

TILSYNSMELDING 2005

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse





Innhald

	side
Å lære av seg sjølv og andre	3
Blir minst mogleg tvang brukt?	4–5
Har langvarige og samansette behov – får eit stykkevis og delt tenestetilbod?	6–7
Alvorlege manglar ved diskresjon og journalføring i kirurgien	9–10
Mangelfull dokumentasjon av pasientopplysningar	11
Sjølvmord trass i behandling	11
Overbelegg i sjukehus	13
Evaluering av fødetilsynet	14
Kven blir utsette for tvang i psykisk helsevern	15
Lite å gå på i pleie- og omsorgstenestene	16–17
Oppfølging av beredskapsplaner	17
Statens helsetilsyn – overordna i klagesaker	18
Tilsyn med private spesialisthelsetenester	19
Påliteleg og systematisk områdeovervaking	20
Det gjeld å stå på!	21
I møte med sosialkontoret: Dei fattige si eiga røyst	22–23
Ein lærande organisasjon – kva må til?	24–25
Vis varsemnd ved forskriving	27
Rusreforma set kommunane på prøve	28–29
Rett til innsyn, men ikkje i alt	31
Verdt å vite frå fylka	32–33
Statens helsetilsyn gir fleire reaksjonar	35–36
Helsetilsynet i nyheitsbiletet	37
Og elles meiner Helsetilsynet at	38–39
Tal og fakta	40–45
Statens helsetilsyn hjelper til med å avvikle restansar	45
Område for landsomfattande tilsyn i 2006	46
Publikasjonar frå Helsetilsynet	47

Ansvarleg redaktør: Lars E. Hanssen

Redaksjonsgruppe for Tilsynsmelding 2005: Magne Braaten, Helge Høifødt, Sverre Nesheim, Finn Pedersen (leiar), Kristina Totlandsdal, Nina Vedholm

- Engelske omsetjingar i nettutgåva: Linda Grytten
- Samiske omsetjingar i nettutgåva: Inger-marie Oskal

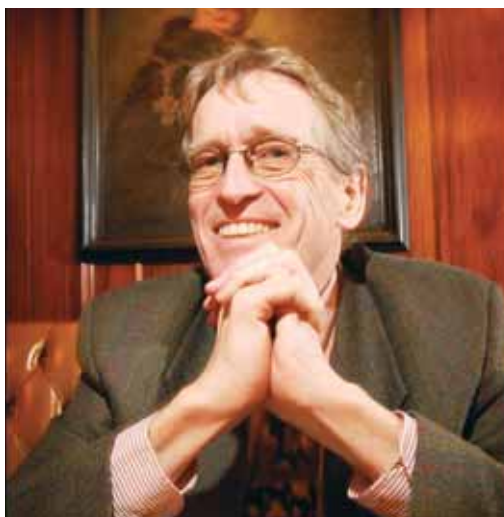
ISSN 1501-8083

Kommentarar og spørsmål kan sendast til tilsynsmelding@helsetilsynet.no
Tilsynsmelding 2005 på Internett: www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding

The Annual Supervision Report 2005 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health: www.helsetilsynet.no.

Muhtun artihkkaliid gávnnat sámegillii Dearvvašvuodageahču neahttabáikkis www.helsetilsynet.no
Noen av artiklene finnes i samisk oversettelse på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Å lære av seg sjølv og andre



Tilsyn handlar om å finne ut korleis saker og ting er i den verkelege verda, og om å vurdere det ein finn opp mot legitime krav til korleis forholda bør vere. For alle statlege tilsyn står krav fastsett i lovgjevinga sentralt. Slik er det også for Statens helsetilsyn, fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka når vi fører tilsyn med sosial- og helsetenesta.

Vi meiner at den utkikksposten vi har som tilsyn gjev oss eit einestående høve til å danne oss eit omfattande bilete av korleis stoda er i dei ulike tenestegreinene. Like fullt er det biletet vi får ikkje representativt for den samla tenesteytinga innanfor sosial- og helsetenesta. Biletet vårt er tydelegare der det handlar om svikt og manglar enn der forholda er bra og tenestene fungerer i samsvar med føresetnadene. Dels skuldast dette at vi prøver å prioritere tilsynsarbeidet vårt inn mot område med stor fare for svikt. Dels skuldast det at vi har til oppgåve å peike på forhold som avvik frå krava i lovgjevinga, for såleis å medverke til at slike forhold blir retta.

Der vi påviser avvik blir desse retta. Vi ser gong på gong at dei ansvarlege for tenestene som vi fører tilsyn med, gjer seg nytte av dei erfaringane vi kan melde tilbake om i deira eige styrings- og utviklingsarbeid. Dette fekk vi i 2005 også dokumentert gjennom ei evaluering gjort av fylkeslege Helga Arianson av eit av dei tidlegare gjennomførte landsomfattande tilsyna. Denne undersøkinga er nærare omtala på side 14 i dette dokumentet.

Men like fullt skulle vi gjerne sett at resultat frå tilsynet blei nytta langt breiare. Det er grunn til å stusse over at det same avviket blir påpeikt gong etter gong, ikkje i same verksemda, men t.d. i nabokommunen eller på ei anna avdeling i same føretaket. Vi trur at det vi ser og dei vurderingane vi gjer ikkje berre er nyttige for dei som har hatt oss på besøk. Vi meiner at røynslene vi rapporterer om frå tilsyna våre også kan nyttast av andre i deira eiga styring av tenestene. Difor prøver vi å gjere tilsynsrapportar og annan dokumentasjon frå arbeidet vårt breitt kjent mellom tenesteytarane i form av trykt materiale, elektronisk publikasjon og deltaking i møteverksemd m.v.

Denne Tilsynsmeldinga må lesast i lys av det som er nemnd ovanfor. Vi vonar at dei relativt korte tekstane som vi presenterer her kan gje meirsmak til å trengje djupare inn i det materiale vi presenterer frå tilsyna våre.

Statens helsetilsyn står no ved slutten av den første strategiske planperioden sidan omorganiseringa i 2002. Vi meiner sjølv at vi har konsolidert oss som reindyrka tilsyn, og såleis funne fram til eit høveleg innhald i rolla vår. Men framleis ser vi behov for ytterlegare utvikling. Vi må dyrke samarbeidet med andre statlege tilsynsorgan for å harmonisere tilnærminga til dei vi fører tilsyn med. Ikkje minst gjeld det tenestene som blir ytte av kommunane.

I og med at Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket utgjer den operative spydspissen vår, ligg alt til rette for ei vidare utvikling på dette feltet, ikkje minst når det gjeld tilsyn med tenestetilbodet til barn og unge. Vi ser også eit auka behov for og ønskje om samhandling med tilsyn når det gjeld andre emne og sektorar, som forvaltninga av personopplysningar, arbeidsmiljø og miljøvern. Når det gjeld petroleumsverksemda, byggjer samhandlinga på ein årelang tradisjon med formalisert samarbeid, som for oss gjerne kan tene som modell for samarbeidet på andre sektorar.

Åra som følgjer vil også stille oss overfor nye, og dels ukjente utfordringar knytte til tilsyn med sosial- og helsefagleg forskning og auka aktivitet når det gjeld akkreditering og sertifisering av sosial- og helsetenester. Mykje av dette kan tenkjast å få eit tydeleg internasjonalt preg over seg. På desse felta har vi berre så vidt byrja smake på innhaldet.

Like så vel som at dette skriftet skal gje tilkjenne synet vårt på ei rekkje problemstillingar vi har møtt i 2005, vonar vi at Tilsynsmeldinga kan stimulere til auka interesse for den rolla tilsynet har. I alle høve vonar vi at meldinga skal formidle at det faktisk er både utfordrande og meningsfullt å arbeide med tilsyn i forhold til ein sektor som folk flest oppfattar å vere avgjerande for opplevinga av tryggleiken ved å bu i Noreg.

Lars Hanssen

Lars E. Hanssen
helsedirektør



Blir minst mogleg tvang brukt?

Fylkesmennene har i eit landsomfattande tilsyn i 2005 undersøkt om kommunane sikrar at forholda blir lagde til rette for tenesteyting med minst mogleg bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming som får sosiale tenester (jf. kapittel 4A i sosialtenestelova). Det er ei særleg utfordring å sikre rettstryggleiken for brukarar med nedsett evne til å uttrykkje egne behov. Av omsyn til rettstryggleiken stiller lova spesifikke krav til saksbehandlinga. For at brukarane til kvar tid skal vere sikra eit forsvarleg tilbod, må kommunane etablere systematiske tiltak som sikrar alle delar av saksbehandlingsprosessen.

Vidare er det undersøkt om tilboda som desse brukarane får, til dømes tenester som praktisk bistand og opplæring i heimen, avlastning og støttekontakt (jf. § 4–2 i sosialtenestelova), blir endra i samsvar med endringar i behova til brukarane. Fylkesmennene har særleg undersøkt kommunar som har fatta vedtak om bruk av tvang og makt, og/eller har meldt om bruk av skadehindrande tiltak i nødssituasjon. Føremålet med tilsynet var å vurdere om kommunane på ein systematisk måte sikrar at ein yter dei riktige tenestene, og om tvang og makt overfor enkeltpersonar blir brukt i tråd med vedtaket som er gjort. Fylkesmennene har gjennomført tilsyn i 53 kommunar og påpeiker svikt i 41 av dei. Tilsynserfaringar frå 2003 og 2004 viser at det er stor risiko for svikt på området (Rapport fra Helse-tilsynet, 6/2005).

Blir tenestetilbodet endra i samsvar med endra behov?

Eit viktig føremål med å lovregulere bruken av tvang og makt overfor utviklingshemma er å sikre at dei får eit forsvarleg tenestetilbod med minst mogleg bruk av tvang og makt. Tvang og makt må ikkje vere verkemiddel for å kompensere for mangelfulle tenester. I tilsynet var det sentralt å avklare om kommunane sikrar eit forsvarleg tilbod når behova til tenestemottakarane endrar seg. Eventuelle reduksjonar i tilbodet må gjerast med utgangspunkt i individuell vurdering, der ein sikrar at tenesteomfanget er forsvarleg.

For å sikre at dei utviklingshemma får eit forsvarleg tenestetilbod med utgangspunkt i det behovet den enkelte har for hjelp, må kommunen styre slik at retten til sosiale tenester blir oppfylt blant anna gjennom å setje i verk systematiske tiltak for å planleggje, organisere, utføre tenester og vedlikehalde tenestetilbod.

I 21 av 53 undersøkte kommunar har fylkesmennene funne svikt der kommunane skal sikre at tenestetilbodet til dei utviklingshemma blir endra i samsvar med at grunnleggjande behov for hjelp endrar seg – slik § 4–2 a–d i sosialtenestelova krev. Det er særleg i saksbehandling at det er avdekt svikt. Vedtak manglar eller blir ikkje evaluert og endra. Nokre brukarar har ikkje fått endra vedtak sidan dei blei skrivne ut frå HVPU¹-institusjonar tidleg i 1990-åra. Framleis avdekkjer ein at individuelle vurderingar manglar, og at innhaldet i vedtaka er lite konkret (jf. Rapport fra Helse-tilsynet, 6/2005). I liten grad blir systematiske kartleggingar og faglege vurderingar dokumenterte før tenestetilbodet blir utforma. Fylkesmennene påpeiker svikt når det gjeld å sikre tilstrekkelege bemanningsressursar til å dekkje dei behova som brukarane har for tenester. Til dømes styrer bemanninga tidspunktet for når ein brukar får hjelp til å leggje seg eller stå opp. Desse forholda fører til sårbarheit og risiko for svikt i tenestene. Kvaliteten i tenestene som blir ytt til den enkelte brukaren, kan i for stor grad bli overlaten til korleis den enkelte tenesteytaren skjønsmessig vurderer saka – og dette utgjør ein fare for at brukaren ikkje får vurdert behova sine individuelt og fagleg, og såleis ikkje får dei føreseielege og kontinuerlege tenestene han eller ho treng.

Fylkesmennene avdekkjer svikt i rapporterings- og kommunikasjonsrutinane, både mellom tilsette og leiarar for tenesta og mellom tilsette som gir tenester, og saksbehandlarar som tildele/bestiller tenester. Dei ansvarlege for tildeling av tenester får ikkje informasjon om behov for endringar i tenestetilbod. Tilsynet viser at enkelte kommunar ikkje har peikt ut ein overordna fagleg ansvarleg for tenestene, og at tilsette manglar kunnskap om kven som har det overordna ansvaret. Det kan føre til at nødvendig informa-

¹) HVPU står for det tidlegare fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemma, som blei avvikla i samband med HVPU-reforma/ansvarsreforma i nittiåra.



sjon om dei endra behova til brukarane ikkje blir formidla til rette vedkommande, og resultatet blir at ein ikkje fangar opp endringane i behova, slik at tenestetilbodet til brukaren ikkje blir endra.

Om bruk av makt og tvang overfor utviklingshemma

Kommunane pliktar å sjå til at forholda blir lagde til rette for minst mogleg bruk av tvang og makt, og at tvang berre blir nytta der det er fagleg og etisk forsvarleg. Tilsynet undersøkte om kommunane sikrar at bruken av tvang og makt ikkje er i strid med lovreglane. Kommunen skal gi nødvendig opplæring, under dette fagleg rettleiing og oppfølging av korleis ein gjennomfører tiltak etter kapittel 4A generelt, og i forhold til dei tvangstiltaka som blir nytta overfor den enkelte brukaren spesielt.

I om lag ein fjerdedel av dei undersøkte kommunane avdekte tilsynet bruk av tvang og makt i strid med lovreglane. Desse kommunane sikrar ikkje i tilstrekkeleg grad eit systematisk arbeid med andre løysingar. Funna når det gjeld bruk av tvang og makt, samsvarer i stor grad med tidlegare tilsynserfaringar (jf. Rapport fra Helsetilsynet, 6/2005). Mange kommunar manglar tilstrekkeleg styring og kontroll når det gjeld å planleggje, organisere og utføre tenester som omfattar bruk av tvang og makt overfor utviklingshemma.

Fylkesmennene påviser at tvang og makt ofte blir brukt utan at det ligg føre vedtak eller blir skrive meldingar. Eksempel på slik tvangsbruk er blant anna låsing av dører i rom som kjøkken og bad, avgrensing av tilgang på mat, vatn og eigedelar, og regelmessig og planlagt bruk av tvang utan at ein har fatta vedtak om det. Vidare viser tilsynet at det i fleire tilfelle er brukt tvang overfor utviklingshemma i skadehindrande tiltak i nødssituasjon utan at det er sendt melding om dette, og at tilsette ikkje i tilstrekkeleg grad er kjende med interne rutinar og prosedyrar knytte til korleis ein handterer bruk av tvang i slike situasjonar. Systematiske tiltak som sikrar at ein prøver andre løysingar før ein brukar tvang, blir ikkje i tilstrekkeleg grad sette i verk. Tilsynet viser variasjonar knytt til kva kunnskapar dei tilsette har om omgrepet tvang, og korleis dei forstår det. Eksempel på det er at det for somme er uklart kva som blir definert som tvang, uklart kvar grensene for tvang/ikkje tvang går etter regelverket, og dei har uklare kjennskap til lovverket som regulerer tenestene. Mange kommunar har ikkje i tilstrekkeleg grad sikra opplæring i lovverket som regulerer desse tenestene.

I fleire av rapportane blir det formidla opplys-

ningar om kva utfordringar kommunane har knytt til personalressursar og bemanningssituasjon. Inntrykket som blir formidla, varierer. Somme kommunar klarer å leggje til rette for stabile personalsituasjonar med få tilsette og god fagkompetanse, mens andre slit med gjennomtrekk og mange tilsette for å dekkje opp turnus. Særlege utfordringar er knytte til nødvendige ressursar om natta. Observasjonar viser at det for eksempel berre er ein tilsett til stades når ein gjennomfører tvangstiltak, sjølv om vedtak føreset at det skal vere to. Kommunane har utfordringar knytte til å redusere talet på tilsette og leggje til rette for meir stabile relasjonar mellom tilsette og brukarar. Men det blir også rapportert om endringar i rammevilkåra som fører til at behovet for å bruke tvang blir redusert eller forsvinn, til dømes ved at ein brukar flyttar til ny og meir tilrettelagd bustad, eller at ein endrar turnus og talet på tilsette som gir tenester til brukar.

Oppsummering

21 av dei 53 undersøkte kommunane sikrar ikkje at tenestetilbodet til psykisk utviklingshemma blir endra i samsvar med endringar i behovet. Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommunar ikkje oppfyller krava lova stiller til saksbehandling. Det svekkjer rettstryggleiken til brukarane og kan føre til at mange ikkje får tenester dei har krav på. Helsetilsynet er uroa for at mange kommunar manglar nødvendig styring og leiing av tenestene. Avdekt svikt når det gjeld saksbehandling og manglar ved ansvar, rapportering og kommunikasjon mellom ulike ledd i tenestekjeda, fører til sårbarheit og risiko for svikt.

Tilsynet avdekkjer at kommunane manglar oversikt over og kontroll med bruken av tvang og makt, noko som inneber auka risiko for tvangsbruk. Kommunane har ikkje i tilstrekkeleg grad sikra at ein prøver andre løysingar før ein brukar tvang. Situasjonar som kan gi informasjon om nødvendig forbetningsarbeid, både knytt til den enkelte brukaren og tenestene generelt, blir mange stader ikkje fanga opp. Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommunar ikkje oppfyller krava til bruk av tvang og makt. Dette kan føre til at rettstryggleiken til den enkelte ikkje blir teken vare på.

Litteratur:
Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.
Rapport fra Helsetilsynet 2/2006.
Oslo: Statens helsetilsyn, 2006

Tilstrekkeleg personell med nødvendige kunnskapar og ferdigheiter innanfor aktuelle fagfelt og tenesteområde er avgjerande for at brukarane skal få eit forsvarleg og godt nok tenestetilbod. Tilsynet viser at mange kommunar ikkje sikrar at tilsette har nok kunnskapar og ferdigheiter. Helsetilsynet meiner at dette er uakseptabelt.



Har langvarige og samansette behov – får eit stykkevis og delt tenestetilbod?

Statens helsetilsyn fekk i 2005 gjennomført eit landsomfattande tilsyn som undersøkte korleis 60 norske kommunar sikra at personar med samansette og langvarige behov for helse- og sosialtenester fekk eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Ein såg på om dette gjaldt gjennom alle fasar i tenestegangen, og dermed om tenestemottakarane fekk forsvarlege tenester i samsvar med tenestekrava.

I målgruppa for dette tilsynet er tenestemottakarar med eit breitt spekter av ulike helsemessige og sosiale behov. Dei kan i kortare eller lengre periodar ha behov for helsetenester som legehjelp, fysioterapi, ergoterapi og heimesjukepleie. Fysisk og/eller kognitiv funksjonssvikt kan innebære at dei er heilt eller delvis avhengige av hjelp frå andre til daglege aktivitetar som å stå opp, vaske seg og kle på seg, ete og drikke, gå på toalettet og å leggje seg, og til å gjere praktiske oppgåver i heimen som å lage mat og gjere reint, gjere innkjøp, måke snø og sørgje for oppvarming i bustaden. Dei kan også vere avhengige av andre for å bryte eit isolert tilvære og kunne ha eit meningsfullt liv i fellesskap med andre.

Omfattande funksjonssvikt, kronisk sjukdom, og kanskje avgrensa moglegheiter for sosialt liv, gjer at helse- og sosialtenester er avgjerande for at desse personane skal få ein meningsfull og verdig livssituasjon. Raske tiltak, kortvarig og skippertaksprega innsats er ikkje tilstrekkeleg. Hjelpa må vere omfattande og fagleg forsvarleg over lang tid.

Fordi denne gruppa av tenestemottakarar ofte får bistand frå mange deltenester og frå mange ulike tenesteytarar, kan tenestemottakarane oppleve at tenestetilbodet er fragmentert, at samarbeid og koordinering mellom ulike aktørar er tilfeldig, og at høvet for brukarmedverking er avgrensa.

Koordinert og heilskapleg tilnærming gjennom heile tenestegangen

Funn frå tilsynet viste at i 21 av 60 kommunar var utgreiinga av tenestebehovet og planlegginga av tenestetilbodet fragmentert og lite koordinert i forhold til desse tenestemottakarane. Kommunane hadde ikkje etablert robuste styringsstrukturar

som sikra at deltenestene saman og i samarbeid med tenestemottakaren kunne gjere ei grundig utgreiing og dermed leggje det grunnlaget som er nødvendig for å etablere eit forsvarleg tilbod slik lovgivinga krev. Helsetilsynet ser det som alvorleg at kommunane ikkje sikrar ei tverrfagleg vurdering og utgreiing av tenestemottakarane som har samansette helsemessige og sosiale behov. Svikt i ei eller fleire deltenester påverkar heilskapen i tenestetilbodet og kan dermed ha noko å seie for om tenestetilbodet er forsvarleg.

Fordi dette dreier seg om personar som over tid, og i mange tilfelle heile livet, har til dels omfattande hjelpebehov, vil Statens helsetilsyn presisere kor viktig det er at kommunen har ei systematisk og planmessig tilnærming, og ikkje minst ei proaktiv haldning, overfor dei gruppene det er snakk om. Dei kan ha ein kronisk sjukdom med ei framskridande utvikling som går meir og mindre raskt, og som er meir og mindre merkbar. Dei kan ha varige funksjonshemmingar eller skadar. Behova deira er ikkje føreseielege, funksjonssvikt skjer ofte gradvis og i mange tilfelle langsamt. For å fange opp endringar i behovet er det nødvendig, ikkje minst overfor desse tenestemottakarane, å etablere rutinar som sikrar at ein set av tilstrekkeleg tid til grundigare vurderingar undervegs. Tilsynet viste at kommunane ikkje godt nok sikrar at det blir gjort systematiske vurderingar verken av endringar i tenestebehovet eller av om tenestetilbodet over tid fungerer optimalt og som føreset.

46 av dei 60 kommunane som er omfatta av tilsynet, mangla strukturar og prosessar som sikra ei koordinert og heilskapleg tilnærming til tenestemottakaren gjennom heile tenestegangen. Det vil seie at deltenestene kartlegg behova til tenestemottakarane kvar for seg og ved sida av kvarandre, og dei respektive tenestene set inn sine tiltak og følgjer dei opp utan at dei sikrar systematisk kommunikasjon med kvarandre og tenestemottakaren. I desse kommunane har tilsynsorgana påpeikt at dei ikkje oppfyller lovkrava, eller har påpeikt at det er ein risiko for svikt når det gjeld den retten som tenestemottakaren etter lova har til å få eit heilskapleg, koordinert tenestetilbod. Ein del tverrfagleg samarbeid og koordinering skjer ved uformell kontakt, men det



har vore vanskeleg for tilsynsorganet å finne spor av den rutinemessige og systematiske kommunikasjonen i mange av dei undersøkte kommunane.

Forskrift om individuell plan er utforma for å handtere dei særlege utfordringane som enkeltmenneske med langvarige og samansette tenestebehov har i møte med kommunen og andre tenesteytarar. Meininga med forskrifta er å etablere ein måte å arbeide på som syter for at ein ser behova til tenestemottakaren i samanheng, og at ein legg vekt på å gi eit heilskapleg og individuelt tilpassa tilbod.

Tilsynet viste vidare at arbeidet med individuell plan er i gang i kommunane, men at dei ser ut til å mangle ein overordna plan og ei overordna styring med arbeidet. Tilsynsorganet konstaterte at i vel halvparten av verksemdene har arbeidet med individuell plan i kommunane ikkje vore godt nok sett i forhold til dei krava lova set for den gruppa som er aktuell for tilsynet. Det dreier seg i hovudsak om at tenestemottakarane ikkje hadde eller ikkje hadde fått tilbod om ein slik plan, eller at dei ikkje blir rutinemessig informerte om den retten dei har til individuell plan. I desse kommunane har det vore vanskeleg for tilsynsorganet å sjå at intensjonane i forskrifta har vore følgde på andre måtar – det vil seie om verksemdene har etablert samarbeidsformer som svarer til dei prosessane som forskrift om individuell plan greier ut, og dermed sikrar koordinert tilnærming og samanheng i tenestene utan at overskrifta «individuell plan» er sett på arbeidet.

Sosiale behov til bry?

Når utgreiinga av tenestebehovet og planlegginga av tenestetilbodet er fragmentert, og i nokre tilfelle kan karakteriserast som uforsvarleg, er det sannsynleg at heller ikkje det konkrete tenestetilbodet og dei konkrete tiltaka blir tilstrekkeleg lagde til rette og tilpassa. Funn frå tilsynet støttar eit slikt syn.

