

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse



# Innhald

«Vi har ikkje råd til meir, så dette må vere godt nok» 3

## Landsomfattande tilsyn

Sikrar kommunane forsvarlege avlastnings- og støttekontakttenester? 4-5  
Kommunale helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar 7-8  
Manglar ved fagleg styring i akuttmottak 9-10

Regelmessig risikovurdering er nødvendig 11

Blod – trygt å gi, trygt å få 12-13

Tvangsmulkt for første gong 12-13

«Mind the gap» 15-16

Barn og unge med psykiske problem – kva treng dei, og kva får dei? 17

Hendingsbaserte tilsynssaker 19-22

Leiaransvaret for å etablere system – hendingsbaserte tilsynssaker 22-23

Jan Fr. Bernt: Tilsyn med kommunale velferdstjenester 24-25

Uheldige hendingar i handteringa av legemiddel 27-28

Rolla som overordna organ for klager på rettar etter sosial- og helselovane 28

Ein Tordenskjolds soldat 29

Retten til nødvendig helsehjelp – overprøving av klagevedtak 30-31

Sjølvmord blant pasientar behandla i psykisk helsevern 32

Ikkje alle kommunar tilbyr brukarstyrt personleg assistanse 32-33

Problemområde i tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar 33

## Sett frå fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene

Tilsyn med fysikalske institutt 34

Tilsyn med tenester lagde til NAV-kontoret 34-35

Tilbodet til ungdom med psykiske lidningar eller rusmiddelproblem 35

Økonomisk sosialhjelp – sikringsnett eller springbrett? 36

Nasjonalt meldesystem for uønska hendingar 37

Og elles meiner Statens helsetilsyn at... 38-39

Tal og fakta 40-45

Landsomfattande tilsyn i 2008 46

Publikasjonar frå Helsetilsynet 47

Utgitt av Statens helsetilsyn. Ansvarleg redaktør: Lars E. Hanssen  
Redaksjonsgruppe: Magne Braaten, Helge Høifødt, Sverre Nesheim,  
Finn Pedersen (leiar), Kristina Totlandsdal og Nina Vedholm

Nynorsk omsetjing: SPRÅKSMIA as  
Engelsk omsetjing: Linda Grytten  
Samisk omsetjing: Inger Anna Eira Andersson

Grafisk formgiving og trykking: 07 Gruppen (tidlegare GAN).  
Opplag: 20 000  
Illustrasjonar: Svein Størksen.

Sett med Times New Roman Condensed 12,6/10,2 pkt.

ISSN 1501-8083

Trykte eksemplar kan bestillast frå Statens helsetilsyn,  
Postboks 8128 Dep, 0028 Oslo, telefon 21 52 99 00,  
faks 21 52 99 99, e-post [trykksak@helsetilsynet.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.no).

Kommentarar og spørsmål kan sendast til [tilsynsmelding@helsetilsynet.no](mailto:tilsynsmelding@helsetilsynet.no).  
Tilsynsmeldingar på Internett: [www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding](http://www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding).

The Annual Supervision Report 2006 is also available in English on  
the website of the Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Muhtun artihkkaliid gávnnaat sámegeillii Dearvvašvuo ageah u neahttabáikkis [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).  
Somme av artiklane finst i samisk omsetjing på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## “Vi har ikkje råd til meir, så dette må vere godt nok”

**Vi støyter stundom på utsegna ovanfor i tilsynsarbeidet vårt. Dette er ei utsegn som vi ikkje likar. Ikkje fordi vi underkjenner at det finst ressursrammer som ein må halde seg innanfor, men fordi utsegna så tydeleg gir tilkjenne ei holdning om at ein har gitt opp det jamne utbetningsarbeidet.**

Statens helsetilsyn har som ei hovudoppgåve å sjå til at sosial- og helsetenestene blir drivne i samsvar med krava i lovgjevinga. Krav i lovar og forskrifter står sentralt både når ein skal planleggje, drive og vurdere tenestetilbodet. Rettskrava skal oppfyllest innanfor gitte ressursrammer. Også vi ser at det er knytte store utfordringar til å få dette til. God styring tilseier ikkje berre at ein held budsjetta, men at ein også maktar å få det best moglege sosial- og helsefaglege resultatet ut av dei ressursane ein har til rådvelde.

Tenestemottakaren har eit rettmessig krav på å få nødvendige tenester med forsvarleg innhald. Lovgjevinga legg vekt på at tenestetilbodet skal tilpassast dei individuelle behova til den einskilde. Difor kan tenesteytaren ikkje utan vidare argumentere overfor tenestemottakaren med at «det er slik vi gjer det hos oss» eller «dette er rammer som vi har sett og som du må halde deg til».

Organiseringa og prosedyrane som tenesteytaren har, må sjåast på som eit fundament for utvikling av eit tilpassa tenestetilbod tilden einskilde tenestemottakaren.

Eit av dei gjennomgåande funna frå tilsyna våre er diverre manglande individuell tilpassing av tenestetilbodet. Vi trur at dette er eit fenomen som det er vesentleg for tenesteytarane å arbeide vidare med ved utviklinga av tenestene dersom ein skal ha folket sin tillit også i åra som kjem. Dei røynslene som tenestemottakarane har må takast med ved utviklinga av tilbodet. Det same gjeld innspel frå dei tilsette. Dette er viktige element i eit internkontrollsystem.

Internkontrollsystemet skal sikre at styringa av tenesteytinga likeså vel har ankerfeste i sosial- og helsefaglege vurderingar som i økonomisk-administrative rammeføresetnader. Her har ordførarar og rådmenn, styreleiarar og direktørar enno mykje å strekkje seg etter.

Vi meiner at resultat frå tilsynsverksemda peikar på område der det er ytterlegare behov for jamn utvikling. Vi vonar difor at du kan finne nokre moment til vidare refleksjon innanfor ditt tenesteområde på dei sidene som følgjer her.

Lars E. Hanssen

«Lovgjevinga legg vekt på at tenestetilbodet skal tilpassast dei individuelle behova til den einskilde.»



# Sikrar kommunane forsvarlege avlastnings- og støttekontakttenester?

«God kjennskap til og kunnskap om dei særlege behova kvar enkelt brukar har, er avgjerande for god kvalitet i avlastnings- og støttekontakttenester.»

**Fylkesmennene har i landsomfattande tilsyn i 2007 undersøkt om kommunane sikrar forsvarleg tildeling av avlastnings- og støttekontakttenester etter sosialtenestelova § 4–2, bokstav b og c. Tilsynet omfatta også om tenestene var sette i verk, og om kommunane sikra at avlastarar og støttekontaktar har nødvendig kunnskap og tilstrekkelege ferdigheiter. I 61 av dei 66 undersøkte kommunane konstaterte fylkesmennene avvik (brot på lov eller forskrift) og/eller merknad (påpeikt forbettringspotensial) på eitt eller fleire av dei områda som blei undersøkte.**

Kommunane skal tilby avlastnings- og støttekontakttenester, men kan organisere tenestene slik dei finn det føremålstenleg, så lenge det ikkje går ut over den retten kvar enkelt har til tenester. Kommunane må forme ut avlastnings- og støttekontakttilbodet slik at tenestene utgjer eit reelt tilbod for den/dei som etter lova har rett på det. Kommunen må leggje til rette for å styre tenestene på ein måte som fangar opp tilfelle der avlastnings- og støttekontakttilbodet i kommunen ikkje er tilpassa dei behova brukaren har.

## Kunnskap og ferdigheiter

God kjennskap til og kunnskap om dei særlege behova kvar enkelt brukar har, er avgjerande for god kvalitet i avlastnings- og støttekontakttenester. Avlastarar og støttekontaktar må når dei treng det, få opplæring i ulike forhold knytte til kvar enkelt brukar, som for eksempel kommunikasjon med brukaren, tekniske hjelpemiddel, diettar, medisinar etc. Kommunen har ansvar for å lære opp alle tilsette i sosialtenesta, slik at dei har tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter til å utføre oppgåvene. På si side pliktar dei tilsette å ta del i opplæringa som blir bestemt. Sjølv om kommunen sikrar opplæring og rettleiing av tilsette, fører ikkje det automatisk til god kvalitet i tenestene. Kunnskap og kompetanse må omsetjast og brukast i praksis, for eksempel i samhandling med brukaren.

## Forsvarleg tildeling?

I tre firedejar av dei undersøkte kommunane konstaterer fylkesmennene svikt når det gjeld tildeling av avlastnings- og støttekontakttenester.

Mange av dei kommunane som er undersøkte sikrar ikkje forsvarleg saksbehandling, blant anna utgreingar og kartleggingar av behov og individuelle vurderingar. Funn frå dette tilsynet viser at kommunane ofte gir støttekontakt med eit bestemt tal timar per veke, for eksempel tre, utan at dei behova brukaren har, er individuelt vurderte. Jamlege evalueringar som kan fange opp behov for endringar, blir i liten grad gjennomførte. Mange stader blir saksbehandlinga gjort munnleg utan høve til å klage, dokumentasjon manglar, og det blir ikkje gitt opplysningar om høve til å søkje ulike tenester. Informasjon om at det er høve til å søkje avlastning, blir i mange av dei undersøkte kommunane berre gitt for barn og funksjonshemma. Privat avlastning og støttekontakttenester er i liten grad tilgjengelege tenester for eldre. Tilsynet viser at i mange av dei undersøkte kommunane er tildeling og iverksetjing av avlastnings- og støttekontakttenester lagde til fleire ulike tenestestader i kommunane, ofte organiserte etter diagnose og alder på brukarane. I fleire kommunar fører dette til ulikskapar i tildelingspraksis innafor same kommunen.

Funn frå tilsynet viser også at ein del av kommunane som er undersøkte, ikkje skil klart mellom avlastningsopphald etter sosialtenestelova og korttidsopphald etter kommunehelsetenestelova. Korttidsopphald blir gitt når ein person treng rehabilitering etter at han eller ho er behandla i institusjon. Avlastningsopphald blir som før nemnt gitt når den som gir omsorg, treng avlastning. Ved korttidsopphald er det mogleg for kommunen å krevje at brukaren betaler eigendel (vederlag). Når kommunane ikkje skil godt nok mellom avlastning og korttidsopphald, kan det føre til at kommunen uheimla krev vederlag for avlastningsopphald.

## Litteratur:

- Rapport fra Helsetilsynet 4/2008
- Veileder for tilsynet [www.helstilsynet.no](http://www.helstilsynet.no)

«I godt over halvparten av dei undersøkte kommunane konstaterer fylkesmennene at kommunane ikkje sikrar at avlastarar og støttekontaktar har tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter.»

Mange av dei undersøkte kommunane har vanskar med å setje i verk eigne vedtak, blant anna fordi det er vanskeleg å rekruttere avlastarar og støttekontaktar. Særleg gjeld det vedtak om privat avlastning og støttekontakt. Når vedtak ikkje blir sette i verk, viser funn at det ofte heller ikkje blir sett i gang mellombels tiltak slik lova krev, for eksempel avlastning i institusjon mens tenesta ventar på at avlastar blir tilsett. Avlastning i institusjon – sjukeheim eller avlastningsbustad – blir mange stader gitt avhengig av kva tenester kommunen har å tilby, og ikkje avhengig av kva behov søkjaren har for avlastning.

#### Har avlastarar og støttekontaktar tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter?

I godt over halvparten av dei undersøkte kommunane konstaterer fylkesmennene at kommunane ikkje sikrar at avlastarar og støttekontaktar har tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter. Mange kommunar følgjer ikkje opp og tilbyr ikkje opplæring og rettleiing til støttekontaktar og avlastarar etter at oppdraget er sett i gang, og sikrar heller ikkje jamleg kontakt og oppfølging undervegs i oppdraget. Tilsynserfaringane viser at kommunane oftare sikrar opplæringa av støttekontaktar og avlastarar før tiltaka blir sette i verk, enn undervegs.

Funn frå dette tilsynet viser at det ofte er brukaren sjølv eller familie/pårørande som må finne aktuelle avlastarar eller støttekontaktar og gi nødvendig opplæring og informasjon om særlege forhold knytte til oppdraget. Avlastarar og støttekontaktar som fylkesmennene har snakka med, etterlyser ofte opplæring, rettleiing og oppfølging frå kommunen. Mange stader er det opp til støttekontaktane og avlastarane sjølv å ta kontakt med ansvarlege i kommunen dersom dei treng opplæring, rettleiing og oppfølging. Fylkesmennene konstaterer at det i ein del av dei undersøkte kommunane manglar rutinar og prosedyrar som sikrar at kommunane evaluerer tenestene. Dette er igjen ein viktig føresetnad for å kunne betre tilbodet og sikre brukaren tenestene han eller ho har krav på.

#### Støttekontakt

Støttekontakt er ei teneste som skal bidra til meningsfull fritid og sosialt samvær. Støttekontakten kan følgje til ulike fritidsaktivitetar, sikre sosial kontakt og gi nødvendig støtte til å meistre sosiale situasjonar. Tenesta kan vere eit viktig tiltak i høve til eldre, barn, unge og vaksne med psykiske problem, funksjonshemma, innvandrarar som er ukjende med det norske samfunnet, familiar med samansette problem og rusmiddelmissbrukarar.

#### Avlastning

Avlastningstenester har dobbelt siktemål. Dei skal både ta vare på den som treng omsorg, for eksempel funksjonshemma barn eller eldre med hjelpebehov, og den eller dei som gir omsorg, for eksempel foreldre eller ektefelle. Avlastning blir berre gitt til personar som har særleg tyngjande omsorgsarbeid, og omfattar både dei som gir omsorg utan å ha plikt til det, og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn. Vanlegvis opererer kommunen med tre ulike hovudtypar av avlastning. Individuell eller privat avlastning blir gjerne gitt i private heimar hos den som treng omsorg. Denne typen avlastning blir ofte brukt overfor mindre barn, men også til vaksne funksjonshemma og eldre. Ei anna form for avlastning er i avlastningsbustad eller institusjon, som sjukeheimar. Ei tredje form for avlastning blir gitt som tilbod til ei gruppe der fleire er saman, gjerne på turar eller reiser.

Retten til å få avlastning er knytt til at den som treng hjelp eller omsorg, fyller vilkår i sosialtenestelova § 4–3, det vil seie «ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål». Kommunane kan gi avlastning til personar i alle fasar av livet, og avlastninga må leggjast til rette i forhold til det. Avlastning skal blant anna gjere det mogleg å halde ved lag gode familierelasjonar og hindre at den som gir omsorg, slit seg ut.



## Kommunale helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar

**I 2007 utførte Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene eit landsomfattande tilsyn med helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar. Tilsynet omfatta 68 kommunar (og bydelar) i heile landet. I 44 av desse blei det konstatert avvik, det vil seie brot på lov eller forskrift. I dei andre 24 kommunane blei det ikkje konstatert avvik, men i elleve av desse blei det gitt merknader, noko som vil seie at tilsynsorganet peikte på forbedringspotensial. Tretten kommunar eller bydelar fekk verken avvik eller merknader.**

Kommunane har dei seinare åra fått eit gradvis større ansvar for å ta hand om menneske med alvorlege psykiske lidningar og yte dei tenestene som er nødvendige for at dei skal kunne leve og bu heime. Grupper er samansett og ueinsarta og har mange ulike behov for hjelp. Til dei alvorlegast psykisk sjuke høyrer personar med lidningar som kan vere langvarige og ha ein varierende sjukdomsgang. Ein del tenestemottakarar har i tillegg store rusmiddelproblem. Mange har eit stort tenestebehov og treng omfattande støtte og oppfølging heile eller delar av døgnet og på fleire livsområde, for eksempel aktivitets- og dagtilbod, hjelp og støtte i bustaden og sysselsetjings- eller arbeidstilbod, i tillegg til behandling og oppfølging frå primær- og spesialisthelsetenesta.

Det er stor variasjon i korleis norske kommunar har organisert og utforma tenestene sine. Dei aller fleste kommunane har likevel differensiert tenestetilbodet på ein slik måte at det finst ei delteneste eller ein funksjon med personell som har som sine oppgåver å greie ut og yte tenester til menneske med psykiske lidningar. Samtidig er det i dei aller fleste kommunar fleire deltenester og funksjonar. Særleg i større kommunar er det mange personar som er involvert i tenesteytinga til kvar enkelt tenestemottakar. Dette gjeld også dei kommunane som var med i det landsomfattande tilsynet.

Tilsynet har undersøkt om kommunane har fagleg forsvarlege sosial- og helsetenester til vaksne over 18 år med alvorlege psykiske lidningar. Det er undersøkt om tenestene er tilstrekkelege og tilgjengelege for alle som treng dei, om tilbod er tilpassa behova, ønska og føresetnadene til kvar enkelt, og om ulike deltenester har samordna tilboda sine og samarbeider slik at tilbodet er heilskapleg. Tilsynet undersøkte

om kommunane følgde dei krava regelverket stiller til brukarmedverknad, individualisering, koordinering og fagleg forsvarleg tenesteyting, gjennom heile tenestegangen – frå oppstart, der behov blir fanga opp og greidde ut, via planlegging, iverksetjing, oppfølging og eventuell justering av tilbod og tiltak.

