i stor utstrekning ikke har vært og til en viss grad fortsatt ikke er profittorientert. Den signaliserer det motsatte av overskriften: “Moai gal gulahallaime” - vi to forsto hverandre.

Språket er kanskje det sterkeste og det mest utbredte kulturbærende elementet i de kjernesamiske områdene i indre Finnmark. For svært mange familier er også reindriftsnæringen en meget sterk kulturbærer. I dagens aktuelle situasjon må mange reindriftssamer kanskje slutte med reindrift. Dette representerer en langt større trussel for disse mennesker enn reindriftsadministrasjonen, Landbruksdepartementet eller for den saks skyld det norske Stortinget har klart å se. Da jeg var distriktslege i Karasjok i midten av 1970-årene, kom de første signalene om at en måtte begrense antall reindriftsenheter. Jeg foreslo den gang at næringsorganisasjonen, reindriftsmyndigheter og helsevesenet burde sette i gang et forskningsprosjekt for å kartlegge hvilke helsemessige og sosialmedisinske følger en slik omlegging av levevis ville kunne medføre. Nå 30 år seinere er svært lite blitt gjort innen det feltet. Hvorfor? Hva hjelper det med en helse- og sosialplan for den samiske befolkningen dersom livsgrunnlaget og kulturen foraktes og forsvinner? Det hjelper lite med fagre ord og løfter, med programmer for å skape de rette holdninger overfor minoriteter, dersom handlinger eller mangel på handlinger fra majoritetskulturen signaliserer assimilasjon.

“Ean hal moai gal gulahallan”

Det offentlige sikringsansvar ved bruk av private aktører i helse- og sosialtjenester

Økt bruk av private aktører i kommuner og i spesialisthelsetjenesten øker tilsynsmyndighetenes interesse for hvordan virksomhetene sikrer at kravet til forsvarlige tjenester blir oppfylt.

Helsetilsynet har registrert en økning i antall private utførere som yter sosial- og helsetjenester til brukere med langvarige behov. Kommuner har inngått avtaler med private utførere om drift av sykehjem og botilbud med tjenester til brukere fra flere kommuner. Boligene kan være lokalisert utenfor hjemkommunen og har mye preg av institusjon. Tilsynsmyndighetene har funnet svikt i oppfølging fra bestillerkommunene, og avvik mellom kommunens vedtak om hvilke tjenester mottakeren har krav på og de tjenester som utføres av oppdragsiver. Helsetilsynet ser det som nødvendig at tilsynsmyndighetene følger opp virksomhetene i forhold til manglende forsvarlighet i innhold og til styring av tjenestene.

Myndighetskrav

Et offentlig organ som har ansvar for å sørge for tjenester til befolkningen, må ha rutiner for tilsyn og kontroll med at tjenestene oppfylles i samsvar med loven. Hvis de velger å bruke private tjenesteutøvere til å løse oppgavene, er det viktig å klarlegge hva som rettslig ligger i det offentlige hjelpeapparatets "sørge for"-ansvar. Et sårbart område er sosial- og helsetjenester til mennesker med langvarige og sammensatte bistandsbehov som kan variere i omfang og krav til faglig kompetanse i løpet av kontraktperioden. Det er vanskelig å kontraktfeste tjenestenes omfang, innhold og kostnad for disse tjenestemottakerne. Kontroll- og oppfølgingsoppgaver blir særlig relevant for virksomheten som etter loven er tildelt "sørge for"-ansvaret.

Anbud/kontraktinngåelser

Et kriterium for å sikre forsvarlige tjenester er at "sørge for"-virksomheten har tydelige krav til den private utføreren. Det må stå klart i kontrakten at utføreren må oppfylle samme krav til styring og tjenesteutførelse som om det offentlige organet selv skulle utføre oppgaven. Det betyr bl.a. at utfører må ha et internkontrollsystem tilsvarende det som følger av internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten.

Videre må det vurderes om det skal foreligge særlige dokumentasjonskrav tilknyttet internkontrollen som kan sikre bestillers kontroll av den private virksomheten. Det må også vurderes om det skal kreves at særlige risikoforhold skal rapporteres tilbake til den som har "sørge for"-ansvar. Det hører til "sørge for"-ansvaret å sikre at den private utføreren benytter fagkompetanse som kan vurdere og korrigere endring i bistandsbehov. Kontraktutsetting av tjenester til mennesker med langvarig og løpende bistandsbehov, krever at de som har "sørge for"-ansvaret sikrer at utfører har tilgang på nødvendig driftskapital i hele avtaleperioden. Det er også et "sørge for"-ansvar at tjenester fra eventuelle underkontraktører utføres slik myndighetene har bestemt.

For å sikre forsvarlige tjenester under arbeidskonflikter hos utfører og under avvikling av kontraktforholdet, bør også disse forholdene være regulert i kontrakten. Det samme gjelder hvis virksomheten gis pålegg fra tilsynsmyndigheten. For å hindre at tjenestemottakeren blir kasteball i en ansvarskonflikt mellom partene, bør det avklares i kontrakten hvem av partene som skal bære kostnaden og ta ansvar for avvik fra myndighetskrav som avdekkes ved tilsyn.

Oppfølging under kontraktperioden

Virksomheten som er tildelt "sørge for"-ansvaret har oppgaver i forhold til å følge opp og kontrollere tjenesteutførelsen hos den private utføreren. Ansvar og oppgaver tilknyttet bestillers revisjon og kontroll må derfor være klart definert og plassert i "sørge for"-virksomheten. Avvik fra kontrakten bør være dokumentert sammen med melding om korreksjoner fra tjenesteutfører. Videre bør det utvikles et system for brukermedvirkning og registrering av klager og oppfølging. Systemet må være implementert i både bestiller- og utførerorganisasjonen.

Avvikling av kontrakten

I avviklingsperioden kan det forekomme risiko for svikt. Tiltak for å sikre tjenestekvaliteten i avviklingsperioden, kompensere for personalflykt og overgangsordninger mellom ny og avsluttende utfører, må sikres allerede ved kontraktinngåelsen og implementeres i styringssystemet i begge virksomheter.

Aktuelle tilsynsområder i fremtiden

På tjenesteområder med stor sårbarhet og fare for svikt vil tilsynsmyndigheten være spesielt oppmerksom på den "sørge for"-ansvarliges sikring av tjenesten og utførelsen i tjenesteledet. Resultatet kan være at en ufullstendig kontrakt som ikke sikrer tjenestemottakeren forsvarlige tjenester, må reforhandles for at pålegg fra tilsynsmyndigheten skal oppfylles. Tilsynsmyndigheten kan også ha fokus på om "sørge for"-virksomheten gjennom sin revisjon sikrer at tjenestemottakerne får et forsvarlig tjenestetilbud. Også her kan mangelfull sikring føre til avvik fra myndighetskrav og føre til pålegg som har konsekvenser for begge parter.

9000 inngrep med kosmetisk kirurgenes kniver

I Norge ble det utført åtte til ni tusen kosmetisk kirurgiske inngrep i 2003. En tredel av inngrepene var innlegg av brystproteser.

Det viser en kartlegging som Helsetilsynet og forskningsinstitusjonen NOVA samarbeidet om i 2003. Det var 90 % kvinner blant dem som valgte kosmetisk kirurgi. Aldersgruppen 30-49 år var sterkest representert, både blant kvinner og menn. Nest etter brystproteser var øyelokksplastikk, fettsuging og fjerning av føflekker de vanligste inngrepene.

Det er første gang omfanget av kosmetisk kirurgiske inngrep er kartlagt i Norge. Tidligere har man basert seg på forholdsvis løse anslag om forekomsten av slike inngrep. Temaet kom på dagsorden da kosmetisk kirurgi til unge under 18 år ble tatt opp i Stortinget i 2003. Helsedepartementet bad Helsetilsynet kartlegge omfanget av disse inngrepene og se nærmere på omstendighetene rundt disse.

Helsetilsynet ønsket å kartlegge det totale antall kosmetiske inngrep som ble utført i Norge i 2003 for å få et helhetlig

bilde av omfanget. En rundspørring blant private klinikker og helseforetak viste at det var vanskelig å skille mellom inngrep som utelukkende ble utført av kosmetiske grunner og inngrep som primært ble ansett for å være medisinsk indiserte. Ofte var det en kombinasjon av årsaker som lå bak. Som grunnlag for kartleggingen benyttet en derfor definisjonen fra forskriften om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep. "...kosmetisk plastikkirurgi er når kosmetiske hensyn er avgjørende grunn til inngrepet". Det ble ikke rapportert inngrep på noen personer under 18 år etter dette kriteriet.

Litteratur

1. *Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge. Rapport fra Helsetilsynet 8/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.*

"ingen vil bli avvist"

"har du lyst, har du lov"

Markedsføring av kosmetisk kirurgi i lovens grenseland

Helsetilsynet foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet innfører forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi.

I forbindelse med tilsynet med kosmetisk kirurgi i 2003 kartla Helsetilsynet markedsføringen (1). Hensikten var å få oversikt over hvordan kosmetisk kirurgiske tjenester markedsføres i Norge og vurdere funnene mot regelverket.

Helsepersonelloven § 13 sier at markedsføring av helsetjenester skal være "forsvarlig, nøktern og saklig". Det finnes ikke forvaltnings- eller domstolspraksis som presiserer innholdet i denne bestemmelsen. Legeforeningen og Norsk plastikkirurgisk forening har fastsatt etiske regler om markedsføring av helsetjenester generelt og plastikkirurgi spesielt.

Helsetilsynet vurderte annonser i landsdekkende aviser og et utvalg norske blader i løpet av én uke i oktober 2003, samt annonser på Internett. Kartleggingen viste at det var utstrakt markedsføring av slike tjenester på Internett, men lite i aviser og blader.

Noe av markedsføringen var utformet slik at den kan være i grenseland for det lovlige. Blant annet spilles det på folks fordommer mot normale kroppsfenomen. Mulige komplikasjoner og bivirkninger ved kirurgiske inngrep bagatelliseres.

Helsetilsynet konkluderte at det vil være hensiktsmessig å forskriftfeste hva som ligger i begrepene "forsvarlig, nøktern og saklig" i helsepersonelloven § 13. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsetilsynet utarbeidet forslag til slik forskrift.

Klipp fra annonser om kosmetisk kirurgi:

Hvem bestemmer om kirurgi er indisert

"Ingen vil bli avvist." "Har du lyst, har du lov."

Kontraindikasjoner

"Vi er ... tilbakeholdne med å operere pasienter med alvorlige psykiske lidelser og spiseforstyrrelser."

Om silikon

"Både europeiske og amerikanske helsemyndigheter sier i dag at silikon er ufarlig for mennesker."

Amming etter brystendrende inngrep

"Det er ikke rapportert at noen i Norge har mistet ammevnen."

Litteratur

1. Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge. Rapport fra Helsetilsynet 8/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.





Hans Petter Graver

Tjenstedirektivet og tilsyn med helsetjenester

*Hans Petter Graver, professor dr. juris,
Institutt for privatrett, Oslo*

EUs forslag til tjenstedirektiv vil få store konsekvenser for offentlig tilsynsvirksomhet. Forslaget tar sikte på å fjerne skranker mot grenseoverskridende tjenester og innføre prinsippet om hjemlandstilsyn.

Helsetjenester er på forskjellige måter underlagt særregulering ut fra hensynet til folkehelsen og offentlige trykkesystemer. Likevel vil hovedregelen om fri etablering og tilgang til å yte tjenester gjelde også for disse. De unntak fra hjemlandstilsyn som direktivforslaget innrømmer, er snevre og byråkratiske. Det vil derfor ikke i praksis være særlig rom for et vertslandstilsyn med helsetjenester som ytes med utgangspunkt i virksomhet etablert i andre land.

Å følge debatten om tjenstedirektivet er som å følge en norsk EU-debatt. Få forslag har vært like kontroversielle som forslaget til direktiv om tjenesteytelse i det indre marked. Karakteristikkene spenner fra EU-kommisær Bolkensteins egen "potensielt den største stimulans til det indre marked siden det ble lansert i 1983" til kritikernes om at det representerer kommisjonens "mest radikale og gjennomførte angrep på velferdsstatene innen Den europeiske unionen."