For mange tenestemottakarar kan støttekontakt vere avgjerande for å bryte eit isolert tilvære og ha eit meningsfullt liv i fellesskap med andre. Det er derfor urovekkjande at fleire av dei undersøkte kommunane ser ut til å mangle eit godt nok grep om støttekontakttenesta. Tilsynet viste blant anna at det kan ta lang tid før ein får sett i gang støttekontakttenesta, og at støttekontakttenesta elles nærast lever eit eige liv utanfor det kommunale systemet. Det vil seie at støttekontaktane i liten grad blir trekte inn i samanhengar der ein drøfter behova og ønska til tenestemottakarane. Støttekontaktane får heller ikkje systematisk rettleiing og opplæring i kva ansvar og oppgaver støttekontakten har. Rett nok

viser observasjonar frå tilsynet at kommunane har problem med å rekruttere støttekontaktar, og at dei dermed får vanskar med å innfri lovkrava. Observasjonane gir også grunnlag for å stille spørsmål ved om kommunane er tilstrekkeleg proaktive når det gjeld å setje ut i livet rekrutteringstiltak og etablere tiltak som kan kompensere for mangelen på støttekontaktar. I lys av desse funna meiner Statens helsetilsyn at ein kan spørje om tenestemottakarane får eit forsvarleg tilbod som også tar vare på dei behova den enkelte har for sosial kontakt, fellesskap og deltaking.

Styring med å sikre forsvarlege tenester

I møte med tilsynsorganet må verksemdene kunne dokumentere at dei innfrir funksjonskrava i internkontrollen. Internkontroll dreier seg om systematisk styring av verksemda slik at krava i sosial- og helselovgivinga blir innfridde, og følgjeleg slik at ein i praksis sikrar dei rettane som befolkninga har. Internkontroll dreier seg også om at leiinga planlegg og har oversikt over verksemda slik at uønskte situasjonar og hendingar ikkje oppstår, og at ho har oversikt og kjenner behova til befolkninga og tenestemottakarane både på kort og lang sikt. Systematisk styring og leiing er også ein grunnleggjande føresetnad for kvalitetsutvikling og forbetningsarbeid.

...ein kan spørje om tenestemottakarane får eit forsvarleg tilbod som også tar vare på dei behova den enkelte har for sosial kontakt, fellesskap og deltaking.

Dei funna som tilsynet har gjort, teiknar eit bilete som viser at kommunane har eit betydeleg forbetningsarbeid å gjere for å sikre at tenestemottakarar med langvarige og samansette behov får eit koordinert og samanhengande tenestetilbod som er forsvarleg på deltenestenivå og som heilskap. Dei som treng det, skal møte eit tenesteapparat som gjer ei grundig tverrfagleg vurdering av funksjonsnivå og hjelpebehov, og som greier ut og planlegg eit tenestetilbod som er tilpassa behova og livssituasjonen til den enkelte – heile tida i tett kontakt og kommunikasjon med tenestemottakaren sjølv og/eller pårørande. På same måten skal tenesteytinga vere koordinert slik at tenestemottakaren veit kven som kjem når for å gjere kva. Og ikkje minst viktig er det at ein systematisk vurderer og evaluerer tilbodet til tenestemottakaren etter som behova skiftar og endrar seg over tid. Alt dette for at tenestetilbodet til den enkelte skal vere forsvarleg – slik vedkommande har behov for og rett til.

Litteratur:
Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosiale tenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov som bor utanfor institusjon.
Rapport fra Helsetilsynet 3/2006
Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.



SÅÅÅ...
HVA har
vi her da...?

Alvorlege manglar ved diskresjon og journalføring i kirurgien

Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientar er ikkje tilfredstillande når samtalar med sensitivt innhald går føre seg der uvedkommande er til stades. I kirurgien fungerer ikkje ordninga med pasientansvarleg lege, og journalføringa til kirurgane er mange stader ikkje god nok. Det viser oppsummeringa av det landsomfattande tilsynet med kommunikasjonen i tilknytning til gastrokirurgi (mage-tarmkirurgi) som blei gjennomført i fjor.

Helsetilsynet er uroa over at bygningsmessige forhold og høgt arbeidspress gjer at fortrulege samtalar mellom pasient og lege går føre seg på rom med fleire senger eller i korridor. Slikt kan vere brot på teieplikta. Ordninga med pasientansvarleg lege fungerer dårleg dei fleste stadene. Organiseringa av arbeidet til legane tek i liten grad omsyn til at pasientane skal ha ein fast legekontakt under sjukehusopphaldet. Problemet er lite påakta, og arbeid med å finne løysingar er lågt prioritert. Ved mange sjukehus er det store manglar ved journalføringa til kirurgane. Det er ikkje uvanleg at legen let vere å journalføre vesentlege endringar som gjeld tilstanden til og behandlinga av pasienten. Ufullstendige pasientjournalar aukar risikoen for svikt og feilbehandling og svekkjer tryggleiken i helsetenesta.

I 2005 gjennomførte Helsetilsynet i fylka eit landsomfattande tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasientar i helseføretak som har akutfunksjon innanfor gastrokirurgi (mage-tarmkirurgi) og behandlar kreft i fordøyingskanalen. I dei fem helseregionane blei det gjennomført tilsyn med 23 helseføretak. Områda for tilsynet var:

- Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagd i sengepost
- Formidling av resultat frå røntgen- og laboratorieundersøkingar til behandlande lege i hastesituasjonar
- Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling
- Opplæring av nyttilsette, vikarar og innleigd helsepersonell
- Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagd i sengepost

For at behandlinga av kirurgiske pasientar i sengeavdeling skal vere forsvarleg, må informasjon om observasjonar, vurderingar og avgjerder som gjeld pasientane, vere tilgjengeleg for helseper-

sonell som er involvert i behandlinga. Det krev fortløpande utveksling av munnleg og skriftleg informasjon mellom legar, sjukepleiarar og anna personell.

Nokre helseføretak mangla rutinar for munnleg formidling av informasjon frå legar som gjekk av vakt, til legar som kom på vakt. I eitt helseføretak var det for knapp tid til munnleg formidling av informasjon frå avtroppande til påtroppande vaktlegar. Nokre stader mangla rutinar for formidling av legeopplysningar frå lege til sjukepleiar i tida frå første legeundersøking og fram til legejournalen låg føre. Ein stad fann ein at kommunikasjonen mellom lege og sjukepleiar under visitt og previsitt ofte blei uroa. Ved fleire helseføretak viste det seg at sjukepleiarane ikkje hadde tilgang til elektronisk pasientjournal. Ved fleire høve peika ein på at det mangla analysar av risiko og sårbarheit ved informasjonsutvekslinga mellom lege og sjukepleiar.

...og i praksis blir helseopplysningar ofte henta inn og gitt mens andre pasientar er til stades.

Formidling av resultat frå røntgen- og laboratorieundersøkingar til behandlande lege i hastesituasjonar

Ved prøvesvar som krev raske tiltak, må det vere rutinar for å varsle den legen som er ansvarleg for behandlinga. Når laboratorium og røntgenavdeling formidlar slike svar telefonisk til sengeavdeling, kan det vere medarbeidarar med ulike føresetnader for å vurdere graden av hast, som tek imot prøveresultatet. Eit sentralt spørsmål er då om svar som hastar, blir formidla vidare til legen raskt nok. Ved tilsynet blei det ikkje avdekt omfattande problem i formidlinga av slike prøvesvar. Fleire stader blei det likevel påpeikt manglande tydeleggjering av kva svar som omgåande skulle formidlast vidare, og kven som hadde ansvar for å gjere det. Svikten var i laboratorium, røntgenavdeling eller sengeavdeling.

Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling

Pasientar som er innlagde ved intensivavdeling, får behandling for svikt i ein eller fleire vitale organfunksjonar. I intensivmedisin deltek ofte fleire ulike legespesialistar i behandlinga av den enkelte pasienten. Ved behov for å tilkalle kvalifisert hjelp raskt, må det vere oppretta gode kommunikasjonsrutinar. Avtalar som regulerer samarbeidsrutinar og ansvarsforhold mellom involvert helsepersonell ved forskjellige avdelingar, kan vere til stor nytte i det daglege arbeidet og spesielt når partane er usamde. På intensivavdelinga er kommunikasjonen mellom anestesilege og kirurg og mellom sjukepleiar og kirurg mest munnleg, men òg skriftleg. Tilsynet har ikkje avdekt vesentlege manglar ved kommunikasjonen mellom helsepersonell mens pasienten er innlagd på intensivavdeling. God munnleg kommunikasjon ser ut til å vere hovudforklaringa på dette.

Opplæring av nyttilsette, vikarar og innleigd helsepersonell

Forsvarleg behandling av pasientar i sjukehus krev god samhandling mellom alt involvert helsepersonell. Tilstreккеlege kommunikasjonskunnskapar og -evner hos helsepersonell er avgjerande føresetnader. Dei tilsette må ha kunnskapar og praktiske evner for munnleg og skriftleg kommunikasjon og kunne å bruke aktuelle tekniske hjelpemiddel.

Det er ikkje uvanleg at legen let vere å journalføre vesentlege endringar som gjeld tilstanden til og behandlinga av pasienten.

I tillegg må helsepersonell ha nødvendig fagkompetanse og kjennskap til interne rutinar og ansvarsforhold. Autorisasjon som helsepersonell er ei form for offentleg garanti for at helsepersonellet oppfyller dei formelle krava til utdanning og praksis som blir kravd innanfor yrket. Ein slik garanti har likevel vesentlege avgrensingar, noko som gjer at arbeidsgivar i tillegg til å sjekke om helsepersonellet har gyldig norsk autorisasjon, også må forvise seg om at helsepersonellet har nødvendige faglege kunnskapar og evner, og på annan måte er skikka til stillinga. Kunnskap i norsk språk er ikkje et vilkår for å få autorisasjon. Helsepersonell i kliniske stillingar må likevel vere så språkkunnige at dei kan kommunisere med pasientar og samarbeidande helsepersonell på ein trygg måte. Ansvaret for det ligg hos arbeidsgivar.

Ved tilsynet avdekte ein ikkje vesentlege kommunikasjonsproblem mellom helsepersonell som kom av manglande språkkunnskapar. Ved fleire tilsyn blei det påpeikt manglar ved opplæringa av tilsette og vikarar i bruken av elektroniske kommunikasjons- og dokumentasjonsverktøy. Ved tre tilsyn fann ein at opplæringa av nyttilsette legar ikkje var systematisk. I eitt helseføretak fekk ikkje sjukepleiarvikarar tildelt passord og måtte låne dette av andre for å få tilgang til pasientjournalane.

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

Trygg kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er ein føresetnad for forsvarleg behand-

ling. Dette er særleg viktig før ein operasjon, ved utskriving og når ein skal informere og samtale om alvorleg sjukdom. Da betyr tillit mykje for at pasienten kan ta imot informasjonen og stille spørsmål. I mange sjukehus ligg pasientane på rom med fleire senger, og i praksis blir helseopplysningar ofte henta inn og gitt mens andre pasientar er til stades. Erfaringane tyder på at mange pasientar ikkje veit at dei har høve til be om å få fortrulege samtalar i skjerma omgivnader.

Ved meir enn ein tredel av tilsyna fann ein at forholda ikkje var lagde til rette for at pasientar kunne gi relevante og nødvendige opplysningar og få formidla alvorlege opplysningar på tomannshand. Dette kom av at samtalar gjekk føre seg på rom med fleire senger eller på korridor, og at det ikkje var samtalerom i nærleiken. Ein fann ikkje vesentlege manglar ved innhaldet i informasjonen til pasientar preoperativt (før operasjon) eller ved utskriving. Ved eitt tilsyn blei det påpeikt manglande rutinar for preoperativ informasjon til pasientar, og ved eit anna at det ikkje alltid blei gjennomført preoperativ samtale.

Ved ein stor del av tilsyna fann ein at ordninga med pasientansvarleg lege ikkje fungerte som føreset. Dette kom av at det ikkje var peikt ut pasientansvarleg lege, at legen som blei peikt ut, ikkje var tilgjengeleg, eller at pasientane ikkje blei informerte om kven som var peikt ut.

Journalføring

Ved meir enn to av tre tilsyn fann ein at det mangla dokumentasjon eller summarisk dokumentasjon i pasientjournalen om kva informasjon som var gitt til pasient. Manglande opplysningar i pasientjournalen om kven som var pasientansvarleg lege og journalansvarleg person, er påpeikt ved kvart tredje tilsyn.

I tillegg fann ein ved om lag to av tre tilsyn vesentlege manglar ved journalføringa til kirurgane. Dette var òg tilfellet mens pasienten var innlagd i intensivavdeling. I ein stor del av pasientjournalane mangla legeopplysningar om vesentlege endringar i pasienten sin tilstand og handteringa av denne. Ein stad gjekk det nesten ein månad utan at kirurgen hadde skrive journalnotat. Utover sjukehistorie, funn ved innlegging og operasjonsbeskriving dokumenterte kirurgane lite skriftleg. Ved nokre tilsyn peikte ein på at det mangla overflyttingsnotat, innkomstnotat i intensivavdelinga og utskrivingsnotat, eller at innkomstjournalen var mangelfull. Ufullstendige pasientjournalar svekkjer tryggleiken i helsetenesta fordi risikoen for feil og svikt aukar. Dette kan skape ulemper for pasienten gjennom forlenga sjukdomsperiode, skade, varig mein eller for tidleg død.

Ved nesten kvart tredje tilsyn blei det påpeikt at uoversiktlege pasientjournalar gjorde tilgangen til opplysningane vanskeleg. To stader peikte ein på manglande oppfølging frå leiinga si side når det gjaldt innhaldet i pasientjournalen. Ved fleire høve fann ein at tilgangen til pasientjournalane var redusert fordi ein mangla pc-ar. Ein stad peikte ein på at det var uklare reglar for kva som skulle dokumenterast i journalen.

Helsetilsynet i fylka følgjer opp funna frå tilsynet for å sikre at feil blir retta opp av dei ansvarlege.

Litteratur:
Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasientar i helseføretak som gir kirurgisk behandling til pasientar med akutte sjukdommar og kreftsjukdommar i mage-tarmkanalen. Rapport fra Helsetilsynet 1/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.

Mangelfull dokumentasjon av pasientopplysningar

I 2005 har mangelfull journalføring, aleine eller saman med andre kritikkverdige forhold, ført til reaksjonen åtvaring i åtte saker. Journalføringa er likevel vurdert i eit betydeleg større tal saker, og det er gitt rettleiing i korleis journalar skal først.

Alt helsepersonell pliktar etter § 40 i helsepersonellova å dokumentere verksemda si. Dette vil seie at helsepersonell skal skrive ned den pasientretta verksemda si i ein pasientjournal. Dokumentasjonsplikta er i hovudsak grunngitt med omsynet til kvalitet og kontinuitet i behandling, og i omsynet til at det skal vere mogleg å etterprøve den helsehjelpa som er gitt. Verksemdar må leggje forholda til rette slik at kvar enkelt helsemedarbeidar kan utføre oppgåvene sine, blant anna dokumentasjonsplikta, på ein forsvarleg måte, jf. § 16 i helsepersonellova.

Eit grunnleggjande krav til alt helsepersonell er at dei må yte forsvarleg hjelp. Ein føresetnad for dette er at helsepersonellet har oversikt over kva tiltak som tidlegare eventuelt er sette i verk, og kva observasjonar og vurderingar som er gjorde, noko som føreset at det er ført journal.

I tillegg skal pasientjournalen vere eit hjelpemiddel i kommunikasjonen mellom helsepersonell som samarbeider, og gjere det mogleg for blant anna tilsynsorganet å føre tilsyn med helsetenesta i ettertid.

Store delar av helsetenesta har i dag teke i bruk elektroniske pasientjournalssystem. Det er derfor lagt til rette for å skrive ned og ta vare på pasientopplysningar på ein forsvarleg måte. Likevel registrerer Helsetilsynet ofte at journalføringa er mangelfull, noko som kan få negative konsekvensar for pasientbehandlinga. I eit større perspektiv kan det føre til unødvendige utgifter

og tidstap både for pasientane og helsetenesta.

Det er truleg inga enkel forklaring på kvifor det blir slurva med journalføringa. Tidsnød vil i mange situasjonar kunne vere ein del av forklaringa. Andre gonger er mangelfull journalføring uttrykk for at dokumentasjonsarbeidet bevisst er nedprioritert. Det ser likevel ut til at den vanlegaste årsaka til mangelfull journalføring er manglande medvit om behovet for god dokumentasjon.

Vi kan sjå manglande journalføring i alle typar saker, men kanskje sterkast i saker som gjeld psykisk helsevern. Ut frå kunnskapar om at pasientar innanfor psykisk helsevern treng langtidshandling meir enn andre pasientgrupper, er det grunn til uro når journalføringa sviktar på ein måte som gjer kontinuiteten i behandlinga vanskeleg.

Ved døgnavdelingar er det oftast journalføringa til legar og psykologar som er vurdert som mangelfull. I somme saker har likevel sjukepleiaredokumentasjonen gjort det mogleg å forstå kva som har skjedd. Dette viser kor viktig det er at alt helsepersonell sjølv dokumenterer sin del av den totale helsehjelpa som blir gitt.

Den ukulturen som dette er uttrykk for, inneber at både leiarar i helsetenesta og helsepersonell aktivt må ta skritt for å få til ei haldningsendring. Leiarar må leggje til rette for at journalane blir førte på ein forsvarleg måte, og etablere system som sikrar at det er råd å avdekkje svikt. Helsepersonell må i større grad ta ansvar for å dokumentere nødvendige opplysningar.

Sjølvmord trass i behandling

Mange lykkast i å ta sitt eige liv, sjølv om dei får behandling i psykiatrisk spesialisthelseteneste. Både gjennom enkeltsaker og ved planlagde tilsyn har ein avdekt svakheiter i rutineane som helsetenesta har for å vurdere sjølvmordsrisiko, førebygginge sjølvmord og sjølvmordsforsøk, og å følgje opp etter sjølvmordsforsøk.

I tilsynssaker har vi peika på følgjande forhold som verksemdene må korrigere:

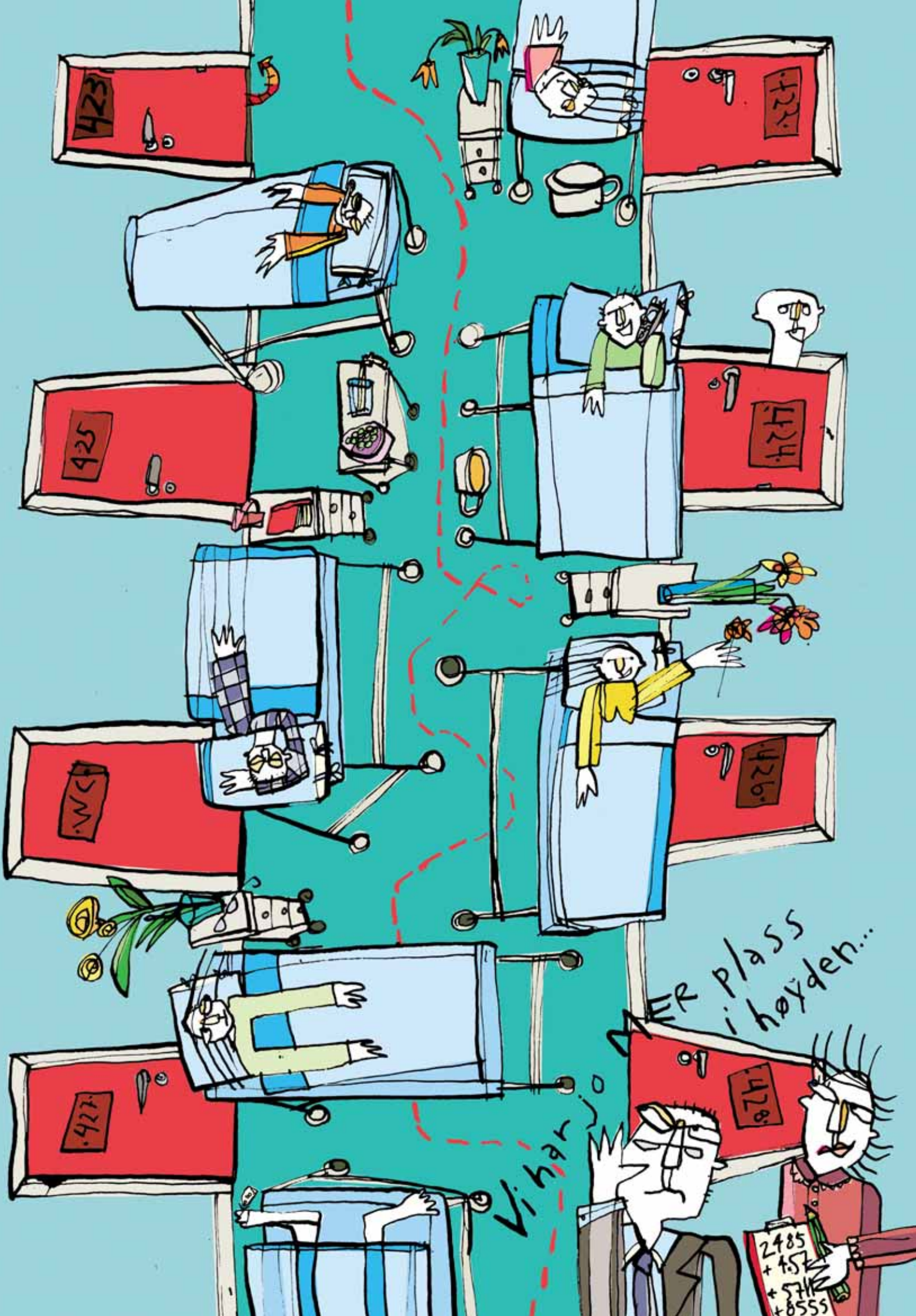
- Helsepersonell utan spesialistutdanning gjer sjølvstendige vurderingar av sjølvmordsrisiko utan nødvendig rettleiing
- Vurdering av sjølvmordsrisiko blir nokre gonger gjort på sviktande grunnlag og inkluderer ikkje ei heilskapsvurdering av alle dei forholda som kan ha noko å seie for den psykiske tilstanden til pasienten. Det blir ikkje lagt tilstrekkeleg vekt på informasjon frå pårørande.
- Pasientar blir lagde inn til så korte opphald ved døgnavdelingar at det ikkje blir høve til å vurdere alle relevante forhold på forsvarleg vis.
- Vernetiltak, vidare oppfølging og utarbeiding av individuell plan sviktar. Helsetilsynet har avdekt at dette har fått alvorlege konsekvensar,

særleg ved overgangsfasar som permisjonar, overføring til anna behandlingseining og/eller ny behandlar og etter utskriving.

- Det manglar diagnostiske vurderingar i journal, og dokumentasjonen er elles utilstrekkeleg.
- Det er svikt i oppfølginga av dei pårørande etter sjølvmord.

Kartlegging

Helsetilsynet har starta eit arbeid for å sjå nærare på enkeltsakene som blir melde til Helsetilsynet i fylka. Med dette ønskjer vi å få ei påliteleg oversikt over talet på saker som blir rapporterte, og å kvalitetssikre korleis vi behandlar desse sakene i tilsynet. Arbeidet har vore i gang i 2005 og held fram i 2006. Det skal utarbeidast ein rapport og/eller rettleiar for tilsynsbehandling av slike saker.



423

425

426

427

428

2485
+457
+5711
+8555

MER plass
i høyden...

høyden

Overbelegg i sjukehus

Overbelegg i sjukehusavdelingar oppstår når ein overskrider den fysiske kapasiteten og ressurskapasiteten for avdelinga. Dette handterer sjukehusa ofte gjennom å plassere pasienten på korridor eller i ei avdeling med mindre kompetanse i høve til det pasienten treng. Konsekvensane av overbelegg varierer. Ein må alltid vurdere om overbelegget er forsvarleg i høve til den konkrete situasjonen.

Overbelegg og korridorpatientar kan auke faren for feilbehandling, uhell og sjukehusinfeksjonar. Ein kan krenkje integriteten til pasientane og få dei til å føle seg uverdige behandla, og den tida personalet har til kvar pasient, blir redusert. Det hender at pasientar døyr på korridor. Overbelegg kan føre til problem knytte til klinisk undersøking og utveksling av sensitiv informasjon. Det kan også føre til ein for restriktiv inntakspraksis og til at pasientar blir skrivne ut for tidleg. Teikn på uforsvarleg overbelegg kan vere at gjennomsnittleg beleggsprosent er 95 eller høgare på årsbasis, og/eller at korridorpatientbelegg er 10 prosent eller meir utover ordinær sengekapasitet meir enn 10–20 dagar i året.