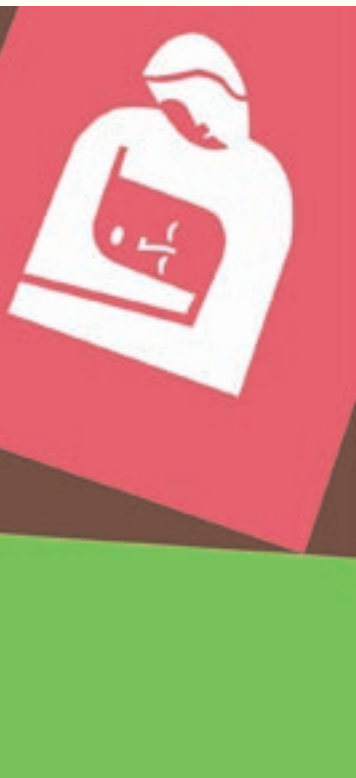
Med så breitt opplagt tilsyn, med mange og omfattande problemstillingar på eit komplekst tenesteområde, kan tilsynslaga ha fokusert noko ulikt. Ut frå tidlegare kjennskap til kommunane kan dei ha vurdert kvar det er størst fare for svikt, og lagt større vekt på somme forhold enn på andre.

### Møtet med tenestene – utgreiing og planlegging av tilbod

Dess meir samansette behova er, dess større er krava til utgreiing og planlegging. Men dess større er også risikoen for at tenestetilbodet ikkje byggjer på fagleg forsvarlege, individuelle behovsvurderingar. Dei tenestemottakarane som treng det mest omfattande tilbodet, har samtidig mest å tape på ei ufullstendig utgreiing og ufullstendige tenester. Utgreiinga skal gjennomførast i rimeleg tid, og ho skal dokumenterast slik at det er lett å spore kva det er teke avgjerdom om. I utgreiing og planlegging er det avgjerande at all relevant informasjon blir innhenta, slik at det kan gjennomførast ei tilstrekkeleg kartlegging. For å kunne forme ut eit tilbod som tenestemottakaren kan gjere seg nytte av på ein så god måte som råd, er det avgjerande å kartlegge dei behova, ønska og innspela tenestemottakarane har, på ein dekkjande måte.

I eitt av fire tilsyn viste rapportane avvik, eller tilsyna hadde merknader til korleis tenestebehov var greidde ut. Tilsynet fann fleire eksempel på at søknader og førespurnader ikkje var greidde ut raskt nok. I enkelte kommunar blei det peikt på at ansvar og oppgåver ikkje var klart nok forankra, og at dei tilsette var usikre på kven som hadde ansvar for å utgreie, kva som skulle utgreiast, og korleis. Utforminga av tenesta kan dermed komme til å bli meir prega av kunnskapane til kvar enkelt utgreiar enn av behova til tenestemottakaren. Det går att fleire stader at det ikkje var henta inn informasjon og dokumentasjon frå andre einingar og deltenester for å sikre at det var kasta nok lys over sakene. Ein mogleg konsekvens er at fleire instansar kvar for seg greier ut behovet utan at dei ulike utgreiingane blir sedde i samanheng. Utan eit fullstendig bilete av behovet for tenester er det også vanskeleg å formulere gode målsetjingar for tilbodet, og å gi tenestemottakaren gode høve til å påverke.

«dei tilsette var usikre på kven som hadde ansvar for å utgreie, kva som skulle utgreiast, og korleis.»



«Utan målretta styring og klart definert og kjend fordeling av oppgåver, ansvar og mynde aukar risikoen for svikt.»

#### Litteratur:

- Rapport fra Helsetilsynet 3/2008
- Veileder for tilsynet [www.helstilsynet.no](http://www.helstilsynet.no)

### Utilstrekkelege tilbod?

Rapportane frå dette tilsynet gir grunn til å spørje om det mange stader i for stor grad er tilgjengelege ressursar heller enn behova brukarane har, som styrer tilbodet. Det er blant anna mange kommunar som ikkje tilbyr oppfølging ut over vanleg kontortid, og ein del kommunar har heller ikkje beredskap for å handtere akutte førespurnader om symptomforverring eller andre krisesituasjonar om kvelden, natta, i helgane og høgtidene på ein forsvarleg måte. Det er også eksempel på at tilbod frå psykiatrisk sjukepleiar om støttesamtalar blir innstilte lengre periodar i ferietida utan at det blir gitt alternativt tilbod.

### Samordna og stabil tenesteyting?

For at eit samansett tenestetilbod skal stå fram som heilskapleg, må dei ulike tenesteytarane samtale og samordne - og samarbeide når det trengs. Dess fleire ulike tilbod, organiserte i ulike einingar, regulerte av ulike lovverk og med fleire faggrupper involverte (for eksempel miljøarbeidar, burettleiar, heimehjelpar, heimesjukepleiar, psykiatrisk sjukepleiar, fastlege), dess større er krava til at det blir tilrettelagt praktisk for tilboda, og at nødvendig kommunikasjon, koordinering og samarbeid blir sikra. Utan målretta styring og klart definert og kjend fordeling av oppgåver, ansvar og mynde aukar risikoen for svikt. Konsekvensane av svikt er størst nettopp for dei tenestemottakarane som har mest omfattande behov, og som treng tenester over lang tid. Risikoen er at dei kan gå glipp av tilbod, eller at ulike tiltak trekkjer i ulik retning.

I eitt av tre tilsyn er ordningane som kommunane har for å sikre forsvarleg samordning av tenestetilbodet, funne så mangelfulle at tilsynsorganet anten har konstatert regelverksbrot (avvik) eller peikt på behov for å forbetre ordningane (merknad).

Det er eksempel på at ulike deltenester har utilstrekkeleg kunnskap om tilbod og tiltak frå dei andre deltenestene, og at det er ulike syn på korleis oppgåver skal fordelast mellom dei ulike einingane. Dermed manglar viktige føresetnader for å kunne etablere felles forståing på tvers av einingane både om kva behov brukaren har, kven som gjer kva, og om kva måla for arbeidet skal vere.

Det viser seg også i mange tilsyn at det sviktar i utvekslinga av den informasjonen som er nødvendig for å yte tenestene. I fleire kommunar har dei ulike deltenestene ikkje berre sine egne journalar, men også ulike system for å dokumentere brukaropplys-

ningar, eller ulik praksis for kva som blir vurdert som vesentleg å dokumentere og arkivere. Det er omtalt at personale ved bufellesskap har hatt avgrensa informasjon om kvar enkelt bebuar når dei skulle utforme tilbod. Det er også omtalt at heimesjukepleia ikkje har nødvendig kunnskap om tenestemottakarar som dei har delansvar for, når eininga for psykisk helsearbeid ikkje er open, dessutan at fastlegar heller ikkje får nødvendig informasjon og dokumentasjon. For å sikre at tilbodet er forsvarleg heile tida, er det nødvendig å sjå til at andre tenesteytarar som er involverte, har tilstrekkeleg kunnskap, innafor dei rammene som teieplikta set, og er i stand til å fange opp og handle når det er behov for å endre tilbod og tiltak.

### Individuell plan

Individuell plan skal sikre arbeidsmåtar som ser til at dei ulike behova tenestemottakaren har, blir sett i samanheng, at tilbodet er heilskapleg og individuelt tilpassa, og at ansvaret for å følge opp pasienten over tid er klart forankra – og nettopp førebyggjer den typen svikt som er avdekt i ein del kommunar.

I nær halvparten av kommunane har tilsynsorganet funne forbettringsområde (merknader), og i mange kommunar klare brot på regelverkskrava (avvik) om individuell plan. Tilsynet viser at det svært mange stader er eit langt stykke å gå før retten til individuell plan er innfridd og tiltaket verkar etter intensjonen. Blant funna er at ikkje alle som har rett til individuell plan, har fått eit tilbod, eller at eksisterande planar er mangelfulle, ikkje oppdaterte eller ikkje følgde opp. Vidare er det påvist at leiinga ikkje legg til rette for og styrer arbeidet, og at ho ikkje peiker ut koordinator med tilstrekkeleg ansvar og mynde til å følge opp arbeidet. Det er eksempel på at koordinatorfunksjonen blir sett på som ei frivillig oppgåve.



## Manglar ved fagleg styring i akuttmottak

«Leiinga i helseføretaket har ansvar for å sikre at daglege arbeidsoppgåver blir planlagde, organiserte, utførte og betra i samsvar med krav i helselovgevinga»

I landsomfattande tilsyn i 2007 undersøkte Helsetilsynet i fylka om pasientbehandling i 27 akuttmottak i somatiske spesialisthelsetjeneste var forsvarleg. Statens helsetilsyn har funne eit totalbilette som viser at mangelfull styring og leing pregar kvardagen i desse akuttmottaka. Etter vår vurdering gir dette til tider uforsvarleg pasientbehandling. Når det er stor pågang og mange pasientar samtidig i akuttmottaket, må pasientane ofte vente lenge på at legen skal undersøkje og diagnostisere dei. Ofte blir ventetida lang for å komme vidare til avdelinga der den medisinske behandlinga skal halde fram. I ventetida kan pasienten bli liggjande utan å få nok væsketilførsel og smertelindring, som kan føre til at sjukdommen forverrar seg, at medisinske vurderingar blir mangelfulle, eller at det blir sett i gang med feil behandling.

Leiinga i helseføretaket har ansvar for å sikre at daglege arbeidsoppgåver blir planlagde, organiserte, utførte og betra i samsvar med krav i helselovgevinga. Det er ein føresetnad at dei krava styresmaktene stiller i helselovgevinga, blir etterlevde for at mottak, prioritering, undersøking, diagnostisering, overvaking og behandling av pasientar i akuttmottak skal vere fagleg forsvarleg. Hovudmålet med dette landsomfattande tilsynet var å undersøkje om og korleis helseføretaka tek hand om ansvaret sitt. For å undersøkje dette nærare blei pasientar med uavklarte diagnoser valde som eksempel. Dette er ofte eldre pasientar med svikt i fleire organ og ulike typar symptom samtidig, som ryggsmertar, magesmerter, ørske, kvalme. På mange måtar er desse pasientane ei større utfordring for akuttmottaket, både fagleg og organisatorisk, enn for eksempel pasientar med kompliserte skadar, eller når det er mistanke om hjarteinfarkt der behandlingsgangen er fastlagt på førehand med rask overføring til relevante avdelingar i sjukehuset.

### «Når det kokar som mest, er eg uroleg for at vi kan oversjå alvorlege sjukdommar hos pasientane ...»

Når mange pasientar kjem til mottaket samtidig, kan det vere utfordrande å registrere og prioritere pasientane i rett rekkjefølgje. Leiinga har ansvar for å sjå til at verksemda har rutinar for å sikre eins praksis

når pasientane kjem inn døra til akuttmottaket, at pasientane blir fanga opp, registrerte og vurderte i prioriteringskøen, og at dei som treng medisinsk hjelp raskast, får det. Fleire av verksemdene i dette tilsynet mangla eit forsvarleg system for å registrere og prioritere pasientane når dei kjem til akuttmottaket. Blant anna fann vi at legar og sjukepleiarar ikkje hadde same meininga om kor raskt dei måtte undersøkje og diagnostisere pasienten, og dermed ikkje var einige om kven som trong medisinsk hjelp først.

I meir enn halvparten av akuttmottaka i dette tilsynet er det usikkert om pasientane får fagleg forsvarleg undersøking og diagnostisering. I mange av verksemdene fann vi eksempel på at pasientar med uavklarte tilstandar måtte vente i fleire timar på legeundersøking og diagnostisering når det var stor trafikk i akuttmottaket. Lang ventetid kan auke faren for at sjukdomstilstanden til pasienten forverrar seg, at pasienten får for lite væske, eller at han eller ho ikkje får nødvendig smertelindring og blir forvirra. Det vesentlege er at pasientane blir observerte og følgde opp mens dei ventar, at personellet har relevant kompetanse, og at føremåls-tenlege tiltak blir sette i verk i tide. I dette tilsynet fann vi at pasientane i mange tilfelle ikkje blir godt nok følgde opp i ventetida. Dersom rutinar og praksis ikkje er på plass, kan personalet komme til å oversjå alvorlege sjukdomsbilete, og pasientbehandlinga kjem ikkje i gang til rett tid.

### Robuste ordningar for å sikre kompetanse?

Forsvarleg pasientbehandling heng nøye saman med kompetanse. Personalet som skal gi helsetenester i akuttmottaket, må ha relevant og rett kompetanse til å gjere medisinskfaglege avvegingar og vurderingar som til tider kan vere komplekse.

Funn i dette tilsynet gir grunn til å uroe seg for om leiinga i verksemdene gjer nok for å styre personal- og kompetanseressursane slik at pasientbehandlinga i akuttmottaket er fagleg forsvarleg i travle periodar. I dei fleste akuttmottaka i dette tilsynet var det turnuslegar eller nye assistentlegar som gjorde dei første førebels legeundersøkingane. Når ein ny lege med varierende kompetanse og erfaring er den første legen som møter pasienten, må verksemda sikre kompetansen ved systematisk opplæring i oppgåver og rutinar, og ved å ha fleksible og robuste ordningar med låg terskel for å tilkalle meir røynde legar. Dette var ikkje på plass i fleire av verksemdene i tilsynet.

«Det er for eksempel urovekkjande at rutinar og prosedyrar for kjerneoppgåver og sentrale arbeidsprosessar er lite kjende og dermed heller ikkje følgde av personalet i mange av akuttmottaka i tilsynet»

Gjennom rutinar og innarbeidd praksis må det vere tydeleg for alle som arbeider i akuttmottaket, kven som skal tilkalle hjelp når det er behov for høgare og meir spesialisert kompetanse, og kven som skal tilkalle ekstra og nødvendig personell ved aktivitetstoppar og kvardagskriser, anten det kjem av stor pågang av pasientar eller av at det hopar seg opp med pasientar som ventar på å bli overførte til andre avdelingar i sjukehuset. I fleire av akuttmottaka hadde ikkje personalet same oppfatninga av kva situasjonar som kravde at det blei tilkalla ekstra ressursar, og kven som var ansvarleg for å tilkalle ekstra ressursar. Mykje tyder også på at terskelen for å tilkalle andre legar med meir erfaring og kompetanse er høg i fleire av akuttmottaka i dette tilsynet. I dei fleste verksemdene som er omfatta av tilsynet, ser det ikkje ut til å vere vanleg praksis å bruke dei samla faglege ressursane i helseføretaket når dette er nødvendig for å sikre at pasientane blir forsvarleg undersøkte og behandla i akuttmottaket. Dette uroar Statens helsetilsyn.

#### Leiing og styring – ein føresetnad for å sikre forsvarleg pasientbehandling

Akuttmottaket er sjølve inngangsporten til sjukehuset; dette gir særskilde utfordringar for styring og drift. Forsvarleg pasientbehandling må sikrast gjennom samhandling mellom akuttmottaket og dei andre kliniske avdelingane i sjukehuset. For eksempel er legane som yter helsetenester i akuttmottaket, vanlegvis organiserte i medisinske og kirurgiske avdelingar, og ikkje i akuttmottaket. Dette forsterkar behovet for tydelege styrings- og rapporteringslinjer.



I 24 av 27 helseføretak som er omfatta av dette tilsynet, arbeider ikkje leiinga tilstrekkeleg systematisk og målretta for å sikre forsvarleg drift og pasientbehandling i akuttmottaka, slik helselovgevinga pålegg. Det er uakseptabelt slik Statens helsetilsyn ser det.

I mange verksemdar spurde ikkje leiinga systematisk etter kva som skjer i akuttmottaka. For eksempel bruker ikkje leiinga aktivitetstal frå akuttmottaket til å overvake drifta og gjere seg opp ei meining om kva som kan vere kritiske trinn i arbeidsprosessane og oppgåveløysinga. Leiinga brukte heller ikkje systematiske oversikter over pasientstraumen og ventetider for å evaluere om medisinsk diagnose og undersøking blir gjennomført innaforsvarlege tidsrammer, og til å identifisere kritiske trinn i pasientflyt og behandlingsgang. Det er ein del av kvardagen at det i periodar oppstår flaskehalsar og hopar seg opp med pasientar i akuttmottaket. Fleire av verksemdene mangla systematisk oversikt over og vurderingar av kva konsekvensar dette kan få for forsvarleg pasientbehandling. Samla sett fører dette til at leiinga har dårleg oversikt over drifta i akuttmottaka, og at ho ikkje gjer systematiske risikovurderingar for å sikre forsvarleg planlegging og styring av medisinsk fagleg og sjukepleiefagleg bemanning i akuttmottaket. Dermed har ikkje leiinga grunnlag for å setje i gang målretta tiltak som kan rette opp forholda og redusere faren for svikt og betre pasienttryggleiken.