Tjenester er komplekse og immaterielle og basert på tjenesteyterens know-how og kvalifikasjoner. Levering av tjenester er derfor ofte basert på detaljerte regler som omfatter hele aktiviteten. Grenseoverskridende levering av en tjeneste forutsetter ofte at tjenesteyteren selv, dennes personell og materiell skal følge med over

grensen. Mange land krever at tjenesteyteren skal være etablert i det landet hvor tjenesten leveres.

Direktivforslaget bygger på hjemlandsprinsippet. Dette innebærer at en tjenesteyter bare er underlagt reglene i det land han er etablert, og at medlemsstatene (vertslandene) ikke må innføre restriksjoner for tjenester som ytes av en tjenesteyter etablert i et annet land. Prinsippet omfatter alle typer regler om adgangen til å oppta og utøve servicevirksomhet, især bestemmelser om tjenesteyterens atferd, tjenestens kvalitet og innhold, reklame, kontrakter samt tjenesteyterens ansvar. Tjenesteytere har derfor rett til å utføre tjenester i en eller flere andre medlemsstater uten å være underlagt de pågjeldende lands bestemmelser. Prinsippet betyr også at hjemlandet har plikt til at føre en effektiv kontroll med tjenesteytere som er etablert der, også når de utfører tjenester i andre medlemsstater.

I mange tilfelle vil en tjenesteyter kunne ha virksomhet i flere land. Hjemlandet må i så fall være det landet som den aktuelle tjenesten ytes fra. Dersom en tjenesteyter etablerer en filial i et annet land for å yte tjenester i dette landet derfra, er dette landet hjemland for disse tjenesters vedkommende selv om tjenesteyteren har sitt

hovedkontor i et annet land.

For å skape den tillit mellom medlemsstatene som er nødvendig for å fjerne behovet for vertslandsregulering, omfatter forslaget en rekke tiltak. Sentralt her er harmonisering av medlemsstatenes lovgivning for å sikre en likeverdig beskyttelse av viktige allmenne hensyn særlig knyttet til forbrukervern, styrket gjensidig bistand mellom nasjonale myndigheter for å sikre effektiv kontroll og frivillige ordninger for å fremme kvaliteten i tjenestene.

Direktivet får ikke anvendelse på ikke-økonomisk virksomhet eller virksomhet som ytes uten betaling. Dette omfatter virksomhet som staten utfører uten økonomisk motytelse som ledd i sine oppgaver på det sosiale, kulturelle, utdanningssmessige og rettslige område. På helseområdet vil således f.eks. svangerskapskontroll og vaksinasjonsprogrammer kunne falle utenfor direktivet.

Tjenestefriheten og hjemlandsprinsippet er undergitt visse unntak. For det første er det ikke til hinder for at medlemslandene innfører generelle forbud mot visse tjenester begrunnet i hensynet til den offentlige orden, den offentlige sikkerhet eller folkesunnheten. Utenlandske tjenesteytere kan dermed for eksempel ikke kreve å få yte tjenester i Norge som er i strid med bioteknologiloven, med den begrunnelse at tjenesten er lovlig i hjemlandet. I tillegg er det adgang til å gjøre visse unntak fra hjemlandsprinsippet ut fra hensynet til sikkerheten i tilknytning til tjenesten, i forbindelse med utøvelse av erverv innenfor helsesektoren og eller til beskyttelse av vesentlige hensyn. Bakgrunnen for unntaksadgangen er at det for visse former for virksomhet og visse områder fortsatt er så stor forskjell mellom nasjonale fremgangsmåter eller at integrasjonsnivået er kommet så kort at hjemlandsprinsippet ikke kan anvendes.

For utøvelsen av helsetjenester gjelder regler som både utfyller og fraviker hjemlandsprinsippet. For det første må et generelt tjenestedirektiv ses i sammenheng med eksisterende regler om godkjenning og autorisasjon av helsepersonell. På dette området er det allerede stor grad av harmoniserte regler og fri bevegelse. Adgangen til å gi avvikende nasjonale regler er tilsvarende redusert. Vertslandet må med andre ord godkjenne autorisasjo-

ner og beviser utstedt i vedkommendes hjemland etter de harmoniserte regler. Dette gjelder selv om tjenesteyteren etablerer seg eller tar arbeid i helsetjenesten i vertslandet.

For det annet går det et viktig skille mellom hospitalbehandling og annen behandling. Medlemsstatene kan ikke gjøre refusjon av utgiftene til annen behandling enn hospitalbehandling avhengig av en tillatelse dersom de pågjeldende utgifter ville blitt erstattet om behandlingen hadde funnet sted i pasientens hjemland. Det innebærer at tjenestefriheten vil gjelde fullt ut også for offentlig finansierte helsetjenester utenfor hospital. For hospitaltjenester som dekkes av trygden, innføres ikke fri bevegelse.

Hjemlandstilsynet gjelder som hovedprinsipp også for helsetjenester. Begrensninger i vertslandets adgang til å føre tilsyn gjelder likevel bare overfor tjenesteytere etablert i et annet land. Dersom en tjenesteyter etablerer seg i vertslandet eller tar arbeid hos en virksomhet som er etablert her, er det vertslandet som er hjemland og som fører tilsynet etter direktivets regler. Han er med andre ord fullt ut undergitt de disiplinære bestemmelser av faglig eller administrativ art som gjelder i det land hvor han er etablert eller er arbeidstaker. Vertslandet kan dessuten treffe individuelle tiltak overfor tjenesteytere som er etablert i et annet land. Dette innebærer at hovedregelen om hjemlandstilsyn ikke gjelder uten begrensninger for helsepersonell.

Direktivet gir nærmere regler for hvordan vertslandstilsynet kan utøves overfor utenlandske tjenesteytere. Det er ikke tale om et fullstendig tilsyn på linje med det tilsyn vertslandet fører over egne helsetjenester som hjemlandstilsyn. Prinsippet om hjemlandstilsyn gjelder i utgangspunktet også helsetjenester. Vertslandet kan bare "unntaksvis" treffe tiltak overfor en tjenesteyter som har sitt forretningssted i en annen medlemsstat. Det er videre en forutsetning at de regler det er snakk om å treffe tiltak etter, ikke er harmonisert på fellesskapsplan. Det må med andre ord være nasjonale særregler som kan begrunnes ut fra tvingende allmenne hensyn. Foranstaltningen må være mer beskyttende overfor tjenestemottakeren enn den hjemlandet

ville ha truffet i medhold av sine regler, og den må være proporsjonal i forhold til den interesse som skal beskyttes.

Dersom vertslandet vil treffe tiltak, må det skje i samarbeid både med myndighetene i tjenesteyterens hjemland og kommisjonen. For vertslandet treffer tiltak, må det sende alle de relevante opplysningene om den omstridte tjenesteytelse og saken for øvrig til myndigheten i hjemlandet med anmodning om at det treffer tiltak mot tjenesteyteren. Hjemlandets myndighet skal undersøke saken så hurtig som mulig og melde tilbake om de tiltak som er eller vil bli truffet, eventuelt om hvorfor den ikke treffer tiltak. Det kan for eksempel tenkes at den aktiviteten som vertslandet vil gripe inn mot, er lovlig i hjemlandet. Når vertslandet har mottatt denne tilbakemeldingen, må det, hvis det fortsatt vil treffe tiltak, gi melding om dette til hjemlandet og kommisjonen med angivelse hvorfor det finner hjemlandets tiltak utilstrekkelige, og hvordan det begrunner sine tiltak i forhold til direktivets krav. Tiltakene kan først treffes 15 arbeidsdager etter at denne meldingen er sendt. Dersom saken haster kan tiltakene treffes før meldingen sendes kommisjonen og hjemlandet. Kommisjonen skal gjennomgå saken hurtigst mulig. Finner den at tiltakene er uhjemlet, anmoder den vertslandet om å unnlate eller oppheve tiltakene.

Konklusjon

Forslaget til tjenestedirektiv vil få konsekvenser også for helsetjenester. Riktignok er medlemslandene gitt noe større frihet til å regulere helsetjenester både ut fra hensynet til offentlige trykkesystemer og ut fra hensynet til sikkerhet og folkehelsen. Der hvor det ikke finnes harmoniserte regler kan det enkelte land gi egne regler og føre tilsyn med disse. Betingelsene for å føre tilsyn er likevel nøye regulert. På grunn av de krav som må oppfylles er det grunn til å spørre om et vertslandstilsyn har mulighet for å bli særlig effektivt og om ikke hjemlandstilsynet også her vil bli det praktisk viktige tilsynet ved tjenesteyting over grensene. I forhold til personell som etablerer virksomhet eller tar ansettelse i et annet land, medfører ikke direktivet endringer i de tilsynsordninger som gjelder i dag.

Litteratur

http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2004/com2004_0002en03.pdf



Mangelfull kunnskap om bruk av tvang i psykisk helsevern

Helsetilsynet ser alvorlig på at det ikke finnes data som beskriver tvangsbruk i psykisk helsevern på en tilfredsstillende måte. Data som kan bidra til å forklare forskjeller i bruk av tvang, er helt nødvendig for å kunne sette inn tiltak. En av intensjonene med psykisk helsevernloven er å redusere tvangsbruken.

Helsetilsynet har anbefalt Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere aktuelle tiltak for å sikre nødvendig rapportering av pasientdata om tvang.

Det er en grunnleggende verdi i vårt rettssystem at folks fysiske og psykiske integritet ikke skal krenkes. Undersøkelse og behandling skal i utgangspunktet være frivillig. Pasientene er gitt utstrakt rett til medbestemmelse og autonomi gjennom en egen lov om pasientrettigheter.

Praksis som bryter med dette grunnprinsippet, som bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern må sies å være, er svært detaljert regulert, og blir fulgt tett opp av kontrollkommisjoner spesielt opp-

rettet for formålet. I tillegg er det nødvendig med løpende statistisk overvåking.

Ut fra tilgjengelig statistikk vet vi at ca en tredel av antall innleggelses i psykisk helsevern skjer under tvang, men det er store forskjeller geografisk og mellom institusjonene. I Sør-Trøndelag er det 8 innleggelses under tvang per 10 000 innbyggere over 18 år mens tallet er 40 per 10 000 innbyggere over 18 år i Østfold (1). Vi vet lite sikkert om årsakene til forskjellene. Også på andre områder er kunnskapen mangelfull.

Noen eksempler:

- Det finnes ikke gode data om opp-

holdstider (liggetid) under tvang.

- Det finnes ikke gode data om omfanget av tvangsbehandling (for eksempel med legemidler).
- Det er svært mangelfulle opplysninger om bruk av tvangsmidler som belter, isolering og korttidsvirkende legemidler, og store variasjoner mellom de institusjonene det finnes opplysninger fra.
- Det er svært mangelfull statistikk om tvungent psykisk helsevern overfor barn og unge.

Fra 2000 er institusjonene i psykisk helsevern pålagt årlig rapportering av pasientdata til Norsk pasientregister (på formatet Minste Basis Datasett). Fra 2003 må institusjonene rapportere hvert halvår. At datagrunnlaget fremdeles er utilfredsstillende skyldes:

- noen institusjoner rapporterer ikke
- noen institusjoner rapporterer ikke fullstendig eller de rapporterer feil
- tekniske problemer med levering av data og/eller med datafiler i forbindelse med overføring av pasienter.

Uklarhet om lindrende sedering til døende

Helsetilsynet er bekymret over at sykehusene fortsatt har ulik oppmerksomhet på prinsipper og praksis ved lindrende sedering til døende, fire år etter den såkalte Bærum-saken.

I forbindelse med behandlingen av "Bærum-saken" orienterte Statens helsetilsyn i juli 2000 landets sykehus om prinsippene for sedering mot slutten av livet ved kreftsykdom. Lindrende sedering vil si å redusere pasientens bevissthetsnivå ved hjelp av legemidler for å lindre sterke, vedvarende smerter eller andre sterkt plagsomme symptomer. Brevet fra Helsetilsynet inneholdt forutsetninger for slik behandling, krav til beslutningsprosessen og krav til gjennomføring av behandlingen.