Pålegg til Sandviken sykehus

Når helsetenester blir drivne på ein uforsvarleg måte, og ein kan rekne med at drifta kan få skadelege følgjer for pasientar, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholda. Statens helsetilsyn kan også gi pålegg om å stengje helseinstitusjonen og gi tvangsmulkt dersom pålegget ikkje blir følgt.

Ro og skjerming er ofte avgjerande for at behandlinga skal vere forsvarleg i psykiatrien. Under tvunge psykisk helsevern er det ikkje mogleg for pasienten å setje seg imot opphaldet.

Overbelegg som varer ved med korridorpatientar på psykiatriske akuttpostar ved Sandviken sykehus i Bergen har vore årsak til at Statens helsetilsyn har gitt pålegg til fleire nivå i helsetenesta.

Tilsyn i 1999 avdekte at sjukehuset hadde eit betydeleg overbelegg over fleire år, og at tvangsinnlagde pasientar blei plasserte på korridor. Statens helsetilsyn varsla først Hordaland fylkeskommune om at vi vurderte å gi pålegg om å rette på forholda. Fylkeskommunen sette i gang tiltak som til ein viss grad gjorde at forholda betra seg ved sjukehuset.

Etter ei tid gjekk likevel beleggsprosenten opp igjen, og i 2002 gav Statens helsetilsyn pålegg til Helse Bergen helseføretak (HF) om å setje i verk tiltak med ein gong for å utbetre forholda og sjå til at drifta ved sjukehuset blei forsvarleg. Trass i at Helse Bergen HF sette i verk fleire organisatoriske, byggmessige og andre forbetringar, heldt overbelegget fram med å vere uforsvarleg stort.

Statens helsetilsyn kunne ikkje sjå bort ifrå at årsakene til overbelegget låg utanfor det Helse Bergen HF kunne kontrollere. Pasienttilfanget var blant anna dobla sia 1995, og pasientflyten mellom sjukehusavdelingane og dei distriktpsykiatriske sentra (DPS) og frå DPS-a og ut i kommunane var ikkje tilfredsstillande. Helse Bergen HF hadde heller ikkje høve til å bruke ressursar hos private institusjonar eller spesialistar som Helse Vest regionalt helseføretak (RHF) har avtale med. I 2004 meinte Statens helsetilsyn derfor at det var rett å gjere Helse Vest RHF ansvarleg for tilhøva. Helse Vest RHF er etter spesialisthelsetenestelova pålagt å sjå til at befolkninga har tilbod om forsvarlege helsetenester. Helse Vest RHF fekk pålegg frå Statens helsetilsyn om å setje i verk tiltak med ein gong for å sjå til at drifta ved sjukehuset blei forsvarleg. Undervegs blei det nødvendig å gjere det klart for Helse Vest RHF at det no var det regionale helseføretaket og ikkje Helse Bergen HF som hadde hovudansvaret.

Etter at fleire ulike tiltak, som å opprette nye døgnplassar ved to DPS, å opprette ei ambulante akutteining, samarbeidsavtalar med kommunen og private spesialistar, nærmar belegget ved Sandviken sjukehus seg eit forsvarleg nivå.

Saka har vist at det har vore ei utfordring å:

- finne årsakene til overbelegg og vite kven som kan gjere noko med det
- finne rett nivå å rette pålegget mot
- bevisstgjere RHF-et med omsyn til «sørgje for»-ansvaret sitt.

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendig spesialisthelseteneste. RHF: Eit regionalt helseføretak har det overordna ansvaret for dei offentlege sjukehusa og verksemdene i regionen sin og for at befolkninga i regionen har tilbod om spesialisthelsetenester. Landet er delt inn i fem helseregionar: Helse Vest, Helse Sør, Helse Nord, Helse Øst og Helse Midt-Norge. HF: Offentlege sjukehus og institusjonar i helseregionane er organiserte under administrative einingar, helseføretak. Det kan vere fleire helseføretak i ein region, og eitt helseføretak kan ha fleire sjukehus og institusjonar under seg.



Evaluering av fødetilsynet

Fylkeslege Helga Arianson i Hordaland har evaluert det landsomfattande tilsynet som Helsetilsynet hadde med 26 fødeinstitusjonar i 2004. Ho har ved hjelp av spørreskjema og intervju undersøkt korleis helsepersonell og leiarar opplevde dette tilsynet.

Spørreskjemaundersøkinga omfatta alle leiarar og helsepersonell som blei intervjuet under tilsynet, til saman 208 personar. Så mange som 89 prosent svarte på spørreskjemaet. Måten leiarar og helsepersonell opplevde tilsynet på, blei brukt som eit indirekte mål på korleis tilsynsteama gjennomførte arbeidet. Det blei vurdert om tilsynet, slik det blei oppfatta av dei som svarte, blei gjennomført i samsvar med prosedyren til Helsetilsynet.

Undersøkinga viser at både leiarar og helsepersonell ved dei aktuelle fødeinstitusjonane tok godt imot det landsomfattande tilsynet. Dei som svarte, gir uttrykk for at framgangsmåten til tilsynsteama i hovudsak var i samsvar med prosedyren på dei områda som er undersøkte. Svarene viser at konklusjonane blei oppfatta som korrekte av dei aller fleste fødeinstitusjonane. Det blir rapportert om mange endringar ved institusjonane som følgje av tilsynet. Talet på endringar som blir rapporterte, er uavhengig av om det blei påpeikt avvik eller ikkje. Det ser såleis ut som om tilsyn i seg sjølv bidreg til forbetringar. Og at det aktuelle tilsynet har bidrege til ei forbetra fødselsomsorg ved dei institusjonane som tilsynet omfatta.

Nokre funn gir likevel tilsynsorgana grunn til å sjå nærare på enkelte sider ved sin eigen praksis. Det er to funn som peiker seg ut i den samanhengen:

- Det eine er dei mange regionale forskjellane som ser ut til å komme av ulikskapar i framgangsmåten til tilsynsteama.
- Det andre er kor mykje omsynsfull framferd frå tilsynsorgana si side har å seie for at teama skal oppnå tilstrekkeleg tillit. Framferda til teama ser ut til å ha noko å seie for korleis tilsynet blir akseptert, men ikkje for omfanget av gjennomførte endringar.



Kven blir utsette for tvang i psykisk helsevern

Kva er særkje for dei pasientane som blir utsette for tvang? Er det stadig store geografiske og institusjonsvise forskjellar i tvangsbruk i Noreg?

SINTEF Helse har på oppdrag frå Statens helse-tilsyn og Sosial- og helsedirektoratet gjennomført ein analyse av bruken av tvang innanfor psykisk helsevern. Det er brukt data frå ei landsomfattande pasientteljing som blei gjort ein dag i 2003 (døgnpasientar) og over to veker hausten 2004 (polikliniske pasientar). Opplysningane er tilnærma komplette, det vil seie at det er samla informasjon om alle pasientar som var innskrivne i psykisk helsevern på dei aktuelle tidspunkta. Analysane omfattar alle former for tvang regulert i psykisk helsevernlova; tvunge psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmiddel.

Tvang og fattigdom

Grunnvilkåret for tvunge psykisk helsevern er alvorleg sinnsliding, jamfør § 3–3 i psykisk helsevernlova om vilkår for tvunge psykisk helsevern. Pasientar som det blir brukt tvang overfor, er altså alvorleg sjuke menneske. Resultata viser at vi også kan karakterisere tvang som eit fattigdomsfenomen – økonomisk, utdanningsmessig og sosialt. Berre to prosent av pasientane som er underlagde tvunge psykisk helsevern, forsørgjer seg av eige arbeid, rundt 30 prosent har ikkje eigen bustad eller ikkje eigna bustad, slik behandlarane vurderer det, og under 10 prosent er gifte eller sambuande. Om det er sjukdom som fører til fattigdom, eller om årsaksforholdet går den andre vegen, er ikkje undersøkt. Men det er med dette dokumentert at som gruppe har dei som blir utsette for tvang, mykje dårlegare økonomisk, utdanningsmessig og sosialt utgangspunkt enn befolkninga elles til å ta vare på egne interesser. Dette krev at vi er ekstra vakne når det gjeld å ta vare på rettstryggleiken i samband med tvang, både frå tenesteytar, kontrollkommisjon og tilsynsorgan. God, samanhengande statistisk overvaking av all tvangsbruk, og dessutan av klagepraksis og klagebehandling, er nødvendige føresetnader.

Å sørkje for bustad og å bidra til å etablere og vedlikehalde sosiale nettverk og sysselsetjing er blant hovudmåla i Opptappingsplanen for psykisk helse. Denne undersøkinga gir grunn til å spørje om dette arbeidet er tilstrekkeleg målretta, og om det tilgodeser dei gruppene som treng det aller mest.

Eitt land – ei lov?

Undersøkinga viser betydelege forskjellar mellom helseføretaka når det gjeld bruk av tvang. Raten for tvangsinnleggingar er mange gonger større i det helseføretaket som bruker denne tvangsforma oftast, samanlikna med det helseføretaket som bruker det sjeldnast. På landsbasis hadde nær ein av tre tvangsinnlagde pasientar vore innlagde meir enn eitt år under tvunge psykisk helsevern. Det er likevel stor variasjon mellom helseføretaka i kor lenge opphald under tvang varer. Somme helseføretak har ikkje pasientar med opphald under tvang meir enn tre månader, mens i andre helseføretak har meir enn 80 prosent av pasientane vore innlagde over eitt år under tvang. Også tvangsbehandling blir mange gonger brukt oftare i somme av helseføretaksområda enn andre. Det ser også ut til å vere samanheng i bruk av dei ulike tvangsformene: Høg bruk av tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald går saman med høg bruk av tvunget vern med døgnopphald, og høg bruk av eit tvangsmiddel eller skjerming går saman med høg bruk av andre tvangsmiddel.

Statens helsetilsyn trur ikkje at så store geografiske og institusjonsvise variasjonar i tvangsbruk som er påvist i denne undersøkinga, berre kjem av forskjellar i pasientgrunnlag eller korleis tenestene er organiserte. Helsetilsynet vil derfor følgje opp resultatata, som skal publiserast i ein eigen rapport våren 2006, og undersøkje om forskjellane kjem av at regelverket blir ulikt forstått og praktisert.

Litteratur:
Bruk av tvang i psykisk helsevern.
Rapport fra Helsetilsynet 4/2006.
Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.

Lite å gå på i pleie- og omsorgstenestene

I rapporten «Pleie- og omsorgstenester på strekk – samanstilling og analyse av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004» peikar Helsetilsynet på nokre område der sårbarheita og risikoen for svikt er betydeleg i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

Rapporten rettar merksemd spesielt mot utviklingstrekk ved tenestemottakarane og ved tenestetilbodet i pleie- og omsorgstenestene som Statens helsetilsyn meiner utgjør særlege utfordringar for kommunane. I ein del kommunar er det grunn til å tru at utfordringane er såpass store at det er rett å snakke om at system nærmar seg brestepunktet, og at sårbarheita og risikoen for svikt er stor på ein del område. I eit tilsynsperspektiv vil det seie område der det ser ut til å vere fare for at tenestene ikkje oppfyller krava som er fastlagde i lov og forskrift.

Omfang og mangfald

Eit høgt tal tenestemottakarar med eit mangfald av hjelpebehov utgjør i seg sjølv ei styringsutfordring for kommunane, og ein kan seie at denne gruppa er eit sårbart område i pleie- og omsorgstenesta. Alle tenestemottakarar har, avhengig av alder, kjønn, bustadsituasjon og årsak til hjelpebehov, rett på individuelt tilpassa tenester. Skal tenestetilbodet vere fagleg forsvarleg, er det ein føresetnad at kommunen har eit styringsystem som legg til rette for ei grundig utgreiing av behova til den enkelte. Tenestemottakar eller pårørande skal ha høve til å delta og komme med innspel og ønske i utgreiinga. Systemet må også sørge for å fange opp at behov har endra seg, og formidle dette slik at ein kan justere tenestetilbodet. Det er behova som skal danne grunnlag for løysingane, ikkje omvendt.

Utvida ansvarsområde har dei seinare åra gitt kommunane utfordringar i form av andre brukargrupper med samansette og omfattande behov for hjelp og bistand. Dette kan vere behov som best blir møtte gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vore vanleg tidlegare. Eksempel på nye brukargrupper er menneske med psykisk utviklingshemming og menneske med psykiske lidningar.

Tilsynsrapportar gir inntrykk av at kommunane så langt det let seg gjere, legg til rette for eit tenestetilbod som møter individuelle behov og ønske hos tenestemottakarane, for eksempel når det gjeld døgnrytme. Det ser derimot ut til å vere vanskelegare å sikre føreseielege og kontinuerlege tenester til kvar tid. Dette kan gjere til dømes legemiddelhandteringa, samarbeidet med lege, anna personell og andre instansar, og lovleg og/eller unødvendig bruk av tvang til sårbare område.

Sårbarheita ser særleg ut til å vere knytt til bemannings- og kompetansesituasjonen. Det dreier seg om å sikre ei stabil bemanning med tilstrekkeleg kompetanse til å møte faglege utfordringar som mange gonger er samansette og kompliserte. Mange stader dreier det seg også om tidspress. Personalet opplever at dei har for lite tid med kvar tenestemottakar. Erfaringar frå tilsyn tyder på at denne tids- og bemanningsklemma kan gjere tenestetilbodet sårbart når det gjeld å sikre fagleg forsvarleg tenesteyting, og når det gjeld å dekkje grunnleggjande behov.

Samhandling

På bakgrunn av tilsyn ser det også ut til at samhandling og koordinering mellom ulike instansar og aktørar i sosial- og helsetenesta er eit sårbart område. I mange tilfelle er koordinering eit vilkår for forsvarleg tenesteyting til brukargrupper med samansette behov. Dette blir tydeleg for eksempel i samband med handtering av legemiddel. At mange verksemdar ikkje kan dokumentere at dei har forsvarlege rutinar for handtering av legemiddel, er alvorleg slik Helsetilsynet vurderer det.

Styring og leiing

Systematisk styring og leiing av verksemda er ein grunnleggjande føresetnad for å kunne gi forsvarlege sosial- og helsetenester og for å sikre at befolkninga får dei tenestene ho treng og har rett til etter sosial- og helselovgevinga. Dette ansvaret ligg på kommunane, og det er ei betydeleg utfordring sett i lys av det mangfaldet som pregar den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

Litteratur:

1. Pleie- og omsorgstenester på strekk. Samanstilling og analyse av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004. Rapport fra Helsetilsynet 7/2005. Oslo: Statens helsetilsyn, 2005.

Mange kommunar kan dokumentere at dei arbeider jamt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring av verksemda. Dei fleste kommunane har derimot eit arbeid å gjere når det gjeld å omsetje planane i praksis og gjere styringsløyfnene kjende for medarbeidarane. Det ser særleg ut til at utviklinga av system for å handtere avvik er kommen forholdsvis kort. Avvikshandtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendingar. Tilsynserfaringane både frå pleie- og omsorgstenesta, og frå andre delar av sosial- og helsetenesta, har avdekt at verksemdene ikkje følgjer tilstrekkeleg systematisk med på prosessar der det er risiko for at feil kan oppstå, og der konsekvensane av svikt er spesielt store. Verksemdene ser heller ikkje ut til å rette tilstrekkeleg merksemd mot kva ein kan og bør gjere for å hindre slik svikt.

Områdeovervaking

Rapporten «Pleie- og omsorgstenester på strekk» er ein del av aktivitetane i Helsetilsynet knytte til områdeovervaking, som er tilsyn med overordna perspektiv. Meininga med områdeovervaking er å sjå informasjon frå ulike kunnskapskjelder i samanheng – både eigne og andre sine erfaringar – for å kunne seie noko om eller stille spørsmål knytt til forholdet mellom dei helsemessige og sosiale behova i befolkninga og dei tenestene som blir ytt. Kunnskapen dannar grunnlaget for dei vurderingane som tilsynsorgana gjer av sårbarheit og risiko, og er sentral i prosessane som fører fram til avgjerder om prioritering av område for tilsyn – både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Oppfølging av beredskapsplaner

I samarbeid med fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka har Statens helsetilsyn ført vidare arbeidet overfor kommunane når det gjeld planar for helsemessig og sosial beredskap. I 2005 har mange kommunar utarbeidd planar, men per 31.12.05 mangla framleis 41 kommunar ferdige planar. Fleire av desse har meldt at dei er i ferd med å vedta planane sine i januar 2006.

Statens helsetilsyn vil i 2006 følgje opp dei kommunane som framleis ikkje har planar på plass. Det er likevel ikkje tilstrekkeleg at kommunane lagar planar for helsemessig og sosial beredskap. Det er eit nødvendig vilkår at kommunane bygger beredskapsplanane og planverket på risiko- og sårbarheitsanalysar ut frå lokale forhold, og at dei blir oppdaterte. Planane må ha ein kvalitet som på grunnlag av den daglege drifta og saman med øvingar inneber ein beredskap som er tenleg for føremålet. Planane må vere tilpassa dei lokale forholda, slik at kommunen er i stand til å yte nødvendige helse- og sosialtenester ved eventuelle kriser og katastrofar.

I samarbeid med Fylkesmannen skal Helsetilsynet i fylket følgje opp dei kommunale planane for helsemessig og sosial beredskap. I 2005 har blant anna Helsetilsynet i Aust-Agder i samarbeid med beredskapsavdelinga hos Fylkesmannen gjennomført tilsyn med helsemessig og sosial beredskap i fem av kommunane i fylket og gjort følgjande erfaringar:

- Risiko- og sårbarheitsanalysane er mangelfulle.
- Planane er lite operative.
- Aktørar som det blir stilt forventningar til gjennom planane, er ikkje alltid informerte om dette.
- Det er i liten grad øvd på planane. Ingen har øvd på varsling.

- Avviksmeldingar som indikator på potensiell sårbarheit og svikt er ikkje tekne i bruk.
- Planane er mangelfullt forankra i internkontrollsystemet i kommunen.
- Det er større merksemd om smittevernplanar enn andre delplanar innanfor helsemessig og sosial beredskap.
- Kommunane har god erfaring med å etablere psykososiale kriseteam.
- Planane er i liten grad samordna med planar ved sjukehusa og legevakta.
- Kommuneleiinga forventar at planar for helsemessig og sosial beredskap er integrerte i dei kommunale planane for kriseleiing og beredskap.
- Dei kommunane som har gitt ansvaret for beredskapsarbeidet til ein person, har større grad av kontinuitet, kvalitet og samanheng i planverket.

Kommunane innrømmer at dei kan ha nedprioritert beredskapsarbeid i ein travel kvardag. Tilsynet fungerer både som ein kontroll av det arbeidet som er gjort, og som ei påminning om kor viktig det er å halde fram, og betre, arbeidet.

Det er laga ein ny og meir funksjonell mal for smittevernplan under leiing av ein kommunelege. Fylkesmannen i Aust-Agder har initiert ei fagsamling der denne blei presentert for interesserte kommunar.



Statens helsetilsyn – overordna i klagesaker

Fylkesmennene og Helsetilsyna i fylka gjer ca. **6000 (2005)** vedtak i klagesaker etter sosialtenestelova og ca. **700 (2005)** vedtak i klagesaker etter helselovgivinga. Dette er saker som kan dreie seg om alt frå klager på nivået for økonomisk sosialstønad til om ei pleietrengande eldre kvinne har rett til sjukeheimplass.

Statens helsetilsyn er overordna organ i slike saker. Dette inneber eit ansvar for å bidra til at regelverket blir praktisert så likt og godt som råd over heile landet. Overordna organ må også i spesielle tilfelle vurdere om vedtak skal gjerast om etter § 35 i forvaltningslova. Vedtak som Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket gjer i klagesaker, er i utgangspunktet endelege, og ein kan ikkje klage på dei, jf. § 28 i forvaltningslova. Dei som vedtaket gjeld, har heller ikkje krav på å få saka si vurdert av Statens helsetilsyn som overordna organ etter § 35 i forvaltningslova.



Rolla som overordna organ er viktig, fordi lik, god og føreseieleg behandling av klagesaker er ein sentral del av rettstryggleiken for brukarane og pasientane.

I tillegg til kontinuerleg styring, råd og rettleiing arbeider Statens helsetilsyn med å betre dei rapporterings- og registreringsystema som blir brukte i dag, og å utarbeide rettleiarar for korleis fylka skal behandle klagesakene. Når fylka behandlar slike saker, må dei ta stilling til juridiske og sosial- og helsefaglege problemstillingar som kan vere kompliserte. På helseområdet er det dessutan dei siste åra sett i verk store endringar. Viktigast er kanskje at pasientrettslova er endra og rusreforma gjennomført. Det er for eksempel Helsetilsynet i fylket som etter klage tar stilling til om det er i samsvar med lova å gi ein rusmiddelmissbrukar avslag på behandling, eller om ein pasient har rett til å få dekt utgiftene til nødvendig sjuketransport.

Dersom det oppstår prinsipielle lovtolkings-spørsmål i samband med at Statens helsetilsyn utøver rolla si som overordna organ, skal desse leggjast fram for Sosial- og helsedirektoratet, som er delegert mynde til å fortolke dei sentrale lovene på både helse- og sosialrettsområdet.

Eksempel på sentrale klagereglar i helse- og sosiallovgivinga er:

Sosialtjenesteloven § 8–6

Pasientrettighetsloven § 7–2

Lov om helsetjenesten i kommunene § 2–4

Lov om tannhelsetjenesten § 2–3

Smittevernloven § 6–1

Retten til å be om å få vurdert eit mogleg plikt-brot etter pasientrettighetsloven § 7–4 er ikkje omtalt i denne artikkelen.

På Helsetilsynet sine heimesider finns ei samla oversikt over alle rettigheter og klageregler i sosial- og helse-tenesta.

Tilsyn med private spesialisthelsetenester

Statens helsetilsyn har byrja arbeidet med å vurdere korleis kontraktstyring av private aktørar i den offentlege sosial- og helsetenesta verkar. Det skal vurderast om dette inneber risiko for uforsvarleg verksemd, og om det påverkar kvaliteten på tenestene, og i tillegg kva konsekvensar kontraktstyringa har for ansvaret som den offentlege bestillaren har, og korleis bestillaren følgjer opp kontraktstyringa.

Ei arbeidsgruppe har i 2005 samarbeidd med somme av Heletilsynet i fylka som har hatt tilsyn med private verksemdar: Seks sjukehus og eitt røntgeninstitutt.

Felles for verksemdene var at:

- Dei hadde eller var i ferd med å inngå kontraktar med dei regionale helseføretaka (RHF) om omfanget av og innhaldet i oppgåva som dei skulle løyse.
- Tildeling av kontraktane blir regulert av **lov om offentlege anskaffelser**, som også inneheld reglar om saksbehandlingskrav, høve for å overprøve avgjerdene for dei som føler at dei er forbigått i saksbehandlingsprosessen og sanksjonstiltak ved regelbrot.

Tilsyn med private sjukehus omfatta verksemdar i helseregion Midt-Norge. Tilsyn med røntgeninstitutt omfatta ei verksemd i helseregion Sør. Rapportane frå tilsyna finst på Helsetilsynet sine heimesider.

Kva fann vi?

- Oppgåvene for verksemdene var avgrensa fagleg og organisatorisk, og var dermed også meir føreseielege for verksemdsleiinga enn oppgåvene i offentlege sjukehus, som skal fylle mange funksjonar. For dei private sjukehusa er den offentlege døgnerberedskapen eit viktig supplement for å sikre forsvarleg tenestetilbod.
- Verksemdene hadde implementert krava til styring og internkontroll som følgjer av internkontrollforskrifta, med nokre unntak.
- Styringa og kontrollen frå dei regionale helseføretaka kom fram gjennom spesifisering av rapporteringskrav i kontrakten og innhenting av

denne informasjonen. Utover krav til rapportering, var ingen av verksemdene kontrollerte eller ettersedde på tilsynstidspunktet.

- Plikter knytte til oppgåvene som dei tilsette i verksemdene etter kontrakten skulle utføre, var i stor grad lovfesta og relativt lite sårbare i høve til eventuelle manglar ved innhaldet i kontrakten. Tilsynet kunne derfor rettast direkte mot verksemda som sjølvstendig pliktsubjekt, og ikkje mot dei aktuelle RHF-ane som bestiller tenestene.

• Tilsynet viste at:

Røntgeninstituttet: Områda for revisjonen var pasientinformasjon og læring og forbetring i verksemda. På det siste området hadde verksemda ikkje etablert kvalitetsutval. Plikta til å melde til Helsetilsynet i fylket om betydeleg eller fare for betydeleg personskaade som blei valda på pasientar, var heller ikkje tilstrekkeleg implementert i verksemda.