Tilsynet avdekte også andre manglar ved kvalitetsstyringssystema i helseføretaka. Det er for eksempel urovekkjande at rutinar og prosedyrar for kjerneoppgåver og sentrale arbeidsprosessar er lite kjende og dermed heller ikkje følgde av personalet i mange av akuttmottaka i tilsynet. Fleire av akuttmottaka har heller ikkje eit avviksbehandlingssystem som fungerer godt. Dette dreier seg om at dei tilsette har innarbeidd rutinar og innarbeidd praksis for å melde avvik knytte til aktivitets- og resultatmåla i verksemda, og om at leiinga ikkje bruker avviksmeldingane på ein systematisk måte når ho går gjennom verksemda med tanke på forbetring. Det er ikkje berre dei alvorlege pasientskadane som skal meldast eller takast opp, men også svikt i daglege rutinar og avvik frå fastsette aktivitetsmål for verksemda. For å lære av uønskte hendingar og sikre forsvarleg tenesteyting må aktiv avviksbehandling vere ei prioritert oppgåve for leiinga.

#### Litteratur:

- Rapport fra Helsetilsynet 2/2008
- Veileder for tilsynet [www.helstilsynet.no](http://www.helstilsynet.no)

## Regelmessig risikovurdering er nødvendig

**Tilsyn med helse- og sosialtenester er innretta mot område der det er risiko for svikt, og der følgjene av svikt kan vere alvorlege eller uakseptable for mottakarane. Statens helsetilsyn har i fleire år bede verksemdar som gir sosial- og helsetenester, om å bruke rapportar frå landsomfattande og lokale tilsyn som utgangspunkt for å gjennomgå og betre eigne tenester.**

Da vi oppsummerte tilsyn i 2006 med sosial- og helsetenester til barn med nedsett funksjonsevne, valde vi å omtale nokre sentrale problemstillingar. Kommunane i Hordaland blei oppmoda om å gjere ei risikovurdering av eigne tenester og sende resultatet til Fylkesmannen i Hordaland. Formålet var å få alle kommunane til å bruke oppsummeringa til å gjennomgå og førebygge svikt i eigne tenester.

Barn som treng habilitering, får tenester frå mange instansar. Tenestene må koordinerast, og det må vere eit nært samarbeid mellom mottakaren og dei aktuelle einingane. Styring av aktivitetar og prosessar er nødvendig for å unngå at tilboda blir personavhengige og tilfeldige.

Det var 29 av 33 kommunar som svarte. Kommunane vurderte tenestene i høve til problemstillingar som var omtalte i rapporten. Svara var i hovudsak i samsvar med funn ved det landsomfattande tilsynet. Ansvarsforhold var ikkje avklarte, og samarbeidsrutinar fungerte ikkje. Nokre mangla fagleg kompetanse, kapasitet på avlasting var for liten, og det var for få støttekontaktar. Enkelte kommunar var i gang med forbetningsarbeid. Fleire sette i verk tiltak for å rette opp manglar.

I ein av dei største kommunane var dette første gongen dei gjorde ei risikovurdering av habiliteringstenestene. Kor ofte dei andre kommunane har gjort slike vurderingar tidlegare, er ukjent. Vi fekk fleire spørsmål om kva risikovurdering er. Det kan tyde på manglande kunnskap om kva internkontroll inneber.

Verksemdar som yter helse- og sosialtenester, skal på eige tiltak gjere regelmessige risikovurderingar og om nødvendig setje i verk tiltak for å førebygge svikt.

Vi nådde fleire enn dei to kommunane som deltok i tilsynet. Sjølv om ansvaret for å betre tenestene ligg hos verksemdene, bør vi som tilsynsetat vurdere ulike måtar å formidle tilsynserfaringane på.



# Tvangsmulkt for første gong

**Statens helsetilsyn vedtok i september 2007 for første gong tvangsmulkt på grunn av manglande oppfølging etter pålegg om forsvarleg verksemd i helsetenesta. Vedtaket rettar seg mot Helse Vest regionalt helseføretak (RHF) som i over to år har late vere å følge pålegg om å sørge for at akutt psykisk sjuke i Helse Bergen helseføretak (HF) får forsvarlege helsetenester.**

I tillegg til å sørge for at befolkninga i regionen får tilbod om spesialisthelseteneste, har det regionale helseføretaket også ansvaret for å sjå til at helsetenestene som blir ytte, er fagleg forsvarlege. Saka er eit eksempel på at det har vore vanskeleg å få Helse Vest RHF til å ta dette ansvaret alvorleg.

Pålegget blei gitt for vedvarande overbelegg og korridorpasientar ved psykiatriske akuttpostar og korttidsavdelingar i Helse Bergen HF. Helse Vest RHF følgde ikkje opp pålegget. Det er uforsvarleg å ha korridorpasientar i psykiatriske akuttpostar og korttidsavdelingar, og det kan få skadelege følgjer for pasientane.

## «Sørge for»-ansvaret

Regionale helseføretak skal etter spesialisthelsetenestelova sørge for at befolkninga i helseregionen får tilbod om spesialisthelsetenester, og at helsetenesta som blir tilbydd eller ytt, er forsvarleg. Ansvaret inneber at RHF-et må ha ei overordna organisering og styring med helsetenestene for at dette skal skje. RHF-et må planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda si i tråd med dei krava som er stilte til det regionale helseføretaket.

*«Sørge for»-ansvaret kan delast i fire:*

### Ansvar for planlegging

RHF-et må vurdere, analysere og planleggje korleis befolkninga i helseregionen skal få tilstrekkeleg og forsvarleg helseteneste. I dette ligg mellom anna at RHF-et kjenner reglane som gjeld for helsetenesta, har oversikt over behova for og tilboda om helseteneste, og har oversikt over dei områda der det er svikt eller fare for svikt. Når ein utarbeider planar, må ein analysere om det er risiko og sårbarheit knytt til at planane blir sette ut i livet. Ein må også planleggje korleis ein skal handtere faren for svikt, og korleis ein skal handtere svikt når ein gjennomfører planane.

### Ansvar for å gjennomføre planar og tiltak

RHF-et har ansvaret for å gjennomføre egne planar og tiltak som føreset og til fastsett tid, slik at helsetenestene som blir tilbydde og ytte, er forsvarlege.

### Ansvar for evaluering

RHF-et må evaluere om planane og tiltaka blir følgde, kva effekt dei har, og om gjennomføringa har ført til fare for svikt, eller om ho har ført til svikt som må handterast for at føretaket skal kunne ha eit forsvarleg tenestetilbod. Dette inneber mellom anna at RHF-et på eige initiativ må hente inn styringsinformasjon.

### Ansvar for korrigerering

RHF-et har ansvaret for å korrigere uforsvarlege forhold. Plikta til å reagere, korrigere og rette opp uforsvarlege forhold utgjør også kjernen i kravet om å vere forsvarleg. RHF-et må også sikre at dei korrigerande tiltaka har tilstrekkeleg effekt slik at dei uforsvarlege forholda opphøyrer, og at vidare korrigerande tiltak blir sette i verk dersom det er nødvendig.

Statens helsetilsyn fann at Helse Vest RHF ikkje skjøtta «sørge for»-ansvaret trass i at vi gav pålegg om dette 9. mars 2005. Samtidig som det framleis var gjennomgåande og vedvarande overbelegg og korridorpasientar ved psykiatriske akuttpostar og korttidsavdelingar i Helse Bergen HF, dokumenterte ikkje Helse Vest RHF at dei evaluerte planane sjølvstendig. I månadsrapportane som Helse Vest

## Blod – trygt å gi, trygt å få

**Statens helsetilsyn skal i tråd med blodforskrifta undersøkje om helseføretaka gjennom internkontrollen og kvalitetsstyringssystemet sikrar dei aktivitetane som er nødvendige for å gi eit høgt nivå for vern av blodgivarar og blodmottakarar.**

Hovudmerksemda i 2008 og 2009 er retta mot

- å sikre identitet i alle ledd frå blodgivar til pasient
- å hindre smitteoverføring
- å sikre blod av rett kvalitet, til rett pasient
- temperaturkontroll under lagring og transport av blod og blodkomponentar.

### Litteratur:

Vedtak om tvangsmulkt som følge av manglende oppfyllelse av pålegg om å sørge for forsvarlig helseteneste – Helse Vest RHF. Brev fra Statens helsetilsyn til Helse Vest RHF 28. september 2007  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

RHF var forplikta til å gi, kom det ikkje fram vurderingar av om tiltaka var gjennomførte, eller om desse hadde effekt. Helse Vest RHF kunne heller ikkje vise at dei hadde vurdert eller sett i verk korrigerande tiltak for å sørgje for at helsetenesta blei forsvarleg.

## Tvangsmulkt

Tvangsmulkt er eit tvangsmiddel som kan brukast for å tvinge gjennom eit pålegg. Dersom ein ikkje har oppfylt pålegget innan ei fastsett tid, må ein betale eit pengebeløp. Føremålet med tvangsmulkt er ikkje å straffe, men å tvinge adressaten til å innrette seg lovleg. Tvangsmulkt verkar etter føremålet dersom pålegget om å innrette seg lovleg blir følgt innan fristen, slik at det ikkje blir nødvendig å effektuere mulkta. Ein kan med andre ord unngå tvangsmulkt ved å følgje pålegga.

Statens helsetilsyn kan etter spesialisthelsetenestelova i pålegg fastsetje tvangsmulkt for kvar dag, veke eller månad som går frå fristen er nådd, til pålegget er oppfylt. Tvangsmulkt kan også fastsetjast som eingongsmulkt.

I vedtaket vårt om tvangsmulkt til Helse Vest RHF blei fristen for å oppfylle pålegget sett til 1. oktober 2007. Vedtaket gjekk ut på at Helse Vest RHF må betale kr 600 000,- kvar månad dersom pålegget ikkje blir oppfylt innan fristen. Helse Vest RHF må både sørgje for at det ikkje lenger er korridorpasientar i psykiatriske akuttpostar og korttidsavdelingar i Helse Bergen HF, og dokumentere at RHF-et skjøttar «sørgje for»-ansvaret sitt.

## Verkar det?

Somme hevdar at det å gi tvangsmulkt til ei helse-teneste som allereie er ressursknapp, kan føre til at helsetenesta blir dårlegare. Det kan også hevdast at tvangsmulkt kan heve konfliktnivået og kome i vege for rettleiing som helsetenesta kanskje har meir bruk for.

På den andre sida kan ein sjå tvangsmulkt som eit nødvendig tvangsmiddel for å sikre at befolkninga får forsvarlege helsetenester. Tvangsmulkt kan berre nyttast i tilfelle der tilstanden er ulovleg og uforsvarleg og kan få skadelege følgjer for pasientane. Det vil i tillegg berre vere aktuelt å gjere vedtak om tvangsmulkt dersom helsetenesta ikkje rettar seg etter pålegg frå Statens helsetilsyn. Til slutt må ein sjå på det høvet som Statens helsetilsyn har til å gi tvangsmulkt, i samheng med høvet som andre kontrollorgan har til å bruke dette tvangsmiddelet. Verksemdene i helsevesenet må sjå det som like viktig å følgje helselovgivinga som å følgje dei krava som anna lovgiving stiller.

I skrivande stund vurderer Statens helsetilsyn om Helse Vest RHF har retta seg etter vedtaket om tvangsmulkt. Dette avgjer om ein skal effektuere tvangsmulkta, eller om vedtaket skal opphøyre. Helse Vest RHF har til no rapportert at det ikkje har vore korridorpasientar i psykiatriske akuttpostar/korttidsavdelingar i Helse Bergen HF etter fristen den 1. oktober 2007. Dersom Helse Vest RHF også dokumenterer at «sørgje for»-ansvaret blir følgt, kan det sjå ut til at tvangsmiddelet tvangsmulkt faktisk verkar.

For å handtere desse faglege aktivitetane på ein sikker måte er det nødvendig med systematisk leiing, organisering og styring. I denne samanhengen er det vesentleg at blodbanken har god kommunikasjon og samhandling med andre avdelingar og helseføretak.

Andre viktige forhold er styring av kompetanse, retningslinjer, prosedyrar, avvikshandteringssystem og interne revisjonar. I tillegg er det krav om at leiinga er kjend med og følgjer opp faglege driftsresultat.

Blodforskrifta blei endra 1. januar 2007. Ho er utforma med bakgrunn i EU-direk-

tiv og pålegg Statens helsetilsyn å føre tilsyn med alle blodbankane i landet annakvart år. For å førebu dette tilsynet og gjere det mest mogleg føremålstenleg har Statens helsetilsyn i 2007 hatt fleire møte med fagmiljøa der vi har sett på tilgjengeleg kunnskap om kva aktivitetar som oftast er utsette for svikt. I Helsetilsynet ønskjer vi å vere opptekne av dei forholda som er mest risikofylte for givarar og mottakarar av blod og blodkomponentar. Reglane i blodforskrifta er detaljerte både fagleg og når det gjeld styring og kvalitetssikring. Det gjer det mogleg å bruke ulike tilnærmingar og metodar for tilsyn.

Tilsynet i 2008 blir gjennomførte ved å granske dokument som blodbankane skal ha i tråd med forskrifta. Eventuelle tilsynsbesøk med synfaringar og stikkprøver blir gjennomført i dei tilfella der det blir vurdert at det er nødvendig. Denne tilnærminga blir heile tida evaluert, og ho blir justert dersom det er nødvendig.

I 2008 skal det førast tilsyn med blodbankar ved ca halvparten av helseføretaka. Resten av blodbankane får tilsyn i 2009. Etter avslutta tilsyn blir det laga ein nasjonal oppsummeringsrapport.



## «Mind the gap»

### «Kontinuitetsavbrot (gaps) er ei sentral utfordring i helse-tenesta»

**Pasientar, ordinasjonar, rekvisisjonar, legemiddel og helsepersonell kryssar grenser – mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, mellom ansvarsområde, mellom ulike arbeidskift, og dei flyt gjennom hierarki og avdelingar. Kontinuitetsavbrot kan føre til at helsepersonellet mistar oversikta. Dette kan få uheldige følgjer for pasientane ved at informasjon kan gå tapt og ansvaret tilsynelatande blir pulverisert.**

- Eit nyfødd barn produserte mykje slim etter fødselen. Jordmora kontakta barnelegen, som gav telefonisk råd om at barnet burde sugast i magesekken. Anestesilegen blei kontakta for suging, men han klarte ikkje å kome skikkeleg ned med sonden. Han rapporterte tilbake til jordmora, men det var ingen kommunikasjon mellom barnelegen og anestesilegen om symptoma til barnet. Tilstanden til barnet blei verre, og etter tolv timar gjorde ein ei nærare undersøking. Det blei påvist ei forsnevring i matrøret med ein fistel til luftrøret, og barnet blei operert for tilstanden.
- Ein middelaldrande mann fekk fjerna galleblæra ved kikholskirurgi. Inngrepet var ukomplisert, men den postoperative perioden vart forlenga. Tilstanden blei først oppfatta som ei bløding i bukveggen med påfølgjande infeksjon. Operatøren som var vikar, skreiv ikkje ned vurderingane sine, og rapporterte heller ikkje om problemet da ho avslutta vikariatet. Påtroppande lege observerte tilstanden over nokre dagar mens pasienten gradvis blei verre. Ein ny operasjon seinare viste gallelekkasje og bukhinnebetennelse.
- Ein 70 år gammal pasient fekk gjennom 30 år behandling med litium for ei manisk-depressiv lidning. Ho var innlagd på kirurgisk avdeling for eit mindre inngrep, men den postoperative perioden vart av uklare årsaker komplisert. Ho blei utskriven til sjukeheim med svekt allmenntilstand, noko ustø og gløymisk. Fire veker etter operasjonen blei ho lagd inn att for sårrevisjon, og ho blei behandla med antibiotika (medrekna Flagyl, som potenserer verknaden av litium). Ho fekk heile tida litium i vanleg dose trass i at ho i periodar hadde lågt inntak av mat. Journalen viser ingen refleksjonar over den gradvis svekte allmenntilstanden. Ho blei lagd inn att sju veker etter operasjonen med nyresvikt på grunn av litiumforgifting, og døyde etter tre veker.

• Ein 50 år gammal pasient blei innlagd før ei helg på medisinsk avdeling med akutte magesmerter. Gastroskopi gav mistanke om brokk i matrøret. Ein bestilte røntgen som ikkje blei teken før etter helga. Røntgen viste stort matrørsbrokk med halve magesekken i brystkassa. Pasienten var heile tida prega av kvalme og smerter. Dagen etter granska ein radiolog bileta, som også blei sedde av ein studentvikar, men ansvarleg lege oppfatta ikkje funnet før fem dagar etter at mannen blei innlagd. Kirurgisk avdeling blei kontakta, og kirurgen som var sommarvikar, undersøkte pasienten og viste henne vidare til operasjon. På grunn av forstyrringar i væske- og saltbalansen ønskte anestesilegen å utsetje operasjonen. Blodprøvane dagen etter viste betre verdiar, men operasjonen blei framleis utsett for å korrigerer blodverdiene vidare. Dei fire involverte avdelingane drøfta aldri i fellesskap situasjonen til pasienten. Neste dag forverra tilstanden seg, og pasienten fekk respirasjons- og sirkulasjonsstans.