Høsten 2004 kartla Helsetilsynet sykehusenes bruk av lindrende sedering til døende. 34 helseforetak fikk tilsendt spørreskjema og distribuerte dette til 110 avdelinger som alle svarte (1). Svarene må tolkes med varsomhet fordi misforståelser lett kan oppstå i slike spørreskjemaundersøkelser.

- 77 avdelinger svarte at de ikke hadde gitt lindrende sedering i 2003, 25 avdelinger hadde gitt det færre enn 10 ganger, 3 avdelinger hadde gitt det 10 ganger eller flere
- 33 avdelinger oppga ikke at pasientens samtykke er en nødvendig forutsetning for sedering

- 28 avdelinger oppga at pasientansvarlig lege eller overlege på den avdelingen pasienten ligger, er ansvarlig for den lindrende sederingen, 13 oppga delt ansvar mellom anestesilegen og legen på aktuell avdeling, mens 14 oppga at anestesilege er ansvarlig
- 9 avdelinger svarte at pasientansvarlig lege eller overlege på den avdelingen pasienten ligger dokumenterer behandlingen i journalen, seks avdelinger svarte at anestesilege gjør dette, mens 37 svarte at dokumentasjonen ble gjort både av anestesilege og lege på avdelingen.

Helsetilsynet legger til grunn at et uttrykkelig informert samtykke fra pasienten skal innhentes før lindrende sedering kan gis. Hvis pasienten ikke er i stand til å samtykke, kan behandleren treffe avgjørelsen hvis behandlingen er i pasientens interesse og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Pårørendes syn skal tillegges vekt, men ikke være avgjørende for beslutningen.

Helsetilsynet legger videre til grunn at den legen som gir den lindrende sedering-

Bærum-saken:

En overlege ved Bærum sykehus ble i 1999 anmeldt for flere tilfeller av aktiv dødsbistand. Straffesaken ble henlagt av Riksadvokaten som intet straffbart forhold for en del pasienter, og henlagt på grunn av bevisets stilling i ett tilfelle. Helsetilsynet opprettet tilsynssak som ble avsluttet med en advarsel til overlegen. Overlegen klaget saken inn for Helsepersonellnemnda som opprettholdt Helsetilsynets vedtak om advarsel.

en, for eksempel en anestesilege, også har ansvaret for at sederingen er forsvarlig. Medisinsk faglig ansvarlig på den avdelingen pasienten er innlagt, har ansvar for all annen behandling av pasienten. Tett kontakt mellom disse er viktig.

Det følger av bestemmelsene om journalføring i helsepersonelloven og journalforskriften at samtykket, vurderingene og behandlingen skal dokumenteres i pasientjournalen. Legen bør skrive journalnotat hver gang pasienten tilses.

Kartleggingen viser at sykehusene har ulik praksis ved lindrende sedering:

- det skiller ikke klart mellom lindrende sedering til døende og lindrende behandling som kan virke sederende
- det er stor oppmerksomhet på de medisinske premisene for å gi lindrende sedering
- det er liten oppmerksomhet på at pasientens samtykke er påkrevd
- det er uklarhet om hvem som er ansvarlig for den lindrende sederingen
- det er uklarhet om hvem som skal dokumentere i journalen og hvor ofte det skal gjøres.

Litteratur

1. Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. www.helsetilsynet.no

Fortsatt press på plassene i psykiatriske akuttavdelinger

Det er fortsatt stort press på plassene i psykiatriske akuttavdelinger. Pasienter tilbyes senger andre steder enn i rom som er beregnet som pasientrom, og noen pasienter som egentlig skulle hatt enerom, må dele rom med andre. Helsetilsynet finner det sannsynlig at det også gjelder pasienter innlagt under tvang.

Dette kommer fram i en kartlegging av psykiatriske akuttavdelinger som Helsetilsynet gjennomførte i 2002 og 2003. Situasjonen på landsbasis er ikke blitt bedre siden 2002 konkluderer Helsetilsynet (1,2).

I forskrifter stilles det både formelle,

bemanningsmessige og materielle krav til institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern (3,4). Tvangsinnlagte skal, så langt det er mulig, gis tilbud om enerom, og institusjonen skal ha rom som er egnet til å isolere og skjerme pasienter. Funnene bekymrer Helsetilsynet, fordi det er grunn til å stille spørsmål om forutsetningene for bruk av tvang er oppfylt i enkelte av de kartlagte institusjonene. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at krav i lover og forskrifter er oppfylt. Sosial- og helsedirektoratet følger opp disse forholdene som en del av opptrap-

pingsplanen for psykisk helse.

Beleggsprosent i kartleggingsukene 2002 og 2003

	2002	2003
Regionalt helseforetak		
Helse Øst	95 %	96 %
Helse Sør	98 %	86 %
Helse Vest	110 %	112 %
Helse Midt-Norge	99 %	79 %
Helse Nord	87 %	108 %
Hele landet	99 %	96 %

Litteratur

1. Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002. Rapport fra Helsetilsynet 6/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

2. Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

3. Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern.

4. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 3-13.

Helsetilsynets oppfølging av beredskaps- og smittevernplaner

Ved årsskiftet 2004-2005 var det bare et fåtall kommuner som ikke hadde smittevernplaner. For fem år siden manglet slike planer i mer enn halvparten av landets kommuner.

Sars-epidemien i 2003 og utbruddet av fugleinfluensa i Sørøst-Asia i 2004 med risiko for utvikling av influensapandemi, utfordret smittevernberedskapen også i vårt land. I 2003 kartla Helsetilsynet status for kommunenes smittevernplaner og planer for helsemessig og sosial beredskap (1). Et år senere rapporterte Helsetilsynet i fylkene at de fleste kommunene hadde fått på plass smittevernplaner, men at planer for helsemessig og sosial beredskap fortsatt manglet i mange kommuner.

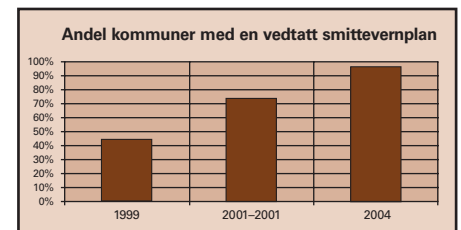
På bakgrunn av pandemirusselen vinteren 2004 i tillegg til usikkerheten rundt kommunenes planlagte beredskap, fant Helsetilsynet det påkrevd å intensivere oppfølgingen av kommunene som fortsatt

ikke hadde planene på plass. Til noen kommuner har det vært nødvendig å gi pålegg om å få forholdene i orden. Ved årsskiftet 2004-2005 manglet kun noen få kommuner smittevernplaner (fig 1). Den tilsynsmessige oppfølgingen knyttet til planer for helsemessig og sosial beredskap fortsetter i 2005.

Helsetilsynet bad også de regionale helseforetakene redegjøre for status i forhold til smittevernplan og beredskap med tanke på influensapandemi. I den videre oppfølgingen fikk ett regionalt helseforetak varsel om pålegg om å få forholdene i orden. Helseforetakenes planer for helsemessig- og sosial beredskap ble også fulgt opp og dette arbeidet

fortsetter i 2005. Oppfølgingen av kommuner og helseforetak har skjedd i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene.

For Helsetilsynet har det underveis i oppfølgingen vært viktig å understreke at virksomhetene skal utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å yte nødvendige helse- og sosialtjenester ved kriser og katastrofer som innebærer ekstraordinære belastninger for virksomheten.



Litteratur

1. Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003. Rapport fra Helsetilsynet 7/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

Felles tilsyn er faglig nyttig, men det er lite å spare

Helsetilsynets erfaring så langt er at det er tidkrevende å samordne tilsyn. Det tar tid å samkjøre og forberede tilsynsbesøket, samordne metoder, føre tilsyn etter forskjellige regelverk og utarbeide rapporter. Ikke minst tar det tid å drøfte faglig ståsted, holdninger og ansvarsfordeling. Det er liten sannsynlighet for at samordning av tilsyn gir økonomisk gevinst, iallfall på kort sikt.

Helsetilsynet i fylkene ble slått sammen med Fylkesmannen fra 1. januar 2003. Fra samme dato fikk Statens helsetilsyn overordnet faglig tilsyn med sosialtjenesten. De fleste fylkesmannsembetene/Helsetilsyn i fylkene har nå begynt arbeidet med å samordne tilsynet av sosial- og helsetjenester. De deltar i hverandres tilsynsvirksomhet, samarbeider om kompetanseheving og koordinerer tilsynsvirksomheten. I 2005 skal det første landsomfattende fellestilsynet med sosial- og helsetjenesten gjennomføres.

Det er store utfordringer knyttet til sam-

ordning av tilsynsoppgaver som inkluderer flere statlige etater. For eksempel er sykehjemmene tilsynsobjekter både for Arbeidstilsynet, Mattilsynet og Helse- tilsynet. Det foregår allerede samordnet tilsyn mellom de som har ansvaret for utdanning, barnevern og skolehelsetjenesten hos Fylkesmannen. Det samme gjelder miljørettet helsevern og sosial- og helsemessig beredskap.

De fleste kommunene er positive til at regional stat samordner tilsynsvirksomheten, særlig der samordnet tilsyn er tilpasset kommunens organisering. Samordnet tilsyn fra barnevern, helse og utdanning vil være naturlig i en kommunal oppvekstenhet. Mange brukere mottar pleie- og omsorgstjenester både etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Samordnet tilsyn gir et mer helhetlig bilde av hvordan behovet for tjenester blir dekket.

Aasland-utvalget påpeker at samordnet

tilsyn kan motvirke at summen av de økonomiske konsekvensene av de forskjellige tilsynene blir uoverkommelige for kommunen (1). I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning går det fram at Fylkesmannens tilsyn med sosial- og helsetjenesten forholdsvis sjelden utløser store kostnader for kommunene (2). Avvik og merknader gjelder ofte forhold som ikke er direkte knyttet til ressursinnsats, slik som utvikling av internkontrollsystem og saksbehandlingsrutiner. Det er pålegg fra andre tilsynsmyndigheter som gir de tunge utgiftene. En samordning av tilsynsvirksomheten vil derfor være sterkere faglig enn økonomisk begrunnet.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Statlig tilsyn med kommunesektoren. NOU 2004: 17. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2004.
2. Hanssen GS, Heløe LA, Klausen JE. Statlig tilsyn med kommunesektoren. NIBR-rapport 4/2004. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2004.

Slik ble Statens helsetilsyn i 2004 oppfattet av media

Nesten hver eneste dag - året rundt - er Helsetilsynet kilde til små og store nyhetsoppslag i aviser, radio, TV og på nettet. Pressen er svært opptatt av hva som skjer i sosial- og helsesektoren, og følger godt med. Også i 2004 var Helsetilsynet i mediernes fokus ved en rekke anledninger. Her er noen eksempler på hva som ble sagt og skrevet.

En av de mest omtalte sakene var den såkalte trikkedrapssaken i Oslo. En 40 år gammel somalier som nettopp var utskrevet fra akuttposten på Ullevål universitets-sykehus, gikk i august amok med kniv på en trikk i Oslo sentrum. En passasjer ble drept, flere andre kom til skade. Hendelsen vakte oppsikt over hele landet.

I sakens kjølvann ble det foretatt en undersøkelse for å kartlegge ansvarsforholdene. Drapsmannen hadde vært tvangsinnlagt noen dager, men ble skrevet ut uten å ha fått tilbud om videre hjelp.

Fylkeslegen i Oslo og Akershus rettet kritikk mot sykehuset. I rapporten ble det blant annet påpekt at det ikke var iverksatt et forsvarlig utrednings- og behandlingsopplegg i tilknytning til mannens opphold på sykehuset.

Helsedirektør Lars E. Hanssen viste i den forbindelse til at Helsetilsynet tidligere, i forbindelse med en undersøkelse av et utvalg norske akuttpsykiatriske avdelinger, har avdekket omfattende svikt.