Seks private sjukehus: Område for revisjonen var korleis verksemda handterte tilvisingar, utskriving, dokumentasjon av den pasientretta verksemda og internkontrollen i verksemda. Det blei funne manglar i rutinar som skulle sikre tilvisande lege tilbakemelding etter at tilvisinga var vurdert, og som på sikt kunne føre til lovbrøt dersom ventetida på behandling auka. Ved to sjukehus fann tilsynsorganet at sjukepleiarane ikkje dokumenterte den helsehjelpa dei ytte, og at pasientforløpet var vanskeleg å spore i dokumentasjonen.

Arbeidsgruppa skal arbeide vidare med same temaet i 2006.





Påliteleg og systematisk områdeovervaking

Områdeovervakingssprosjektet i regi av tilsynsorgana (Tilsynsmyndighetenes områdeovervakingssprosjekt /TOP) er eit treårig utveklingsprosjekt for den delen av tilsynet med sosial- og helsetenester som vi kallar områdeovervaking. Regelverket gir hovudrama for kva Helsetilsynet skal følgje med på. Områdeovervaking er ein vesentleg tilsynsaktivitet, og Helsetilsynet ønskjer å utvikle god praksis både når det gjeld å hente inn, systematisere og tolke data. Bidraga frå områdeovervaking er viktige når tilsynsorgana vurderer tilstanden til sosial- og helsetenestene. Kunnskap frå områdeovervaking er også sentral i prosessane som gjeld prioritering av område for tilsyn, både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Ein ventar at tilsynsorgana har ei generell oversikt over korleis det står til med sosial- og helsetenestene, og det omfattar også kunnskap om tenestetilbodet sett i forhold til helsetilstanden i befolkninga og dei sosiale kårane til folk. I områdeovervaking set vi saman informasjon frå ulike kunnskapskjelder, både våre egne og andre sine. Helsetilsynet kan ha ulike innfallsvinklar når det gjeld områdeovervaking. Ei tilnærming er at vi gjennom tilsynserfaringar og andre data får kunnskap om svikt i tenestetilbodet i eit avgrensa geografisk område. Slik kunnskap kan for eksempel gi grunnlag for å hente inn nærare informasjon for å vurdere korleis det står til i andre delar av landet. I tillegg skal Helsetilsynet, med hjelp frå andre kunnskapsprodusentar, meir generelt følgje med på kva tenestene yter, og utviklingstrekk i befolkninga. Eksempel på dette kan vere økonomisk sosialhjelp, fattigdomsutvikling og variasjonar som ikkje samsvarer med regelverket.

Ramma for kva tilsynsorgana skal følgje med på, er vid, og det er derfor viktig å basere tilsynet på risikovurderingar. Risiko er uvisse knytt til framtida og seier oss noko om fare for svikt i ulike situasjonar. Risikovurderingar blir baserte på tilsynserfaringar, statistikk, forskning og liknande. Risikovurderingar kan også avdekkje sårbare forhold, altså seie oss noko om kor ein

må gjera tenesta meir robust. Risiko- og sårbarheitsvurderingar er sentrale i områdeovervaking. Det handlar langt på veg om å følgje med på rett stad til rett tid, slik at vi så tidleg som mogleg kan peike på svikt i tenestene eller område der det er fare for svikt.

Du kan lese meir om TOP på www.helsetilsynet.no under Tilsyn – funn, avgjørelser, metoder.

OMRÅDEOVERVAKING

er tilsyn med overordna perspektiv, og omfattar å hente inn, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetenestene i eit tilsynsperspektiv (jf. St.meld.nr. 17 (2002–2003) Om statlige tilsyn).



Borghild Haaland

Det gjeld å stå på!

Borghild Haaland, vinnar av Karl Evang-prisen 2005, gir ikkje opp sjølv når ho møter motstand. Trikset hennar er å arbeide dobbelt så hardt og å snu på flisa:
– Dersom eg ikkje når fram med gode idear ein stad, er det berre å gå til andre med ein annan innfallsvinkel.

– Det gjeld å vere uthaldande og finne dei rette personane som tenner på oppgåva, seier den tidlegare sjukepleiaren, jordmora og helsesøstra som rett nok best likar å sjå resultatata yngle fort.

Borghild Haaland frå Arendal er ei dame som brenn for så mykje, men mest for det prosjektet ho til kvar tid står midt oppe i. Ser ho nokon som kan trenge ei hjelpande hand, får ho ein ubendig trong til å gjere noko.

Ikkje eingong alderen let ho seg tyngje av. 70 år gammal er ho i gang med eit nytt prosjekt. Denne gongen er det familieplanlegging og utdanning som er tema, og det er personell og 34 barn på ein barneheim i Toledo, Filippinane, som får nytte godt av innsatsen hennar. Ikkje er ho i beit for kva prispengane skal gå til heller:

– 34 barn i Toledo må flytte ut av barneheimen når dei fyller 18 år. Vi skal gi dei høve til å ta ei fireårig utdanning etter dette for å hjelpe dei på vegen til eit godt vaksenliv, seier Haaland.

Og det er heilt i tråd med tankane hennar når det gjeld førebygging.

– For å førebyggje må vi vere tidleg ute. For ofte kjem vi helsepersonell for seint inn. Vi må våge å gå inn med ein gong vi ser at det er noko som skurrar.

– Karl Evang har hatt mykje å seie for meg heilt sidan eg hadde han som førelesar på helsesøsterskulen i 1960. Han hadde eit hav av kunnskap å ausa frå, og eg tok avgjerda då: Det er dette eg må satse på, seier den pensjonerte helsesøstera og dreg opp av veska eit vellese eksemplar av Karl Evang si bok «Fred er å skape».

Borghild Haaland gir seg til å rekne opp dei prinsippa ho byggjer sitt førebyggjande helsearbeid på, fritt etter Evang:

– Brukaren må alltid stå i sentrum. Det er om å gjere å skape eit trygt og godt miljø rundt han eller henne. Vi må som helsearbeidarar alltid vere fagleg oppdaterte. Vi må tileigne oss ny

kunnskap for heile tida å kunne gjere ein så god jobb som råd er. Like viktig er det å samarbeide breitt, også spesialisthelsetenesta må det. Vidare må vi førebyggje for å hindre liding og for å få meir helse ut av kvar krone. Sjølv sagt må vi også organisere godt og ha god økonomisk styring. Og når det gjeld oppsøkjande verksemd, må vi hugse på at det ikkje alltid er dei som står først i køen, som treng hjelp mest, ramsar ho opp. Det skader heller ikkje å ha eit godt forhold til pressa, meiner Haaland.

Haaland har mellom anna vore helsesøster i Gjerstad kommune i Aust-Agder i ei årrekke. Her har ho vore ein pådrivar for å få sett i gang helsefremjande tiltak overfor alle aldersgrupper. På merittlista hennar er mellom mykje anna balletkurs for barn, Friskis-klubb for rett ernæring, helsestasjon for ungdom, antirøykjeklubb og kontraktar om å vere rusfri gjennom ungdomsskulen, førstehjelpskurs, ulike temadagar om til dømes astma og allergi, helsekontroll for 40-åringar og for langtids arbeidslause.

Under prisutdelinga i oktober i fjor sa professor Steinar Westin, som overrekte prisen, at Borghild Haaland har i sitt arbeid vist seg å vere allsidig og med ein vilje til å tenkje utradisjonelt til gode for brukarane. Han peika òg på den ukelege stå-på-viljen som må til for å omsetje så mange idear til handling.

– Eg skal halde på så lenge eg har engasjement og helse, så lenge eg kan fornye meg og få ting gjort. Det held ikkje berre med ord, orda må omsetjast i handling, seier ho sjølv.

Og oppskrifta på suksess med prosjekta? Ho er ifølgje prisvinnaren å ha nok empati slik at ein kan setje seg inn i korleis andre menneske har det. Så må ein klare å få med dyktige folk på tvers av fagfelt. Ein lyt òg tole ein støyt og kunne arbeide målretta. Sist, men ikkje minst er det avgjerande at brukarane av tenestene er med.



Kjell Underlid



I møte med sosialkontoret: Dei fattige si eiga røyst

Kjell Underlid, professor, dr. philos, spesialist i klinisk psykologi. Høgskolen i Bergen



I forskingsprosjektet Fattigdommens psykologi (1) vart 25 langtidsmottakarar av økonomisk sosialhjelp i ein bydel i Bergen intervjuja. Søkjelystet vart retta mot fattigdomsrelaterte opplevingar. Det vart i utgangspunktet stilt nokså få spørsmål om møtet og kontakten med sosialkontoret. Dette var likevel eit tema som dei i stor grad kom innpå i samtalanene; sosialkontoret viste seg å vere ein svært sentral instans i livet deira.

Mange respondentar fortalde om konkrete røynsler frå kontakten med sosialkontoret som hadde ført til at dei kjende seg utrygge og som hadde skremt dei. Det kunne gjelde kritikk og irettesetting, nitid kontroll, å bli «straffa» for ekstraintekter, krav som kjendest urimelege o.a. Ymse forslag frå sosialkontoret kunne ligge i ei gråson mellom råd, krav, vilkår, direktiv og trugsmål. Fleire opplevde sosialkontoret som vilkårshardt og beint fram skremmande. Det kunne ofte bli mykje venting og usikker «runddans». Møtet med eit uoversiktleg, komplisert, fragmentert og til dels motstridande hjelpeapparat kunne også gje opphav til utryggleiksopplevingar.

Deltakarane i studien viste også til konkrete hendingar og røynsler på sosialkontoret som vart opplevd som lite autonomistøttande eller beint fram autonominedbrytande. Det kunne vere tale

...dei opplevde gniarmentalitet, makt-demonstrasjonar, spydige, flåsete og sårande merknader, strengheit, mistenkjeleggjering, manglande engasjement, motarbeiding, latterleggjering...

om avslag på søknader som fekk svært negative konsekvensar for utfalding og sosial deltaking, som hindra dei i å realisere vitale livsprosjekt og i å komme seg vidare i livet. Dei som vart oppmoda til å kvitte seg med personlege eignelutar kunne oppleve at dette gjorde det vanskelegare å innfri sentrale rolleforpliktingar, t.d. som foreldre. Somme trekte fram diagnostisering, klientifisering, patologisering og psykologisering som

trugsmål mot autonomi og som eit slags disiplineringsmiddel. Å måtte «slåst» mot eit stort og «firkanta» byråkratisk system kan vere døme på uønskt åtfærd som respondentane helst ville vore forutan.

I møtet med sosialkontoret opplevde mange av respondentane at dei vart sedde ned på og behandla på ein lite respektfull måte. Dei fortalde mellom anna om ei «ovanfrå og ned»-holdning der dei kjende seg behandla som eit null og som sosialt mindreverdige, og dei opplevde gniarmentalitet, makt-demonstrasjonar, spydige, flåsete og sårande merknader, strengheit, mistenkjeleggjering, manglande engasjement, motarbeiding, latterleggjering, klagemål, stakkarsleggjering, manglande forståing, insensitivitet og individuell skuld- og ansvarstilskriving. Det er nærliggjande å tenkje seg at slike opplevingar kan ha medført trugsmål mot sjølvbiletet og sjølvvørnaden.

Resultata reiser ei rekkje ulike spørsmål. Eg vil nemne nokre av desse og kommentere dei kortfatta.

Gjev desse resultata eit sant og gyldig bilete av langtidsmottakarar av økonomisk sosialhjelp sine røynsler med sosialkontoret?

Det er ikkje forfatternen som påstår at møtet og kontakten med sosialkontoret er slik; det er brukarane av slike tenester som fortel om slike opplevingar. Opplevingane er ikkje eintydige. Ingen opplevde alt av det som vert rapportert over, men fleire opplevde mykje av dette. Eit fleirtal fortalde om negative opplevingar i denne samanhengen. For eit mindretal var haldningane til sosialkontoret meir nøytrale og likegyldige; møtet med sosialkontoret kom i bakgrunnen i forhold til andre trekk ved livssituasjonen. Somme

fortalde om saksbehandlarar som dei hadde hatt som hadde hjulpet dei på framifrå vis – både praktisk og gjennom måten dei oppførte seg på på det mellommenneskelege plan. Likevel var det slik at det nesten utelukkande var dei negative opplevingane frå møtet med sosialkontoret som respondentane var opptekne av å fortelje om.

Det kan her vere på sin plass med nokre metodologiske refleksjonar. I surveystudiar kan ein innhente data frå representative utval, anten ved hjelp av postale spørjeskjema eller intervju, og det kan vere forsvarleg å generalisere resultatane til ein større populasjon. Resultatane kan brukast komparativt – slik at ein kan samanlikne mellom ulike grupper, ulike tidspunkt o.a. På den andre sida vert svarprosenten på spørjeskjemaundersøkingar gjerne særst låg for denne gruppa. Dei er ofte ikkje glade i skjema, somme kan ha dyslektiske plager og mistrua til offentlege instansar kan gjere at dei er usikre på anonymitet, kva resultatane vil bli brukte til o.a. Det vert vanskeleg å gå særleg i breidda i ein slik samanheng, og det vert uråd å gå i djupna, i alle fall ved bruk av postale spørjeskjema. Resultatane kan også ha låg nytte- og informasjonsverdi. Kor mykje klokare vert ein av å få vite at til dømes 27,3 prosent svarta at dei var «forholdsvis nøgde» med måten ein vart behandla på av sosialkontortilsette?

I kvalitative studiar er generalisering i konvensjonell forstand irrelevant. Men ein kan utforske eit breiare spekter av tema i same studie og gå djupare inn i problematikken, i alle høve i forhold til kva som er mogeleg ved bruk av postale spørjeskjema. I samtalar som er kjenneteikna av ein fortruleg og tillitsfull atmosfære kan ein få tilgang til autentiske og samansette opplevingar; i ein fattigdomssamanheng er det tale om «fattigdommen». Opplevingane vert ikkje bundne til faste spørsmål og faste svaralternativ. Dermed tek ein kanskje også vare på røysta til dei fattige på ein betre måte. For deira røyst er verkeleg verd å lytte til i ein slik samanheng: Når det gjeld oppleving av fattigdom, er det dei som er dei verkelege «ekspertane». Brukarane sine røynslar med sosialkontoret må likevel kartleggjast både ved hjelp av breie surveystudiar og kvalitative djupnestudiar.

Kvifor vert sosialkontoret vurdert så negativt av brukarane?

Det er noko paradoksalt over den utryggleiken som respondentane fortel om i møtet med sosialkontoret. Denne instansen skulle jo nettopp skape tryggleik. Det er også ein tankekross at sosialkontoret sine praksisar i stor grad vart opplevd som trugsmål mot brukarane sin autonomi. Det er dessutan tankevekkjande at ein sosial instans og fagpersonar som nettopp skulle ha som fremste oppgåve å hjelpe menneske som er i ein slik vond livssituasjon, ikkje i større grad lykkast i å leve opp til sentrale relasjonelle og kommunikasjonsmessige ideal som vert vektlagt

i sosionomutdanninga. Men spørsmålet over er altfor komplisert til at det lèt seg drøfte i ein kort artikkel som denne. Det er neppe fruktbart å søkje etter årsakene hos saksbehandlarane; dysfunksjonane er nok systembetinga. Sosialkontoret og sosialhjelpa har ein tvitydig karakter, der hjelp går hand i hand med kontroll. Sosialhjelpssatsane er dessutan utilstrekkelege.

Velferdspolitiske implikasjoner

Dersom ein tek som utgangspunkt at tryggleik, autonomi, vørndnad og sjølvvørndnad er viktige menneskelege behov, og sentrale verdiar å strekkje seg etter sett frå ein sosialpolitisk synsvinkel, er det alvorleg at brukarane i så stor grad opplever at desse behova ikkje vert

Det er noko paradoksalt over den utryggleiken som respondentane fortel om i møtet med sosialkontoret. Denne instansen skulle jo nettopp skape tryggleik.

tekne vare på i møte med sosialkontoret. Resultatane over, saman med annan evidens, kan takast til inntekt for det syn at det må gjerast noko drastisk med sosialtenesta. På den eine sida kan ein argumentere for ei omfattande reformering av sosialkontoret. Ein kan her hevde at denne instansen har eit forbedringspotensial, og at det finst eit handlingsrom for å forbetre verksemda ved dagens sosialkontor. Samordning av sosialtenesta, A-etat og trygdeetat kan vere eit viktig steg i rett retning. Ein kan også finne gode grunner til at sosialhjelpssatsane bør hevast og at desse bør vere eins over heile landet. Det kan dessutan vere grunner som taler for å gjere sosialhjelpa meir rettighetsorientert og mindre skjønnsbasert. På den andre sida kan det argumenterast for å avskaffe sosialkontoret i si noverande form. Dagens sosialkontor er på mange måtar fattigkassa i ny drakt, der sikring av inntekt til livsopphald vert underlagt saksbehandlarskjønn. Ein kan tenkje seg ein ny modell for inntektssikring, der økonomisk sosialhjelp vert ei statleg ordning. Ein får då eit offentleg inntektssikringssystem basert på faste, rettsfesta normer (2).

Frå eit tilsynsperspektiv er det viktig at sosialtenesta vert granska med argusauge, mellom anna avdi brukarane er ei særst sårbar gruppe. Vi treng ein vedvarande sosialpolitisk diskusjon om tenestetilbodet til denne gruppa. Sosialklientane sine egne opplevingar i møte med tenesteapparatet er heilt sentrale i denne samanhengen, og røystene deira må vege tungt.

Referansar:

1. Underlid, 2005. Fattigdommens psykologi. Oppleving av fattigdom i det moderne Noreg. Oslo: Det Norske Samlaget
2. Stolanowski & Tvetene, 2005. Har vi råd, mamma? Om inntektssikring og fattigdom. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag





Karina Aase



Siri Wiig

Ein lærande organisasjon – kva må til?

Karina Aase, post.doc. Samfunnsikkerhet og endringsledelse

Siri Wiig, stipendiat Samfunnsikkerhet. Universitetet i Stavanger

Alle organisasjonar har aktivitetar og prosessar som i større eller mindre grad bidreg til læring. Dette betyr ikkje nødvendigvis det same som at desse organisasjonane kan kallast lærande organisasjonar.

Organisatorisk læring er eit aktuelt tema innanfor sosial- og helsetenesta. I den seinare tida har det for eksempel vore fokusert mykje på uønskete hendingar knytte til feilbehandling ved norske sjukehus. Internasjonale studium viser at opptil 5–10 prosent av pasientane kan bli skadde ved sjukehusopphald. Utan organisatorisk læring knytte til feil kan ein ikkje sjå mønster av hendingar som gjentek seg, og dermed heller ikkje redusere desse tala. I rapportar frå Helsetilsynet finst det formuleringar som «... erfaringer fra dette tilsynet må bringes tilbake til utdanningsinstitusjonene og fagmiljøene ...» eller «... det synes å være et godt stykke igjen før virksomhetene framstår som lærende organisasjoner, og tar i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet ...». For å få til lærande sosial- og helsetenester er det nødvendig med læring på mange plan og mellom mange aktørar. Det er ei stor utfordring å få til læring innerter i, og ikkje minst på tvers av, styresmakter, tilsyn, sosial- og helsetenesteføretak og primærhelseteneste.

Dei siste ti åra har fagfeltet organisatorisk læring eksplodert. Likevel finst det få konkrete svar på kva som må til for å bli ein lærande organisasjon. Det vi derimot veit ein del om, er kva som ikkje verkar, og misforståingar og oppfatningar som ligg til grunn.

Under har vi sett opp tre vanlege oppfatningar som ofte skaper unødvendige barrierar eller forseinkingar for organisatorisk læring:

- **Bygg eit kunnskapssystem, og brukarane kjem!**

Tilsette og leiarar i organisasjonar fokuserer i stor grad på at kunnskap og erfaring må gjerast tilgjengeleg, og dei føresteller seg ofte at denne må samlast, dokumenterast og lokalisert som i eit varehus. Alle som har eit behov for kunnskap, kan gå i varehuset og finne det han eller ho ønskjer av kunnskap og erfaring. Løysinga blir ofte å bygge ein sentral elektronisk database. Denne

tradisjonen fokuserer på å samle inn, prosessere, lagre og spreie informasjon – men ikkje på å bruke kunnskapen. Slike sentrale kunnskapsdatabasar fører ofte med seg liten entusiasme blant brukarane når det gjeld både å leggje inn erfaringar og hente ut informasjon. I sosial- og helsetenesta diskuterer ein til dømes å opprette eit nasjonalt register for pasienttryggleik. Det skal bidra til analyse og læring av uønskete hendingar lokalt og nasjonalt. I eit læringsperspektiv er det ikkje tilstrekkeleg å samle denne kunnskapen sentralt, ein må i tillegg føre han tilbake til sosial- og helsetenesteføretaka, som igjen må spreie han ut i organisasjonane.

- **Teknologi kan erstatte «ansikt til ansikt»-kommunikasjon!**

Å føre folk saman gjennom opplæring, seminar eller samlingar gir ofte spontan kunnskapsdeling gjennom samtalar og historier, men samtidig kostar det. Teknologi gjer det mogleg å dele kunnskap utan å samle dei tilsette fysisk på ein stad. Studiar av slike kunnskapssystem viser at graden av suksess heng saman med i kor stor grad det som i utgangspunktet var forma som eit IT-system, utviklar seg til ein kombinasjon av IT-støtte og samlokaliserte møte eller samlingar. I praksis betyr dette at dersom eit IT-støtta kunnskapssystem skal fungere, må det også støtte «ansikt til ansikt»-kommunikasjon i form av til dømes diskusjonsgrupper, nettverkssamlingar og oppfølging av innlagde erfaringar. I sosial- og helsetenesta er «synergi» på veg inn som IT-basert feilrapporteringsystem. «Synergi» i seg sjølv skaper altså ingen lærande organisasjon, men kan vere eit godt utgangspunkt for læringsaktivitetar der tilsette kan diskutere og relatere informasjonen til eigen praksis.

- **Først må vi skape ein læringskultur!**

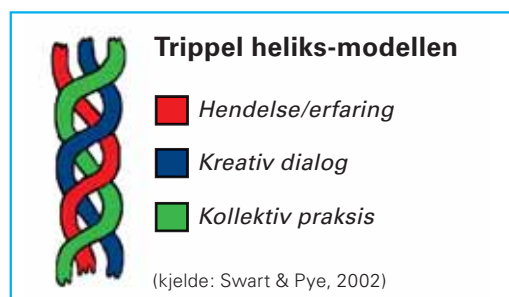
«I organisasjonen vår vil ingen bidra i læringsaktivitetar fordi det ikkje finst rom og kultur

for dette.» Slike haldningar inneber ei tru på at kunnskapsdeling berre kan finnast når det eksisterer ein læringskultur, prega av samarbeid og openheit. Dermed blir det overordna målet å skape ein læringskultur før dei tilsette kan dele kunnskap. Men kva kjem først, læringskultur eller kunnskapsdeling? Helsepersonell grunnir for eksempel underrapportering av feil med at «det er ingen kultur for rapportering av feil». Det blir ofte ei sovepute fordi der har vist seg vanskeleg å «byggje» ein læringskultur, eller i dette tilfellet ein rapporteringskultur. Det kan derfor vere betre å gå ut frå at kunnskapsdeling påverkar kulturen. Der ein byggjer opp læringsaktivitetar rundt viktige faglege problemstillingar, eksisterer det vanlegvis eit ønske om å dele og ta imot kunnskap.

Ein modell utan boksar og piler

Skildringa over av mytane viser blant anna at kunnskap og erfaring som kan uttrykkjast i ord eller skriftleg tekst, berre representerer toppen av isfjellet. Omgrepet taus kunnskap er kjent, og representerer den kunnskapen vi vanskeleg kan uttrykkje direkte. Den praktiske bruken av dette omgrepet fokuserer stadig på korleis taus kunnskap skal gjerast tilgjengeleg og konkret formulert. Dette resulterer ofte i eit ønske om å gi den tause kunnskapen eit konkret uttrykk gjennom produkt, tenester og system. Dette blir kalla «tingleggjering». Ein produserer altså «ting» (prosedyrar, verktøy, reglar) som skal gjere kunnskap og erfaring synleg.

Forskning innanfor organisatorisk læring har dei ti siste åra fokusert på kva praksis, kollektiv refleksjon og dialog har å seie. I staden for ønsket om å uttrykkje den individuelle tause kunnskapen eksplisitt, fokuserer ein meir på det kollektive. Omgrepet «kollektiv taus kunnskap» er lansert. For å forstå dette perspektivet på organisatorisk læring har ein utvikla trippel heliks-modellen.