Dei sjukehistoriene vi refererer til her, viser utfordringane som er knytte til *samhandlinga* mellom ulike avdelingar og personar i ein akutt situasjon, *kommunikasjonen* mellom aktørane når behandlinga tek tid, og kor viktig det er å stoppe opp og samle informasjon frå ulike kjelder og sjå kritisk på den første diagnosen som blir stilt.



«Aukande spesialisering og større mobilitet blant helsepersonellet stiller større krav til leiinga om å kompensere for risikofylte situasjonar»

Kontinuitetsavbrot (gaps) er ei sentral utfordring i helsetenesta. Årsaka til det er måten helsetenesta er organisert på, med ulike ansvarsnivå, auka spesialisering og oppdeling av helsehjelpa både i tid og rom. Slike kontinuitetsavbrot ser ein til dømes når pasientar blir flytta frå ei behandlingseining til ei anna, ved byte av behandlingsansvarleg personell, ved overføring av informasjon (skriftleg til munnleg), rapportering ved vaktskifte, eller avbrot i arbeidsprosessen på grunn av hendingar som skjer samtidig.

Helsetenester er stort sett organiserte som lagarbeid, men utan at ein finn att lagorganiseringa på tvers av ansvarsområde. Formalisert eller uformelt lagarbeid skaper utfordringar knytte til ei felles forståing av ansvarsfordeling og prosedyrar for arbeidet. Desse må også vere kjende og aksepterte. Sjølvstendet til profesjonane eller personane må vike for felles mål.

Når pasientar blir viste vidare frå primær- til spesialisthelsetenesta, utgjer dette viktige kontinuitetsbrot. Der er derfor særleg viktig at informasjonen følgjer med pasienten ved desse overføringane:

tilvisingsskriv, journalutskrifter og epikriser. Diskusjonen om elektroniske journalar og samhandling mellom aktørane viser kor viktig det er å ha effektive informasjonssystem.

Ein meir ustabil arbeidsmarknad med aukande bruk av vikarar og skifte av personell skaper ekstra utfordringar for dei som skal sikre robuste system som gir kontinuitet og oversikt over sjukdomsutviklinga til pasienten. Aukande spesialisering og større mobilitet blant helsepersonellet stiller større krav til leiinga om å kompensere for risikofylte situasjonar. Dette inneber både å setje i verk tiltak for å avdekkje område der det er risiko for svikt, å setje i verk tiltak for å førebyggje svikt og å avdekkje svikt dersom det likevel oppstår, og å setje i verk tiltak for å avgrense skadar på pasientar. Det er ei utfordring for dei som planlegg og leier helsetenester, å erkjenne at tenesta er full av slike kontinuitetsbrot, og å etablere system som veg opp for desse.





## Barn og unge med psykiske problem – kva treng dei, og kva får dei?

«Tilsyns-  
erfaringar  
tyder på at  
mange  
kommunar  
har prioritert  
å byggje  
opp og utvi-  
kle tilbodet  
til vaksne  
med  
psykiske  
lidingar,  
mens  
tenestetil-  
bodet til  
barn og  
unge ikkje  
er rusta opp  
i same grad»

**Verken kommunane eller spesialisthelsetenesta yter tenester i tilstrekkeleg omfang eller med forsvarleg kvalitet til barn og unge med psykiske problem.**

Rapporten *Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport fra Helsetilsynet 8/2007) byggjer på tilsynserfaringar og kunnskap frå nyare forskings- og evalueringslitteratur. På fleire område meiner Statens helsetilsyn at det bør setjast inn ressursar, kompetanse og tiltak for å betre tilbodet til både barn, unge og vaksne med psykiske lidingar.

I denne artikkelen har vi valt å trekkje fram nokre utfordringar som helseføretak og kommunar etter vårt syn må gripe fatt i. Både kvar for seg og saman må helse-, sosial- og barneverntenestene vere med på å sikre at samfunnet tek vare på barn og unge med psykiske problem på ein forsvarleg måte.

Tilsynserfaringar tyder på at mange kommunar har prioritert å byggje opp og utvikle tilbodet til vaksne med psykiske lidingar, mens tenestetilbodet til barn og unge ikkje er rusta opp i same grad. Ulike deltenester kan ha blitt styrkt ressursmessig, men utan at kompetansen samtidig er styrkt, og utan at det er gjort nødvendige organisatoriske grep for å etablere det tenesteneitverket som trengst for å møte dei behova barn og unge har.

Vi ser derfor at mange kommunar ikkje greier å gi eit tilbod til dei barna og ungdommane som allereie har utvikla alvorlege psykiske problem. Eit tilstrekkeleg og forsvarleg tilbod fordrar ikkje berre god flyt av informasjon, men aktiv samhandling mellom ulike instansar som skole, helsestasjon, psykisk helsearbeid, barnevern, fastlege og spesialisthelsetenesta. Dersom ansvar og oppgåver er uklart fordelte mellom dei ulike instansane og aktørane, blir tilbodet oppstykket og i verste fall mangelfullt. Blant anna er det observert at det kan vere vanskeleg å få trekt barnevern og skole inn i samarbeidet med helsetenesta, og at fastlegar i for liten grad er involverte i å identifisere, koordinere og følgje opp barn og unge med psykiske problem.

Erfaringane våre er at barn av rusmisbrukarar og barn med psykiske sjuke foreldre er grupper som får eit mangelfullt tilbod, og spesielt dersom dei har foreldre med ikkje-norsk etnisk bakgrunn. Barn og unge med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske problem er også trekte fram som ei gruppe som ikkje får eit forsvarleg tilbod. Det kjem også

fram uro for at barnevernet har ansvaret for barn og unge som det ikkje er plass til i spesialisthelsetenesta, men utan at dei kan tilby fagleg forsvarlege tilbod i form av nødvendige terapeutiske tilbod og oppfølging.

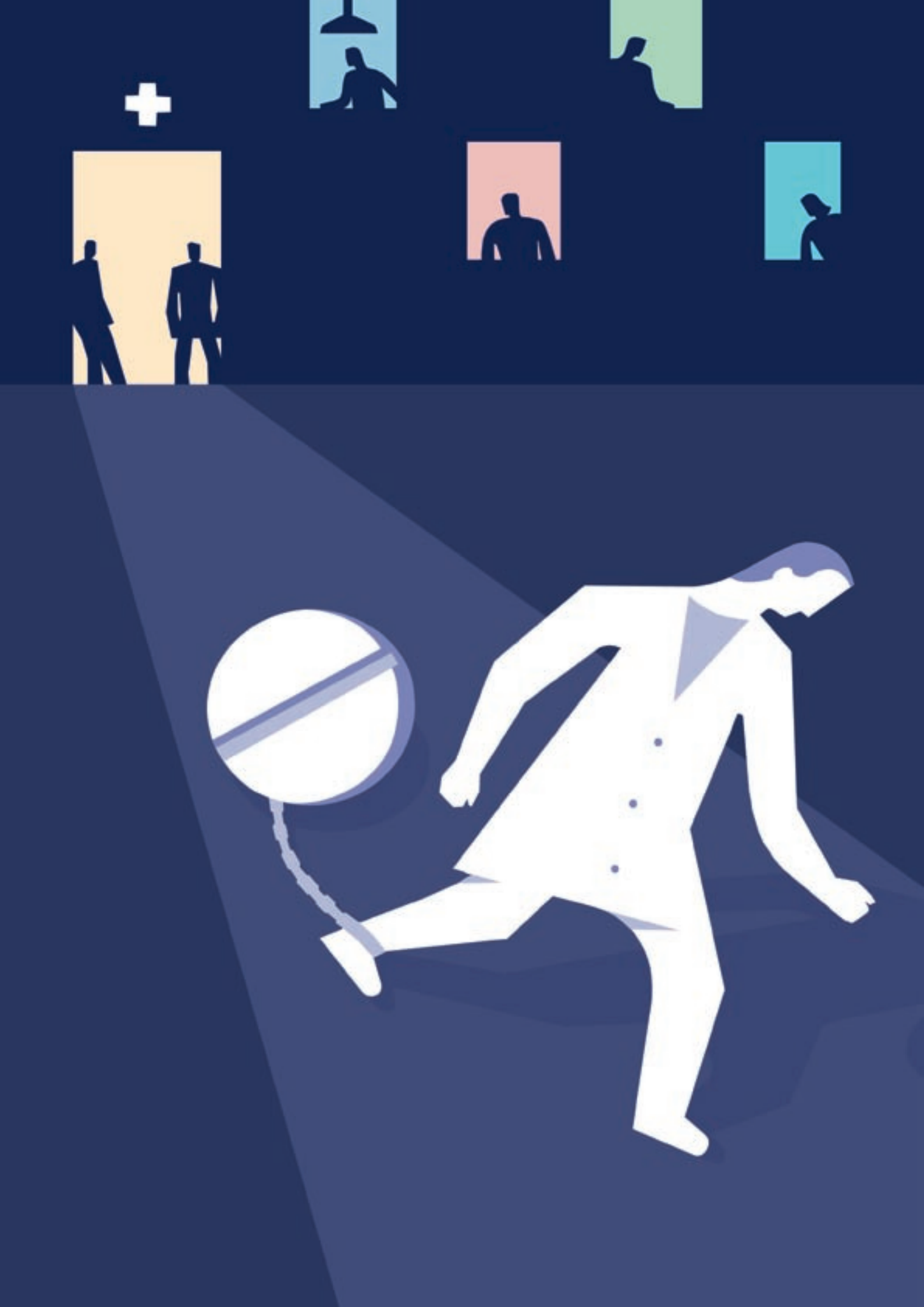
Det ser ut til å vere betydelege geografiske variasjonar i tilbodet frå spesialisthelsetenesta, med barne- og ungdomspsykiatriske avdelingar og poliklinikkar. Mange stader er det lange og aukande ventetider. Det er også dokumentert i forskning at fagfolk er ueinige om kva som er forsvarleg ventetid. Dei seinare åra har talet på tilvisingar for barn og unge med åtferdsvanskar og ADHD auka dramatisk. Ein konsekvens er at andre grupper kan få for lite hjelp, eller at hjelpa kjem for seint.

Det er eksempel på at eksisterande sengekapasitet ikkje er utnytta, og at fleire institusjonar berre tilbyr akuttinnleggingar. Somme område av landet har ikkje utgreiingskapasitet på døgnbasis.

Kapasitet heng nøye saman med tilgangen på rett kompetanse. I delar av landet er det vanskeleg å rekruttere legespesialistar, men noko lettare å rekruttere psykologar. Konsekvensen av manglande kompetanse kan bli at arbeidet blir for lite målretta, at utgreiinga ikkje er god nok, og at det ikkje blir laga planar som pasient og føresette har tilgang til. Ein kan også spørje om institusjonar og poliklinikkar med berre høgskoleutdanna personell kan reknast som spesialisthelseteneste.

Liten kapasitet og mangel på kompetanse i barne- og ungdomspsykiatrien får konsekvensar for samhandlinga med helsestasjon, lege og barnevern, og for rettleiing om og oppfølging av kvart enkelt barn. Ulikskapar i lovverk, roller, kva det er mogleg å gjere, og i fagterminologi mellom spesialisthelsetenesta og dei ulike kommunale einingane gir også utfordringar for samarbeidet.

Statens helsetilsyn meiner at det bør vurderast om verkemidla i Opptappingsplanen for psykisk helse har god nok effekt til å sikre nødvendig kompetanse i alle ledd, og stiller spørsmål om det er behov for å kommunisere meir tydeleg kva som er dei faglege krava til tenestene, medrekna krav til samarbeid.



# Hendingsbaserte tilsynssaker

**Eit grunnleggjande krav til helsepersonell som yter helsehjelp, er at hjelpa deira skal halde ein viss standard. I lovene viser dette seg i kravet om at verksemda skal vere fagleg forsvarleg. Kravet er uttrykt i helsepersonellova § 4. Tilsvarende krav gjeld overfor helsetenesta. For spesialisthelsetenesta kjem dette fram i spesialisthelsetenestelova § 2–2. For primærhelsetenesta følgjer kravet om forsvarleg verksemd av kommunehelsetenestelova § 6–3.**

**Tabell 1 Tal på reaksjonar og saker avslutta utan reaksjon fordelte på åra frå 2002 til 2007**

	Reaksjon	Ingen reaksjon
2002	103	71
2003	125	55
2004	148	101
2005	168	87
2006	184	76
2007	183	95

Statens helsetilsyn får årleg fleire saker som spring ut av hendingar (tabell 1). Vi vurderer desse sakene med tanke på om reglar i helsepersonellova, spesialisthelsetenestelova, kommunehelsetenestelova m.m. er brotne.

Formålet med helsepersonellova er å sikre tryggleik for pasientar, kvalitet i helsetenesta og tillit til helsepersonell og helseteneste. Formålet med spesialisthelsetenestelova og kommunehelsetenestelova er blant anna å sikre kvaliteten på tenestetilbodet.

Helsetilsynet i fylka behandlar først alle hendingar og tek stilling til om kravet til forsvarleg verksemd er oppfylt. Der dei meiner at kravet er brote, påpeiker dei dette i ei skriftleg avgjerd til helsepersonellet eller helsetenesta. Dei fleste sakene blir avslutta med at dei påpeiker pliktbrotet utan å reagere formelt, samtidig som at dei gir rettleiing i korleis helsepersonellet burde ha handla. Når Helsetilsynet i fylka meiner at helsepersonell har brote kravet på ein slik måte at det kan vere aktuelt å gi reaksjonar, blir saka send over til Statens helsetilsyn, som kan gi følgjande reaksjonar til helsepersonell (helsepersonellova §§ 56–66):

- åtvaring
- tilbakekall eller avgrensing av autorisasjon og lisens
- tilbakekall av spesialistgodkjenning
- tilbakekall eller avgrensing av retten til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B
- suspensjon (mellombels oppheving) av autorisasjon eller retten til å rekvirere legemiddel.

Tilbakekall eller avgrensing av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning kan som hovudregel berre skje dersom innehavarane er ueigna til å utøve yrket sitt på ein forsvarleg måte. Tilbakekall av rekvireringsretten kan skje når rekvireringa har vore uforsvarleg. Ein autorisasjon, lisens og rekvireringsrett kan dessutan bli suspendert inntil saka er endeleg avgjort dersom det er grunn til å tru at vilkåra for tilbakekall er til stades og det samtidig blir vurdert at helsepersonellet kan vere til fare for tryggleiken i helsetenesta, jf. § 57.

Domstolane set høge krav for å ta autorisasjonen frå helsepersonell berre på grunn av fagleg uforsvarleg verksemd. Slikt tap skjer derfor sjeldan, sett bort frå i tilfelle der den fagleg uforsvarlege verksemda kjem av at helsepersonell har blanda saman private og profesjonelle relasjonar. Som regel kjem tap av autorisasjonen av eigen sjukdom, kriminell åtferd, legemiddelmisbruk eller seksuell utnytting av pasientar (sjå tabell 3).

**Tabell 2 Reaksjonar frå Statens helsetilsyn mot helsepersonell 2007 – tal for 2006 i parentes**

	Åtvaring	Tap av autorisasjon	Tap av rekvireringsrett	Avgrensa autorisasjon	Tap av spesialistgodkjenning
Lege	54 (51)	22 (21)	5 (2)	0 (5)	0 (1)
Tannlege	3 (4)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	
Psykolog	3 (2)	2 (4)		0 (0)	
Sjuepleiar	6 (8)	28 (24)		3 (1)	
Hjelpepleiar	1 (2)	13 (11)		0 (1)	
Vernepleiar	1 (0)	1 (2)		0 (1)	
Jordmor	1 (0)	0 (0)		0 (0)	
Fysioterapeut	5 (1)	0 (0)		0 (0)	
Andre grupper	2 (3)	3 (6)		0 (0)	
Ikkje autoriserte	1 (1)				
<b>Totalt</b>	<b>77 (72)</b>	<b>70 (71)</b>	<b>5 (2)</b>	<b>3 (8)</b>	<b>0 (1)</b>

**Tabell 3 Årsaker til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe 2007 – tal for 2006 i parentes**

	Sjukepleiar	Hjelpepleiar	Lege	Andre	Sum
Rus	17 (19)	5 (3)	4 (7)	2 (5)	28 (34)
Sjukdom	0 (1)	0 (0)	1 (3)	0 (1)	1 (5)
Seksuell utnytting av pasient	2 (0)	1 (3)	3 (0)	1 (2)	7 (5)
Åtferd	4 (2)	7 (5)	4 (3)	2 (4)	17 (14)
Uforsvarleg verksemd	0 (1)	0 (0)	2 (3)	1 (1)	3 (5)
Ikkje innretta seg etter åtvaring	0 (0)	0 (0)	5 (2)	1 (1)	6 (3)
Mista i utlandet	5 (1)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	7 (4)
Anna	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (1)	1 (1)
Sum	28 (24)	13 (11)	22 (21)	7 (15)	70 (71)

Årleg er det likevel fleire titals helsearbeidarar som får åtvaringar for å ha brote kravet om fagleg forsvarleg verksemd. Åtvaring inneber at handlemåten eller praksisen er ulovleg, og er ei særleg oppfordring til vedkommande om å betre seg.