- Nå må institusjonene og helseforetakene ta de nødvendige grep for å sikre at psykiatriske pasienter får rett behandling og forsvarlig oppfølging, uttalte Hanssen i et intervju med Aftenposten.

Mye er bra

Det ble også betydelige presseoppslag da Helsetilsynet i september la frem sin endelige rapport om fødeinstitusjonene i Norge. Etter å ha fått flere klager fra pasienter valgte Helsetilsynet å se nærmere på 26 av landets 60 fødeinstitusjoner. Det ble blant annet avdekket at uerfarne leger må takle vanskelige situasjoner alene, og at leger og jordmødre kommuniserer dårlig seg imellom.

- Det er også mangelfull dokumentasjon på hva legen har sagt til pasienten etter alvorlige hendelser, og hvilke vurde-

ringer legen har gjort under en fødsel, sa assisterende direktør Geir Sverre Braut i Helsetilsynet til Tidsskrift for Den norske lægeforening under fremleggelsen av rapporten.

Overfor radiostasjonen P4 oppsummer- te han funnene slik: - Mye er bra, men det meste kan bli bedre.

Her er noen andre saker hvor Helsetilsynet i 2004 ble trukket frem av mediene:

I januar fremla helsemyndighetene sin rapport etter den såkalte Dent-O-Sept-saken. Det skjedde etter at en liten fuktig skumpensel, som brukes til munnstell av alvorlige syke pasienter, hadde skapt krigstyper i mediene. Ifølge Aftenposten fastslo rapporten at 50 personer døde etter bakteriesmitte.

- Helsetjenesten er ikke oppdatert på god munnhyggiene hos pasienter med stor risiko. Rutinene må gjennomgås. Sykehusene må utvikle mer profesjonelle systemer for innkjøp av utstyr. Videre må melde- rutinene bli bedre når man oppdager noe som ikke stemmer, påpekte helsedirektør Lars E. Hanssen overfor pressen.

I februar gikk Helsetilsynet ut med kritikk av Helse Sør for manglende smitte- vernplan. Frykt for smittsom fugleinfluenza gjorde saken ekstra aktuell.

Fleire aviser meldte i februar at Helsetilsynet refset Radiumhospitalet fordi sykehuset ikke hadde kartlagt senskader hos pasienter som har fått varierende stråledoser under kreftbehandling. Pasientene var ikke blitt informert om at de hadde vært med i et forsøk.

I et oppslag i Aftenposten het det at Helsetilsynet var bekymret for den dårlige kapasiteten innen legemiddellassert rehabilitering (LAR).

I mars skrev samme avis at mindre enn halvparten av landets sykehus har utarbei-

Får skryt for beredskapsplaner

Særlige kommuner i Buskerud har fått godkjent sine beredskapsplaner innen helse og omsorg.

- Dette er bra, ingen har fått varsel om pålegg i noen fylke, sa en tilfreds fylkeslege, Morten Calmeyer.

I april ble beredskapsplaner for Buskerud fylke godkjent av Helsetilsynet. Dette var et stort skritt for fylket, sa Morten Calmeyer.

TÅLMØNKHETEN SLUTT. For fire måneder siden var det...

Et kommuner. Disse mangler beredskapsplaner og har så langt...

Årene Wylliv Stenroeg (Helse)...

SYNDOMME. - Å ha en slik plan er riktig. Dette handler om å...

50 døde etter bakteriesmitte fra Dent-O-Sept



det lovpålagte beredskapsplaner, og den fastslo at Helsetilsynet frykter kaos hvis en større ulykke skulle skje.

Med bakgrunn i Helsetilsynets tilsynsmelding fortalte Telemarksavisa i mars om en lege som var fratatt sin autorisasjon fordi han hadde slått ned to sykepleiere.

Betenkt

I april meldte VG at 8 000 nordmenn hadde lagt seg på operasjonsbordet for å få fiksset på utseendet sitt. En fersk rapport om kosmetisk kirurgi vakte betydelig oppsikt, og helsedirektør Lars E. Hanssen sa i en kommentar at han var betenkt over at stadig flere lar seg operere av kosmetiske årsaker.

I forbindelse med streiken innen transportsektoren i april, kunne helsedirektøren overfor flere medier berolige med at det ikke var stor fare for liv og helse.

I mai skrev VG at den kjente legen Espen Benestad ble gransket av Helsetilsynet. Ifølge avisen var det mistanke om at det foregikk uforsvarlig behandling av transseksuelle pasienter hos spesialisten i klinisk sexologi. Senere konkluderte imidlertid Fylkeslegen i Aust-Agder med at Benestad ikke hadde drevet uforsvarlig.

I juni meldte Aftenposten at Helsetilsynet fellor "en knusende dom" over praksisen med rutinemessig feilkoding av pasienter. Saken hadde fått betydelige oppslag i medier over hele landet, og i sin sluttrapport var Helsetilsynet svært kritisk til journalføring og koding av pasientdiagnoser ved øre- nese- og halsavdelingen på Sørlandet sykehus HF Arendal.

- Vi ser meget alvorlig på det som er avdekket i Arendal, uttalte helsedirektøren i et intervju.

I juli ble det kjent at 135 av landets kommuner mangler planer for helsemessig og sosial beredskap. En alvorlig sak, men ikke like alvorlig for alle. For i Buskerud frydet man seg over at samtlige av fylkets kommuner hadde fått godkjent sine beredskapsplaner.

- Dette er bra. Ingen har fått varsel om pålegg i vårt fylke, sa en tilfreds fylkeslege, Morten Calmeyer, ifølge Drammens Tidene.

Verdt-å-vite-meldinger viser bredden i saksfeltet

Verdt-å-vite-meldingene gir Statens helsetilsyn kjennskap til lokale forhold som ikke omfattes av andre rapporter. Meldingene kan være rent orienterende, men det hender at de følges opp av Helsetilsynet i fylket, Fylkesmannen, Statens helsetilsyn eller av andre instanser.

Meldingene sendes direkte til Statens helsetilsyn fra Helsetilsynet i fylkene, fra Fylkesmannen og fra Fagråd for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn. Et utvalg meldinger gjengis i forkortet versjon.

Ungdomspsykiatri

Tilsyn etter barnevernloven med institusjoner for barn og unge i Buskerud viser at antall ungdommer med alvorlige psykiske problemer har økt. Fylkesmannen i Buskerud er bekymret for at tjenestetilbudet ikke har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi nødvendig omsorg og behandling.

Manglende enkeltvedtak

Helsetilsynet i Vest-Agder har registrert at det i liten grad fattes kommunale enkeltvedtak for tjenester som personer med psykiske lidelser mottar fra kommunens helse- og sosialtjeneste. Det fryktes at personer som har hjelpebehov på grunn av psykisk lidelse, ikke får den kommunale hjelpen de har krav på. Mange kommuner har ikke tradisjon for å se på disse brukerne som rettighetspersoner. Følgen kan være at de ikke konkurrerer om kommunale tjenester på linje med andre.

Rusreformen

Fra Aust-Agder meldes det at den fylkeskommunale russektoren var underbudsjettet og at det var lang ventetid på behandling da staten overtok ansvaret 1. januar 2004. Ventetiden har fortsatt å øke, nå er det opp til ett års ventetid. Presset på midlertidige tiltak har økt og rusreformen har forsterket behovet for etterverntiltak. Kommunene har i liten grad budsjettet for dette. Ressursbehovet i kommunene er enda større enn før rusreformen, mens ressursene er blitt mindre.

Rusmiddelmissbrukeres rett til nødvendig helsehjelp

Helsetilsynet i Buskerud rapporterer at begrepet "rett til nødvendig helsehjelp" (jf. pasientrettighetsloven § 2-1) relatert til rusmiddelmissbrukere, blir tolket så ulikt i helseregionen at man kan spørre om rettssikkerheten til denne pasientgruppen blir ivaretatt. Henvisning til spesialisthelsetjenesten blir kanalisert til de institusjonene som har den mest liberale rettslige fortolkningen. Det er registrert store variasjoner i hvordan helseregionen vurderer hvilke rusmiddelmissbrukere som skal ha "rett til nødvendig helsehjelp". Helsetilsynet i Buskerud mener at retten til nødvendig helsehjelp kanskje ikke har hatt ønsket effekt, fordi behandlingen blir skjøvet så langt frem i tid at det kan stilles spørsmål ved forsvarligheten.

Helseforetak og turnustjeneste i Sogn og Fjordane

Endringa i sjukehusstrukturen gjer at nærsjukehuset i Florø, Lærdal sjukehus og truleg

Nordfjord sjukehus ikkje vil vere i stand til å gje medisinske turnusleger ei sjukehussteneste som oppfyller alle målkrava for å få autorisasjon som lege. Problemstillinga er ikkje einestående for Sogn og Fjordane. Helse- og omsorgsdepartementet har drøfta lokalsjukehusa si rolle i framtida i samband med statsbudsjettet 2005. Det heiter at det må leggest til rette for å ivareta turnustenesta ved lokalsjukehusa, men det er ikkje sagt noko om korleis dette skal gjerast. Det hastar med å finne ei nasjonal avklaring på dette spørsmålet.

Helseforetak og funksjonsfordeling

Divisjonsinndelingen ved Sykehuset Innlandet har ført til at pasienter har måttet flytte fra et sykehus til et annet i løpet av behandlingen av sammensatte lidelser. Det er en utfordring å få ordningen med pasientansvarlig lege til å fungere ved en slik organisering. Organiseringen byr på utfordringer i forhold i samarbeidet med primærhelsetjenesten. Enkelte sykehusavdelinger vil behandle pasienter fra alle kommuner i Hedmark og Oppland, mens kommunene må forholde seg til forskjellige sykehus avhengig av hvilken behandling som gis. I de fleste tilfeller vil sykehuset i lokalområdet være naturlig behandlingssted, men det har oppstått nye utfordringer for det interne samarbeidet i foretaket og i kommunikasjonen mellom sykehusene og primærhelsetjenesten. En regner med at det vil komme klager knyttet til behandlingen av enkelte pasienter og at tilsynsmyndigheten kan bli bedt om å vurdere forsvarlighet i organiseringen av tilbudet.

Klager etter lov om sosiale tjenester

Fylkesmannen i Telemark opplyser at de halvsvis i 2004 har endret vedtak i 41% av klagen som var hjemlet i sosialtjenesteloven. Tallet for samme periode 2003 var 20%. Tallmaterialet er for lite til å fastslå om økningen kan skyldes krav om å spare penger i sosialtjenesten. Fylkesmannen vil følge utviklingen nøye.

Fylkesmannen i Finnmark ser en tendens til at kommuner med relativt stor økning i utgifter til sosialhjelp, prøver å begrense utgiftene ved å gjeninnføre politisk behandling av søknader. Fylkesmannen har i en kommune endret vedtak i mange klagesaker som gjaldt økonomisk stønad. I flere kommuner er Fylkesmannen bekymret for rettssikkerheten på dette området. Fylkesmannen uttrykker ønske om direkte tilsynshjemmel og at forskrift om internkontroll blir innført for disse tjenestene.

Boligsosialt arbeid

Fylkesmannen i Telemark melder at 77 personer i fylket er uten fast husvære. 25 av disse oppholder seg i kommuner som ikke har tilgang på midlertidige boliger.

Kommuneøkonomi og kutt i tjenester

Kommunene rapporterer om dårlig økonomi og det kuttes i tjenestene med hard hånd. Helsetilsynet i Finnmark har så langt unngått konflikt mellom Fylkesmannens oppfølging av ROBEK-kommunene og tilsyn med disse kommunenes tjenestetilbud (ROBEK: Registeret over kommuner som har mistet den fulle styringsretten over sine økonomiske disposisjoner; kommunelovens § 60 nr. 1, jf. § 59 a). De er ikke i tvil om at det ligger latent konfliktstoff mellom tilsyn og oppfølging av kommunenøkonomien, når kommunene prøver å gjøre pleie- og omsorgstjenesten til salderingspost.