Hending/erfaring uttrykkjer individuell kunnskap knytt til bestemte hendingar eller erfaringar. Det finst tallause ulike skildringar knytte til ei enkelt hending eller erfaring som ofte varierer frå person til person.

Kreativ dialog inneber aktiv refleksjon over dei ulike skildringane av hendingar/erfaringar, individuelt eller kollektivt. I dei kollektive prosessane

er det viktig at representantar for ulike perspektiv er samla.

Kollektiv praksis handlar om å følgje opp aspekt frå den kreative dialogen og endre sin eigen eller fellesskapet sin praksis relatert til dei ulike hendingane/erfaringane.

Modellen viser at læringsaktivitetar bør utviklast med alle dei tre «trådane» inkludert. Tilnærmingar som til dømes berre fokuserer på dialog utan å knyte denne til spesifikke hendingar/erfaringar, eller som berre fokuserer på å endre praksis utan at endringa er knytt til ein kreativ dialog, har liten sjanse for å lykkast.

Konkrete tilnærmingar til organisatorisk læring

Det finst mange tilnærmingar til organisatorisk læring, men det finst ikkje eit riktig svar på kva som fungerer og ikkje. Både mytane som er skildra over, og forskning elles viser tendensar til at organisasjonar utviklar læringsprosessar som er baserte på berre eitt eller to av elementa i trippel heliks-modellen. Tradisjonelt har næringslivet fokusert på formelle verkemiddel som krav, prosedyrar, nettverk og databasar, som inneber «person til dokument»-tilnærmingar til læring. Motsatsen er «person til person»-tilnærmingar, og utfordringa i mange organisasjonar er å finne balansen eller det riktige spennet mellom desse to perspektiva.

Ei rekkje konkrete tilnærmingar til læring er utvikla og prøvde ut i ulike organisasjonar. Tilnærmingane spenner frå historieforteljing og læringshistorier i Verdsbanken til kollektiv trening og problemteam innanfor kjernekraft. Det er viktig å merke seg at det som fungerer i ein organisatorisk samanheng, ikkje nødvendigvis fungerer i ein annan. Det er derfor vanskeleg å kopiere tilnærmingar direkte.

Ei lærande sosial- og helseteneste?

Kva må så til for å bli ei lærande sosial- og helseteneste? Aktørane i sosial- og helsetenesta må unngå førestellingar som at lærande organisasjonar berre kan byggjast på rasjonelt vis ved hjelp av kunnskapssystem og teknologi, eller at ein må byggje ein læringsstruktur før ein kan dele kunnskapen. Trippel heliks-modellen bør leggjast til grunn for arbeidet med læring innanfor og på tvers av aktørane, det vil seie at eksisterande eller nye læringsaktivitetar må inkludere alle dei tre trådane i modellen (erfaring, dialog, praksis).

Samtidig kan ein ikkje ta læring ut av konteksten. I dag er sosial- og helsetenesta prega av rammevilkår som inneber stadi-ge endringar, kostnadskutt, auka produksjonskrav og tidsnød. Dette skaper vanskelege vilkår for den lærande sosial- og helsetenesta og bør gi grunn til ettertanke.

Litteratur

Dixon, N. Common knowledge. How companies thrive by sharing what they know. Boston: Harvard Business School Press, 2000.

Hansen, MT, Nohria, N, Tierney, T. What's your strategy for managing knowledge? Harv Bus Rev 1999; 77(2): 106–116.

Swart, J, Pye, A. Conceptualizing organizational knowledge as collective tacit knowledge: a model of redescription. Proceedings OKLC 2002, 5–6 April, Athens, Greece, 2002.

Wenger, E. Communities of practice. Learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Wenger, EC, Snyder, WM. Communities of practice. The organizational frontier. Harv Bus Rev 2000; January–February: 139–145.



A
B C D
E F G H I
J K L M N O P Q

Fellas
Katylog

Check
in

Good
By

Vis varsemnd ved forskrivning

Det følgjer av kravet om forsvarleg behandling i helsepersonellova at legar må ha oversikt og kontroll over det dei skriv ut av reseptar. Bruk av vanedannande legemiddel fører med seg fleire problem som tilseier at legar må vere forsiktige når dei skriv ut reseptar på desse. Med vanedannande legemiddel meiner vi i denne samanhengen legemiddel som kan gi rusoppleving eller eufori, toleranseutvikling eller symptom på abstinens. Den alvorlegaste faren ved å skrive ut resept på slike legemiddel er at pasienten kan bli avhengig, eller at ein får ei eller anna form for misbrukproblematikk. Dette kan igjen gjere at pasienten ikkje får eller blir motivert for høveleg behandling for det opphavlege problemet.

Retningslinjer for forsvarleg utskrivning

Rundskriv IK-2755, som Statens helsetilsyn gav ut i 2001, gir retningslinjer for forsvarleg utskrivning av resept på vanedannande legemiddel. Ifølgje rundskrivet skal legen sikre seg at det ligg føre ein medisinfagleg grunn for å bruke vanedannande legemiddel. Det kan av og til vere riktig å nytte opiat for pasientar med kroniske ikkje-maligne tilstandar, eller til rusmisbrukarar som står på venteliste til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er likevel viktig at slik medikasjon er eit ledd i ei heilskapleg og tverrfagleg behandling. Eigna legemiddel i riktig dose over ein avgrense tidsperiode kan vere til stor hjelp for mange pasientar, føreset at både pasient og lege er merksame på farane ved å bruke slike legemiddel. Legen og pasienten bør ha ein klar avtale om korleis legemiddelet skal doserast, og kor lenge behandlinga skal vare.

Når pasienten har behov for sterke smertestillande legemiddel, skal ein velje legemiddel på grunnlag av oppdaterte kunnskapar. Det vil seie at korttidsverkande opiat ikkje bør brukast når pasienten treng langvarig behandling, eller når faren for å bli avhengig er stor. Ein må styre doseringa nøye etter effekt. Legemiddelet må ikkje brukast lenger enn nødvendig, og dersom pasienten blir avhengig, må ein lage ein plan for nedtrapping. Ein må identifisere pasientar som ein trur kan kome til å selje legemiddel, og setje i verk formålstenlege tiltak.

Legemiddel i gruppe B, til dømes benzodiazepin, har sine klare indikasjonar og gir god symptomlindring brukt over kort tid. Faren for å bli avhengig er derimot stor og aukar etter lengda på behandlinga, samtidig som effekten av behandlinga kan bli mindre. Dette stiller store krav til at legen som skriv ut resepten, er årvaken. Bruk av høge dosar av kodeinhaldige legemiddel kan gjere pasienten avhengig av opiat. Ein må raskt

ta tak i det dersom ein ser utvikling av misbruk. Utskriving av vanedannande legemiddel over lang tid skal vere ei gjennomtenkt avgjerd og ikkje eit resultat av manglande bevisstgjerding, tidspress eller press frå pasienten. Når ein ser eitt eller fleire kjenneteikn på misbruk, bør ein vurdere å vise pasienten vidare til riktig hjelpeinstans.

Tilbakekalling av retten til å skrive ut medisinar – åtvaring

Statens helsetilsyn behandlar fleire saker kvart år der legar er klaga inn fordi utskrivninga av vanedannande legemiddel blir oppfatta som uforsvarleg. Det som går igjen i sakene som fører til reaksjon i form av åtvaring eller tap av rekvireringsrett, er pasientstyrt og planlaus utskrivning av reseptar. Utskrivinga er prega av å vere styrt av pasienten sine ønske om legemiddel, dose og lengd på behandlinga, utan at legen vurderer behandlingseffekten eller ser han i ein breiare samanheng. Legen har dessutan ofte ikkje vurdert behandlingalternativ eller i tilstrekkeleg grad følgt opp pasienten når det gjeld uheldige effektar av behandlinga.

Der ein kan påvise mangel på innsikt hos legen som skriv ut medikamenta, ved at pasienten ikkje er tilstrekkeleg utgreidd før – eller forsvarleg følgd opp når han eller ho bruker vanedannande legemiddel – kan dette føre til at legen mistar rekvireringsretten. Der det har vore indikasjon for det valde legemiddelet, men oppfølginga har vore planlaus og pasientstyrt, kan dette føre til åtvaring med rettleiing etter IK-2755.

I 2004 mista 8 legar retten til å skrive ut legemiddel i gruppe A og B. 7 legar fekk åtvaring for uforsvarleg utskrivning. I 2005 mista 12 legar rekvireringsretten, medan 11 fekk åtvaring.

Rusreforma set kommunane på prøve

Rusreforma skal gi rusmiddelmissbrukarar tilgang til behandling uavhengig av kommunal økonomi og kommunale prioriteringar og uavhengig av kontakt med sosialtenesta, noko som tidlegare kunne vere ein barriere for somme. Det å behandle rusmiddelmissbrukarar er blitt ein del av spesialisthelsetenesta. Spesialisthelsetenesta skal tilby tverrfagleg spesialisert behandling med ei brei tilnærming, og ho skal fokusere på det hjelpebehovet kvar enkelt rusmiddelmissbrukar har. Rusmiddelmissbrukarar har no pasientrettar også ved rusbehandling. Kommunen har framleis det same ansvaret innanfor rusfeltet som før reforma.

Med reforma blei det innført eit tospora løp inn i behandlingstilbodet frå spesialisthelsetenesta. Den kommunale sosialtenesta eller lege kan tilvise til tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Utgreiingseininga i helseregionen vurderer tilvisinga. Dei ulike regionane har organisert dette på forskjellig måte, men som oftast er funksjonen sentralisert i ei eining som både tek stilling til pasienten sin rett til helsehjelp og kva slags behandling pasienten har rett på. Det er verd å merke seg at den kommunale eigendelen ved institusjonsbehandling fall bort da spesialisthelsetenesta tok over ansvaret.

På papiret ser dette relativt uproblematisk ut. Røyndommen viser seg å vere meir kompleks.

Rusmiddelproblem blir løyste best lokalt

Lokalbaserte løysingar og lågaste effektive omsorgsnivå er framleis eit prinsipp som behandlings- og hjelpeapparat jobbar etter på rusfeltet. Lov om sosiale tjenester § 6–1 legg til grunn at lokale tiltak skal vere vurderte og prøvde før pasientar blir tilviste til spesialisthelsetenesta. Somme spesielle utfordringar rundt omfattande rusmiddelproblematikk gir eit sterkt press på

løysingar som inneber at pasienten må komme ut av lokalmiljøet sitt. Dette vil som oftast seie det same som eit ønske om å bli behandla i institusjon. Eksempel på slike tilhøve kan vere belastningar som pårørande til rusmiddelmissbrukaren opplever, frykt for at illegal gjeld skal krevjast inn, bustadløyse eller åtferd som gjer det vanskeleg for pasienten å komme inn på bustadmarknaden.

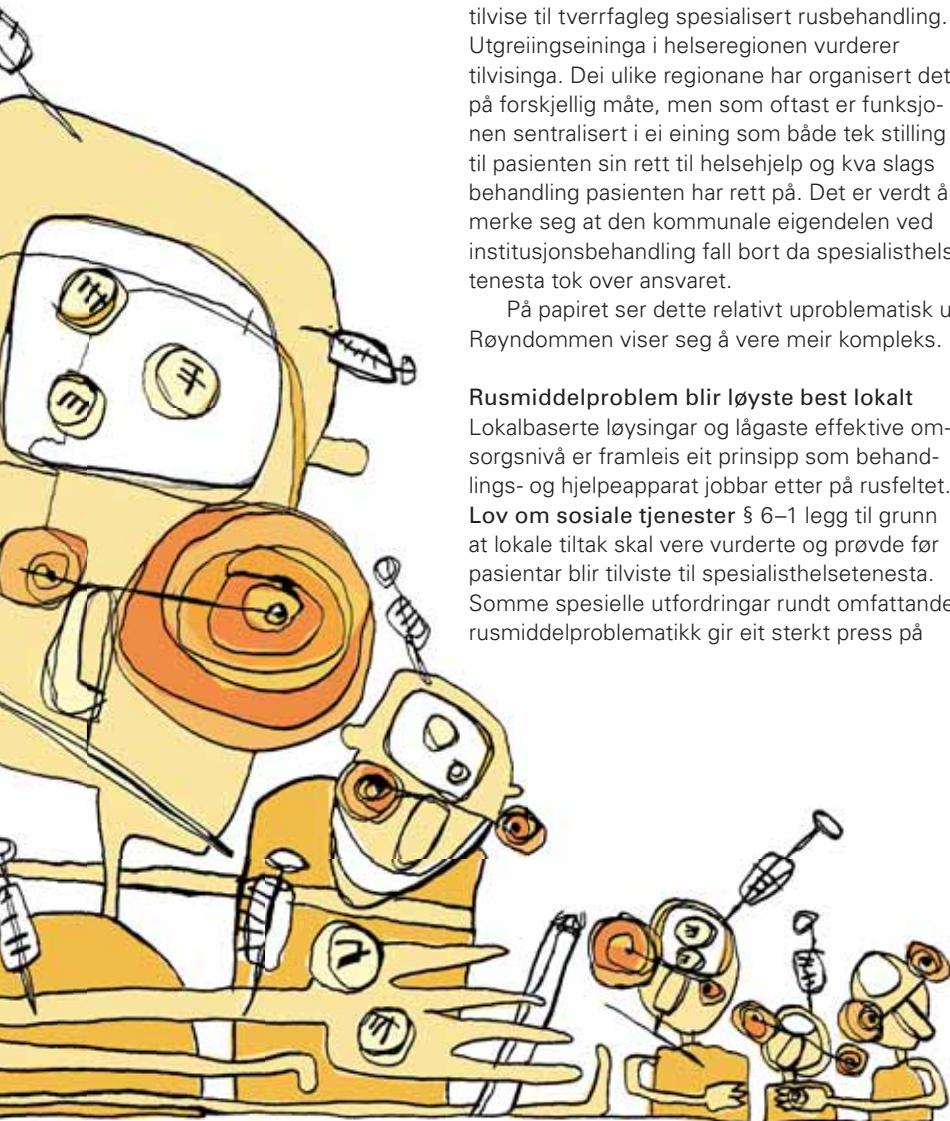
På grunn av at finansieringa av rusbehandling i institusjon er endra, er tilhøvet mellom lokalbaserte og institusjonsbaserte tiltak i spesialisthelsetenesta blitt vesentleg endra sett frå ein kommunal ståstad.

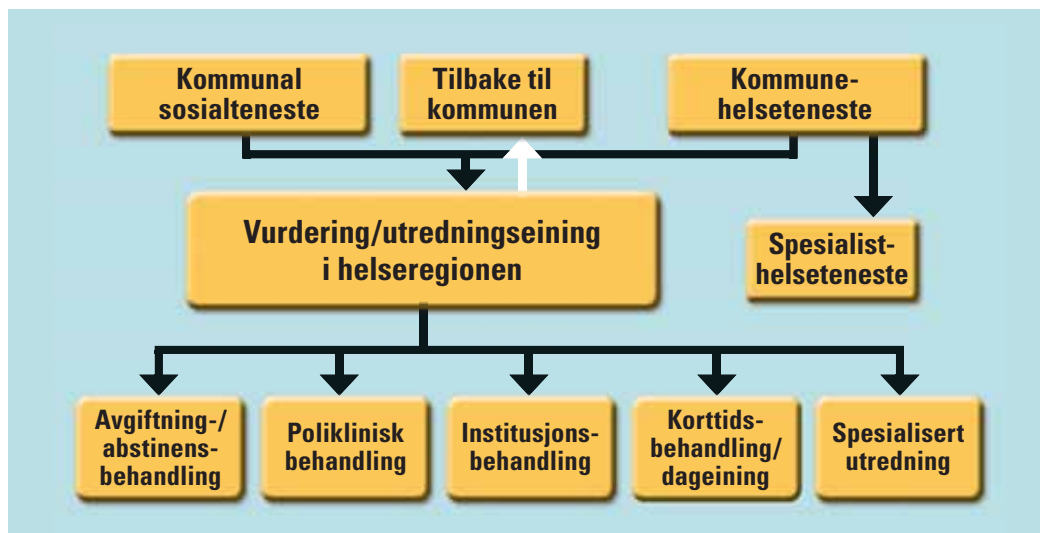
Sett på spissen: Før 2004 ville tilsette i sosialtenesta vurdere kva ein kunne få til av lokale tiltak innanfor ei ramme på kr. 12 500,- per måned (kommunal eigendel), målt opp mot effekten av eit opphald ved ein institusjon. Etter rusreforma er det sterke økonomiske motiv for kommunane å få sendt rusmiddelmissbrukar til institusjonsbehandling i spesialisthelsetenesta, som er gratis for kommunen.

Presset har auka på institusjonsbehandling i spesialisthelsetenesta. Presset på avrusingsplassar er særleg høgt, sjølv om dei regionale helseføretaka i 2005 har auka kapasiteten. Resultatet er at kommunane berre prioriterer pasientar som blir vurderte for «rett til nødvendig helsehjelp», andre pasientar har lang ventetid. Samtidig rapporterer dei private omsorgsinstitusjonane om sviktande tilgang. Fleire er i ferd med å redusere eller avvike drifta.

Korleis har det gått?

Etter fleire tilbakemeldingar frå sosialtenesta i kommunane om problem med å få rusmiddelmissbrukarar inn i spesialisthelsetenesta tok Fylkesmannen i Aust-Agder hausten 2004 initiativ overfor både helseføretaka og kommunane for å kartlegge situasjonen rundt tilvisingar av menneske med rusmiddelproblem. Kartlegginga





Vegen inn i spesialisert behandling.

viste at fleire kommunar har lita oversikt over dei «tilviste» pasientane sine. Tilviste pasientar blir i liten grad vurderte for mellombelse tiltak, slik **lov om sosiale tenester** legg opp til. Det er lita eller inga systematisk oppfølging frå kommunen av pasientar som ikkje blir vurderte til å ha rett på tverrfagleg spesialisert behandling.

Fleire kommunar har redusert budsjett-postane sine til rusmiddelarbeid monaleg etter rusreforma. Dette har skjedd på grunn av uttrekket som blei gjort i rammetilskotet som følgje av reforma. Dette er med på å redusere handlingsrommet når kommunane skal vurdere ulike mellombelse tiltak. Særleg synleg blir dette i forhold til kjøp av plassar i dei private omsorgs- og rehabiliteringsinstitusjonane. Det er ingen teikn som tyder på at kommunane er i ferd med å

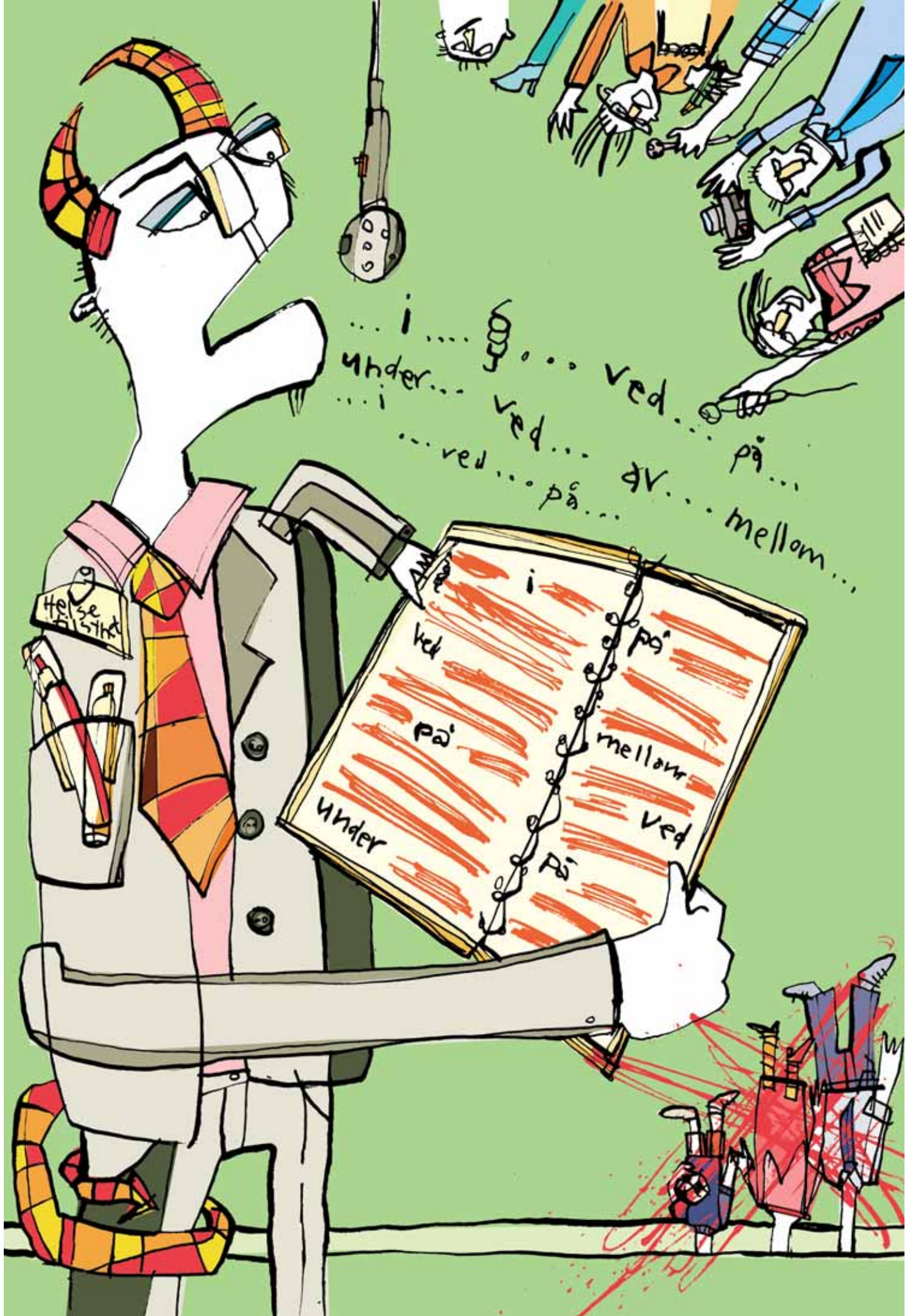
byggje opp eigne tiltak for å fylle slike behov. Det er også eit spørsmål om kommunane har tilstrekkeleg kompetanse til å drive denne typen tiltak.

Ein kan spørje om kommunane har teke ein pause i arbeidet med rusmiddelmissbrukarar etter at rusreforma blei innført. Definerer kommunane dette berre som eit domene for spesialisthelsetenesta? Har dei redusert si eiga rolle til å vere tilvisande instans som i beste fall tek seg av oppfølginga etter at brukarane kjem ut som «ferdig behandla» frå spesialisthelsetenesta?

Artikkelen byggjer på erfaringar som Fylkesmannen i Aust-Agder har gjort.

AKTUELLE PROBLEMSTILLINGAR ER:

- Kommunane har i liten grad bygd opp døgnbaserte omsorgstilbod, og dette går ut over rusmiddelmissbrukarar som i kortare eller lengre periodar har bruk for slike.
- På grunn av nye finansieringsordningar er kommunane lite villige til å kjøpe omsorgstiltak av private leverandørar.
- Ein kan spørje om mange kommunar har ein lang veg å gå for å få til ein betre systematikk i rehabiliteringsarbeidet med rusmiddelmissbrukarar, og om dei i mykje større grad må fokusere på parallelle tiltak mellom kommune og spesialisthelseteneste.
- Tilsynet må i større grad fokusere på tiltak mellom kommune og spesialisthelseteneste.



Rett til innsyn, men ikkje i alt

Er samfunnet tent med at privatpersonar som vender seg til Helsetilsynet, ikkje kan vere trygge på at historiene deira ikkje blir nyhendestoff? Er det dei viktigaste sakene sett i eit tilsynsperspektiv, som får mest merksemd?

Alle som følgjer med i det daglege mediebiletet, registrerer at pressa er oppteken av kva som skjer i sosial- og helsesektoren. Helsetilsynet er nesten kvar dag kjelde for små og store nyhendeoppslag i media. Dette inneber at tilsynsorganet stadig må gjere vanskelege og viktige vurderingar når det gjeld kva slags informasjon som kan eller skal leverast ut.

Helsetilsynet får gjennom verksemda si innsyn i dei mest private delane av liva til menneske. Pasientar og pårørande fortel om tap av liv og helse, om vanskelege relasjonar og om nederlag i ulike samanhengar. Helsepersonell opplever at både yrkesutøving og privatliv blir granska. Det blir henta inn informasjon om den faglege kompetansen og dei personlege eigenskapane deira, om helsa og forholdet til rusmiddel, og om andre forhold som kan belyse og forklare noko som har skjedd. Mykje av den informasjonen som Helsetilsynet får kjennskap til, er openbert ikkje meint for allmenta, verken anonymisert eller som sak der ein kan identifisere personar.