Dersom verksemda innafor spesialisthelsetenesta blir driven på ein måte som kan få skadelege følgjer for pasientar eller andre, eller dersom ho på annan måte er uheldig eller uforsvarleg, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholda. Dersom forholda likevel ikkje blir retta, kan Statens helsetilsyn fastsetje tvangsmulkt etter at fristen som er sett for å oppfylle pålegget, er gått ut (sjå s. 12). Statens helsetilsyn har ikkje tilsvarande verkemiddel overfor kommunar.

## Nokre saker om uforsvarleg verksemd i 2007

### Åtvaring for uforsvarleg verksemd

Ein pasient kontakta legevakta og gjorde greie for sterke smerter i rygg og mage. Ved første kontakt blei det opplyst at pasienten hadde ete fisk og hadde blitt dårleg etter dette. Da pasienten kom til legevakta, blei han undersøkt. Det går ikkje fram av journalen at buken blei undersøkt. Det blei heller ikkje journalført at pasienten opplyste at han relativt nyleg hadde vore gjennom akutt kirurgi for rumpert aortaneurisme, det vil seie ein større operasjon i bukhol. Etter ein halv times observasjonstid ved legevakta blei pasienten send heim. Det blei konkludert med at fiskemåltidet hadde løyst ut symptoma. Fire dagar seinare kontakta pårørande legevakta på nytt, og den same legen var på vakt. Pårørande fekk råd om å kontakte fastlegen for pasienten neste dag. Fastlegen sytte for å leggje inn pasienten augeblikkeleg på sjukehus på nytt, og det blei påvist blod i bukhol og lekkasje frå den tidlegare opererte aorta.

Hovudfunksjonen for ein legevaktlege er å prioritere mellom pasientar som treng augeblikkeleg oppføl-

ging, og pasientar som kan vente. Statens helsetilsyn vurderte i denne saka derfor om det var forsvarleg av legen å ikkje undersøkje nærare den informasjonen han fekk om tidlegare operasjon, og om det var forsvarleg å ikkje tilvise pasienten til sjukehus. Vi fann at det var uforsvarleg at legen ikkje gjorde noko for å redusere risikoen for alvorleg sjukdom. Da han undersøkte magen, burde han ha observert operasjonsarret, og han burde ha innhenta informasjon om operasjonen. Med dei opplysningane legen hadde, burde pasienten ha vore lagd inn på sjukehus ved første kontakt. Det var klart aktaust at dette ikkje skjedde, og det oppstod ein farleg situasjon for pasienten. Legen fekk ei åtvaring.

### Åtvaring for uforsvarleg rekvirering av legemiddel

Ein pasient var utskreven frå LAR på grunn av misbruk av opioid og benzodiazepin, fusing med urinprøver, og på grunn av mistanke om at pasienten omsette heroin. Pasienten oppsøkte legen og uttrykte at han var motivert for å bli teken inn i LAR igjen. Ved første konsultasjon føreskreiv legen Temgesic til pasienten. Fordi pasienten tidlegare hadde hatt problem knytte til bruk av dette legemiddelet, føreskreiv legen ved neste konsultasjon, to veker seinare, Dolcontin-tablettar. Ved neste konsultasjon ca. ein måned seinare føreskreiv legen i tillegg morfin til injeksjon. Seinare føreskreiv han både morfin og Petidin og seinare berre Petidin. Dolcontin-tablettane blei skrivne ut for ein måned av gongen, og dei fleste reseptane blei sende per post. På eit halvt år hadde legen seks konsultasjonar med pasienten.

Statens helsetilsyn sa at pasientar som er avhengige av opioid, kan stabiliserast og trappast ned utafør godkjent tiltak dersom dette kan gjennomførast på ein forsvarleg måte (jf. rundskriv frå Statens helsetilsyn IK-15/2000 og IK-2755). Retningslinjene skal medverke til at føreskrivinga av vanedannande legemiddel til pasientar ikkje skal føre til eller halde ved lag vanebrauk av slike legemiddel, og redusere



«Åtvaring inneber at handlemåten eller praksisen er ulovleg, og er ei særleg oppfordring til vedkommande om å betre seg»

risikoen for overdose. Statens helsetilsyn la til grunn at Dolcontin ikkje er eit legemiddel som er tilrådd å bruke som substitusjon i tilfelle der pasienten er avhengig av opioid. Det gjeld i enda sterkare grad for opioid til injeksjon og morfintablettar. Grunngevinga er at legemiddelet har kort verketid, og at det verkar sterkt dempende på respirasjonssenteret. Ustabilt serumnivå fører til fare for rusing og dermed fare for at pasienten tek overdose. Utstrekkeleg serumnivå inneber ein risiko for illegalt misbruk på grunn av manglande demping på opioidsuget. Substitusjonsbehandling må dessutan gjennomførast ved kontrollert inntak av legemiddelt for å sikre seg mot at pasienten sel det. Statens helsetilsyn fann at behandlinga tilsa at pasienten skulle ha vore følgt opp mykje tettare. Det gjekk tre månader mellom to konsultasjonar, og det blei ikkje utført tilfredsstillande prøvetaking, sjølv om legen hadde opplysningar om at pasienten hadde hatt fleire tilfelle med sprekk på benzodiazepin, heroin og amfetamin. Statens helsetilsyn gav legen åtvaring for å ha brote krav til forsvarleg føreskriving og oppfølging av pasienten.

#### **Åtvaring for uforsvarleg verksemd**

Ein sjukepleiar tilsett i ein klinikk som blant anna utførte hårfjerning ved å bruke laser, tilbød ein kunde å fjerne augehår. Behandlinga blei utført utan å verne auga, og kunden fekk alvorlege augeskadar. Saksbehandlinga avdekte at sjukepleiaren hadde fått mangelfull opplæring både i å bruke verneutstyr og i forsvarleg bruk av diodelaser for å fjerne hår nær auge. Sjukepleiaren måtte likevel forstå at ho utan tilstrekkeleg fagkunnskap brukte eit laserinstrument som verka kraftig, og at dette kunne vere risikofyllt i nærleiken av auge. Statens helsetilsyn konkluderte at sjukepleiaren hadde handla fagleg uforsvarleg, og la vekt på at helsepersonell pliktar å innrette seg etter dei faglege kvalifikasjonane sine. Sjukepleiaren fekk ei åtvaring.

#### **Tilbakekall av autorisasjon for uforsvarleg verksemd og grov mangel på fagleg innsikt**

Pasienten gjekk til behandling hos fastlege blant anna for psykiske plager i form av svevnvanskar, angst og uro. Fastlegen innleidde eit privat og seksuelt forhold til pasienten, som ho over tid hadde hatt til behandling. Dei flytta saman i legebustaden og var sambuarar i nokre veker.

Statens helsetilsyn uttalte at det må ventast at ein som lege er i stand til å skilje klart mellom behandlarrelasjonar og private relasjonar. Legar må også kunne skilje mellom verdien av å vise pasientar nærleik, støtte og omsorg, og det å bruke behandlingsrelasjonen til å tilfredsstille dei sosiale og/eller seksuelle behova som pasienten og/eller terapeuten har. Ein lege må vere merksam på at pasienten er i ein situasjon der ein ventar eller føreset at pasienten avdekkjer sider av seg sjølv som vanlegvis er skjulte for innsyn frå andre. Dette skaper ei spesiell form for sårbarheit og

binding som ein som lege ikkje må gjere seg nytte av til egne personlege formål. Statens helsetilsyn peikte på at det å etablere eit nært personleg forhold til behandlaren sin, kan for pasienten verke som ei nærliggjande og naturleg løysing på mange av dei problema og ønska pasienten har. Ein lege må likevel respektere at pasienten i mange tilfelle ikkje har den vanlege dømmekrafta si. Statens helsetilsyn fann at legen blanda private og profesjonelle roller. Handlingar vitnar om grov mangel på fagleg innsikt. Statens helsetilsyn vurderer det å etablere nære personlege relasjonar mellom lege og pasient som misbruk av den nødvendige tilliten som må ligge til grunn for behandling, det vil seie som åtfærd som ikkje kan sameinast med verksemda som lege. Legen hadde manglande grenser mellom profesjonelle og private relasjonar. Statens helsetilsyn fann at dette var eigna til å svekkje den tilliten allmenta har til helsetenesta. Legeautorisasjonen blei tilbakekalla.

#### **Nokre saker om åtfærd som ikkje let seg sameine med å utøve yrket i 2007**

Reglane i helsepersonellova er retta mot yrkesgrupper som er avhengige av særleg tillit, og som derfor må ha offentleg løyve. Helsepersonellova gir derfor høve til å kalle tilbake ein autorisasjon på grunn av alvorleg kritikkverdig åtfærd som ikkje er knytt til sjølve yrkesutøvinga (helsepersonellova § 57). Den åtfærd helsepersonellova § 57 rettar seg mot, er ofte straffbare handlingar. Det følgjer av helsepersonellova at føremålet med lovregelen er å sikre at helsepersonell ikkje i framtida påfører pasientar skade eller krenkjer det tillitsforholdet som må vere mellom allmenta og den aktuelle helsepersonellgruppa. Å bli dømd for straffbare handlingar er i seg sjølv eigna til å svekkje den allmenne tilliten til helsepersonell.

#### **Tilbakekall av autorisasjon for økonomisk utruskap overfor trygda**

I fem år sende ein lege krav om refusjon til trygdeattesten for konsultasjonar som ikkje hadde funne stad. Legen førte trygdeattesten bak lyset og fekk etaten til å utbetale 742 500 kroner meir i refusjon til legen enn det han hadde krav på. Han brukte taksten for konsultasjon, sjølv om kontakt med pasienten skjedde via telefon og arbeidet vart gjort heime. Han vedgjekk straffeskyld for grovt aktlaust bedrageri og blei dømd for dette.

Legar er i kraft av autorisasjonen gitt særlege rettar knytte til å forvalte trygdemidlar. Bakgrunnen for ordninga i dag er å forenkle refusjonssystemet både for legen sjølv, pasientar og trygda. Det grovt aktlause bedrageriet legen gjorde seg skyldig i, blei sett på som åtfærd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga og svekte den nødvendige tilliten i ein slik grad at vilkåra for å kalle tilbake autorisasjonen var oppfylte. Vi fann dessutan at bedrageriet legen var

## Leiaransvaret for å etablere system – hendingsbaserte tilsynssaker



Dersom den enkelte helsearbeidaren ikkje kan lastast for at ein pasient blir skadelidande, for eksempel fordi dei rutinane som er etablerte, er uforsvarlege, kan likevel norma for forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenestelova § 2–2 eller kommunehelsetenestelova § 6–3 vere broten. Leiinga må etablere system som i størst mogleg grad sikrar at menneskeleg svikt ikkje skjer. Det følgjer av plikta til

å ha internkontroll og helsepersonellova §16 at ei verksemd som yter helsehjelp, skal organiserast slik at helsepersonellet blir i stand til å oppfylle dei lovpålagde pliktene sine. Dersom svikt først skjer, bør systemet fange dette opp for å avgrense skadeverknadene og for å unngå at tilsvarande feil skjer igjen (jf. § 4 g i internkontrollforskrifta).

Fortsettelse fra side 21



dømd for, innebar grove brot på plikta til å ikkje påføre trygda nødvendige utgifter (helsepersonellova § 6). Legeautorisasjonen kunne derfor også kallast tilbake som følgje av grove pliktbrot. Statens helsetilsyn har rett, men ikkje plikt til å vedta tilbakekall. Når vi vurderer om vi skal kalle tilbake autorisasjonen, avveg vi det som gir grunn for tilbakekall mot omsynet til autorisasjonshavaren. Dess alvorlegare det straffbare eller kritikkverdige forholdet er, dess meir skal det til for at eit tilbakekall er urimeleg. Vi må dessutan vurdere om tilbakekall av autorisasjon er nødvendig for å oppnå formålet i lova: å sikre pasienttryggleik, kvalitet i helsetenesta og tillit til helsepersonell og helseteneste. Når vi vurderte om vi skulle kalle tilbake autorisasjonen, la vi vekt på at forholdet låg fem år tilbake i tid. Tida var med på å gjenopprette allmenn tillit. I tillegg ville eit tilbakekall så lenge etter verke urimeleg hardt for autorisasjonshavar. At legen hadde sona straffa si og betalt tilbake summen han rettsstridig fekk utbetalt, medverka til å gjenopprette nødvendig tillit. Det same gjaldt det at han hadde erkjent og forstått dei feila han hadde gjort. Vi fann også at det at han hadde sona og betalt tilbake den nemnde summen, var med på å gjere tilbakekall av autorisasjonen til eit urimeleg inngrep som ikkje blei vurdert som nødvendig for å oppnå formålet i lova. Vilråa for å kalle tilbake autorisasjonen som lege, blei vurderte som oppfylte, men Statens helsetilsyn fann det likevel ikkje formålstenleg å kalle tilbake autorisasjonen hans som lege.

### Tilbakekall av autorisasjon for forsikringsbedrageri

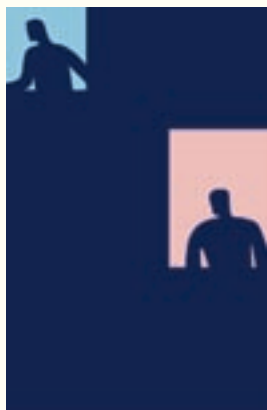
Ein lege blei dømd til fengsel i seks månader for forsikringsbedrageri. Legen hadde saman med ein pasient arrangert ei trafikkuulykke, slik at legen blei påkøyrd bakfrå av bilen pasienten køyrde. Formålet med påkøyrsele var at legen skulle få utbetalt sjukeavbrottsforsikring.

Å bli dømt for ei straffbar handling er i seg sjølv eigna til å svekkje den allmenne tilliten til helsepersonell. I denne saka var det spesielt kritikkverdige at legen hadde planlagt og gjennomført forsikringsbedrageriet saman med ein av pasientane sine. Dette var åtferd som i stor grad svekte tilliten til legen. Å gjennomføre kriminelle handlingar saman med ein pasient er ikkje hjelpande og støttande, og det kan føre til ytterlegare påkjenningar for pasienten. Forsikringsbedrageriet var åtferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, og som svekte den nødvendige tilliten i ein slik grad at legen blir vurdert som ueigna til å utøve legeyrket. Legeautorisasjonen blei kalla tilbake.

### Tjuveri av medikament frå arbeidsgivar / rus

Ein sjukepleiar som arbeidde i heimesjukepleia og ved ein sjukeheim i kommunen, stal medikament frå arbeidsgivar. Diverse typar B-preparat forsvann frå medisinskapet i sjukeheimen over ein periode. Etter å ha talt i medisinskapet, viste det seg at det berre var éin sjukepleiar som hadde vore på vakt ved alle dei høva der det blei oppdaga svinn av medikament. I same perioden blei det opplyst om at denne sjukepleiaren i tillegg skulle ha medikament frå avdøde pasientar i kommunehelsetenesta. Det blei også reagert på åtferd til sjukepleiaren, som blei oppfatta som ruspåverka. Sjukepleiaren vedgjekk seinare at det var ho som hadde teke medikamenta fordi ho var rusavhengig. Tjuveri av medikament blei vurdert som åtferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, som svekte den nødvendige tilliten i ein slik grad at sjukepleiaren blei vurdert som ueigna til å utøve yrket. Autorisasjonen blei kalla tilbake. Statens helsetilsyn kan der det er dokumentert at helsepersonellet er rusavhengig, også kalle tilbake ein autorisasjon dersom vedkommande er ueigna til å utøve yrket sitt forsvarleg på grunn av bruk av alkohol, narkotika eller middel med liknande verknad.

«Eit grunnleggjande krav til helsetenesta er at den helsehjelpa ho yter, er forsvarleg. Dette kravet blir stilt både til korleis helsepersonellet utøver helsehjelpa, og korleis kommunen har organisert helsehjelpa.»



### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i kommunehelsetenesta**

Ein pasient døydde i ein brann i bustaden sin. Der var ho tildelt heildøgnsomsorg av kommunen. Pasienten sat for det meste fastspent i ein spesialtilpassa rullestol med begge hjula låste. Ho kunne ikkje stå opp, leggje seg, gå på toalettet, køyre rundt i husværet osb. Ho meistra heller ikkje telefonen. Den siste tida greidde ho heller ikkje å bruke den elektroniske døroppnaren. Tryggleiksalarmlen pasienten hadde, var kopla om frå heimetenestene til personalet ved omsorgsbustaden. Dersom alarmlen blei løyst ut, blei det registrert i berbare mottakarar som dei tilsette hadde med seg heile tida. Kommunen opplyste at brukarar kunne miste tilbodet dersom dei alarmerte gjentekne gonger i ikkje-akutte situasjonar. Tryggleiksalarmlen blei i periodar fjerna frå pasienten fordi ho løyste ut alarmlen ofte. Det var ingen rutine for å skrive ned når pasienten hadde tilgang til alarmlen, og når han var teken frå henne. Einingsleiar var klar over og tillet at tenesta tok tryggleiksalarmlen frå pasienten.