Kommunenes organisasjonsstruktur

Helsetilsynet i Rogaland melder at kommuner med flat organisasjonsstruktur trenger ekstra robuste styringssystemer for å ivareta plikten til internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Individuell plan

Fylkesmannen i Aust-Agder har etablert et nettverk av ansvarlige for individuell plan i kommunene. Det viser seg at brukere kan ha rett til individuell plan etter flere lover samtidig – blant annet sosialtjenesteloven, introduksjonsloven og pasientrettighetsloven. Lovene har ulike krav til dokumentasjon/journal. Det kan være behov for å gjennomgå dagens ordning. Systemrevisjoner med kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstjeneste og retten til individuell plan har avdekket stor usikkerhet i Aust-Agder om hva som er koordinerende enhet og hvordan denne bør fungere. Mange pasienter hadde ikke fått tilbud om individuell plan selv om de hadde behov for det. Det ble avdekket ulik forståelse av hva som ligger i kravet til brukermedvirkning, og det var tydelige forskjeller i holdninger til brukermedvirkning avhengig av om man hadde sosialfaglig eller pleiefaglig ståsted. De fleste kommunene opplyste at samhandling med annenlinjetjenesten fungerte godt.

Kvinner og sterilisering

Helsetilsynet i Telemark melder at antall kvinner som ønsker sterilisering, har falt betydelig etter at egenandelen ble forhøyet. Antall menn som ønsker slikt inngrep, er redusert i langt mindre grad. Antall aborter i Telemark har økt i samme tidsrom.

Den private volden

Fagrådet for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn melder at tiltak for å bekjempe den private volden i for stor grad er basert på ildsjeler både i det offentlige og private hjelpeapparatet. Det er en tendens til at tiltak som gir status, lettere legges inn under spesialisthelsetjenesten. For eksempel er tiltak rettet mot menn som utøver vold, lagt til spesialisthelsetjenesten, mens tiltak overfor voldsutsatte kvinner ikke er det.

Usynlige forskjeller

i nemndbehandling av abortsøknader

Abortnemndene følger regelverket samtidig som de skjønsmessige vurderinger kan utøves ulikt og true de abortsøkendes rettssikkerhet. Regelverket tar ikke høyde for uensartede skjønsmessige vurderinger.

Det konkluderer Helsetilsynet etter et landsomfattende tilsyn i 2004 med abortnemndenes behandling av abortsøknader i 2003 (1).

Bakgrunnen for tilsynet var påviste geografiske forskjeller i nemndvedtak i tidligere undersøkelser (2,3,4). Abortstatistikken gir ikke noe entydig svar på om sykehusenes abortnemnder oppfyller kravene i regelverket ved behandling av abortsøknader.

Tilsynet omfattet saker fra et representativt utvalg abortnemnder. Samtlige saker ved universitetssykehusene med regional klagenemnd er med i utvalget. Tilsynet har konsentrert seg om nemndbehandling av abortbegjæringer på grunnlag av kvinnens psykiske eller fysiske helse og/eller sosiale årsaker (5). Tilsynet fant ikke avvik fra gjeldende prosessuelle regler.

Dokumentgranskingen avdekket at

nemndene, spesielt i behandling av søknader på sosial indikasjon, må forholde seg til en meget sammensatt virkelighet. Utøvelse av skjønn er sentralt i behandlingsprosessen. Vurderingen ved førstegangs behandling i nemnd er, etter gjeldende regelverk, tillagt leger som sentrale medlemmer i abortnemnda. En avveining mellom kvinnens vurdering av sine forutsetninger og livssituasjonen på den ene siden og abortlovens skjerpede krav i forhold til svangerskapets varighet på den andre, skal ligge til grunn for vedtaket. Kvinnens egen vurdering skal vektlegges tungt.

Grunnlaget for nemndas beslutning er formulert i henhold til lovkravene, for eksempel: "Ikke alvorlige nok grunner", "Svangerskapet har kommet for langt i forhold til lovens krav", og motsatt formulert når abort innvilges (4).

Helsetilsynet avdekket ikke avvik fra gjeldende regelverk. Noen vedtak demonstrerte likevel at nemndene utøver de skjønsmessige vurderingene ulikt. Sammenliknbare forhold resulterte i avslag i en nemnd og innvilging av abort i en annen. Tilsynet konstaterte at subjektive faktorer som ikke kan etterprøves, og sammenhenger mellom ulike faktorer, kan bidra til uforutsigbare vedtak i dagens nemndordning. Dette kan svekke abortsøkerens rettssikkerhet.

Litteratur

1. Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004. Rapport fra Helsetilsynet 1/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.
2. St.meld. nr. 16 (1995–96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd.
3. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996–97. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1000–3.
4. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Geografisk variasjon i forekomsten av induserede senaborter i Norge 1996–97. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 121: 24–7.
5. Lov om svangerskapsavbrudd av 13. juni 1975 nr. 50.

Klagesaker etter sosialtjenesteloven

In English

Behandlingstiden for klagesaker etter sosialtjenesteloven er blitt kortere, men kommunene får mange vedtak om sosiale tjenester i retur til ny behandling.

Ved utgangen av 2004 hadde fylkesmennene en restanse på 704 klagesaker etter sosialtjenesteloven. I 2003 var restansen 1592 saker. Det er særlig Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Fylkesmannen i Rogaland som har bidratt til det at restansen er mer enn halvert på ett år. To av tre saker ble behandlet innen tre måneder, som også er gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse sakene. Ved inngangen til 2005 opplyser fylkesmannsembetene at behandlingstiden er under tre måneder for nye saker.

I 2004 behandlet fylkesmennene 1288 saker (1399 i 2003) etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Kapitlet gjelder praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldegn omsorgstjenester, omsorgslønn og

midlertidig husvære. Saker om omsorgslønn utgjør den største andelen med 417 saker, deretter kommer praktisk bistand og opplæring med 361 saker. 96 av disse gjelder brukerstyrt personlig assistanse. 256 av sakene etter kapittel 4 gjelder støttekontakt og 191 gjelder avlastning. 54 % (49 %) av sakene ble stadfestet, 21 % (28 %) opphevet og sendt tilbake til ny behandling i kommunen, og 22 % (21 %) ble omgjort. 3 % (2 %) ble avvist. Tallene i parentes gjelder 2003.

Totalt behandlet fylkesmennene 5464 (4471 i 2003) saker om økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven kapittel 5. Av disse ble 80 % stadfestet, 9 % opphevet og tilbakesendt til ny behandling, og 10% ble omgjort. 1 % ble avvist. Prosentandelene var omtrent de samme i 2003 som i 2004.

I 851 saker etter kapittel 4 og kapittel 5 ble kommunens vedtak omgjort av Fylkesmannen. 10 % ble begrunnet med feil saksbehandling, i 34 % av sakene var begrunnelsen åpenbart urimelig skjønnsutøvelse og i 19 % var begrunnelsen feil lovanvendelse. Av de 769 sakene som ble sendt tilbake til kommunen til ny behandling, ble Fylkesmannens vedtak begrunnet med feil saksbehandling i 60 % av sakene.

Det kom inn 6394 saker i 2004. Det er færre saker enn i 2003 da tallet var 6712. Fylkesmannsembetene behandlet 7333 saker i 2004 mot 6340 i 2003. Antall innkomne saker gir et bilde av aktiviteten i kommunene, mens antall behandlede saker viser aktivitet hos fylkesmennene.

Helsetilsynet har satt i gang prosjektet *Enhetlig behandling av tilsynssaker og rettingstklager* som blant annet vurderer rapporteringen av klagesakene etter sosialtjenesteloven. Det tas sikte på endring av rapporteringen fra 2006.



Dessuten er det Helsetilsynets mening at ...

Klipp fra høringsuttalelser i 2004

Nedenfor refereres hovedsynspunkter fra ti av Helsetilsynets høringsuttalelser i 2004. De øvrige uttalelsene i det utvalget som ble publisert på nettstedet www.helsetilsynet.no er nevnt med tittel sist i artikkelen.

NOU 2004:

13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning

- I en felles førstelinjetjeneste hvor hovedfokus er å få folk i arbeid, er det svært viktig at den kompetanse man bygger inn i organisasjonen bidrar til at også de brukerne som står langt fra arbeidsmarkedet, får rette tjenester.
- Det må sikres at en felles førstelinjetjeneste har tilstrekkelig sosialfaglig kompetanse til å samarbeide med brukere om å sette realistiske mål og å motvirke at fokus på arbeidslinjen bidrar til stigmatisering og nederlag for enkeltpersoner.
- Det må legges til rette for samarbeid med andre velferdsetater så som helse, utdanning og bolig.
- Førstelinjetjenestens fysiske utforming må tilpasses brukeres behov for konfidensialitet omkring personlige forhold.
- Med utgangspunkt i våre erfaringer når det gjelder forholdet mellom klagesaker og tilsyn med helsetjenesten stiller vi spørsmål ved om klageadgang er tilstrekkelig som rettsikkerhetsvirkemiddel for brukere av sosialkontortjenestene. Etter vår vurdering er det behov for å etablere også andre ordninger for tilsyn og kontroll for å sikre brukeres rettigheter og tjenestenes forsvarlighet.

Forsøksordning med sprøyterom for narkomane

- Helsetilsynet mener primært at sprøyterom bør være en helsetjeneste bemannt med helsepersonell.
- Sprøyterom og lavterskel helsetjeneste bør samlokaliseres.
- Det er ikke fornuftig å regulere type narkotikum og eller dose i forsøksordningen eller lage et stivt system med adgangsbegrensning.
- For å sikre brukernes rettsikkerhet anbefaler Helsetilsynet at vilkår og sanksjoner knyttet til ordningen er tydelige og kjente.

- Ordningen og evalueringen må legges opp slik at man får svar på spørsmålene om effekten av sprøyterom.

NOU 2004: 17 Statlig tilsyn med kommunesektoren (Aasland-utvalget)

- Helsetilsynets generelle oppfatning er at utredningen legger større vekt på hensynet til kommunens samlede oppgaver enn på at brukernes rettigheter skal beskyttes effektivt.
- Helsetilsynet er enig i at tilsyn er kontroll med at plikter og rettigheter i lovgivningen blir overholdt. Men Helsetilsynet mener at flere av utvalgets tilrådninger i praksis vil innebære en svekkelse av brukernes rettigheter:
- Tilrådingen om at tilsynet med kommunesektoren skal reduseres, er ikke underbygget i utredningen. Redusert tilsyn vil medføre svekket beskyttelse av rettighetene.
- En lovfesting av at evt pålegg om å rette opp lovbrudd skal ta hensyn til kommunens samlede oppgaver, kan medføre at lovpålagte plikter og rettigheter settes til side fordi kommunen også har utfordringer på andre sektorer.
- Utvalgets tilrådninger legger ikke til rette for at tilsynsordningene skal kunne beskytte brukernes rett til helhetlige og koordinerte tjenester fra flere nivåer innen de ulike sektorer.
- Utvalgets tilrådninger vil føre til en u hensiktsmessig, komplisert og utydelig regulering av tilsynet.
- a) Tilsynet med kommunale tjenester tilrådes lovmessig skilt fra øvrig tilsyn innen samme sektor.
- b) Kommuneloven regulerer kommunenes virksomhet, og det er derfor ikke naturlig å plassere hjemmel for statlig tilsyn der.
- c) Delt regulering mellom kommunelov og

særlovgivning kompliserer og fragmenterer regelverket.

d) Felles regulering i kommuneloven vil være i strid med og utydeliggjøre plasseringen av det konstitusjonelle ansvaret for tilsynet.

- Helsetilsynet går inn for å beholde Helsetilsynet i fylket for å føre tilsyn med helsetjenesten.
- Helsetilsynet er enig i at planlegging av tilsynet med kommunesektoren bør samordnes, og at denne oppgaven legges til fylkesmannen. Helsetilsynet deler også utvalgets oppfatning om at samarbeidet mellom de instanser som har det overordnede ansvaret for tilsynet på ulike sektorer bør styrkes.

Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

- Det er ikke sannsynliggjort at utredningens forslag til organisatoriske endringer for nødmeldetjenesten vil kunne bidra til å løse problemene med feilanrop til politiets nødnummer 112.
- Felles nødnummer kan medføre at responstiden for mottak av henvendelser om medisinsk nødhjelp vil øke dramatisk, med alvorlige konsekvenser for håndtering av tidskritiske sykdoms- og skadetilstander.
- Felles mottak av nødmeldinger ivaretar ikke de krav til medisinsk fagkyndighet som bør stilles til personell som skal håndtere mottak av medisinske nødmeldinger. Henvendelser om medisinsk nødhjelp bør også i fremtiden håndteres av helsepersonell
- Det er viktig at medisinsk nødmeldetjeneste også i fremtiden utgjør en integrert del av den øvrige helsetjeneste, for å få til nødvendig samarbeid og samhandling, fagutvikling og rekruttering av kvalifisert helsepersonell. Helsetilsynet stiller seg derfor kritisk til forslaget om å organisere nødmeldetjenesten som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

- Forskriften bør inneholde en bestemmelse om at alle ledd i den akuttmedisin-

skje kjeden fortløpende skal drive virksomhetsregistrering. I tillegg bør det utarbeides nasjonale krav til hvilke data som skal registreres for de ulike tjenestene.

- Det bør inntas en egen bestemmelse om at sykehus med akuttfunksjon skal være tilgjengelig i det lukkede helseradionettet.
- Kravet om at kommunen skal etablere og drifte legevaktordninger, samt et fast telefonnummer til legevakt som fungerer hele døgnet, bør presiseres.
- For ambulanspersonell nr. to bør det oppstilles krav om kompetansebevis for utrykningsførere.
- Helsetilsynet vurderer at beslutningen om ikke å stille krav til responstid for ambulansetjenesten fremstår som lite helsefaglig begrunnet.
- Krav om tilstedevakt i ambulansetjenesten, uten samtidig krav til responstid og økonomisk kompensasjon for økte kostnader, kan påvirke responstiden negativt ved at det totale antall ambulanser og ambulansestasjoner reduseres.
- Det bør stilles krav om at den medisinske behandlingen som ytes i ambulansetjenesten, skal være i tråd med oppdaterte og anerkjente behandlingsprinsipper.

Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen – kommentarer til Sosial- og helsedirektoratets forslag

- Helsetilsynet slutter seg til de vurderingene som ligger til grunn for forslaget om færre svangerskapskontroller.
- Den foreslåtte sterke reduksjon i antall konsultasjoner, særlig i svangerskapets to første trimestre, gjør det nødvendig med en sterkere fokusering på ansvarsroller og øvrige forhold som sikrer kontinuiteten og samarbeid på tvers av nivåene.

Spesialtetsstrukturen i indremedisin og kirurgi

- Helsetilsynet støtter forslaget om å redusere utdanningstiden til 6,5 år.
- Helsetilsynet støtter forslaget om å opprette geriatri som egen spesialitet med mulig rekruttering fra andre områder enn generell indremedisin.
- Helsetilsynet slutter seg til forslagets vurdering at det fortsatt vil være behov for spesialister i generell indremedisin, spesielt på grunn av den norske sykehusstrukturen. Vi finner likevel at betegnelsen "grensespesialitet i generell indremedisin" er en semantisk vanskelig konstruksjon, som vil være vanskelig å markedsføre for norske spesialister i utlandet.
- Helsetilsynet er positiv til forslaget om å inkludere sykehjemstjeneste som en del av spesialistutdanningen under forutsetning av at tjenesten gis et hensiktsmessig innhold.
- Helsetilsynet viser til det som er sagt over, og går imot forslaget om å opprette

en egen spesialitet for mamma- og endokrin kirurgi.

Forslag om endringer i barnevernloven, sosialtjenesteloven og smittevernloven

- Internkontroll er et viktig virkemiddel for at ansvar og oppgaver skal bli ivaretatt, ikke for at tilsynsmyndighetene skal kunne avdekke brudd på myndighetskrav og svakheter i tjenestene. Helsetilsynet anbefaler derfor departementet å nedtone koblingen mellom internkontroll og tilsyn.
- Helsetilsynet støtter innføring av internkontrollplikt for barneverntjenesten.
- Plikten bør også gjelde for statlig regional barnevernmyndighet. Det må spesielt sikres at private tjenesteytere innen barnevernet omfattes av plikten, både som utførere av kommunenes oppgaver og ved drift av fosterhjem og institusjoner. Helsetilsynet har gjennom tilsyn erfart at det ofte svikter i overgangen mellom tjenester og nivåer. Med sammenhengende plikt til internkontroll vil det være lettere å fange opp risikoområder og sikre at det gjennomføres tiltak for å gi barn og unge forsvarlige tjenester.

Spørsmål som bør avklares i forbindelse med Europakommisjonens forslag til rammedirektiv for tjenester

- Slik Helsetilsynet forstår det, har direktivet et vidt tjenesteyterbegrep. Dersom det omfatter arbeidskraft innleid gjennom et utenlandsk firma i for eksempel et norsk sykehus, vil enkeltpersoner som arbeider tett sammen være regulert av forskjellige regelverk. Forventes det i så fall at sykehuset er kjent med det aktuelle utenlandske regelverket?
- Dette er en spesiell utfordring innen helsesektoren der ikke bare virksomheten er underlagt sektorlovgivning, men også det enkelte autoriserte helsepersonellet.
- Innebærer direktivet at norske kommuner og regionale helseforetak ikke kan kreve at leverandører de inngår avtaler med (for eksempel behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere, sykehustjenester, allmennleger) skal følge norsk lovgivning?
- Pasienter og tjenestemottakere må kunne forvente at tjenester som tilbys i Norge, følger norske krav. Det er uklart hvordan direktivet vil slå ut her.
- Det framstår også som uklart i hvilken utstrekning nasjonale særkrav til kvalitet på ulike tjenestetypene skal kunne opprettholdes når den tilsynsmessige vurderingen i hovedsak skal gjøres av opprinnelseslandets tilsynsorganer med utgangspunkt i de faglige standarder som finnes der.

Revisjon av rammeplan for sykepleierutdanningen

- Helsetilsynet finner det uheldig at man fjerner kravet til praksisstudier første studieår.
- Helsetilsynet går inn for at dagens krav om minst seks uker praksisstudier både ved kirurgisk og medisinsk sengepost bør opprettholdes.
- Helsetilsynet etterlyser en drøfting av hvorvidt de foreslåtte endringene er vurdert opp mot de krav til praksisstudier som følger av EU/EØS sektordirektiv for sykepleiere.

Andre høringsuttalelser som ligger på nettstedet www.helsetilsynet.no

- Utkast til forskrift om tapping, testing, behandling, oppbevaring og distribusjon av humant blod og blodkomponenter, samt registrering og behandling av helseopplysninger (blodforskriften)
- Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Læringsmiljøbestemmelse i folkehøgskoleloven
- Læringsmiljøbestemmelse i lov om fagskoleutdanning
- Forslag om endringer i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
- Behov for endringer i turnustjenesten for leger? Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet
- NOU 2003: 31 Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner
- NOU 2003: 15 Fra bot til bedring
- Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen
- Forprosjektrapport om arkitektur for elektronisk samhandling i offentlig sektor
- Sluttevaluering av Aetat helse-rekruttering
- Delegasjon av myndighet til interkommunale organer innen miljørettet helsevern og smittevern – forslag til endringer i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven
- Endring av drikkevannsforskriften som følge av ny matlov og ny organisering av drikkevannsforvaltningen
- Etablering av et personentydig helseregister
- Refusjonsordning for polikliniske takster innen rusfeltet
- Veileder om praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse



Tall og fakta

Tabeller og fakta på de neste sidene gir oversikt over de viktigste oppgavene tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn, fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene) utfører. Mer utførlig statistikk finnes på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no.

KLAGESAKER OM RETTIGHETER I SOSIALTJENESTEN

Fylkesmannen er klageinstans for enkeltvedtak truffet av sosialtjenesten, jf. sosialtjenesteloven § 8–6. I henhold til § 8–7 kan Fylkesmannen prøve alle sider av vedtaket, men ved prøving av det frie skjønn kan vedtaket bare endres når skjønnnet er åpenbart urimelig.

Tabell 1 gir oversikt over klager etter sosialtjenesteloven i 2004.

Kap. 4 gjelder råd og veiledning, praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, omsorgslønn, individuell plan og midlertidig husvære. Kap. 5 i loven gjelder økonomisk stønad (til livsopphold m.m.).

Antall klagesaker som kommer til Fylkesmannen per 100.000 innbyggere, varierer mellom 85 i Sogn og Fjordane og 219 i Finnmark. Landsgjennomsnittet er 139 klagesaker per 1000 innbyggere. Flere opplysninger om utfall og annet om klagesakene finnes i egen artikkel på s. 35.

Tallene for Oslo og Akershus omfatter også enkelte saker etter vederlagsforskriften og kap. 4A i lov om sosiale tjenester m.v.

KLAGESAKER OM RETTIGHETER I HELSETJENESTEN

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene befolkningen er gitt i pasientrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten (kommunen osv.) 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.

Tabell 2 viser klagesaker om rettigheter i helsetjenesten avsluttet ved Helsetilsynet i fylkene. Flere bestemmelser kan være vurdert i hver sak.

Antall avsluttede saker var 361 (199 i 2003). I 135 av de 361 sakene er det gitt helt eller delvis medhold. Rett til syketransport ble tatt inn i pasientrettighetsloven med virkning fra 1. januar 2004 (42 saker avsluttet i 2004). Fra samme tidspunkt ble

Tabell 1 Klager etter sosialtjenesteloven 2004 – nye og avsluttede saker

Fylke	Nye saker	Avsluttede saker kap. 4	Herav omgjort	Avsluttede saker kap. 5	Herav omgjort	Sum avsl. saker
Østfold	530	116	81	420	54	536
Oslo og Akershus	1 477	380	98	1 713	212	2 093
Hedmark	227	60	9	163	11	223
Oppland	207	48	13	147	12	195
Buskerud	387	95	17	258	19	353
Vestfold	356	71	3	267	16	338
Telemark	282	70	32	195	36	265
Aust-Agder	121	24	2	84	4	108
Vest-Agder	243	41	1	212	7	253
Rogaland	544	92	5	510	49	602
Hordaland	584	99	18	444	41	543
Sogn og Fjordane	91	50	6	55	3	105
Møre og Romsdal	269	79	11	155	7	234
Sør-Trøndelag	246	48	2	224	5	272
Nord-Trøndelag	141	31	4	88	6	119
Nordland	315	63	8	234	21	297
Troms	214	40	5	191	26	231
Finnmark	160	14	2	104	5	118
Hele landet	6 394	1 421	317	5 464	534	6 885

Tabell 2 Klagesaker om rettigheter i helsetjenesten avsluttet ved Helsetilsynet i fylkene – vurdert mot enkelte bestemmelser i lovene

Bestemmelse	Bestemmelsen gjelder	Antall saker 2004	Herav medhold for klageren	Antall saker 2003
Pasientrettighetsloven				
§ 2–1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten	34	15	30
§ 2–1 annet ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	72	20	29
§ 2–2	rett til vurdering innen 30 dager	5	4	4
§ 2–3	rett til fornyet vurdering	4	1	1
§ 2–4	rett til valg av sykehus	9	4	4
§ 2–5	rett til individuell plan	11	5	16
§ 2–6	rett til syketransport	42	6	ny rettighet fra 2004
Kap. 3	rett til medvirkning og informasjon	11	6	11
Kap. 4	samtykke til helsehjelp	1	1	4
Kap. 5	rett til innsyn, retting og sletting i journal pasientrettighetsloven, ikke kategorisert	20	14	30
		47	9	13
Kommunehelsetjenesteloven				
§ 2–1	rett til nødvendig helsehjelp	143	49	89
Tannhelsetjenesteloven				
§ 2–1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	1	1	4
Sum vurderinger mot enkeltbestemmelser		400	135	235

rettighetene utvidet for fritt sykehusvalg, for behandling i utlandet og for helsetjenester til rusmisbrukere. Det foreligger ikke

tall spesielt for klagesaker i hver av disse kategoriene.