Eit sentralt prinsipp i norsk forvaltning er at dokumenta til forvaltninga er offentlege. Etter offentleglova har allmenta rett til å gjere seg kjend med saksdokumenta til forvaltninga når anna ikkje er bestemt. Dette vil seie at alle skal ha tilgang til å gjere seg kjende med og publisere opplysningar som kjem fram i saksbehandlinga til offentlege organ. Allmenta har derimot ikkje rett til innsyn i informasjon det er teieplikt for, og forvaltningsorganet skal etter ei konkret vurdering velje å ikkje offentliggjere mellom anna informasjon om lovbrøt.

Som følgje av ei fråsegn frå Lovavdelinga i Justisdepartementet 8. juli 2005 vil Helsetilsynet i framtida i noko mindre utstrekning enn tidlegare halde dokument utanfor offentleg søkjelys.

Opplysningar om personlege forhold

Opplysningar det er teieplikt for, er ikkje offentlege. Det vil seie at helseopplysningar som gjeld namngitte personar, alltid skal haldast utanfor offentleg innsyn. Dersom ein fjernar personlege kjenneteikn slik at ein ikkje kan kjenne att enkeltpersonar, har allmenta likevel krav på innsyn i opplysningane. På små stader er det ofte nødvendig å fjerne meir enn namn for at ein ikkje skal kjenne att enkeltpersonar, til dømes opplysningar om alder, kjønn, bustadkommune, behandlingsstad og så vidare.

Meldingar frå pasientar og pårørande etter nyhendeoppslag viser at utlevering av anonymiserte opplysningar også kan opplevast som ubehagelig. For somme botnar dette i eit meir eller min-

dre grunnleggjande ubehag knytt til det å lese om saka si i avisene. For andre har nyhendeoppslag ført til at personar som kjenner delar av saksforholdet, har kunna identifisere saka, og dermed fått større innsikt i saka enn det den personen som saka gjeld, har ønskt.

Dei vurderingane som ligg bak offentleglova, tilseier at omsynet til offentleg innsyn skal gå føre i situasjonar som nettopp er skissert. Det er derimot ein tankekross at privatpersonar som vender seg til Helsetilsynet, ikkje kan gjere dette og vere trygge på at historiene deira ikkje blir nyhendestoff.

Opplysningar om lovbrøt

Mange tilsynssaker har bakgrunn i straffbare forhold eller andre lovbrøt. Tradisjonelt har ein gått ut frå at det er teieplikt knytt til opplysningar om at ein person har brote lova. I dag er det derimot alminneleg aksept for at det skal mykje til før det er teieplikt knytt til opplysningar om lovbrøt som ein person har gjort når han eller ho har utøvd yrket sitt. Dette vil til dømes seie at allmenta får tilgang til opplysningar om at namngitt helsepersonell har utøvd uforsvarleg verksemd. Etter ei konkret vurdering kan ein likevel avgjere å knyte teieplikt til informasjon om årsaker som ligg bak, og meir detaljerte opplysningar om eit forhold. For eksempel er det ikkje aktuelt å offentliggjere informasjon om at eit lovbrøt har røter i sjukdom, rusmisbruk eller andre personlege problem.

Også informasjon om lovbrøt i den private sfæren vil kunne seie noko om ein person er eigna til å vere helsepersonell. I ein slik situasjon må ein gå ut frå at teieplikta er snevrare enn ho elles ville ha vore. Ein kan til dømes tenkje seg at helsepersonell på fritida har gjort seksuelle overgrep mot nokon. Dette er informasjon som kan vere offentleg dersom ikkje omsynet til tredjepart tilseier noko anna.

Baksida av medaljen

Informasjon av den typen som er nemnd ovanfor, er det vanleg at ein ønskjer å halde for seg sjølv. Ein konsekvens av prinsippet om ei offentleg forvaltning er dermed at utlevering av opplysningar ofte skjer i strid med interessene og ønska til enkeltpersonar.

I eit demokrati er det sjølv sagt at allmenta skal ha innsyn i korleis forvaltningsorgana utøver oppgåvene sine. Like sjølv sagt er det at allmenta skal ha innsyn i korleis sosial- og helsetenester blir planlagde, organiserte og drivne. Under dette kjem korleis den enkelte tenesteutøveren utfører si gjerning.

Verdt å vite frå fylka

Verdt å vite-meldingane frå Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene gir Statens helsetilsyn kjennskap til lokale forhold som ikkje blir tekne opp i andre rapportar. Meldingane seier noko om kva som blir observert, og korleis lokale fenomen og hendingar blir vurderte. Innhaldet i meldingane kan vere relevant også i andre fylke. Mange av meldingane er reint orienterande. Andre gjeld forhold som det kan vere grunnlag for å undersøkje nærare ved at dei får tilsynsmessig eller anna oppfølging av Helsetilsynet i fylket, Fylkesmannen, Statens helsetilsyn eller andre instansar. Eit utval meldingar blir her gitt att i forkorta versjon.

Helsetilsynet i Østfold

I samband med legionellautbrotet tok Helsetilsynet del i samarbeidet om å spore opp smittekjelda og kartleggje kjøletårnsituasjonen i fylket. Helsetilsynet i Østfold var også invitert til å ta del i dei daglege planleggings- og statusmøta med kommunelegane, Sykehuset Østfold HF og ved gjestinga til helseministeren, hovudsakleg som observatør og som bindeledd mellom lokale og statlege helsestyresmakter. Helsetilsynet i Østfold skriv at dei registrerte at helsetenesta i dei aktuelle kommunane hadde den nødvendige kompetansen og dei nødvendige ressursane til å handtere situasjonen.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus skriv at dei har fått fleire klager på at grunnleggjande pasientrettar ikkje blir oppfylte. Dette gjeld fleire reglar, for eksempel retten til vurdering innan 30 dagar, under dette vurdering av status som pasient med spesielle rettar, fastsetjing av behandlingsfrist, fritt val av sjukehus og retten til sjuketransport. Saker som gjeld sjuketransport, har ofte lege lenge på trygdekontora. Desse inneheld ofte mange sitat frå regelverket og få vurderingar av korleis vi skal forstå dei faktiske forholda i saka i høve til regelverket. Pasientane er likevel godt kjende med rettane sine, slik at klagene nok kjem til å halde fram med å komme. Helsetilsynet i Oslo og Akershus trur at det står att mykje arbeid før pasientrettane blir følgde i praksis.

Helsetilsynet i Telemark skriv at personar med psykiske lidingar og behov for kommunale helse- og sosialtenester ikkje får individuelt tilpassa enkeltvedtak for dei tenestene dei treng. Det blir i mindre grad fatta vedtak for desse pasientane enn for pasientar med annan diagnose, sjølv om dei treng dei same tenestene.

Fylkesmannen i Telemark skriv også at fleire ROBEK-kommunar dei siste åra har hatt mangelfullt tilbod på ulike tenester som avlastningsplassar for funksjonshemma, buetabling for rusmisbrukarar, funksjonshemma og andre. Bemanninga i institusjonar er redusert og dagtilbodet for sterkt funksjonshemma og aktivitetstilbodet for vaksne og eldre er redusert eller har opphørt, nattevakter blir erstatta av ambulante team, og

institusjons- og butilbod blir avheimla for å gjere seg nytte av statleg bustøtte. Somme kommunar bruker urimeleg mykje tid på å tilpasse tenestetilbodet til innskrenkingar i budsjettet.

Helsetilsynet i Aust-Agder skriv at informasjonsplikta i sjukehus blir mangelfullt følgt opp. Pasientar har stort behov for informasjon, og dei manglar kunnskap om sjukdom, utgreiing og behandling. Helsetilsynet i Aust-Agder har behandla tre saker der sjukehus ikkje har overhalde informasjonsplikta si. Medieoppslag kunne også indikere at mangelfull informasjon kan vere eit problem, og at dei pliktene sjukehusa har etter pasientrettslova, ikkje blir oppfylte.

Helsetilsynet i Vest-Agder melder at psykisk helsevern etterlyser rettleiing om korleis helsetenesta skal gjennomføre behandlingssopplegg for pasientar som er dømde til behandling. Det blir vist til samarbeidsrutinar mellom Helse Sør og politiet som er utvikla lokalt.

Helsetilsynet i Møre og Romsdal fortel at dei har fokusert på tannhelsetilbodet til psykisk utviklingshemma. Saka gjaldt ein psykisk utviklingshemma pasient som hadde tannverk, men likevel måtte vente fleire veker på behandling fordi dette måtte skje under narkose. Det blei ikkje sett på som hjelp med det same. Fleire forhold gjer at tannstatus hos psykisk utviklingshemma er utsett. Det blir nemnt medisinske faktorar, psykologiske forhold, ernæringsmessige forhold, organisatoriske forhold og spesielle utfordringar for spesialisthelsetenesta. Pasientane treng individuelt tilpassa oppfølging basert på spesiell innsikt i kommunikasjon, tannhygiene, tannsjukdommar og førebygging og utøving av tannhygiene under spesielle forhold. Problema er i utgangspunktet velkjende, men det er spørsmål om oppfølginga er optimal når kvardagen er prega av mangel på personell i turnus og høgt innslag av ufaglærte.

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag stiller spørsmål om nettbasert legemiddelinformasjon til legane er tilstrekkeleg. Talerøyr for staten i denne samanhengen er Legemiddelverket, som for det meste har gitt informasjonen sin ved å gi ut «Nytt om legemidler», som jamleg blei send til alle legane

i landet. Frå no av kan ein berre finne publikasjonen på Internett. Helsetilsynet i Sør-Trøndelag er redd for at dette kan føre til at viktig informasjon om legemiddel ikkje når alle legar. Dette kan få konsekvensar for tryggleiken i helsetenesta med auka risiko for feilbehandling og skadar. Ikkje alle legar er regelmessig inne på nettet. Årsakene til dette kan vere manglande tilgang, helseproblem knytt til skjermarbeid, prinsipiell motstand mot data på kontor eller heime eller manglande øving. Fylkeslegen melder skjemd at han sjølv ikkje har vore inne på Legemiddelverket sine heimesider dei siste tre månadene, men at han ikkje føler seg aleine om dette.

Fylkesmannen i Nordland fortel at dei har gjennomført ei kartlegging som viser at halvparten av kommunane svarer nei på spørsmålet om personar som vender seg i skranken på sosialkontoret, kan snakke skjerma frå andre. Fylkesmannen slår fast at dette er i strid med lova, og at dei vil følgje opp kommunar som seier at brukarane ikkje kan fremje saka skjerma. Kommunane må sikre at lokala tek vare på krava til teieplikt no når dei skal samlokalisere den nye arbeids- og velferdsetaten.

Helsetilsynet i Troms har bede om ei utgreiing om sjukeheimsdekninga i dei to store bykommunane i fylket. Det er bede om oversikt over talet på pasientar som etter vedtak om sjukeheims plass framleis er i heimen på grunn av at det er mangel på plassar, vidare er det bede om oversikt over gjennomsnittleg ventetid før inntak og kva tilbod desse får mens dei ventar. Svara viser store forskjellar. Helsetilsynet diskuterer no om det er mogleg å formulere eit sett minimumskrav til heimebaserte tenester til pasientar som i vedtak er tildelt sjukeheims plass, men som står i kø for å få plass. Kommunane har ved å fatte vedtak gitt uttrykk for at vedkommande treng det døgkontinuerlege tilsynet ein sjukeheims plass inneber. Tilbodet i ventetida bør omfatte tilsyn av helsepersonell på varsel tid som tilsvarer sjukeheimar, samt tilsyn kveld og natt.

Helsetilsynet i Troms skriv følgjande om psykiatri og kommunalt ansvar: Helseføretaka er bedne om å gi ei oversikt over pasientar som er behandla ferdig i psykiatrien, og som ikkje får eit dekkjande tilbod i kommunane. Tilbakemeldinga viser at det til kvar tid har vore 2–4 utskrivingsklare pasientar ved spesialpsykiatrisk avdeling. To av desse hadde venta 44 og 520 dagar. Ventetida er lang for den enkelte pasienten, og ho reduserer kapasiteten i avdelinga. At utskrivingsklare pasientar i psykiatrien er unnatekne frå forskrift om kommunal betaling av utskrivingsklare pasientar, kan vere ei av årsakene til desse problema.

Fylkesmannen i Finnmark skriv at sju kommunar i fylket opplyser at dei ikkje gjennomfører ei systematisk utgreiing i samband med mistanke om demens. Fire av desse kommunane hadde skjerma avdeling, men gjennomfører ikkje systematisk utgreiing av dei som bur der.

I Finnmark søkk delen tilsette med fagutdanning i pleie- og omsorgstenesta, og Fylkesmannen rettar derfor merksemda si mot å utdanne desse. Tilsyn og vedvarande kontakt viser også eit kontinuerleg kompetansebehov i tenesta for psykisk utviklingshemma. Tenestetilbodet er prega av nok omsorg, men for lite kunnskap. Tenesteytarane har grunnleggjande kunnskapar på hjelpepleiar- eller omsorgsarbeidarnivå og i somme tilfelle på høgskolenivå, men dei får tilført for lite kunnskap på spesialisttenestenivå. Kommunane kartlegg i liten grad kompetansebehov knytt til tenester til personar med psykisk utviklingshemming. Fylkesmannen vurderer dispensasjons-søknader frå kommunar som ikkje har kvalifisert personell, men spør seg om korleis kommunane i denne situasjonen skal kunne kompensere for manglande kompetanse, slik at ein tek vare på rettstryggleiken til tenestemottakarane.

Årlege kontaktmøte med sosial- og barnevernleiarane i kommunane viser at rusproblema i kommunane aukar og omfattar stadig yngre grupper. Tilgangen på rusmiddel aukar òg. Kommunane slit også med å etablere gode ettervernsordningar, og det er vanskeleg å finne meningsfylt arbeid eller aktivitet. Kommunane etterlyser betre samhandling med helsetenesta, særleg legane, når det gjeld institusjonsbehandling. Auka merksemd har ført til at enkelte kommunar opprettar stilling som ruskonsulent.

Meir om lokale forhold kan du lese på www.fylkesmannen.no.





Statens helsetilsyn gir fleire reaksjonar

Statens helsetilsyn behandla 242 tilsynssaker i 2005 – omtrent same talet som i 2004. Talet på reaksjonar har likevel auka. I 2005 gav Helsetilsynet 168 reaksjonar, mot 148 året før. 87 saker blei avgjorde utan reaksjon. Ei sak kan føre til fleire reaksjonar.

Grunnlaget for at det blir reist tilsynssak, er i hovudsak klager frå pasientar og pårørande, med unntak av dei sakene som fører til tap av autorisasjon. Der kjem mange av sakene ved at arbeidsgivar vender seg til Helsetilsynet (20 saker), og nokre ved at påtalemakta vender seg til Helsetilsynet (7). Ingen saker som blei avgjorde i 2005, er initierte av pasientombod. Også informasjon frå media, erstatningssaker og ulike meldingar kan danne grunnlag for tilsynssak. Når Helsetilsynet i fylket meiner at det kan vere grunnlag for å reagere mot helsepersonell, blir saka send til Statens helsetilsyn, som har mynde til å gi formelle reaksjonar, som å tildele åtvaring eller ta autorisasjonen frå helsepersonellet.

Det har vore ein jamn auke i talet på reaksjonar som er gitt av Statens helsetilsyn dei siste åra. Talet på reaksjonar frå Statens helsetilsyn har auka frå 148 i 2004 til 168 i 2005. Auken i talet på reaksjonar kan tyde på at det er meir alvorlege saker som blir sende over.

Det var 46 som mista autorisasjonen som helsepersonell i 2005, mot 60 året før. Bakgrunnen for at autorisasjonen blir trekt tilbake, er også i år i dei fleste tilfella misbruk av rusmiddel eller andre personlege forhold, i dette reknar vi med seksuelle relasjonar til pasientar.

Godt over halvparten av tilsynssakene som blei avslutta med reaksjon mot enkeltpersonell i 2005, blei retta mot legar (83). 56 legar fekk åtvaring, 15 mista autorisasjonen, og 12 mista

rekvireringsretten sin for legemiddel i gruppe A og B. Av dei som mista autorisasjonen, hadde en lege først mista han i eit anna nordisk land. Som ein konsekvens av dette blei også den norske autorisasjonen trekt tilbake.

23 helsemedarbeidarar mista autorisasjonen sin på grunn av rusmiddelmissbruk. Sjukepleiarar utgjør den største gruppa. 12 av dei 23 var sjukepleiarar. Ni mista autorisasjonen sin på grunn av åtfærd, hovudsakleg kriminelle handlingar, som ikkje er i samsvar med yrkesutøvelsen som helsepersonell, sju på grunn av å utnytte pasientar seksuelt, en på grunn av sjukdom og tre på grunn av at dei på førehand hadde mista annan nordisk autorisasjon som låg til grunn for den norske. Resten av autorisasjonstapa kom av ulike alvorlege brot på helsepersonellova.

Auken i talet på reaksjonar kan tyde på at det er meir alvorlege saker som blir sende over.

33 klager på vedtak i Statens helsetilsyn blei sende over til Statens helsepersonellnemnd i 2005. Av desse er 23 avgjorde. I 21 saker blei vedtaket i Statens helsetilsyn stadfesta. I ei sak gjorde nemnda om åtvaring til jordmor. Ei sak blei avvist.

20 verksemdar fekk kritikk frå Statens helsetilsyn for utilstrekkeleg organisering, i dette er system for internkontroll rekna med. Det er



i dei fleste tilfella Helsetilsynet i fylket som gir kritikk mot leiinga når organiseringa eller styringa av helsetenesta som verksemda tilbyr, sviktar. Talet på slike saker er derfor relativt lågt i Statens helsetilsyn sett i forhold til det totale talet på avslutta saker.

Saksbehandlingstida har gått noko ned frå 2004. Gjennomsnittleg saksbehandlingstid for tilsynssaker var 5,8 månader (2004: 8,2 månader), median var 4,8 månader (2004: 6,3 månader). Per 31. desember 2005 var 146 saker til behandling i Statens helsetilsyn. Det er ikkje grunn til å tru at nedgangen i tap av autorisasjonar og auken i åtvaringar inneber nokon endring i praksis.

Tabell 1 Talet på reaksjoner fordelt på åra 2002 til 2005

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

Tabell 2 Reaksjonar frå Helsetilsynet mot helsepersonell 2005 – tal for 2004 i parentes

	Åtvaring	Tap autorisasjon	Tap rekvireringsrett	Avgrensa autorisasjon
Lege	56 (38)	15 (19)	12 (9)	0 (1)
Tannlege	6 (5)	3 (2)		0 (0)
Psykolog	5 (2)	2 (1)		0 (1)
Sjukepleiar	10 (4)	18 (25)		3 (3)
Hjelpepleiar	4 (1)	5 (7)		0(0)
Vernepleiar	0(0)	1 (2)		0(0)
Jordmor	2 (0)	0(0)		0(0)
Fysioterapeut	1 (2)	1 (1)		0(0)
Andre grupper	1 (2)	1 (3)		0(0)
Uautoriserte	2 (3)			
Totalt	87 (57)	46 (60)	12 (9)	3 (5)

Tabell 3 Årsak til at autorisasjon er trekt tilbake, fordel på helsepersonellgruppe

	Sjukepleiar	Hjelpepleiar	Lege	Andre	Sum
Rus	12	3	7	1	23
Sjukdom	0	0	0	1	1
Seksuell utnytting av pasient	0	0	4	3	7
Atferd	3	2	2	2	9
Uforsvarleg verksemd	0	0	1	0	1
Ikkje innretta seg etter åtvaring	1	0	0	1	2
Mista i utlandet	2	0	1	0	3
Sum	18	5	15	8	46

Helsetilsynet i nyheitsbiletet



Søkjeorda «Helsetilsynet» og «2005» gav om lag 100 000 treff på søkjemotoren Google. I same tidsrom er søkjeordet «Helsetilsynet» nemnt i om lag 6000 store og små saker i norske media. Bokstaveleg tala er Helsetilsynet godt synleg i den norske medieverda.

Vi har ikkje gjort ein fullstendig gjennomgang av kva type saker som nemner Helsetilsynet, men vi har eit klart inntrykk av at media gir oss rikeleg merksemd både i samband med hendingsbasert tilsyn og planlagt tilsyn. Nedanfor har vi plukka nokre av alle dei hendingane som gav oss omtale i media.

I januar rapporterte NTB at Helsetilsynet var uroa over bruken av legevikarar. Bakgrunnen for uroa var ein risikoanalyse som blei laga for å påvise kritiske område innanfor allmennegetenesta. I nokre mindre kommunar stod bortimot 70 prosent av innbyggjarane på såkalla «liste utan lege».

I Kommunal Rapport i februar kravde Helsetilsynet at kommunane rydda opp i tenestene sine til svake grupper. Dette gjaldt i hovudsak rusmisbrukarar, men også asylsøklarar som nyleg var komne, psykisk sjuke og psykisk utviklingshemma.

I mars melde Bergens Tidende at pasientar som blei tvangsinnlagde på Sandviken sjukehus, risikerte å få sengeplass i ein korridor. Avisa fortalde at Helsetilsynet meinte at drifta ved sjukehuset kunne skade pasientane og derfor var å sjå på som uforsvarleg. Helsetilsynet gav sjukehuset pålegg om å rette på verksemda.

I april meldte Aftenposten at Helsetilsynet er lunken til kald pils og lei av at lettøl blir skvisa ut av kjøleskapa i butikkane. I ei høyringsfråsegn til Arbeids- og sosialdepartementet ønskte Helsetilsynet at butikkane måtte få pålegg om å gi begge vareslaga like stor plass i kjølediskane.

Rus er den vanlegaste årsaka til at helsepersonell mistar autorisasjonen, meldte NTB i mai. 60 helsemedarbeidarar mista autorisasjonen i 2004, og 57 fekk åtvaring. Tala låg om lag på same nivå som tidlegare år.

Troms folkeblad og fleire andre aviser og etermedia meldte at alle kommunar måtte sjekke korleis kontrollen med kjøletårna var. Helsetilsynet gav kommunane frist på ei veke til å melde tilbake om dei hadde oversyn over og førte tilsyn med moglege smittekjelder for Legionella etter at ein oppdaga legionellasmitte i Østfold. Saka rulla og gjekk i media til langt ut på sommaren.

Gjennom heile året skriv media om alle enkeltsakene som Helsetilsynet behandlar. I juni mista ein tidlegare kirurg ved sjukehuset i Østfold spesialistgodkjenninga si som kirurg, kunne vi lese fleire stader. Vedkommande hadde også arbeid ved sjukehuset i Moss og ved Nordlands-sjukehuset, og var på det tidspunktet allereie suspendert frå stillinga si i Bodø.

Planar for helsemessig og sosial beredskap i kommunane var ein følgjetong som prega store delar av sommaren. Veke for veke melde media land og strand rundt om kva kommunar som enno ikkje hadde fått slike planar på plass trass i påbod og varsel om påbod frå Helsetilsynet.

I august da sommaren var på hell, melde VG at helsedirektøren torna mot sjukehusleiarar. Avisa kunne òg melde at Lars E. Hanssen vurderte å gi store bøter til sjukehuseigarar som ikkje retta seg etter pålegg om å følgje lova når det gjeld problemet med korridorpasientar.

Gjennom året har Helsetilsynet teke retten til å skrive ut A- og B-preparat frå fleire legar som har vore for slepphendte med å skrive ut slike preparat til rusmisbrukarar. I september sa Legeforeningen i Dagbladet at desse legane ikkje kunne rekne med å få støtte frå dei, og organisasjonen støtta dermed praksisen i Helsetilsynet.

I oktober braka «legeerklæringsaka» laus i Dagens Næringsliv. På bakgrunn av avisa sin reportasje blei det oppretta tilsynssak mot ein psykolog, ein psykiater og to andre legar. Psykologen og psykiateren blei i tillegg melde til politiet. Mediemessig blei dette klart den største saka knytt til Helsetilsynet i 2005.

Legeerklæringsaka prega også mediedekninga i november. Den aktuelle psykologen mista autorisasjonen sin i seks månader, og vedtaket blei klaga inn for Helsepesonellnemnda.

I romjula blei medieåret for Helsetilsynet sin del avslutta med ei sak om farleg urtemedisin som hadde ført til akutt nyresvikt og alvorlege skadar for ein pasient. Medisinen inneheldt ulovlege stoff, og Helsetilsynet åtvare andre pasientar som kunne ha fått medisinen.

Og elles meiner Helsetilsynet at ...