Det blei handla i strid med rutinane i kommunen, men dette kunne ikkje fritta kommunen for ansvar. Ein uforsvarleg praksis fekk utvikle seg. Det var også uklart korleis kommunen hadde prøvd å implementere rutinane. Kommunen hadde ikkje hatt systematisk kontroll for å avdekkje brot på rutinar som skal sjå til at krava frå styresmaktene blir følgde, jf. internkontrollforskrifta. Det er eit grunnleggjande krav for fagleg forsvarleg verksemd at personar som treng omsorg heile døgnet, får dette. Bebuaren skal vere sikra forsvarleg tilsyn gjennom heile døgnet. Det var ikkje råd for pasienten å tilkalle hjelp sidan tryggleiksalarmlen blei teken frå henne, og da det tok til å brenne, var pasienten hindra frå å tilkalle hjelp. Eit grunnleggjande krav til helsetenesta er at den helsehjelpa ho yter, er forsvarleg. Dette kravet blir stilt både til korleis helsepersonellet utøver helsehjelpa, og korleis kommunen har organisert helsehjelpa, jf. helsepersonellova §§ 4 og 16. Statens helsetilsyn konkluderte med at det var grunnlag for å krevje påtale mot kommunen etter helsepersonellova § 67, jf. §§ 4 og 16, jf. forskrift om internkontroll § 4. Kommunen fekk førelegg for å ha brote desse lovreglane, jf. straffelova § 48 a, og føretaksstraff som bot til statskassa på kr 500 000.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenesta**

Pasienten blei lagd inn på sjukehuset med ambulanse på grunn av akutte brystmerter. Det blei teke eit prehospitalt EKG som blei overført til sjukehuset.

I samband med behandling for djup venetrombose i 2003 blei det også teke EKG av pasienten. Dette låg i papirjournalen, men blei ikkje funne fram den aktuelle dagen. To legar konkluderte med at det låg føre brystmerter av ikkje-koronar årsak basert på sjukehistorie, klinikk, blodprøvesvar, behandlingsrespons og EKG. Det blei ikkje ordinert telemetri, men pasienten var under jamleg tilsyn. Pasienten fekk respirasjons- og sirkulasjonsstans og døydde. Rettsmedisinsk undersøking konkluderte med at dødsårsaka var akutt hjarteinfarkt med sprekkaning og blødning til hjarteosen. Ifølgje dei rutinane føretaket hadde for initial vurdering, observasjon og behandling av pasientar med brystmerter, skulle vakthavande lege avgjere korleis behandlingssopplegget og observasjonsnivået skulle vere vidare dersom den initiale vurderinga av pasienten konkluderte med at det låg føre ikkje-koronare brystmerter. På det aktuelle tidspunktet var det rutine å finne fram tidlegare EKG frå papirjournalen, men denne blei i aukande grad fråviken etter at sjukehuset innførte elektronisk postjournal. Årsaka til at telemetri ikkje blei brukt, var at det ikkje blei funne indikasjonar for det.

Statens helsetilsyn fann at sjukehuset hadde brote kravet til forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenestelova § 2–2, jf. helsepersonellova § 16. Det er ei kjerneoppgåve på medisinsk avdeling å handtere pasientar med akutte brystmerter. Tilstanden opptrer ofte, og han er potensielt alvorleg, slik at korrekt diagnostikk, overvaking og behandling er viktig. Sjølv om det på det aktuelle tidspunktet skulle vere ein rutine å hente fram tidlegare EKG frå papirjournalen, blei rutinen fråviken i aukande grad. Leiinga har ansvar for å sjå til at rutinar er implementerte i avdelinga. Dersom ein rutine i aukande grad blir fråviken utan at leiinga reagerer, kan dei tilsette oppfatte det som at ein slik praksis er akseptabel. At EKG frå 2003 til den aktuelle pasienten ikkje blei henta i arkivet, var derfor eit leiingsansvar. Det å la vere å samanlikne med tidlegare EKG var etter vår vurdering avgjerande for at det ikkje blei stilt rett diagnose. Statens helsetilsyn uttalte dessutan at terskelen for bruk av telemetri bør vere låg ved uklare brystmerter og der innkomst-EKG ikkje er mogleg å vurdere, slik som i den aktuelle situasjonen. Dette gir også pasienten og helsepersonellet ein ekstra tryggleik dersom noko uføresett skulle skje, og i dei tilfella der EKG er feiltolka. Det blei innskjerpa i prosedyren at telemetri skal brukast.

## Tilsyn med kommunale velferdstjenester

**Velferdsstaten er et nasjonalt system av ulike typer tjenester og stønader hvor en vesentlig del av det utførende ansvar er lagt til kommunale, fylkeskommunale og private tjenesteytere. Kravene til disse tjenestene er fastlagt i lov og forskrift. Det er dels tale om krav til organiseringen av det tjenesteytende apparat – bygninger, teknisk utstyr og personell, dels krav til de typer tilbud som skal gis, dels rettigheter for den enkelte til å få bestemte tjenester, og dels krav til kvaliteten av de tjenester som gis. Håndhevingen av disse rettslige kravene til tjenesten er i siste instans lagt til statlige tilsynsorganer, som hovedregel med fylkesmannen som førstelinje<sup>1</sup>, og ellers som samordnende instans<sup>2</sup>. Karakteren og innholdet av dette tilsynet har vært gjenstand for stadig diskusjon, nå sist i Aaslandutvalgets innstilling, NOU 2004: 17, og i proposisjonen til det nye kapittel 10A i Kommune-loven om statlig tilsyn med kommunen og fylkeskommunen, Ot.prp. nr. 97, 2005–2006.**

Tilsynsbegrepet har til dels blitt brukt på en ganske upresis måte. Skillet mellom tilsyn og rådgivning har vært uskarpt, noe som har vært egnet til å skape uklare ansvarsforhold mellom utførende og tilsynsførende nivå. I Aaslandutvalgets innstilling og proposisjonen til Kommune-loven kapittel 10A understrekes at det må skilles mellom disse to funksjoner, og at de avgjørende kjennetegn ved tilsyn er at<sup>3</sup>

*«Formålet med tilsynet er å sjå til at tilsynsobjekta oppfyller dei pliktene dei er gitt i lov, forskrift eller anna regelverk. Kjerneelementa er kontroll, vurdering og reaksjon.»*

Statlig tilsynsmyndighet overfor kommunene må være hjemlet i lov. Staten kan bare gripe inn i det kommunale selvstyre der det foreligger uttrykkelig hjemmel i lov for dette<sup>4</sup>. Slik hjemmel i lov ble gitt i 1992 ved den generelle bestemmelsen i Kommune-loven § 59 nr. 5 om at «Departementet kan på eget initiativ ta en avgjørelse opp til lovlighetskontroll». Denne kontrollen gjelder alle sider av kommunens virksomhet, med unntak av rent privatrettslige

rettsforhold<sup>5</sup>. Begrepet «avgjørelse» omfatter således ikke bare avgjørelser som fastsetter rettigheter og plikter for borgeren, altså enkeltvedtak i Forvaltningslovens forstand<sup>6</sup>, men også beslutninger om hva som rent faktisk skal gjøres eller ikke gjøres<sup>7</sup>, også på saksområder som er regulert i særlovgivningen. Dermed blir strengt tatt alle bestemmelser i særlovgivningen om statlig kontroll nødvendige; det er hjemmel for å iverksette lovlighetskontroll av alle sider av kommunens virksomhet<sup>8</sup>.

I praksis er det imidlertid nødvendig å ha bestemmelser om statlig tilsyn i de enkelte særlovene om kommunale velferdstjenester, ikke bare ut fra en pedagogisk synsvinkel, men fordi Kommune-loven § 59 nr. 6 bare gir kompetanse til å foreta lovlighetskontroll, ingen plikt til dette og dermed heller ikke noen form for overordnet tilsynsansvar.

Vi finner en rekke til dels svært brede tilsynshjemler i særlovgivningen. Tetttest er nettet i helsesektoren. I Helsetilsynsloven<sup>9</sup> er Statens helsetilsyn tildelt «det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet ... i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter»<sup>10</sup>, og gitt myndighet til å gi pålegg om å rette på forhold som innebærer at «helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforvarlig»<sup>11</sup>. I Kommunehelsetjenesteloven<sup>12</sup> fastslås i tråd med dette med bred penn at «Statens helsetilsyn fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte» med en tilsvarende påleggshjemmel<sup>13</sup>. En identisk påleggshjemmel er inntatt i Spesialisthelsetjenesteloven<sup>14</sup>.

Disse vurderingstemaene for tilsynet korresponderer med lovfestede krav til helsetjenestene som vi finner i Kommunehelsetjenesteloven, Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven. Det fastslås her at pasienten har rett til «nødvendig helsehjelp»<sup>15</sup>, og at denne skal være «forsvarlig»<sup>16</sup>, og at helsepersonell «skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

<sup>5</sup> Se Ot.prp. nr. 42, 1991–92, kapittel 10, merknad til § 59, nr. 4 (s. 300).

<sup>6</sup> Se Lov 10. februar 1967 § 2, første avsnitt, bokstav a og b.

<sup>7</sup> Jf. Kommune-lovproposisjonen, Ot.prp. nr. 42, 1991–92, kapittel 10, merknad til § 59 nr. 1 (s. 300) hvor det understrekes at det ikke er noen betingelse at det er tale om et enkeltvedtak i Forvaltningslovens forstand.

<sup>8</sup> Jf. Kommune-lovproposisjonen, Ot.prp. nr. 42, 1991–92, punkt 11.2 (s. 202) hvor det bemerkes at: «Dersom forslaget om lovlighetskontroll blir gjennomført, vil behovet for slike særregler langt på vei falle bort.»

<sup>9</sup> I tredje avsnitt.

<sup>10</sup> I tredje avsnitt.

<sup>11</sup> § 5.

<sup>12</sup> Lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, § 6-3, første avsnitt.

<sup>13</sup> I tredje avsnitt.

<sup>14</sup> Lov 02.07.1999 nr. 61, § 7-1, første avsnitt.

<sup>15</sup> Kommunehelsetjenesteloven § 2-1, første avsnitt, Pasientrettighetsloven § 2-1, første og andre avsnitt.

<sup>16</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

<sup>1</sup> Se Kommune-loven §§ 60b, 60c og 60 d.

<sup>2</sup> Se Kommune-loven § 60e.

<sup>3</sup> Ot.prp. nr. 97, 2005–2006, punkt 1.2 (s. 6).

<sup>4</sup> Se Kommune-loven § 6.





## «Statens helsetilsyn har «det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten i landet», noe som klart nok innebærer rett og plikt til å føre tilsyn også med lokale regler og praksis for stønadstildeling»

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»<sup>17</sup>. Forsvarlig tjenestetilbud og tjenesteyting er dermed gjort til et rettslig vurderingstema i helsetjenestene.

For kommunens sosialtjenester har fylkesmannen et tilsvarende tilsynsansvar med om tjenestetilbudet «drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig»<sup>18</sup>. Økonomisk stønad etter Sosialtjenesteloven kap. 5 og kap. 5A går ikke inn under denne kontrollen, men her vil fylkesmannen ha tilsynskompetanse som klageorgan og etter bestemmelsene i Kommuneleven § 59 om lovlighetskontroll. Forsvarlighetsvurderingen konsumeres av bestemmelsen i lovens § 5-1, som gir den som ikke kan sørge for sitt livsopphold «krav på økonomisk stønad» som «bør ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpen». Og Statens helsetilsyn har «det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten i landet», noe som klart nok innebærer rett og plikt til å føre tilsyn også med lokale regler og praksis for stønadstildeling. Helsetilsynet har ingen påleggsmyndighet i denne sammenheng, men må da i stedet gjøre departementet eller vedkommende fylkesmann oppmerksom på lovbrudd, slik at nødvendig pålegg kan gis.

Tilsyn er *rettsanvendelse*, enten den skjer i Statens helsetilsyn, i departementet, hos fylkesmannen eller i form av innstilling fra et kommunalt kontrollutvalg til kommunestyret<sup>19</sup>. Spørsmålet om det er gitt «forsvarlig» eller «nødvendig helsehjelp» er en fagjuridisk problemstilling, med Høyesterett som den prinsipielt øverste autoritet. Den saksbehandler eller det organ som har ansvaret for å utøve tilsyn på dette grunnlag, kan ikke instrueres i denne virksomheten ut fra politiske eller administrative vurderinger, men har et selvstendig ansvar for å foreta en rent rettslig vurdering av spørsmålet.

Det som kompliserer bildet, er at vi må gå utenfor selve loven for å definere innhold av lovens krav. Kravet i lovverket om at helse- og sosialtjenestene skal være «forsvarlige», er en såkalt «rettslig standard»; det refererer til vurderinger som foretas på annet grunnlag enn lovteksten selv. Dette vurderingsgrunnlaget er ikke gitt én gang for alle, det avspeiler faglig kunnskap og faglige standardkrav, og sosial- og helsepolitiske valg bestemt av samfunnsøkonomi og politiske prioriteringer.

Her er faglig kunnskap og praksis det selvsagte utgangspunktet. Det er et allment krav til både sosial- og helsetjenestene at de gis «i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes». Men hva som «kan forventes»<sup>20</sup>, minstestandarden for hvordan tjenestene gis og hva den enkelte får, er, sier Høyesterett, «overlatt til praksis, og må vurderes på bakgrunn av den økonomiske situasjon i helsesektoren generelt og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortoner seg»<sup>21</sup>.

Her må henvisningen til praksis forstås som en referanse til *fagets* standard for *god* praksis. Første spørsmål er med andre ord hvilke krav man må stille til tjenestetilbudet eller stønaden ut fra den kunnskap man har om hva som er forsvarlige virkemidler og forsvarlig ytelsesnivå hvis man skal oppnå de målsettinger for tjenesten som er angitt i lov og forarbeider. Dette betyr imidlertid ikke at man uten videre kan legge til grunn en plikt til å gi *optimale* ytelser. Den faglige oppfatning av hva som *bør* gis, korresponderer ikke nødvendigvis med grensen for det som anses forsvarlig ut fra den aktuelle samfunnsøkonomiske og kommuneøkonomiske kontekst. Men det betyr at det enkelte kommunebudsjett eller statsbudsjett ikke har tvingende definisjonskraft i forhold til den sosial- og helsefaglige forsvarlighetsvurderingen, den økonomiske situasjon er bare *bakgrunn* for de rettslige vurderinger, et relevant *tolkingsmoment* i forhold til lovens regel. Og fordi vi her snakker om innholdet av rettigheter fastslått i lovverket, er det ikke det enkelte årsbudsjett som er interessant her, men den generelle økonomiske situasjon og de *generaliserte* konklusjoner som ansvarlige sentrale politiske myndigheter har trukket ut fra dette.

For juristen vil normalt den sosial- eller helsefaglige vurdering, slik denne avspeiles i normene for «god praksis», være grunnlag for tolkingen av forsvarlighetskravene i lovverket. Det er dette loven primært viser til. Politiske og administrative vurderinger, i første rekke av budsjettmessig karakter, vil bare være relevante så langt de kommer til uttrykk i generaliserte direktiver for hva som skal anses som forsvarlig, i praksis i forskrifter eller retningslinjer. Og selv disse vurderingene vil bare kunne tillegges avgjørende vekt så langt de ligger innenfor de standardkrav som lovgiver har angitt i lovtekst og forarbeider. I en uryddig sosial- og helsepolitisk hverdag, er det tilsynsmyndighetenes ansvar å kreve klarhet og konsistens i normeringen og praktiseringen av reglene om rett til helse- og sosialtjenester.

<sup>17</sup> Helsepersonelloven § 4, første avsnitt.

<sup>18</sup> Sosialtjenesteloven § 2-6, siste avsnitt.

<sup>19</sup> Se Kommuneleven § 77 nr. 4 og nr. 6.

<sup>20</sup> Jf. Helsepersonelloven § 4, første avsnitt.

<sup>21</sup> Fusa-dommen, Rt. 1990 s. 874, på s. 887.



## Uheldige hendingar i handteringa av legemiddel

«Utfordringane må speglast i den opplæringa som blir gitt i utdanninga av helsepersonell, i opplæringsprogram i institusjonar og i rutinar for samhandling mellom personell og mellom avdelingar.»