TILSYN MED SOSIALTJENESTEN**Systemrevisjoner**

Tabell 3 viser fylkesmennenes tilsyn (systemrevisjoner) med sosialtjenesten i 2004.

Tabell 3 Fylkesmennenes tilsyn (systemrevisjoner) med sosialtjenesten i 2004

Fylke	Antall systemrevisjoner
Østfold	7
Oslo og Akershus	6
Hedmark	4
Oppland	4
Buskerud	8
Vestfold	3
Telemark	3
Aust-Agder	8
Vest-Agder	5
Rogaland	3
Hordaland	5
Sogn og Fjordane	9
Møre og Romsdal	6
Sør-Trøndelag	8
Nord-Trøndelag	10
Nordland	10
Troms	6
Finnmark	4
Hele landet	109

I 19 av de 109 systemrevisjonene ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket førte til sammen 25 felles tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten i 2004.

Av de 109 systemrevisjonene inngår 58 i landsomfattende tilsyn med kommunenes tjenestetilbud til rusmisbrukere (se side 4–5). Oppsummeringsrapport publiseres i serien Rapport fra Helsetilsynet.

I alt 51 tilsyn inngår ikke i landsomfattende tilsyn. Virksomhet og tema for disse er valgt ut fra informasjon Fylkesmannen har om risiko og sårbarhet. Tema for de 51 tilsynene var blant annet sosialtjenesteloven kap. 4A, se også omtale nedenfor (12 tilsyn), hjemmetjenester, avlastning og støttekontakt etter lovens kap. 4 (ca 20 tilsyn), styringssystem og saksbehandling generelt (ca 10 tilsyn) og tjenester til rusmisbrukere spesielt (6 tilsyn).

Av 86 systemrevisjoner i sosialtjenesten i 2003 er 7 foretatt der det fortsatt er åpne avvik ved utgangen av 2004 (brudd på lov eller forskrift påpekt i tilsynet der forholdene ikke er brakt i orden).

Tilsyn med rusinstitusjoner

I tillegg til de 109 systemrevisjonene ble det gjennomført 25 tilsyn med rusinstitusjoner, jf. kap. 3 i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.

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

Tabell 4 viser antall av enkelte typer vedtak og antall berørte av tiltak etter sosialtjenesteloven kap. 4A.

Sosialtjenesteloven kap. 4A om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt over-

for enkelte personer med psykisk utviklingshemning trådte i kraft 1. januar 2004 og erstattet det midlertidige kap. 6A.

Kommunene rapporterer beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner (enkeltsituasjoner) til Fylkesmannen, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstav a. Antall beslutninger var 22 700 i 2004 fordelt på 815 personer.

Fylkesmannen må godkjenne planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tvangstiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak, jf. §4A–5 tredje ledd bokstavene b og c.

Av 655 godkjente vedtak i 2004 gjaldt 272 planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner, 242 vedtak gjaldt tvangstiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov, 47 vedtak gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler (24 vedtak hjemlet i bokstav b, 23 i c), 87 vedtak gjaldt bruk av inngripende varslingsystemer (27 vedtak hjemlet i bokstav b, 60 i c), og 7 vedtak gjaldt opplærings- og treningsiltak. Vedtakene omfattet 388 personer.

Fylkesmennene gav 319 dispensasjoner fra utdanningskravene som i § 4A–9 stilles til personale som skal gjennomføre tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstavene b og c.

Antall klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd som kom til fylkesmennene var svært lavt. Fylkesmennene gjennomførte 148

Tabell 4 Antall av enkelte typer vedtak og berørte av vedtak mm. etter sosialtjenesteloven kap. 4A i 2004. (Tall for Oslo og Akershus, Buskerud, Finnmark og sumtall rettet i nettversjon april 2005)

Fylke	Beslutninger § 4A–5 a	Per 100 000 innbyggere	Personer med beslutning § 4A–5 a	Godkjente vedtak § 4A–5 b og c	Ikke godkjente vedtak	Personer m/ vedtak § 4A–5 b og c	Dispensasjoner fra utdanningskrav § 4A–9	Stedlige tilsyn
Østfold	633	245	70	12	5	8	7	6
Oslo og Akershus	3 311	325	153	37	2	30	21	7
Hedmark	390	207	29	43	1	25	16	2
Oppland	286	156	28	40	0	37	36	17
Buskerud	332	137	21	23	2	11	9	2
Vestfold	434	197	35	15	5	12	8	7
Telemark	1 585	955	39	13	4	10	6	7
Aust-Agder	192	186	19	8	0	6	4	0
Vest-Agder	344	215	44	30	1	21	3	7
Rogaland	2 233	570	91	53	6	39	29	20
Hordaland	5 796	1 297	129	81	4	47	50	12
Sogn og Fjordane	355	332	25	16	0	12	7	8
Møre og Romsdal	431	177	45	114	5	46	36	10
Sør-Trøndelag	5 591	2 063	25	30	5	28	13	5
Nord-Trøndelag	177	138	13	21	5	15	9	12
Nordland	185	78	18	87	0	25	20	8
Troms	195	128	17	22	2	11	14	9
Finnmark	230	315	14	10	2	5	31	9
Totalt	22 700	494	815	655	49	388	319	148

stedlige tilsyn med tiltak etter § 4A–5 tredje ledd, jf. tilsynsplikten i forhold til tiltak etter bokstavene b og c i § 2–6 første ledd annet punktum. Tallet omfatter også stedlig tilsyn med tiltak etter bokstav a.

Pålegg

Fylkesmennene har ikke gitt pålegg med hjemmel i sosialtjenesteloven i 2004.

TILSYN MED HELSETJENESTEN

Tabell 5 viser antall tilsyn (systemrevisjoner) utført av Helsetilsynet i fylkene i 2004. To tilsyn gjaldt private institusjoner.

I de 156 tilsynene med kommunehelsetjenesten inngår 24 tilsyn der Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket førte felles tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten.

Tabell 5 Antall tilsyn (systemrevisjoner) utført av Helsetilsynet i fylkene 2004

Fylke	Antall tilsyn	Av disse i kommunehelsetjenesten	Av disse i spesialisthelsetjenesten
Østfold	12	10	2
Oslo og Akershus	8	6	2
Hedmark	10	7	3
Oppland	12	11	1
Buskerud	15	11	3
Vestfold	10	8	2
Telemark	11	8	3
Aust-Agder	11	9	2
Vest-Agder	11	8	3
Rogaland	7	3	4
Hordaland	15	13	2
Sogn og Fjordane	11	10	1
Møre og Romsdal	11	9	2
Sør-Trøndelag	11	8	3
Nord-Trøndelag	10	4	5
Nordland	17	15	2
Troms	10	8	2
Finnmark	10	8	2
Sum	202	156	44

I 30 av de 202 tilsynene ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift.

Helsetilsynet i fylkene utførte to landsomfattende tilsyn etter veileder fastsatt av Helsetilsynet i 2004:

- kommunenes helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente – 57 enkelttilsyn
- fødeinstitusjoner – 28 enkelttilsyn

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

Virksomhet og tema for tilsyn som ikke inngår i landsomfattende tilsyn, er valgt ut fra den informasjon om risiko og sårbarhet m.m. som Helsetilsynet i fylket har. Tema for 99 slike tilsyn med kommunene var blant annet pleie- og omsorgstjenesten (63 tilsyn), infeksjonskontroll i institusjoner (13), samfunnsmedisinske oppgaver (4), habilitering og rehabilitering (3), beredskap (2) og

samhandling med skole og sosialtjeneste.

Tema for 16 tilsyn med spesialisthelsetjenesten som ikke inngår i landsomfattende tilsyn, var blant annet kvalitetsutvalgenes arbeid, styringssystemer, brukermedvirkning, kontinuitet, inn- og utskrivning og fritt sykehusvalg.

Helsetilsynet i Rogaland gjennomførte 23 tilsyn med petroleumsvirksomheten. Disse er ikke tatt med i tallene ovenfor.

Avvik som er mer enn ett år gamle

Per 31. desember 2004 var det fortsatt åpne avvik ved 40 tilsyn utført i 2003 eller tidligere (brudd på lov eller forskrift påpekt i

tilsyn i 2002 og 6 tilsyn i 2001, 2000 og 1999. Tilsvarende tall var 71 ved utgangen av 2003 og 39 ved utgangen av 2002. De 40 avvikene fordeler seg slik:

- 29 tilsyn med kommunehelsetjenesten, hvorav 12 pleie- og omsorgstjenester bl.a. dekking av grunnleggende behov og tjenester til aldersdemente, og 8 tilsyn med skolehelsetjenesten.
- 10 tilsyn med spesialisthelsetjenesten, der temaene bl.a. var sammenhengende tjenester, ventetid på vurdering, individuell plan, barne- og ungdomspsykiatri og overbelegg
- 1 tilsyn med allmennlegepraksis

Helsetilsynet i fylkene følger opp avvik overfor eiere og ansvarlige drivere av tjenestene inntil avvikene er lukket.

Pålegg

Helsetilsynet ga to pålegg i 2004, til Torsken kommune og Gratangen kommune ifm. manglende planer for smittevernberedskap, med hjemmel i lov om helse-tjenesten i kommunene § 6–3. Helsetilsynet ga varsel om pålegg til

- Helse Vest RHF i forbindelse med overbelegg i korttidsavdelingen ved Sandviken sykehus (spesialisthelsetjenesteloven § 7–1)
- Helse Sør RHF i forbindelse med manglende smittevernplan (smittevernloven § 7–10a)
- 46 kommuner i forbindelse med manglende planer for helsemessig og sosial beredskap (kommunehelsetjenesteloven § 6–3)

tilsynet der forholdene ikke er brakt i orden). Av disse gjaldt 21 tilsyn i 2003, 13

Tabell 6 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylkene – saksmengde og saksbehandlingstid

Fylke	Antall saker avsluttet 2004	Andel (%) mer enn 5 md. saksbehandlingstid	Antall saker avsluttet 2003
Østfold	89	55	47
Oslo og Akershus	457	65	258
Hedmark	77	69	81
Oppland	65	32	35
Buskerud	110	49	88
Vestfold	67	37	66
Telemark	70	70	72
Aust-Agder	34	53	62
Vest-Agder	50	64	93
Rogaland	100	52	104
Hordaland	115	30	144
Sogn og Fjordane	44	14	39
Møre og Romsdal	63	73	51
Sør-Trøndelag	94	49	80
Nord-Trøndelag	56	41	61
Nordland	82	46	107
Troms	65	42	42
Finnmark	37	54	16
Sum	1 675	53	1 446

TILSYNSSAKER (ENKELTSAKER) I HELSETJENESTEN

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. Tabell 6 viser tilsynssaker behandlet ved Helse-tilsynet i fylkene – saksmengde og saksbehandlingstid.

For 2004 var målet at mer enn halvparten av sakene skulle være behandlet innen fem måneder. Dette ble oppnådd i 9 fylker (11 fylker i 2003). Halvparten av saken er behandlet innen vel fem måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er ca. 7 måneder, som i 2003.

Fordelinger

Nedenfor gis informasjon om kilder til tilsynssakene, hva og hvem de handler om og de vurderinger og konklusjoner sakene har resultert i. Noen enkeltsaker er sammensatt slik at mer enn én helsevirksomhet og/eller ett helsepersonell er vurdert. I mange saker gjøres vurdering etter flere bestemmelser, slik at summen er høyere enn antall saker.

Fordeling på kilde for tilsynssaker

I de 1675 avsluttede tilsynssakene er pasienter, deres pårørende og fullmektiger kilde til 1284 av sakene (62%). Pasientombud med 140 og arbeidsgiver med 111 saker er andre hyppig forekommende kilder.

Fordeling på tjenester

Det ble gjort 1980 vurderinger av tjenester totalt i de 1675 tilsynssakene i 2004.

Tabell 7 viser tjenester som oftest er vurdert i tilsynssakene.