Nedanfor refererer vi utvalde synspunkt frå nokre av høyringsfråsegnene i 2005. Resten av fråsegnene som blei publiserte på nettstaden www.helsetilsynet.no, er nemnde med tittel sist i artikkelen.

Ny lov om arbeids- og velferdsforvaltninga (NAV)

- Dersom arbeids- og velferdskontoret berre utfører kommunale oppgåver med heimel i kapittel 5 i sosialtenestelova i tillegg til den statlege delen av oppgåvene til etaten, ser Statens helsetilsyn ein fare for at utsette brukarar av sosiale tenester kan bli ytterlegare marginaliserte.
- Ved samanslåing av store statlege etatar og delar av kommunal tenesteyting er det viktig å vere tydeleg om kva reglar som gjeld om teieplikt. På denne bakgrunnen meiner vi det er behov for å gå gjennom og harmonisere reglane om teieplikt og personvern.
- Det er behov for å avklare påleggskompetansen til tilsynsorgana overfor den statlege delen av arbeids- og velferdsforvaltninga i dei tilfella der ansvar er delegert frå kommunane. Omsynet til effektivitet tilseier at tilsynet må kunne utøve mynde direkte overfor arbeids- og velferdsforvaltninga også der kommunen i utgangspunktet har ansvaret.
- Departementet bør vurdere om ein skal innføre internkontrollplikt for tenesteytinga med heimel i kapittel 5 i sosialtenestelova, og også vurdere om det er behov for statleg tilsyn på det same området.

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalet)

- Helsetilsynet er samd med konklusjonen til utvalet om at samhandling ofte kan svikte på individnivå og på leiings- og systemnivå. Tilsynserfaringa vår er at det oftast sviktar i overgangen mellom ulike nivå og tenester.
- Vi saknar ei sterkare tydeleggjering av kravet om at tenestetilbodet skal vere forsvarleg. Vi ønskjer at det blir fokusert meir på kravet til internkontroll og det ansvar dei ansvarlege for verksemda har.
- Helsetilsynet stiller spørsmål om i kva grad kommunane og dei regionale helseføretaka gjer seg nytte av den styringsretten dei har ved at dei kan setje vilkår når dei gjer avtale med fastlegar og privatpraktiserande helsepersonell.

NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Bernt-utvalet)

- Helsetilsynet saknar ei nærare vurdering og handtering av nokre grenseflater og uklare tydingar som følgjer av forslaget, særleg i forholdet til spesialisthelsetenesta, pasientrettslova og helsepersonellova.
- Det er positivt at krava til dokumentasjon er gjorde tydelege også i forhold til tenestemottakarar som også får sosiale tenester.
- Helsetilsynet foreslår ein lovheimel for å kunne

rette tilsynet direkte mot private verksemdar.

- Helsetilsynet ønskjer spesielt å understreke behovet for eit mest mogleg samla og uavhengig tilsynsorgan i fylket. Dette bør etter vår meining vere Sosial- og helsetilsynet i fylket.

NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse

- Statens helsetilsyn er samd med utvalet i at det er eit stort behov for opprydding, harmonisering og klårgjering av eit regelverk som i dag framstår som svært fragmentert.
- Helsetilsynet er samd i å samle all rettsleg regulering av medisinsk og helsefagleg forskning i éi lov så langt det er mogleg.
- Grenseflata mot kvalitetssikring og evaluering av praksis eksisterer i dag, men blir tydelegare ved den lovgivinga det er forslag om. Kvar denne grensa går, gir lovteksten lita rettleiing om. Lovregulering av forskning må ikkje hindre praktistarar i å sjå på si eiga verksemd som ein del av den ordinære tenesteytinga utan at denne blir definert som forskning.
- Grenseflatene mot prosjektarbeid ved undervisning og mot samfunnsfagleg forskning må gjerast tydelegare.
- Forholdet til forskning på og utprøving av medisinsk utstyr ser ut til å vere gløymt i prosessen.

NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet

- Helsetilsynet meiner at utvalet har gitt ei generell utgreiing av korleis situasjonen i tannhelsetenesta er i dag, og at det ikkje har analysert kompleksiteten i situasjonen eller gitt ei nyansert framstilling av regionale forskjellar i bemanning og bruk av ressursar.
- Vi er samde i at eit forvaltningsorgan bør få eit styrings- og forvaltningsansvar for ein samla sektor i regionen. Vi meiner at dette bør vere ein type «sørgje for»-ansvar for tannhelsetenesta, og at lova må klargjere kva dette ansvaret skal innebere. Ansvaret bør innebere å sørgje for at befolkninga får nødvendige og forsvarlege tannhelsetenester.
- Helsetilsynet meiner at ein må sjå organiseringa av tannhelsetenesta i samheng med organiseringa av spesialisthelsetenesta, og at ho derfor bør organiserast innanfor dei statlege regionale helseføretaka.
- Utvalet har i liten grad drøfta kva slags verkemiddel som er nødvendige for å kunne ta vare på eit styrings- og forvaltningsansvar for tannhelsetenesta i regionen. Vi meiner at ein i større grad må greie ut alternative finansieringsordningar.
- Helsetilsynet meiner at det er føremålstenleg at prinsippet om prioriterte grupper blir ført vidare.

Rapport frå evalueringsutvalet for flodbølgekatastrofen

- Innsatsen frå nokre sektorar og verksemdar, for eksempel sosial- og helsetenestene, er sum-

marisk og lite analytisk framstilt. Dette gjer at tilrådingane frå utvalet har avgrensa validitet med sikte på ein meir omfattande gjennomgang av det allmenne beredskapsopplegget i utlandet.

- Utvalet har i innstillinga si teke for gitt at telekommunikasjonen mellom utlandet og Noreg og innanlands fungerte tilfredsstillande. I det vidare arbeidet bør ein vurdere telekommunikasjon i kriser.

Rundskriv for rekvirering av sentralstimulerande legemiddel som ledd i å behandle barn, unge og vaksne pasientar med hyperkinetisk forstyrning/ADHD og narkolepsi

- Det er føremålstenleg at retningslinjene for søknader om løyve til å skrive ut behandling med sentralstimulerande middel no blir forenkla og samordna. Samtidig trengs oppdaterte og kunnskapsbaserte retningslinjer som støtte for avgjerder og som ledd i å kvalitetssikre diagnostiseringa og behandlinga av hyperkinetisk forstyrning/ADHD.

- Behandlingsrettleiaren bør stille klare krav til spesialistvurdering i samband med endeleg diagnostisk vurdering og oppstart av behandling med sentralstimulerande legemiddel. Da er det ingen grunn til å vere uroleg over at fastlege eller annan lege kan føre behandlinga vidare under rettleiing av spesialist.

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin

- Det er eit sprik mellom det som blir definert som behova i samfunnet, og etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse.

- Helsetilsynet understrekar at det er behov for ein spesialitet i samfunnsmedisin for å sikre det faglege, og for å sikre legitimitet, autoritet, posisjon og rekruttering. Denne spesialiteten bør utvidast til å gjelde også andre arenaer for samfunnsmedisinsk verksemd enn kommunane.

- Helsetilsynet meiner det er behov for ein eigen legespesialitet som kombinerer medisin og samfunnsfag, for å ta vare på og utvikle denne kompetansen vidare. Det er gjennom faglege avgrensingar i form av definerte spesialitetar at den kontinuerlege faglege utviklinga i det medisinske praksisfeltet tradisjonelt sett har gått føre seg.

Andre høyringsfråsegner frå Statens helsetilsyn

Forskrift for smittevern i helse- og sosialtjenesten

Endringer i pasientrettighetsloven – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse

Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse innen helse

Fylkesmannens ansvar for samfunnsstryggleik og beredskap

Forskrift om kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester

Endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven

Endring i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 3

Endringer i alkohollovens forskrifter mv.

Endringer i pasientskadeloven

Etablering av Norsk pasientregister som et personidentifiserbart helseregister

Fjerning av ordning med merking av legemidler med varselstrekant

Forskrift om helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse i tjenesten

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Forsvarets helseregister

Forskrift om register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret)

Krav om politiattest for helsepersonell og sosialpersonell

Meldingskriterier, kasusdefinisjoner og liste over meldingspliktige sykdommer

Nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn

NOU 2003: 21 Kriminalitetsbekjempelse og personvern

NOU 2005: 6 Samspill og tillit – Om staten og lokaldemokratiet – Lokaldemokratikommisjonens første utredning

NOU 2005: 9 Ressursbruk og rettssikkerhet i fylkesnemndene for sosiale saker

Ny forskrift om medisinsk utstyr

Oppheving av godkjenningen for frittstående laboratorie- og radiologitjenester, utkast til forskrift om kvalitetskrav

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 – utkast til veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene

Organisering av blodbanktjenesten i Norge – forprosjekt, Helse øst

Rapporten «Et magrere liv for løven?» (fylkesmennene)

Revisjon av totalforsvarsnemndene

Styrkestruktur sivilforsvaret

Utvidet meldeplikt for MRSA etter MSIS-forskriften

Gjennomføring av direktiv 2001/19/EF – utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve virksomhet som allmennpraktiserende lege innenfor trygdeordningen

Tal og fakta

Innhald	Klagesaker etter sosialtenestelova.....	40
	Klagesaker om rettar i helsetenesta.....	41
	Tilsyn med sosialtenesta.....	41
	Tilsyn med helsetenesta.....	42
	Tilsynssaker (enkelt saker) i helsetenesta.....	43
	Meldesentralen.....	45
	Bruk av nettstaden www.helsetilsynet.no	45
	Innsyn i dokument.....	45
	Pressemeldingar.....	45
	Rundskriv frå Helsetilsynet.....	45
	Rekneskapsresultat.....	45

Denne delen av Tilsynsmeldinga gir oversikt over dei viktigaste oppgåvene fylkesmennene, Helsetilsynet i fylka og Statens helsetilsyn gjer som tilsynsorgan og klageinstans. Meir utførleg statistikk finst på www.helsetilsynet.no.

KLAGESAKER ETTER SOSIALTENESTELOVA

Klagesaksbehandlinga etter sosialtenestelova utgjer ei betydeleg enkeltoppgåve for fylkesmennene. Samla behandla fylkesmennene 6021 klagesaker i 2005 (2004: 7333 saker). Med klagesaker meiner vi saker der enkeltpersonar har klaga på avgjerder i kommunane om ytingar eller tenester etter sosialtenestelova, og der kommunen ikkje har følgt klaga. Fylkesmannen er klageinstans og overprøver vedtak i kommunen. Omtrent tre fjerdedelar av sakene gjaldt økonomisk stønad, dei andre handla i hovudsak om sosiale tenester. Eksempler på saker om økonomisk stønad kan vere klage på storleiken på den økonomiske sosialhjelpa, eller meir spesifikke klager knytta til einskilde tema som

stønad til mat, husleige, straum, depositum, klede, tannbehandling, medisinar, inventar, reise eller andre økonomiske ytingar. Klager på sosiale tenester gjeld særleg omsorgsløn, praktisk hjelp og opplæring, under dette brukarstyrt personleg assistanse, avlastning eller støttekontakt. Det kan gjelde klage på type teneste, omfang eller løn.

Fylkesmannen stadfesta det kommunale vedtaket i 71 prosent av sakene (2004: 74 prosent). Andelen stadfesta er høgare for saker om økonomiske ytingar enn for saker om sosiale tenester. I 14 prosent av sakene gjorde Fylkesmannen om vedtaka i kommunen. 13 prosent av vedtaka blei oppheva og sende tilbake til ny behandling i kommunen, og 2 prosent blei avviste slik at klagen ikkje blei realitetsbehandla. Det ligg ikkje føre tal

som viser kva som seinare skjer med sakene som blir sende tilbake, men mange vedtak blir gjorde om av kommunen ut frå føringar i avgjerda hos Fylkesmannen.

Fylkesmennene har hatt eit generelt krav om å behandle sakene innan tre månader. Over 90 prosent av sakene blei behandla innan tre månader, og over 70 prosent innan to månader.

Ved inngangen til 2005 var det 704 ubehandla saker, ved utgangen 841. Det kom inn 6154 saker, 240 færre enn året før. Det blei behandla 1312 færre saker i 2005 enn i 2004. I hovudsak kjem det av at fleire store fylkesmannsembete gjorde ein stor innsats for å få ned restansar i 2004. Hovudintrykket er at fylkesmennene har god kontroll på klagesakene etter sosialtenestelova.

Tabell 1 Klager etter sosialtenestelova 2005 – nye og avslutta saker

Fylke	Nye saker	Avslutta saker – økonomisk stønad	Av dette stadfesta (%)	Avslutta saker – sosiale tenester	Av dette stadfesta (%)	Sum avslutta saker
Østfold	528	397	65	105	31	514
Oslo og Akershus	1 420	1 011	75	183	50	1 278
Hedmark	243	180	83	55	31	257
Oppland	187	128	78	41	51	183
Buskerud	379	288	72	90	53	393
Vestfold	327	238	83	57	70	318
Telemark	240	185	77	36	75	245
Aust-Agder	111	89	87	22	55	119
Vest-Agder	174	136	76	32	63	168
Rogaland	526	440	81	75	72	525
Hordaland	560	451	76	117	61	588
Sogn og Fjordane	127	75	72	38	71	117
Møre og Romsdal	274	185	75	81	59	280
Sør-Trøndelag	270	167	85	49	43	223
Nord-Trøndelag	109	103	76	25	40	137
Nordland	323	217	72	67	48	307
Troms	246	158	82	52	62	220
Finnmark	110	129	64	19	47	149
Sum	6 154	4 577	76	1 144	54	6 021

Tabell 2 Klagesaker om rettar i helsetenesta avslutta ved Helsetilsynet i fylka – vurdert mot enkelte føresegner i lovene				
Føresegn	Føresegna gjeld	Tal saker 2005	Av dette fekk klagaren støtte	Tal saker 2004
Pasientrettslova				
§ 2–1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå kommunehelsetenesta	62	10	34
§ 2–1 andre ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	134	46	72
§ 2–2	rett til vurdering innan 30 dgr.	25	19	5
§ 2–3	rett til fornya vurdering	3	2	4
§ 2–4	rett til val av sjukehus	15	15	9
§ 2–5	rett til individuell plan	12	5	11
§ 2–6	rett til sjuketransport	314	56	42
Kap. 3	rett til medverknad og informasjon	22	7	11
Kap. 4	samtykke til helsehjelp	1	0	1
§ 5–1	rett til innsyn i journal	31	25	20
	pasientrettslova, ikkje kategorisert	2	0	47
Helsepersonellova				
§§ 42, 43, 44	retting og sletting i journal, journal på feil person	26	13	23
Kommunehelsetenestelova				
§ 2–1	rett til nødvendig helsehjelp	182	52	143
§ 2–2	retten barn har til helsekontroll	1	1	
Tannhelsetenestelova				
§ 2–1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	1	1	1
Sum vurderingar mot enkeltføresegner		831	252	423

KLAGESAKER OM RETTAR I HELSETENESTA

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når pasientar meiner at dei ikkje får oppfylt rettane sine etter pasientrettslova og nokre andre lovreglar. Den som har ansvar for tenesta (kommunen eller helseføretaket) skal ha vurdert saka på nytt før det blir fremja klagesak for Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saka. Avgjerda frå Helsetilsynet i fylket er endeleg.

Tal på avslutta saker var 754 (361 i 2004, 199 i 2003). Ein stor del av auken kjem av nye reglar i pasientrettslova om rett til sjuketransport frå 1. september 2004.

Enkelte av dei 754 sakene blei vurderte mot fleire rettighetsparagrafar. Tabell 2 viser fordelinga av dei til saman 831 vurderingane.

I 252 av de 754 sakene er det gitt heilt eller delvis medhald.

Tabell 3 Tilsyn utført av fylkesmennene (systemrevisjonar) med sosialtenesta – tal på systemrevisjonar		
Fylke	2005	2004
Østfold	9	7
Oslo og Akershus	16	6
Hedmark	10	4
Oppland	7	4
Buskerud	11	8
Vestfold	8	3
Telemark	8	3
Aust-Agder	7	8
Vest-Agder	8	5
Rogaland	8	3
Hordaland	10	5
Sogn og Fjordane	9	9
Møre og Romsdal	6	6
Sør-Trøndelag	14	8
Nord-Trøndelag	7	10
Nordland	9	10
Troms	8	6
Finnmark	5	4
Sum	160	109

TILSYN MED SOSIALTENESTA

Systemrevisjonar

Fylkesmennene gjennomførte 160 tilsyn som systemrevisjonar i 2005, sjå tabell 3.

I 34 av dei 160 systemrevisjonane i 2005 blei det ikkje funne brot på lov eller forskrift.

Av 160 tilsyn blei 80 førte felles etter både sosial- og helselovgivinga av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmennene utførte to landsomfattende tilsyn etter rettleiar fastsett av Helsetilsynet i 2005:

- rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor personar med utviklingshemming (sjå artikkel side 4–5) – 53 enkelttilsyn
 - kommunale helse- og sosialtenester til vaksne over 18 år med langvarige og samansette behov som bur utanfor institusjon (saman med Helsetilsynet i fylket) (sjå artikkel side 6–7) – 60 enkelttilsyn
- Oppsummeringsrapport for kvart av dei landsomfattande tilsyna blir publisert i serien Rapport frå Helsetilsynet.

I alt 47 tilsyn inngår ikkje i landsomfattande tilsyn. Verksemd og tema for desse er valde ut frå informasjon Fylkesmannen har om risiko og sårbarheit. Tema for dei 47 tilsyna var

- tenestetilbod til rusmiddelmissbrukarar (20 tilsyn),
- saksbehandling ved tildeling av kommunale tenester (6) og
- anna, som tenester til eldre heimebuande eller personar med psykiske lidningar, rettstryggleik med meir (21).

Per 31. desember 2005 var det framleis opne avvik ved fem tilsyn med sosialtenesta utførte i 2004 eller tidlegare (brot på lov eller forskrift påpeikt i tilsynet der det ikkje er ordna opp i forholda). Avvik gjeld tenester til rusmiddelmissbrukarar, avlastning og omsorgstenester.

Tilsyn med rusinstitusjonar

Fylkesmennene gjennomførte 42 tilsyn med rusinstitusjonar, jf. kap. 3 i forskrift til lov om sosiale tenester med meir.

Tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming – sosialtenestelova kap. 4A

Rettstryggeleik ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming er regulert i sosialtenestelova kap. 4A.

Kommunane rapporterer avgjerder om skadehindrande tiltak i nødsituasjonar (enkeltsituasjonar) til Fylkesmannen, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstav a. Tal på avgjerder var 24 337 (21 110 i 2004) fordelte på 1065 personar (1032 i 2004), sjå tabell 4.

Fylkesmannen må godkjenne planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne nødsituasjonar og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova tenestemottakaren har for mat og drikke, påkledding, kvile, svevn, hygiene og personleg tryggleik, i dette opplærings- og treningstiltak, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstavane b og c. Fylkesmennene godkjende 839 vedtak i 2005 (655 i 2004). Vedtaka gjaldt (2004 i parentes)

- 301 (272) planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne nødsituasjonar,
- 342 (242) tiltak for å dekkje dei grunnleggjande omsorgsbehova tenestemottakaren har,
- 57 (47) bruk av mekaniske tvangsmiddel (16 vedtak med heimel i bokstav b, 41 i c),
- 131 (87) bruk av inngrepande varslingsystem (51 vedtak med heimel i bokstav b, 80 i c),
- 8 (7) opplærings- og treningstiltak.

Vedtaka omfatta 457 personar (378 i 2004).

Fylkesmennene gav 477 dispensasjonar (312 i 2004) frå utdanningskrava som § 4A–9 stil-

ler til personale som skal gjennomføre tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstavane b og c.

Fylkesmennene avgjorde tre klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav a, og førebudde for to klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c som Fylkesnemnda for sosiale saker skulle behandle.

Fylkesmennene gjennomførte 194 tilsyn på staden med tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c, jf. tilsynsplikta i § 2–6 første ledd andre punktum. I tillegg blei det gjennomført 12 andre tilsyn på staden.

Den sterke auken i talet på personar med vedtak og talet på dispensasjonar frå utdanningskrav frå 2004 til 2005 kjem sannsynlegvis av delvis etterslep i saksbehandling i kommunane i samband med nytt kap. 4A som tok til å gjelde 1. januar 2004.

Pålegg

Fylkesmennene har ikkje gitt pålegg med heimel i sosialtenestelova i 2005.

TILSYN MED HELSETENESTA

Tilsyn med verksemdar

Helsetilsynet i fylka gjennomførte 222 tilsyn som systemrevisjonar i 2005, sjå tabell 5. Av desse var 148 i kommunehelsetenesta, 69 i spesialisthelsetenesta og 5 i andre tenester.

I tillegg kjem tre systemrevisjonar og 20 andre tilsyn som Helsetilsynet i Rogaland har ført med helsemessige forhold i petroleumsverksemda.

I dei 148 (156 i 2004) tilsyna med kommunehelsetenesta inngår 76 tilsyn der Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket førte felles tilsyn med sosialtenesta og helsetenesta.

I 119 av 148 tilsyn i kommunehelsetenesta og 51 av 69 tilsyn i spesialisthelsetenesta blei det funne brot på lov eller forskrift.

Helsetilsynet i fylka utførte to lands-

omfattande tilsyn etter rettleiar fastsett av Helsetilsynet i 2005:

- kommunikasjon i helseføretak som har akuttfunksjon innanfor gastrokirurgi (magentarmkirurgi) og behandlar kreft i fordøyingskanalen (sjå artikkel side 8-9) – 23 enkelttilsyn
- kommunale helse- og sosiale tenester til vaksne over 18 år med langvarige og samansette behov som bur utanfor institusjon (gjennomført saman med Fylkesmannen) (sjå artikkel side 6-7) – 60 enkelttilsyn

Oppsummeringsrapport for kvart av de landsomfattande tilsyna blir publiserte i serien Rapport frå Helsetilsynet.

I alt 88 tilsyn med kommunane inngår ikkje i landsomfattande tilsyn. Tema for desse var

- pleie- og omsorgstenesta (49 tilsyn),
- legevakt (18),
- sosial- og helseberedskap (6),
- anna (15).

Tema for 46 tilsyn med spesialisthelsetenesta som ikkje er med i landsomfattande tilsyn, var

- pasientrettar (15 tilsyn),
- psykiatriske tenester (9),
- fødeinstitusjonar (8) og
- anna som private klinikkar, helsetenester til rusmisbrukarar, kvalitetsarbeid med meir (14).

Avvik som er meir enn eitt år gamle

Per 31. desember 2005 var det framleis opne avvik ved 30 tilsyn utførte i 2004 eller tidlegare (brot på lov eller forskrift påpeikt i tilsynet der det ikkje er ordna opp i forholda). Tilsvarande tal var 40 ved utgangen av 2004 og 71 ved utgangen av 2003.

Av dei 30 ble eitt utført i 1999, eitt i 2002, fire i 2003 og 24 i 2004. Av dei 30

Tabell 4 Tal på enkelte typar vedtak og personar som vedtaka gjeld, etter sosialtenestelova kap. 4A

Fylke	Avgjerd er § 4A–5 a	Personar med avgjerd § 4A–5 a	Godkjende vedtak § 4A–5 b og c	Ikkje godkjende vedtak § 4A–5 b og c	Personar med vedtak § 4A–5 b og c	Dispensasjonar frå utdanningskrav § 4A–9	Tilsyn på staden
Østfold	728	61	20	6	14	14	3
Oslo og Akershus	4 072	187	59	5	49	37	24
Hedmark	280	37	37	0	11	24	11
Oppland	430	36	61	0	45	43	29
Buskerud	383	46	19	1	10	17	11
Vestfold	451	30	18	1	12	10	9
Telemark	712	37	30	2	8	9	7
Aust-Agder	574	19	7	2	6	4	1
Vest-Agder	490	65	32	2	26	6	10
Rogaland	2 176	110	53	3	33	45	13
Hordaland	6 933	150	127	3	60	62	23
Sogn og Fjordane	808	37	20	0	15	11	11
Møre og Romsdal	944	44	118	2	44	49	7
Sør-Trøndelag	3 180	56	41	1	34	11	7
Nord-Trøndelag	199	11	48	0	21	75	13
Nordland	123	89	103	0	34	32	14
Troms	1 554	34	33	2	21	23	10
Finnmark	300	16	15	1	6	9	6
Sum	24 337	1 065	841	31	449	481	209

gjeld tre tilsyn med helseføretak, mens 27 gjeld tilsyn med fleire ulike tenester i kommunar.

Helsetilsynet i fylka følgjer opp avvik overfor eigarar og ansvarlege drivarar av tenestene inntil forholda er i samsvar med lov og forskrift.