**Uheldige hendingar knytte til korleis helsepersonellet handterer legemiddel, er eit omfattande problem. Helsetilsynet får meldingar til Meldesentralen om slike hendingar. Slike meldingar utgjer om lag 27 prosent av alle meldingar. Sjukehusa rapporterer om lag ti dødsfall årleg på grunn av svikt i legemiddelhandtering.**

Feil ved administreringa av legemiddel kan ha fleire årsaker, og mange av desse handlar om forveksling. Kjeda er ofte lang frå legen føreskriv ein medisin, til pasienten får han. I denne kjeda går informasjonen mellom ulike medium og personar, og det er mange stader det kan oppstå feil:

- Sjukepleiaren kan misoppfatte ein munnleg beskjed.
- Personalet kan vere ukjent med somme legemiddel, til dømes lite brukte eller nye legemiddel.
- Ein kan forveksle legemiddel på grunn av at innpakning eller namna liknar, til dømes Sorbangil versus Sobril.
- Ein kan gjere utrekningsfeil ved dosering (ofte ti gonger for høg dose på grunn av feil med desimalteikn).
- Legemidla kan bli administrerte på feil måte, til dømes intravenøst i staden for gjennom munnen.
- Forveksling av pasientar fordi dei har namn som liknar, eller dei har bytt sengeplass.
- Feil når ein overfører føreskrivingar mellom dokument.
- Utanlandsk helsepersonell som er ukjent med norske legemiddelnamn og konsentrasjonar.

Her følgjer nokre konkrete eksempel frå tilsynssaker som er behandla i Statens helsetilsyn:

Fordi ein erkjenner at handteringa av legemiddel utgjer ein monaleg risiko for svikt, blir det oppretta ulike former for barrierar som skal minske risikoen. Regelverket<sup>1</sup> gjer greie for somme av barrierane og lokale prosedyrar set opp andre barrierar (dobbelkontroll i enkelte situasjonar).

Det er urovekkjande at det ligg føre nærmast eit uendeleg tal lokale prosedyrar og skjema som aukar faren for misforståingar, og som skaper problem når helsepersonell byter arbeidsstad, eller når det er utstrekt bruk av vikarar.

I somme institusjonar sikrar ein at rett legemiddel blir gitt til rett pasient gjennom datastyrt pakking og utlevering frå apotek med elektronisk identifikasjon (strekkode). Slike system har betra tryggleiken, men dei er heller ikkje heilt sikre.

Andre fysiske tiltak for å betre tryggleiken kan vere å merkje sprøyter tydelegare, nytte fargekodar, nytte ulike koplingar og særskilte sprøyter for intravenøs, peroral, spinal/epidural tilgang. Men i siste instans er det viktig å vere klar over at sjukepleiaren ved senga ikkje har fleire barrierar å lene seg til og må vere på vakt overfor moglege feilkjelder som vi har nemnt ovafor.

<sup>1</sup> Forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner (18.12.2001 nr 1576).

### Hendingar:

#### Feil administrering

På den første nattevakta si på barneavdelinga administrerte den nyttilsette sjukepleiaren Captopril og Sildenafil (medisinar for hjartesykkdom og blodtrykk) mikstur intravenøst i sentralt venekateter i staden for i magesonde. Sjukepleiaren og kontaktsjukepleiaren hennar trekte opp to sprøyter med medikament og signerte for at det var trekt opp riktig legemiddel og dose på kurven. Sprøytene blei ikkje merkte verken med legemiddel eller administrasjonsmåte. Kontaktsjukepleiaren blei kalla til ein anna pasient. I mellomtida gjekk sjukepleiaren inn til pasienten som var blitt uroleg. Etter mating og stell administrerte sjukepleiaren dei ferdig opptrekte legemidla i CVK i staden for i magesonde.

### Årsaker til hendinga:

- Det blei nytta vanlege sterile sprøyter til opptrekk av både perorale/enterale legemiddel og intravenøse legemiddel.
- Sprøytene var ikkje særskilt merkte.
- CVK og ernæringssonde var ikkje særskilt merkte.
- Sjukepleiaren blei truleg distraherert av at barnet var uroleg og måtte stellast før det fekk legemidla.

## Hendingar:

### Feil dosering

Metotreksat er ei svært potent og toksisk cellegift. Ho blir også brukt til å behandle enkelte pasientar med alvorleg leddgikt. Det skal da doserast ein gong per veke. Dette er ei svært uvanleg dosering for tablettar, og i fleire hendingar er det meldt om at metotreksat er gitt dagleg over lengre tid, ofte med svært alvorlege konsekvensar for pasienten. Legen føreskriv for eksempel «Methotrexate 10 mg x 1». Dette blir oppfatta som dagleg dosering i staden for dosering per veke. I andre tilfelle er tilleggsinformasjonen om at legemiddelet berre skal doserast på bestemte dagar i veka, oversedd.

## Årsaker til hendinga:

- Feil i overføring av forordning frå
- spesialist til allmennlege
- allmennlege til sjukehus
- innleggingsskriv til journal
- journal til medikamentark
- gammalt til nytt medikamentark

## Hendingar:

### Feil som kjem av at utanlandsk helsepersonell er ukjent med norske legemiddelnavn og konsentrasjonar

Ein tysk anestesilege bad sjukepleiaren om å blande ut Pentothal (narkosemiddel). 2500 mg pulver blei løyst i 20 ml saltvatn. Legen administrerte 15 ml av oppløysinga i den tru at ho inneheldt 500 mg Pentothal, slik han var vand med frå Tyskland.

## Årsaker til hendinga:

- Manglande merksemd om lokale forhold
- Sviktande samhandling
- Manglande merking av sprøyter

## Rolla som overordna organ for klager på rettar etter sosial- og helselovane

Rettsklagene omfattar klager på rettar som er forankra i sosialtenestelova, kommunehelsetenestelova og pasientrettslova. Fordi rettsklager blir behandla i 19 fylke og er monaleg skjønnsprega, er det ei viktig oppgåve for Statens helsetilsyn som overordna organ å vere med på å sikre at befolkninga får klagen sine behandla rett og likt utan omsyn til kva fylke som er klageinstans.

Statens helsetilsyn har teke i bruk ulike verkemiddel for å sikre at befolkninga blir behandla mest mogleg likt i klagesakene. I 2007 blei det utarbeidd ein rettleiar for å behandle pasientrettsklager. Rettleiarer er tilgjengeleg på internettsidene våre. Vi har også halde seminar og møte med klageinstansane for å innarbeide nye rettsreglar og utvikle felles praksis i same typen saker.

Når det gjeld klager på økonomisk sosialhjelp som er behandla hos fylkesmennene, blei det i mars 2007 gjort ferdig ein rapport om klagesaksbehandlinga i perioden 1995–2005. Rapporten blei utarbeidd av Høgskolen i Oslo og viser tydeleg forskjell mellom fylka når det gjeld kva utfall klagesakene fekk – det vil seie om Fylkesmannen stadfesta vedtaka i kommunane, omgjorde dei eller opphevar dei og sende dei tilbake for ny behandling. Resultatet i denne rapporten har ført til at Statens helsetilsyn har

sett i gang eit arbeid for å finne ut om ulikskapen er uttrykk for prinsipielle forskjellar, eller uttrykk for variasjon i saksinnhaldet, konkrete behov og/eller saksbehandlinga i kommunen.

Som overordna organ har vi rett til å overprøve og gjere om vedtak gjorde av klageinstansen, jamfør § 35 i forvaltningslova. Denne lovregelen gir ikkje pasientar og klientar ein rett til å klage på vedtaket på nytt, men er meint som ein tryggingssventil for å korrigere ulovleg eller uønskt praksis i klageinstansen.

Frå 2003 har vi fått 35 førespurnader med oppmodingar om å gjere om vedtak i klageinstansen. Vi har gjort om fire. Desse var knytte til følgjande tema:

- Rett til å slette journal, jamfør pasientrettslova § 5–2
- Rett til nødvendig helsehjelp (vedtak om utskrivning frå LAR), jamfør pasientrettslova § 2–1
- Urettmessig trekk i trygdeytningar, jamfør sosialtenestelova § 5–9 (økonomisk stønad til barnehageplass som skulle vere avlastning).

Vedtaka fatta av klageinstansen blir berre unntaksvis gjort om. Dei vedtaka som vi har gjort om, bygde alle på feil rettsbruk. Det var dessutan vedtak som var viktige for klagaren.



## Ein Tordenskjolds soldat

– **Min generasjon var den første som voks opp med velferdsstaten. Velferdsstaten vart bygd av dei såkalla nasjonale strategane, og dei såg på til dømes uførepensjon som ein reiskap for legane, ikkje som ein rett for medlemmene i trygda. For meg har rettferdstenkinga alltid vore ei viktig rettesnor, seier Asbjørn Kjøenstad om bakgrunnen for kvifor han valde seg rettsleggjering av sosial- og helseområdet som eit hovudarbeidsfelt.**

Professor dr. juris Asbjørn Kjøenstad ved Universitetet i Oslo fekk Karl Evang-prisen i 2007 for den rettsvitenskaplege pionerinnsetningen sin innan sosial- og velferdsretten. Særleg la komiteen vekt på arbeidet hans med å oppnå velferd og rettstryggleik for dei svakaste gruppene i samfunnet. I tillegg la priskomiteen vekt på den innsatsen Kjøenstad gjorde i arbeidet med lovgjeving mot tobakk.

«Kven tel vel dei tapte slagane på sigersdagen?»

Kjøenstad har utført eit særskild viktig nybrottsarbeid med forskings- og utgreiingsverksemda si. Blant anna har han medverka til å utvikle eit miljø innan trygde-, helse- og sosial- og velferdsrett ved universitetet, på høgskulane og i offentleg forvaltning.

– Dei nasjonale strategane var entreprenørar, men tanken om individet som rettshavarar mangla heilt. I Rikstrygdeverket, der eg arbeidde rundt 1970, hevda sjefane mine at uførepensjon ikkje var eit juridisk område. Eg møtte mykje motstand på dette, også frå lærarane mine på universitetet. Men det var utfordrande og spennande å gå inn på eit nytt område, seier Kjøenstad.

Det har vore eit livsprosjekt for Kjøenstad å argumentere for at rettstenking, rettsomgrep og rettstryggleiksgarantiar måtte innførast også innafør velferdsstaten.

– Det har vore ei gåve å få vere med på dette arbeidet. Rettsleggjeringa av helse- og sosialretten i 1980- og 90-åra var naudsynt for å sikre lik behandling og like rettar. No ser det likevel ut til at vi har nådd eit optimalt punkt. Ei vidare rettsleggjering ut frå utviklinga dei siste åra kan bli kontraproduktiv, meiner han.

Han viser til at merksemda i stadig større grad blir retta mot systemfeil når noko går gale i helsevesenet, til dømes trikkedrapet. Denne merksemda har klare positive sider, men vi må ikkje gløyme tesane om den frie viljen og det personlege ansvaret, meiner han.

Kontoret til Kjøenstad i den gamle universitetsbygningen på Karl Johans gate er som eit professorkontor skal vere; meter på meter med bøker frå golv til tak. Skrivebordet og møtebordet er også fulle, berre så vidt i eine enden av møtebordet er det rydda plass til å ta i mot gjester og studentar. Men det var ikkje brått opplagt at han skulle ende her, trønderguten.

– Både far min og bestefar min var skriveføre og opererte som vinkelskrivarar. Dei sette mellom anna opp juridiske kontraktar, og det kan ha gjeve meg den juridiske interessa, seier han.

Ei anna interesse han fekk tidleg, var kampen mot tobakken. «Tobakkskrigen har vært som å være med på ein berg- og dalbane,» sa Kjøenstad for to år sidan då han fekk heidersprisen for røykfridom på verdsrøykfridagen i 2005.

Engasjementet hans starta i 1970 då han som nybakt juridisk kandidat vart sekretær for Tobakklovutvalet som vart leidd av professor Anders Bratholm. Utvalet arbeidde fram tre viktige lovframlegg: eit totalt reklameforbod, eit påbod om å merkje tobakkspakkane med helsefaran ved sigarettøyking, og eit forbod mot å selje tobakksvarer til barn og ungdom. Kjøenstad tok også del i arbeidet med rapporten «Lufta er for alle! Retten til å puste i røykfri luft» i midten av 80-åra. Målet var å innføre røykfrie arbeidsplassar og offentlege stader.

– Lovframlegget fekk stor oppslutning i folket, men ikkje i mediebletet. Motstanden kom frå tobakkindustrien, kjendisane og journalistane. Når så få kjendisar fekk så stor merksemd om sin argumentasjon, kom det sjølv sagt av «alliansen» med journalistane. Avisredaksjonane og NRK var mellom dei stadene der det vart røykt mest. Omsynsløst brukte journalistane og redaktørane makta si over det trykte ordet og eteren til å fremje sine eigne interesser, seier Kjøenstad.

Vi veit korleis det gjekk. I dag er også restaurantane og kafeane røykfrie, og røykjarane er forviste til hustrige gatehjørne.

– Eg gjekk ein gong inn for røykforbod på barnerom heime hos folk. Det vart stor oppstode, og eg vart skulda for å vere moralist. No ser eg at også barneombodet går inn for dette, minnest Kjøenstad og held fram:

– Eg var imot røyking. Og som medlem i barnemishandlingsutvalet i 1983, var eg også imot å slå barn. Ein skulle tru at det var vinnarsaker, men motstanden var stor. Etterpå derimot er alle samde.

Men som han sjølv seier: Kven tel vel dei tapte slagane på sigersdagen?

# Retten til nødvendig helsehjelp – overprøving av klagevedtak

**Retten til nødvendig helsehjelp følger av pasientrettslova § 1–2. Kva gjenomslagskraft lovregelen får, avheng blant anna av om avgjerder blir overprøvde, og eventuelt kva for avgjerder som kan overprøvast av nøytrale organ. Dei som meiner at retten til nødvendig helsehjelp ikkje er oppfylt, kan klage til Helsetilsynet i fylket, som er forplikta til å prøve alle sider av vedtaket. Statens helsetilsyn kan som overordna organ gjere om vedtaket gjort av Helsetilsynet i fylket. Det er også mogleg å prøve saka for domstolane.**

**I saker som gjeld bortfall av behandling, kan avgjerda få utsetjande verknad.**

I 2007 er det fatta viktige prinsipielle avgjerder i to saker som utdjupar overprøvingsretten i praksis. Begge gjaldt rett til framleis helsehjelp når tenesta ville avslutte behandlinga. I den eine saka blei avgjerda i helsetenesta halden ved lag, men i den andre saka fekk pasienten medhald.

**Krav om mellombels åtgjerd for å utsetje avgjerda sjukehuset hadde teke om å avbryte livsforlengjande behandling**

I den første saka var hovudspørsmålet om det skulle takast rettsavgjerd for mellombels åtgjerd (jamfør tvangsfullføringslova kapittel 15) overfor Helse Bergen HF, med pålegg om å utsetje fullføringa av vedtak om å ikkje gi livsforlengjande helsehjelp til B, fødd i 2007. Saka blei reist for domstolane etter at Helsetilsynet i fylket ikkje hadde gitt dei pårørande til pasienten medhald i klaga. Dei fekk heller ikkje medhald i Tingretten, og saka blei påkjært til Lagmannsretten. Lagmannsretten kom til at kjeremålet ikkje førte fram, og saksøklar fekk ikkje medhald i at den livsforlengjande behandlinga skulle halde fram. Påkjæring av rettsavgjerda i Gulating lagmannsrett blei seinare forkasta av Høgsterett. Rettsavgjerda i Gulating lagmannsrett er derfor av prinsipiell interesse. Her gir vi att delar av rettsavgjerda frå retten som er viktige for overprøvinga av innhaldet i «retten til helsehjelp».

Eit viktig spørsmål som lagretten måtte ta stilling til, var om kravet frå dei pårørande til pasienten om å halde fram behandlinga kunne overprøvast av retten, eller om det berre er medisinsk-faglege og -etiske vurderingar som skal styre den konkrete behandlinga for ein bestemt pasient. Lagrettens rettsavgjerd gir nyttige presiseringar av kva som kan overprøvast, og av kor langt klageinstansen og domstolane bør gå i å konkretisere innhaldet i avgjerdene sine når det gjeld framtidig behandling for pasienten.

Frå rettsavgjerda i lagretten:

- «utgangspunktet i norsk rett nokså langt tilbake er at domstolene som en vidtrekkende hovedregel kan prøve alle typer administrative vedtak.
- i forhold til den type vedtak som det er tale om i saken her, ikke har funnet holdepunkter i forarbeidene – heller ikke fra komitébehandlingen – for at prøvingskompetansen skulle være spesielt avskåret.
- alminnelige, ulovfestede prinsipper om forvaltningens såkalte frie skjønn sette rammer om den rettslige prøvingen.»

Kva avgrensingar gjeld i høve til å overprøve det faglege skjønnet?

Frå rettsavgjerda i lagretten:

- «grensene vil blant annet være avhengig av hva slags vedtak det er tale om å prøve, hvilke deler av vedtaket som eventuelt skal prøves, og hvilke andre rettsikkerhetsgarantier og kvalitets sikringstiltak som allerede er iaktatt under den forutgående beslutningsprosessen.
- vedtak knyttet til fortløpende medisinsk faglige vurderinger og valg i forhold til en pågående behandling, er generelt sett noe av en yttergrense for hva domstolene kan og bør prøve.
- en eventuell domstolskontroll vil i tilfellet antakelig bare være praktisk knyttet til mer ytre, formelle forhold – typisk om fastsatte prosedyrer er fulgt, og om andre krav til saksbehandlingen i videre forstand er etterlevd.»