Tabell 7 Tjenester som oftest er vurdert i tilsynssakene

Tjeneste	Antall saker 2004	Andel av sakene (%)	Antall saker 2003
Offentlig spesialisthelsetjeneste	720	43	604
Allmenn-/fastlegetjeneste	680	41	635
– herav legevakt	199	12	191
Sykehjem	138	8	109
Privat spesialisthelsetjeneste	119	7	75
Hjemmebaserte helsetjenester	90	5	64
Tannhelsetjeneste	49	3	35

I 68 % av vurderingene ble det ikke funnet brudd på regelverket (påpekt pliktbrudd overfor helsepersonellet eller gitt systemkritikk til virksomhet fra Helsetilsynet i fylket eller saken oversendt Statens helsetilsyn). Høyest av de refererte tjenestene ligger legevakt med 77 %, lavest var andelen for hjemmebaserte helsetjenester med 53%.

Fordeling på helsepersonell

Tabell 8 viser helsepersonellkategorier som oftest er vurdert i tilsynssakene.

Det kom 77 vurderinger knyttet til de

Tabell 8 Helsepersonellkategorier som oftest er vurdert i tilsynssakene

Helsepersonellkategorier	2004	2003
Leger	952	838
Sykepleiere	111	96
Tannleger	50	35
Psykologer	33	39
Fysioterapeuter	25	15
Hjelpepleiere	22	18
Jordmødre	11	4
Ambulansearbeidere	10	4

Fordeling på medisinsk område

Av de 1675 avsluttede tilsynssakene var 772 saker rettet mot spesialisthelsetjenesten. Disse sakene blir kategorisert etter nærmestliggende medisinsk område, se tabell 9.

Det var i alt 902 vurderinger i de 772 sakene som gjaldt spesialisthelsetjenesten. I 66% av disse vurderingene ble det ikke funnet brudd på regelverket. Høyest ligger øyesykdommer og ortopedisk kirurgi med hhv. 79% og 77%, lavest var andelen for anesthesiologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer med hhv. 49% og 56%.

Fordeling på rettslig grunnlag

Tabell 10 viser rettslig grunnlag som flest tilsynssaker er vurdert mot.

Antall vurderingsgrunnlag for de 1 675

Tabell 9 Medisinske områder som oftest er vurdert i tilsynssaker som gjelder spesialisthelsetjenesten

Medisinsk område	2004	Andel av alle (%)	2003
Psykatri	238	31	177
Kirurgi	133	17	109
Indremedisin	93	12	86
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	79	10	62
Anesthesiologi	39	5	22
Nevrologi	26	3	17
Ortopedisk kirurgi	22	3	25
Øyesykdommer	19	2	8
Barne- og ungdomspsykiatri	17	2	20
Barnesykdommer	17	2	17

andre 19 helsepersonellkategoriene. I alt 689 vurderinger gjaldt virksomheten som organisasjon (kommunen, helseforetaket osv.).

sakene var 3 631. Andelen der det ikke ble påpekt brudd på lov eller forskrift var 65%.

Tabellen viser at de fleste tilsynssakene, som forventet, er knyttet til spørsmål om forsvarlig virksomhet. Et stort antall angår informasjon og dokumentasjon. Sakene som angår rusmidler og andre spørsmål om egnethet, er ofte alvorlige og vil i mange tilfeller ende med reaksjoner fra tilsynsmyndighetene.

Fordeling på utfall av sakene

Tabell 11 viser utfall av tilsynssakene som Helsetilsynet i fylkene behandlet i 2004.

Tilsynssaker i Statens helsetilsyn

Behandling av tilsynssakene i Statens helsetilsyn (de alvorligste sakene som over-

Tabell 11 Utfall av tilsynssaker

Utfall	2004	2003
Oversendt til Helsetilsynet	293	195
Systemkritikk rettet til direktør / rådmann	38	33
Systemkritikk rettet til faglig leder	14	17
Påpekt pliktbrudd overfor helsepersonell	284	213
Råd eller veiledning gitt helsepersonell	511	443
Ingen bemerkning	832	763

Tabell 10 Rettslig grunnlag som flest tilsynssaker er vurdert mot

Rettslig grunnlag	Antall vurderingsgrunnlag 2004	Andel (%) ikke regelbrudd	Antall vurderingsgrunnlag 2003
Bestemmelse i helsepersonelloven			
Forsvarlighet: oppførsel (§ 4)	200	72	183
Forsvarlighet: undersøkelse, diagnostikk, behandling (§ 4)	1 313	73	1 208
Forsvarlighet: medisinerings (§ 4)	169	60	159
Forsvarlighet: annet (§ 4)	244	66	240
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	43	72	58
Informasjon (§ 10)	99	65	74
Organisering av virksomhet (§ 16)	140	63	119
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	95	59	83
Pasientjournal (§§ 39–44)	269	36	205
Egnethet: rusmiddelmissbruk (§ 57)	45	24	35
Egnethet: andre forhold (§ 57)	74	36	51
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven			
Plikt til forsvarlighet (§ 2–2)	298	69	173

sendes fra Helsetilsynet i fylket) er omtalt i egen artikkel på side 17.

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 som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen.

Legemiddelrelaterte hendelser sto for rundt 20 % av alle meldingene i 2004, utstyrsrelaterte hendelser sto for rundt 9% og selvmord sto for rundt 2,5%. Dette er i tråd med funn de senere år.

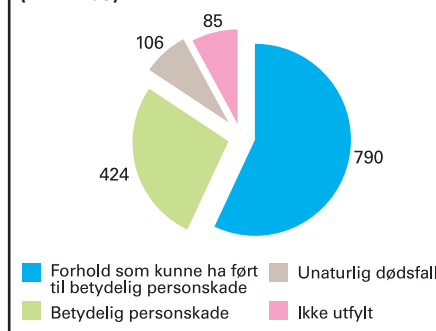
Meldesentralens årsrapporter oppsummerer siste års erfaringer basert på innmeldte hendelser.

Helseinstitusjonene er pålagt å sende slik melding innen to måneder etter at hendelsen fant sted. Det er et problem at tomåneders fristen i mange tilfeller ikke overholdes. Av 1 941 meldinger som Helsetilsynet i fylkene registrerte i databasen i 2004, var det 43 hendelser som fant sted i 2002 eller tidligere og 442 hendelser som fant sted før 31. oktober 2003. Forsinkelsene gjør at tallene fra Meldesentralen må justeres i lang tid etter at rapporter er offentliggjort.

Det er uheldig at det i en del meldinger ikke er gitt tilstrekkelig informasjon om hendelsen til at det er mulig å forstå hva som har hendt, hvordan og hvorfor det hendte, hvilke tiltak som er satt i verk for å

hjelpe pasienten og hva som er gjort for å hindre gjentakelse. Helsetilsynet er bekymret over at det i så liten grad fremgår av materialet hva virksomhetene iverksetter av tiltak for å hindre at uønskede hendelser oppstår og gjentar seg.

Figur 1 Antall §3–3-meldinger i 2004 (n = 1405)



INNSYN I DOKUMENTER

Helsetilsynet fikk 2 136 bestillinger på innsyn i dokumenter fra de presseorganene som deltar i Elektronisk PostJournal (EPJ) i 2004. Dette er en økning på 25 % fra 1 700 bestillinger i 2003. Presseomtale i 2004 er omtalt i egen artikkel på side 33.

PRESSEMELDINGER

1/2004 Flere mister autorisasjonen og tilsynssakene blir mer alvorlige

2/2004 Sluttrapportene er klare: Dent-O-Sept saken avdekket betydelige mangler og har ført til skjerpet tilsyn. Felles pressemelding fra: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn
3/2004 Kommunene får klar beskjed: Smit-

tevern- og beredskapsplaner må på plass!
4/2004 Helsedirektør Lars E. Hanssen inviterer media til framlegginga av Tilsynsmelding 2003 mandag 8. mars

5/2004 Tilsynsmelding 2003 viser at mykje er ugjort

6/2004 Invitasjon til Karl Evang-seminaret 2004

7/2004 Karl Evangs pris 2004 til psykiater Ingrid Lycke Ellingsen – arbeid mot tortur

8/2004 Invitasjon til presseseminar – landsomfattende fødetilsyn

BRUK AV NETTSTEDET WWW.HESETILSYNET.NO

Helsetilsynet lanserte nytt nettsted 4. mai 2004, se tekst på bakre omslagsside. Av ca 1,6 millioner sidevisninger på nettstedet fra mai til desember 2004 gjaldt ca

- 350 000 tilsynsrapporter
- 330 000 publikasjoner og høringsuttalelser
- 180 000 sider for de enkelte Helsetilsynet i fylket
- 175 000 regelverk
- 100 000 nyheter
- 75 000 stoff om Helsetilsynet
- 65 000 rettigheter og klagemuligheter
- 65 000 lenkesamlinger (kunnskapskilder)

Artiklene og regelverkslenkene som gjelder sosialtjenesten, er like mye lest som tilsvarende for helsetjenesten.

Blant de ca. 1500 tilsynsrapportene fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene er det rapporter fra det landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner og rapporter fra tilsyn med legevaktene i de større byene som er mest lest.

De tidligere seriene Helsetilsynets Utredningsserie og Veilederserie er vist nesten 140 000 ganger.

RUNDSKRIV FRA HESETILSYNET

Syketransport – retningslinjer for behandling av klagesaker. Rundskriv IK–1/2004.

REGNSKAPSRESULTAT

Tabell 11 Helsetilsynet – budsjettkapittel 721 – 2004

(1000 kroner)	Budsjett	Regnskap	Avvik
Faste lønnsutgifter	38909	38589	321
Variable lønnsutgifter	3855	4445	-590
Drift av bygninger etc. (husleie, strøm, renhold, vakhold)	11 947	11 948	-1
Andre utgifter	13 475	13 307	168
SUM utgifter	68 186	68 289	-103
Inntekter	3960	4232	-272
Netto utgift/mindreforbruk	64 226	64 057	169

Utgiftene til Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennenes tilsyn med sosialtjenesten dekkes under budsjettkapittel 1510 Fylkesmannsembetene.

Publikasjonsserien

Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helsetjenestene. Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelser finnes i fulltekst på nettstedet www.helsetilsynet.no.

Utgivelser 2005

1/2005 Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemder 2004

2/2005 Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder

3/2005 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente i 2004

4/2005 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere i 2004

5/2005 Meldesentralen – årsrapport 2003

6/2005 Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning og kommunens generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven § 4-2, a-e – tilsynserfaringer 2003–2004

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars – mai 2003

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999–2003

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer

5/2004 Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001–2002

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge

9/2004 Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002–2003

10/2004 Tilsyn med kodepraksis

11/2004 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004

12/2004 Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere

13/2004 Allmennlegetjenesten – en risikoenalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten

14/2004 Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999–2002

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – "Når hjelpen kan vente litt"

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002

5/2003 Styrket smittevern i kommunene – sluttrapport fra prosjektet

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998–2003

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken



Kjenner du www.helsetilsynet.no?

Helsetilsynets nettsted er først og fremst laget for alle med ansvar for sosiale tjenester og helsetjenester, og for journalister. Andre målgrupper er befolkningen, bruker- og yrkesorganisasjoner og forvaltningen.

På nettstedet finner du:

- *myndighetenes krav til tjenestene*: lover, forskrifter, rundskriv og annet som uttrykker myndighetenes forståelse av lover og forskrifter
- *informasjon om befolkningens rettigheter og klageordninger*: for tjenesteytere som skal ivareta rettighetene og for befolkningen
- *resultater av tilsynsmyndighetenes arbeid*: tilsynsrapporter, serien "Rapport fra Helsetilsynet", "Tilsynsinfo" med avgjørelser i tilsynssaker, andre publikasjoner og høringsuttalelser
- *informasjon om hvordan tilsynsmyndighetene arbeider*: metoder, kunnskapskilder, tilsynsplaner, saksbehandlingsrutiner, oppgaver, myndighet og organisering.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health
Pb 8128 Dep
0032 OSLO

Tel.: (+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 - 2005