Pålegg

Statens helsetilsyn har i 2005 varsla eller gitt pålegg om å rette på forholda, jf. helsetilsynslova § 5, spesialisthelsetenestelova § 7-1 eller kommunehelsetenestelova § 6-3, i følgjande saker:

- forskingsprosjekt ved Aker universitetssykehus HF – pålegg om å stanse prosjektet gitt i brev 23. september 2005 til Aker universitetssykehus HF
- korridorpatientar, medrekna tvangsinnlagde pasientar på korridor, ved Sandviken sykehus – pålegg gitt i brev 9. mars 2005 til Helse Vest RHF
- manglande planar for helsemessig og sosial beredskap – varsel om pålegg gitt til 103 kommunar og 6 helseføretak, pålegg blei seinare gitt til 26 kommunar – per 31.12.2005 var det framleis 41 kommunar og eitt helseføretak der forholda ikkje var i orden.

TILSYNSSAKER (ENKELTSAKER) I HELSETENESTA

Tilsynssaker behandla av Helsetilsynet i fylket

Tilsynssaker er saker Helsetilsynet i fylket behandlar på grunnlag av klager frå pasientar og pårørande og andre kjelder, som handlar om mogleg svikt i tenestene.

Talet på nye saker per 100 000 innbyggjarar varierer frå 20 i Møre og Romsdal til 92 i Finnmark.

Fylke	Tal på tilsyn	Av desse i kommunehelsetenesta	Av desse i spesialisthelsetenesta
Østfold	10	7	3
Oslo og Akershus	23	13	10
Hedmark	11	8	3
Oppland	7	4	2
Buskerud	12	9	3
Vestfold	11	6	5
Telemark	10	5	4
Aust-Agder	15	13	0
Vest-Agder	8	5	3
Rogaland	11	6	5
Hordaland	23	14	9
Sogn og Fjordane	13	10	3
Møre og Romsdal	12	7	5
Sør-Trøndelag	15	9	6
Nord-Trøndelag	8	5	2
Nordland	14	11	3
Troms	14	12	2
Finnmark	5	4	1
Sum	222	148	69

Målet for saksbehandlingstida er at meir enn halvparten av sakene skal vere behandla innan fem månader. Dette blei oppnådd i 15 fylke (Oslo og Akershus talde kvar for seg) (10 fylke i 2004), sjå tabell 6.

Fordelingar

Nedanfor og på neste side gir vi informasjon om kjelder til tilsynssakene, kva og kven dei handlar om, og dei vurderingane og konklusjonane som sakene har resultert i. Somme enkelt saker er sette saman slik at meir enn

ei helseverksemd og/eller ein helsemedarbeidar er vurderte. I mange saker gjer ein vurdering etter fleire føresegner, slik at summen er høgare enn talet på saker.

Fordeling på kjelde for tilsynssaker

Pasient, pårørande og fullmektigane deira var kjelde i 1321 tilsynssaker i 2005. Pasientombod (142), arbeidsgivar (129) og meldingar om betydeleg personskade med meir (114) er andre hyppige kjelder. Det var til saman 2103 kjelder til dei 1965 avslutta sakene.

Fylke	Tal saker avslutta 2005	Del (%) meir enn 5 mnd. saksbehandlingstid	Tal saker avslutta 2004
Østfold	*122	34	89
Oslo og Akershus	*294	47	457
Hedmark	*90	57	77
Oppland	56	30	65
Buskerud	149	46	110
Vestfold	86	27	67
Telemark	76	43	70
Aust-Agder	51	31	34
Vest-Agder	68	62	50
Rogaland	137	46	100
Hordaland	164	30	115
Sogn og Fjordane	36	3	44
Møre og Romsdal	65	82	63
Sør-Trøndelag	148	41	94
Nord-Trøndelag	51	49	56
Nordland	110	54	82
Troms	74	35	65
Finnmark	71	45	37
Restanseprosjektet	*117		
Sum	1 965	45	1 675

* På bakgrunn av for lang saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus, i Østfold og i Hedmark overtok Statens helsetilsyn primærbehandlinga av eit visst tal tilsynssaker. Talet på saker avslutta i 2005 var 117 (39 frå Oslo og Akershus, 41 frå Hedmark og 37 frå Østfold).

Fordeling på tenester

Det blei gjort 1992 vurderingar av tenester totalt i dei 1965 tilsynssakene i 2005, sjå tabell 7.

Teneste	Tal på vurderingar 2005	Del av alle (%)	Tal på vurderingar 2004
Offentleg spesialisthelseteneste	772	39	720
Allmenn-/fastlegeteneste av dette legevakt	692	35	680
Sjukeheimar	137	7	138
Privat spesialisthelseteneste av dette private sjukehus	132	7	155
Heimebaserte helsetenester	23	1	36
Tannhelseteneste	83	4	90
Andre helsetenester	40	2	49
Ikkje kategorisert etter type helseteneste	122	6	124
Ikkje kategorisert etter type helseteneste	14	1	24
Sum	1992	100	1980

I 66 prosent av vurderingane i 2005 blei det ikkje funne brot på regelverket (påpeikt pliktbrott overfor helsepersonellet eller gitt systemkritikk til verksemd frå Helsetilsynet i fylket eller saka send over til Statens helsetilsyn).

Fordeling på helsepersonell og verksemd

Det blei gjort 1231 vurderingar knytt til helsepersonell i tilsynssakene i 2005. I tillegg blei det gjort 761 vurderingar knytt til verksemda som organisasjon (kommunen, helseføretaket osv.).

Helsepersonellkategoriar	2005	2004	2003
Legar	925	952	838
Sjukepleiarar	104	118	97
Tannlegar	42	50	35
Psykologar	38	33	39
Hjelpepleiarar	29	22	18
Fysioterapeutar	15	25	15
Kiropraktorar	9	3	1
Jordmødrer	7	11	4
Ambulansearbeidarar	6	10	4

Dei helsepersonellkategoriane som det var knytt flest vurderingar til er viste i tabell 8. Det blei gjort 17 vurderingar knytt til seks kategoriar som ikkje er viste i tabellen. Det var 12 helsepersonellkategoriar det ikkje var knytt vurderingar til. I alt 19 vurderingar blei gjort vedrørende personar utan autorisasjon eller lisens som helsepersonell.

Fordeling på rettsleg grunnlag

Rettsleg grunnlag	2005	2004	2003
Paragrafar i helsepersonellova			
Forsvarleg oppførsel (§ 4)	216	200	183
Forsvarleg undersøking, diagnostikk, behandling (§ 4)	1 350	1 313	1 208
Forsvarleg medisineriing (§ 4)	202	169	159
Forsvarleg – anna (§ 4)	250	244	176
Hjelp med ein gong (§ 7)	54	43	58
Informasjon (§ 10)	75	99	74
Organisering av verksemd (§ 16)	144	140	119
Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	87	95	83
Pasientjournal (§§ 39–44)	201	269	205
Eigna som helsepersonell: rusmiddelmissbruk (§ 57)	39	45	35
Eigna som helsepersonell: andre forhold (§ 57)	52	74	51
Føresegn i spesialisthelsetenestelova			
Plikt til å handle forsvareleg (§ 2–2)	373	298	173

Tal på vurderingsgrunnlag i 2005 var 3516.

Tabellen viser at dei fleste tilsynssakene (ca. 68 prosent av alle) som forventa er knytte til spørsmål om forsvareleg verksemd. Eit stort tal gjeld informasjon og dokumen-

Fordeling på medisinske område

I 2005 blei det avslutta 830 saker med 935 vurderingar der verksemd eller personell i spesialisthelsetenesta blei vurdert. Inndelt etter dei næraste medisinske områda fordelar desse vurderingane som vist i tabell 9.

I 2005 blei det i 62 prosent av vurderingane ikkje funne brot på regelverket.

Medisinsk område	2005	2004	2003
Psykiatri	257	238	177
Kirurgi	169	133	109
Indremedisin	114	93	86
Fødselshjelp og kvinnesjukdommar	70	79	62
Ortopedisk kirurgi	45	22	25
Anestesiologi	27	39	22
Nevrologi	17	26	17
Barnesjukdommar	15	17	17
Fysikalsk medisin og rehabilitering	12	15	10
Augesjukdommar	10	19	8
Barne- og ungdomspsykiatri	10	17	20
Onkologi	8	14	15
Andre medisinske område	67	67	–
Ikkje kategorisert etter medisinske område	114	124	–
Sum	935	903	–

tasjon (ca. 10 prosent). Sakene som gjeld rusmiddel og andre spørsmål om å vere eigna (ca. 3 prosent), er ofte alvorlege og endar i mange tilfelle med reaksjonar frå tilsynsorganane.

Fordeling på utfall av sakene

Utfall	2005	2004	2003
Oversende til Statens helsetilsyn	294	293	195
Påpeikt pliktbrott overfor helsepersonell	353	284	213
Råd eller rettleiing gitt helsepersonell	469	511	443
Systemkritikk retta til direktør/rådmann	42	38	33
Systemkritikk retta til fagleg leiar	9	14	17
Ingen merknad	825	832	763
Sum	1 992	1 972	1 664

Tilsynssaker behandla av Statens helse-tilsyn – omfang og reaksjonar

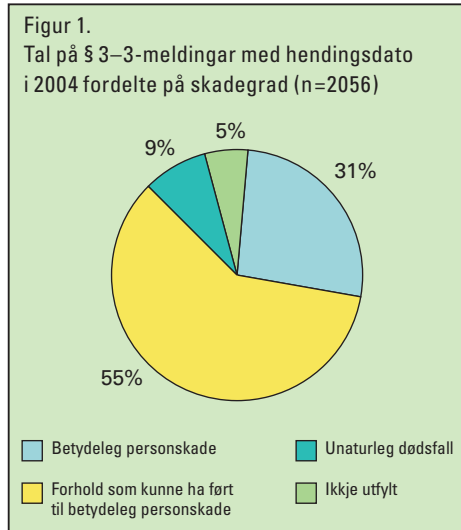
Behandlinga av tilsynssakene i Helsetilsynet (dei alvorlegaste sakene som blir sende over frå Helsetilsynet i fylket) er omtalt i eigen artikkel på side 35, der det finst statistikk for reaksjonar mot helsepersonell og kritikk mot verksemdar.

MELDESENTRALEN

Meldesentralen i Helsetilsynet er ein database over registrerte hendingar som er melde i tråd med spesialisthelsetenestelova § 3–3. Meldeplikta pålegg helseinstitusjonar å gi skriftleg melding til Helsetilsynet i fylket om betydeleg personskade eller hendingar som kunne ha ført til betydeleg personskade på pasient som følgje av at det er ytt helseteneste, eller ved at ein pasient skader ein annan.

Årsrapporten frå Meldesentralen for 2004 oppsummerer erfaringar som byggjer på innmelde hendingar med hendingsdato i 2004. Det har vore ein auke på 51 prosent i talet på meldingar i perioden frå 2001 til 2004. Statens helsetilsyn meiner at dette kan spegle ei positiv endring i meldekulturen. Auken treng derfor ikkje tyde at talet på meldepliktige hendingar i spesialisthelsetenesta har auka.

Per 1. desember 2005 var det registrert 2056 meldingar om hendingar som skjedde i 2004. Ni prosent av desse meldingane gjaldt naturlege dødsfall (figur 1).



Ein fjerdedel (24 prosent) av meldingar med hendingsdato i 2004 gjeld hendingar der årsakene er knytte til feil bruk av legemiddel. 85 meldingar gjaldt tilfelle av sjølv mord, og 49 meldingar gjaldt tilfelle av sjølv mordsforsøk.

I 43 prosent av meldingane er det registrert at pasienten er informert om skaden. Berre i 10 prosent av meldingane er det registrert at pasienten er informert om Norsk pasientskadeerstatning. Det er urovekkjande at mange pasientar ikkje er informerte om skaden eller om Norsk Pasientskadeerstatning.

BRUK AV NETTSTADEN WWW.HELSETILSYNET.NO

Nettstaden hadde ca. 650 000 besøkjande og vel 3 mill. sidevisingar i 2005. Dei mest populære kategoriane er (sidevisingar i parentes)

- publikasjonar (887 000),
- tilsynsrapportar (ca 2000 enkeltrapportar viste 583 000 gonger),
- Helsetilsynet i fylka (369 000 inkl. medisinalmeldingar),
- regelverk (257 000).

INNSYN I DOKUMENT

Helsetilsynet fikk 2265 bestillingar på innsyn i dokument frå dei presseorgana som tek del i Elektronisk PostJournal (EPJ) i 2005. For 2004 var talet 2136, og for 2003 var talet 1700.

PRESSEMELDINGAR

8/2005 Karl Evang-prisen 2005 til Borghild Haaland

7/2005 Invitasjon til Karl Evang-seminaret

6/2005 Har dere forslag til kandidater til Karl Evangs pris 2005?

5/2005 Statens helsetilsyn gir kritikk til Nordlandssykehuset HF Lofoten

4/2005 Svikt i helsetjenesten til nyankomne asylsøkerer, flyktninger og familiegjennforente

3/2005 Svikt i tildeling av sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere

2/2005 Helsetilsynet inviterer til pressekonferanse i forbindelse med presentasjonen av Tilsynsmelding 2004

1/2005 60 helsepersonell mistet sin autorisasjon i fjor

RUNDSKRIV FRÅ HELSETILSYNET

Statens helsetilsyn gav ikkje ut rundskriv i 2005.

REKNESKAPSRESULTAT

Tabell 12 Helsetilsynet – rekneskapsresultat 2005 (tusen kroner)			
Helsetilsynet – budsjettkapittel 721	Budsjett	Rekneskap	Avvik
Faste lønsutgifter	37 519	36 852	667
Variable lønsutgifter	6 856	7 726	- 870
Drift av bygningar etc. (husleige, straum, reinhald, vakthald)	12 103	12 079	24
Andre utgifter	12 820	12 377	443
Sum utgifter	69 298	69 034	264
Inntekter	5 108	5 497	- 389
Netto utgift/mindreforbruk	64 190	63 537	653

Utgiftene til Helsetilsynet i fylka og tilsynet fylkesmennene har med sosialtenesta blir dekte under budsjettkapittel 1510 Fylkesmannsembeta.

Statens helsetilsyn hjelper til med å avvikle restansar

Helsetilsynet i Oslo og Akershus klarte på grunn av ressursproblem ikkje å innfri kravet til saksbehandlingstid i tråd med St.prp. nr.1 2004. Derfor hjelpte Statens helsetilsyn i perioden 1. september 2004 til 1. september 2005 Helsetilsynet i Oslo og Akershus med å behandle 150 tilsynssakrestansar. Den same årsaka førte i tillegg til at Statens helsetilsyn behandla 46 av dei eldste tilsynssakene frå Helsetilsynet i Hedmark og 40 frå Helsetilsynet i Østfold.

Av dei 237 sakene som blei sende over, blei fem saker returnerte til Helsetilsynet i fylka, to saker blei avskrivne utan å bli behandla, og seks saker blei ikkje vurderte som tilsynssaker, men avslutta med brev til rette vedkommande. 34 saker (15 prosent) blei overførte til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Av desse blei 25 saker avslutta i tiltaksperioden.

Område for landsomfattande tilsyn i 2006

Kvar vår avgjer Helsetilsynet kva område ein skal gjennomføre tilsyn med året etter. Dette gjeld blant anna område for landsomfattande tilsyn som er gjennomførte som systemrevisjon, og område for annan tilsynsaktivitet, kalt områdeovervaking.

Avvik er når ein ikkje oppfyller krava som er fastsette i eller har heimel i lov eller forskrift.

Merknad er forhold som ikkje strir med krava som er fastsette i eller har heimel i lov eller forskrift, men der tilsynsorganet finn grunn til å påpeike at det er grunnlag for forbetring.

Tilsynsressursane blir styrte mot område

- som er svært viktige for rettstryggleiken for enkeltmenneske
- der det er svært sannsynleg at det finst svikt
- der konsekvensane av svikt er alvorlege for brukarar og pasientar
- der ein ikkje kan vente at brukarar og pasientar sjølve klarer å ta vare på eigne interesser

Tilsyn skal medverke til at ein tek vare på det behovet befolkninga har for tenester, at tenestene blir drivne forsvarleg, og at ein førebyggjer svikt. Når Helsetilsynet rettar merksemd mot utvalde tenester og område, er det ut frå kunnskap om kvar det kan vere alvorleg svikt for brukarane. I prosessen med å avgrense aktuelle område spør vi om råd frå blant anna brukarorganisasjonar og fagmiljø.

For 2006 er det bestemt at ein skal gjennomføre landsomfattande tilsyn på følgjande område:

- habiliteringstenester til barn som omfattar både kommunale habiliteringstenester (sosial og helse) og spesialisthelsetenester
- tverrfaglege, spesialiserte tenester til rusmiddelmissbrukarar
- rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming

Tilsynsrapportane blir fortløpande lagde ut på nettsidene til Fylkesmennene og Helsetilsynet. Helsetilsynet gir ut ein oppsummeringsrapport for kvart av dei landsomfattande tilsyna i serien Rapport fra Helsetilsynet .

Landsomfattande tilsyn med habiliteringstenester til barn

Erfaringar frå tilsyn med habilitering og rehabilitering viser at det er forskjellar mellom kommunar når det gjeld organisering, omfang og fagleg innhald, og det er manglar i tilrettelegginga av tenester og oppfølging av tenestetilbod. Eksempel på dette er manglande samhandling og koordinering av tenester internt i kommunane og med spesialisthelsetenesta. Dette kan føre til at ein ikkje fangar opp personar som treng langvarige og koordinerte tenester, slik at dei ikkje får utgreiing og tilbod om fullgod oppfølging. Barn er særleg utsette og sårbare, og svikt i habiliteringstenestene kan få alvorlege konsekvensar for utviklinga deira.

Tilsynet skal omfatte kommunale helse- og sosialtenester og spesialisthelsetenester til barn med medfødde eller tidleg erverva utviklingssvikt eller skadar i nervesystemet. Samhandling mellom dei kommunale tenestene og spesialisthelsetenesta er sentralt for tilsynet, som skal fokusere på område der det er særleg stor risiko for svikt, og der konsekvensane av svikt er store.

Landsomfattande tilsyn med tverrfaglege, spesialiserte tenester til rusmiddelmissbrukarar
Gjennomgangen som Helsetilsynet har gjort av data om helsetilstanden til rusmiddelmissbrukarar

og det helsetenestetilbodet dei får, viser tydeleg at mange rusmiddelmissbrukarar ikkje får dei tenestene dei har behov for og krav på. På grunn av helseproblema til tunge rusmiddelmissbrukarar, dei til dels alvorlege psykiske og somatiske lidingane, og dei høge dødstala som pregar denne gruppa, er Helsetilsynet særleg uroa over manglane i tenestetilbodet til tunge rusmiddelmissbrukarar.

Etter rusreforma i 2004 er ansvaret for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk lagt til dei regionale helseføretaka, og rettane til rusmiddelmissbrukarar i behandlingsapparatet er styrkte. Tilsynserfaringar, kunnskapsoppsummeringar og klagesaker kan tyde på at det framleis er risiko for at rusmiddelmissbrukarar ventar lenger enn forsvarleg på tverrfagleg spesialisert behandling, at tenestene ikkje er tilstrekkeleg koordinerte, eller at dei på andre måtar ikkje får det behandlingstilbodet dei etter lova har krav på.

Landsomfattande tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming

Tilsyn i 2003 og 2004 med sosiale tenester viser at det i kommunane blir brukt tvang mot personar med psykisk utviklingshemming som ikkje er i tråd med krava i lov og forskrift. I om lag halvparten av kommunane det er ført tilsyn med på dette området, blir det peika på avvik og/eller gitt merknader. Tilsynserfaringane viser vidare at kommunane framleis har arbeid å gjere når det gjeld å betre styringa av tenestene og sikre kontinuerleg forbetring. Kommunane manglar ofte rutinar som sikrar brukarrettane i saksbehandling når tenester blir tildelte, endra og sette i verk. Det er mykje aktivitet når det gjeld opplæring, men det blir også rapportert om manglande systematiske tiltak som sikrar at tilsette har tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter innanfor aktuelle fagfelt og dei tenestene dei yter.

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommunar ikkje oppfyller krava i lova når det gjeld bruken av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming. Dette kan føre til at brukarar blir utsette for fagleg og etisk uforsvarlege tenester, og til at rettstryggleiken til den enkelte ikkje blir teken vare på.

Dette er bakgrunnen for at Helsetilsynet har valt å ha landsomfattande tilsyn med bruken av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming i 2005 og 2006.

I landsomfattande tilsyn i 2005 retta ein merksemda mot kommunar som har fatta vedtak og/eller har sendt meldingar om bruk av tvang og makt overfor utviklingshemma. I tilsynet i 2006 skal merksemda særleg rettast mot kommunar der det ikkje er gjort vedtak om bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming.

Publikasjoner frå Helsetilsynet

Rapport fra Helsetilsynet

Serien formidler resultat frå tilsyn med sosial- og helsetenestene. På nettstaden www.helsetilsynet.no finst alle utgåvene i fulltekst, og samandrag på engelsk og samisk.

Summaries of the reports are also available in English on the website of the Norwegian Board of Health: www.helsetilsynet.no.

8/2005 Ulike fylke, ulike tannhelsetestetilbod? Tilbodet frå Den offentlege tannhelsetenesta til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemaningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa frå Helsetilsynet i fylka

7/2005 Pleie- og omsorgstenester på strekk. Samanstilling og analyse av funn og erfaringar frå ulike tilsynsaktivitetar i 2003 og 2004 (finnes også på bokmål)

6/2005 Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning og

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale tema frå tilsynssakene (enkelt saker) og anna helseettsleg stoff relatert til vårt tilsyn. Serien blei etablert i 2005. Elektronisk abonnement kan tingast på www.helsetilsynet.no, der utgivingane finst i fulltekst.

4/2005 Tema: Helsetilsynets reaksjonar i tilsynsaker mot helsepersonell

Brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspel til andre sosial- og helseorgan og til tenestene i brev. Nokre av desse breva blir publiserte på www.helsetilsynet.no/brev. Nedanfor refererer vi tema for nokre av dei

Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende – oversendinge av kartlegging – 18.1.2005 til Helse- og omsorgsdepartementet

Rekvirering av Subutex (buprenorfin) til opioidmisbrukere i et kortvarig nedtrappingsprogram – 21.2.2005 til Sosial- og helsedirektoratet

Statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser – 17.3.2005 til helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen

Arbeidsgivers rutiner for kontroll av helsepersonells kvalifikasjoner – 18.3.2005 til landets

kommunens generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven § 4-2, a-e. Tilsynserfaringer 2003–2004

5/2005 Meldesentralen – årsrapport 2003

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

3/2005 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente

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

1/2005 Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004.

3/2005 Tema: Teieplikt

2/2005 Tema: Feilbehandling o.a.

1/2005 Tema: Behandling med vanedannende legemiddel.

kommuner, helseforetakene og vikar- og formidlingsbyråer for helsepersonell

Tilsyn med helsetjenester – møte med Helseministeren 1. juli 2005 – 27.6.2005 til helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen

Infeksjonskontrollprogram i sykehjem og kommunenes tuberkulosekontrollprogram – oppsummering av rapportering – 14.7.2005 til Helse- og omsorgsdepartementet

Fremtidig organisering av LAR-tilbudet – 19.8.2005 til Helse- og omsorgsdepartementet.

I tillegg blir ein skilde brev om pålegg til verksemdar og reaksjonar mot helsepersonell publisert.





www.helsetilsynet.no

Nettstaden til Helsetilsynet er først og fremst laga for alle med ansvar for sosiale tenester og helsetenester og for journalistar. Nettstaden hadde om lag 650 000 besøkjande i 2005.

På nettstaden finn du:

- **krava som styresmaktene stiller til tenestene:**
lover, forskrifter, rundskriv og andre dokument som fortel korleis styresmaktene forstår lover og forskrifter
- **resultat av arbeidet til tilsynsorgana:**
tilsynsrapportar, serien Rapport fra Helsetilsynet, nyheitsbrevet Tilsynsinfo med avgjerder i tilsynssaker, andre publikasjonar, høyringsfråsegner, brev, artiklar
- **informasjon om rettane til befolkninga og høvet til å klage**
- **informasjon om korleis tilsynsorgana arbeider:**
metodar, kunnskapskjelder, tilsynsplanar, oppgåver, mynde og organisering.

Nye menyar i 2005:

- Tilsynsinfo
- artiklar og kronikkar
- saker om pålegg overfor helsetenesta
- brev med allmenn interesse

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health
Pb 8128 Dep – 0032 Oslo

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

Besøksadresse: Calmeyers gate 1

Februar 2006