«Det må kunne dokumenterast at pasienten har fått ei forsvarleg tverrfagleg vurdering av helse-tilstanden, og at helsehjelpa har vore gjennomført i samsvar med konklusjonen av vurderinga.»

## Omgjering av vedtak om utskriving frå LAR

I den andre saka gjaldt spørsmålet om utskriving frå LAR på grunn av sidemisbruk er i strid med retten til nødvendig helsehjelp for rusmiddelmissbruk. Klageinstansen stadfesta utskrivingensvedtaket helsetenesta hadde gjort. Statens helsetilsyn gjorde om stadfestinga, og vedtaket om utskriving blei gitt utsetjande verknad. Statens helsetilsyn fann at

- *utskrivingensvedtaket bygde på feil rettsbruk, og var derfor ugyldig,*
- *ein kunne ikkje grunnngi utskrivinga med at det å halde fram substitusjonsbehandlinga med det oppgitte sidemisbruket i tilstrekkeleg grad var dokumentert som fagleg uforsvarleg, eller at sidemisbruket førte til manglande effekt av substitusjonsbehandlinga.*

Her overprøvde Statens helsetilsyn det faglege skjønnet, og det nye vedtaket slo fast at pasienten skulle halde fram i LAR. Det var svært sannsynleg at utskrivinga ville ha fått store konsekvensar for dei resultatane pasienten allereie hadde oppnådd i rehabiliteringsprosessen. I tillegg var det behov for å gjere tydeleg prinsipielle sider av saka. Dette var avgjerande for at Statens helsetilsyn brukte omgjeringsretten sin.

Samandrag av saka:

Pasienten hadde vore rusmisbrukar i over 25 år og hadde fått innvilga legemiddelassisterert rehabilitering (LAR) i 2005. Pasienten greidde å slutte med tyngre rusmiddel, men greidde ikkje å slutte med cannabisrøyking. LAR-tiltaket meinte at cannabismisbruk ikkje kunne einast med substitusjonsbehandling og var i strid med retningslinjene (jf. rundskriv I-35/2000). Pasienten blei utskriven av LAR etter to år, trass i at han var inne i ei god rehabilitering i form av at kontakten med familien var teken opp att; han hadde flytta i eige husvære, teke til med yrkesretta attføring og gjort avtale om å starte opp med arbeidstrening.

Statens helsetilsyn framheva i vedtaket at LAR-tiltaka i utskrivingsspraksisen sin må ta høgd for at LAR-behandlinga er blitt ein del av det ansvaret spesialisthelsetenesta har for ei tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dette fører også til at LAR-pasientar må sikrast nødvendig helsehjelp frå andre delar av spesialisthelsetenesta dersom dette er påkravd for at dei skal kunne komme ut av eit rusmiddelmissbruk. I dei tilfella LAR-tiltaket skriv ut pasienten fordi han eller ho ikkje lenger

kan gjere seg nytte av behandlinga. Ein må også ta omsyn til eventuelle nye behandlingsbehov som oppstår under behandlinga, og at desse blir forsvarleg tekne vare på. I helsehjelpa som blir tilbydd, må det om det er nødvendig, inngå både ei helsefagleg og ei sosialfagleg tilnærming. Det at helsehjelpa frå spesialisthelsetenesta ikkje er gjennomført som føresett, eller at dei kommunale tiltaka har svikta, kan ikkje redusere den retten pasienten har til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta.

Ut frå føringar i Helsedepartementets rundskriv I-8/2004 blei det understreka i vedtaket at ein må vurdere rehabiliteringsnytta mot ein rehabiliteringsplan som inneheld delmål forma ut på grunnlag av ressursane pasienten rår over, tidlegare rusmisbruk, behandlingsbehov og dei ytre rammene som er relevante for rehabilitering. Planen må vere forma ut i samråd med pasienten, og han må revurderast når rammene blir endra, eller ved at pasienten får andre behandlingsbehov. I nyttevurderinga kjem også inn ei vurdering av om sidemisbruket har eit omfang og ein karakter som gjer at det svekkjer effekten av substitusjonsbehandlinga eller gjer framleis medisinerings fagleg uforsvarleg. I eit rehabiliteringsperspektiv må ein også vurdere om det er overveigande sannsynleg at det å skrive ut ein pasient på grunn av rusing fører til større skadeverknader enn det å halde fram i LAR.

I den aktuelle saka fann Statens helsetilsyn at pasienten hadde god nytte av substitusjonsbehandlinga trass i at han misbrukta cannabis. Vi fann ingen haldepunkt for å kunne seie at inntaket av cannabis førte til at det var medisinsk uforsvarleg å halde fram substitusjonsbehandlinga. Vi fann dessutan at pasienten ikkje hadde fått tilstrekkeleg hjelp til å slutte med inntak av cannabis, det vil seie at han ikkje hadde fått oppfylt retten sin til nødvendig helsehjelp etter pasientrettslova § 2-1. Statens helsetilsyn fann også at utskriving var ein urimeleg reaksjon som påførte pasienten store skadeverknader, både i høve til auka rusmiddelmissbruk og sosiale, psykiske og somatiske skadeverknader.

## Sjølvmord blant pasientar behandla i psykisk helsevern



**Statens helsetilsyn har oppsummert data for saker om sjølvmord som er innrapporterte til Helsetilsynet i fylka og avslutta i 2005 og 2006.**

Det blei avslutta totalt 176 sjølvmordssaker desse to åra. I nesten 20 prosent av tilfella blei sjølvmordet ikkje rapportert til Helsetilsynet i fylket (jf. spesialisthelsetenestelova § 3–3), men blei kjent for tilsynsorganet gjennom klager frå pårørande, melding frå politi eller brev frå Rettsmedisinsk institutt.

76 sjølvmord (43,2 prosent) skjedde blant pasientar innlagde til døgntil behandling. Tre firedelar av desse var innlagde til frivillig psykisk helsevern. Over eit av ti sjølvmord skjedde mens pasienten var på permisjon frå døgnavdeling, og nesten eit av ti gjennom dei to første vekene etter utskriving.

Av dei 176 sjølvmorda som blei melde eller innrapporterte, blei det opna tilsynssak i 61 tilfelle. 19 saker konkluderte med at verksemda hadde brote kravet om å gi forsvarleg helseteneste, jf. § 2–2 i spesialisthelsetenestelova. Data var tilgjengelege for 18 saker. Åtte saker mangla forsvarleg sjølvmordsrisikovurdering da behandlinga blei starta opp. I åtte saker mangla revurdering av sjølvmordsfaren ved sårbar over-

gangsfasar som overføring frå tvunge til frivillig vern, og før permisjonar, overflyttingar og utskrivingar. I seks saker blei det peikt på mangelfull journalføring. Manglande vern eller mangelfull sikring av farlege gjenstandar blei påpeikte i fire saker. Vi fann ein gjennomgåande mangel på system for å lære opp helsepersonellet og utilstrekkeleg informasjon om prosedyrar og retningslinjer til nytilsette.

Studien viste at svært få verksemdar brukte einskildhendingane til tiltak for å betre kvaliteten, og det blei avdekt til dels store manglar ved det sjølvmordsforebyggjande arbeidet deira.

Det kom fram store ulikskapar mellom fylka, både når det gjaldt talet på meldingar og korleis saka blei følgt opp gjennom tilsyn. Talet på meldingar varierte mellom om lag to til om lag åtte saker per 100 000 innbyggjarar over 18 år, med median 4,1 i undersøkningsperioden. Somme fylkeskontor hadde som rutine å opprette tilsynssak ved alle meldingar om sjølvmord, mens andre kontor ikkje oppretta tilsynssak i det heile.

Dei fullstendige resultatane av undersøkinga er publiserte i *Tidsskrift for Den norske legeförening* nr. 2, 2008. Artikkelen er lenka frå [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## Ikkje alle kommunar tilbyr brukarstyrt personleg assistanse

**Bruken av personleg assistanse har hatt ein jamn auke sia tenestetilbodet blei heimla i lov om sosiale tenester i 2000. Per i dag blir ordninga brukt av noko over 2000 personar. Det er likevel store forskjellar i kva grad kommunane yter tenesta. Framleis er det om lag 100 kommunar som ikkje tildeler brukarstyrt personleg assistanse trass i at brukarundersøkingar har vist at tenestemottakarane jamt over er godt nøgde med ordninga.**

Fylkesmannsembeta får likevel årleg relativt mange klager på tenesta. I hovudsak blir det klaga over avslag på søknader om å få ordninga, og over at omfanget på tildelt assistanse ikkje er tilstrekkeleg i høve til dei behova brukaren har.

Statens helsetilsyn har i 2007 arbeidd med ei kunnskapsoppsummering med vekt på utfordringane knytte til tilsyn med brukarstyrt personleg assistanse. Samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet komme med eit framlegg til å rettsfeste denne tenesta sterkare for å oppnå større likskap mellom kommunane når det gjeld å tildele tenesta, og for å oppnå større valfridom og brukarmedverknad.



## Problemområde i tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar

«Kommunane har ansvaret for å gi rusmiddelmissbrukarar eit heilskapleg tilbod som sikrar nødvendige sosial- og helse-tenester»

**Sentrale problemområde i tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar er kor tilgjengelege tenestene er, kva dei inneheld, og om krava i lovgjevinga blir følgde. Vidare er det problem knytte til å gi eit heilskapleg tilbod og til kunnskapen om behandlinga.**

Statens helsetilsyn har samanstillt og oppsummert resultatane frå tilsynsaktivitetar med tenestetilbodet til rusmiddelmissbrukarar i perioden 2004–2006. Tidlegare publiserte rapportar, artiklar og brev viser nokre felles tema og område der det er funne svikt eller fare for svikt. Problemområda er:

- Manglande tilgjenge – kapasitetsproblem, geografiske forskjellar og andre variasjonar.
- Fare for svikt i innhaldet – manglande kompetanse, kvalitet og manglande eller mangelfull etterleving av faglege retningslinjer.
- Krava i lovgjevinga blir ikkje etterlevde – som følgje av manglande kunnskap og veike punkt eller avgrensingar i lovgivinga.
- Manglande heilskapleg og samanhengande tenestetilbod.
- Manglande eller mangelfull kunnskap og systematisk registrering på nasjonalt nivå og i den enkelte tenesta.

Statens helsetilsyn har tidlegare formidla resultatane frå dei ulike aktivitetane til ansvarlege instansar. Vi registrerer at tilsynserfaringane våre på rusområdet fell saman med tilgjengeleg forskingskunnskap og

annan erfaringsbasert kunnskap, og at dette ser ut til å bli følgt opp i ulike tiltak både på politisk og administrativt nivå. «Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008» viser at det er teke initiativ til å følgje opp det Helsetilsynet på ulike måtar har peikt på når det gjeld svikt og fare for svikt. I St.prp. nr. 1 (2007–2008) frå Helse- og omsorgsdepartementet blir det fremja forslag om ein opptrappingsplan for rusfeltet.

Vi ønskjer å trekkje fram to område som har særlege utfordringar. Det eine gjeld mangelen på fagleg konsensus og kunnskapsbasert behandlingsspraksis i fleire av dei tverrfaglege spesialiserte tenestene. Det andre er det ansvaret kommunane har for å gi rusmiddelmissbrukarar eit heilskapleg tilbod som sikrar nødvendige sosial- og helse-tenester, og for å gi dei ein stad å bu og høve til å utvikle sosiale nettverk og eit liv med meningsfulle aktivitetar.

Helsetilsynet har mandat til å gripe inn når vi får kunnskap om verksemdar eller helsepersonell som utøver verksemda si i strid med lovgivinga. I tillegg vurderer vi status og behov for ny tilsynsaktivitet på rusområdet i dei årlege prioriteringsprosessane.

### Litteratur:

[Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004–2006.](#) Brev fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet 13. desember 2007. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Det er for tidleg å vite om det blir endringar i ordninga, og eventuelt kva som blir endra. Tilsynsarbeid som fokuserer på at brukarstyrt personleg assistanse skal utførast på ein fagleg og etisk forsvarleg måte, og som må givast høg prioritet, vil i alle tilfelle vere ei aktuell tilråding.

Brukarstyrt personleg assistanse er på mange måtar ei spesiell teneste. Brukar og assistent er ofte aleine mange timar i veka og i situasjonar som vi må rekne som private. Tenestemottakarar med mentale funksjonsnedsetjingar kan vere ekstra sårbare dersom tenesta ikkje fungerer som føreset. Mange mottakarar er heilt avhengige av assistansen for å kunne bu heime.

Arbeidsgivar- og arbeidsleiaransvaret knytt til brukarstyrt personleg assistanse kan organiserast på ulike måtar. Som oppdragsgivar er det likevel kommunen som har ansvar for at tenestetilbodet er forsvarleg, og plikt til å sjå etter at det er forsvarleg. Fylkesmannen skal føre tilsyn med om kommunane følgjer krava som lova stiller til tenestene. Kunnskapsoppsummeringa om brukarstyrt personleg assistanse skal i denne samanhengen vere med på å identifisere område der det kan vere fare for at tenesta sviktar.

## Tilsyn med fysikalske institutt



**Helsetilsynet i Aust-Agder har gjennomført tilsyn med ulike private verksemder i fylket dei siste åra, seinast er det gjennomført systemrevisjon ved tre fysikalske institutt i fylket. Tema for tilsyna har vore journal- og teieplikta, internkontroll, kvalitetsutvikling og om verksemdene har drive fagleg forsvarleg. Tilsynserfaringane våre til no viser at det er mogleg å betre verksemdene innfor alle tema.**

Journalføringa er svært variabel, frå heilt ufullstendig til forsvarleg. Fleire av dei verifiserte journalane står fram som uoversiktlege og lite tilgjengelege for andre enn han eller ho som har skrive dei, og dei kan ikkje vere grunnlag som saksdokument i ei eventuell tilsynssak. Fleire manglar dato for når undersøkinga og behandlinga tok til, og når ho blei avslutta. Samhandling med andre yrkesgrupper blir i liten grad dokumentert i journalane.

Lokala til fleire institutt gjer det til ei utfordring å sikre pasientane nødvendig konfidensialitet og anonymitet når dei blir undersøkte og behandla, og vi stiller spørsmål om det er mogleg å gjennomføre ei

fagleg forsvarleg fysioterapeutisk undersøking av pasientane når dette ikkje blir sikra. Teieplikta er ikkje berre ei passiv plikt til å teie, men også ei aktiv plikt til å hindre uvedkommande i å få tilgang til informasjon med teieplikt.

Ved eitt institutt blir det ikkje skilt godt nok mellom tradisjonell fysikalsk behandling og alternativ behandling i verksemda. Vår erfaring tilseier at det ikkje er spesielt for dette instituttet.

Vi opplever også at institutta ikkje er godt nok tilgjengelege for funksjonshemma. Det er eit paradoks at fysikalske institutt, som først og fremst arbeider med menneske som har funksjonshemmingar og/eller smerter og sjukdommar i rørsleapparatet, ikkje har lokale som er med på å redusere funksjonshemmande barrierar.

Samhandlinga mellom kommunal og privat fysioterapiteneste ser også ut til å vere mangelfull. Det ligg ikkje føre felles plan for verksemdene og heller ikkje krav om å rapportere til kommuneadministrasjonen.

*Helsetilsynet i Aust-Agder*

## Tilsyn med tenester lagde til NAV-kontoret

**Dei første NAV-kontora blei oppretta som NAV-pilotprosjekt i 2006. I Telemark fekk pilotkontoret alt arbeidet ved det tidlegare sosialkontoret, også hovuddelen av arbeidet med rusmisbrukarar. Fylkesmannen ønskte å føre tilsyn med den kommunale delen av NAV-pilotprosjektet for å sjå om kommunen sikra at samordninga av tenestene til rusmisbrukarar blei gjort i tråd med lovverket.**

Funn ved tilsynet viste at det var store problem knytte til samordning av tenestene som var lagde til NAV-kontoret, og mellom dei andre kommunale tenestene etter kapittel 4 i sosialtenestelova, som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i institusjon. Kommunen blei beden om å rette opp manglane som blei påpeikte, og Fylkesmannen kjem til å følge opp kommunen tett til dette er gjort. Ein representant frå NAV-fylke var til stades som observatør under tilsynet og har brukt denne erfaringa når det er oppretta nye NAV-kontor. Viktige funn frå tilsynet er også tekne med under planlegginga av ei lokalt utvikla opplærings- og bli kjend-pakke som blir tilbydd NAV-kontora før oppstart.

## Tilbodet til ungdom med psykiske lidingar eller rusmiddelproblem

**Fylkesmannen skal følgje med på og ha oversikt over tilstanden på barneverns- og sosialtenesteområdet i fylket. I 2007 valde Fylkesmannen i Buskerud å undersøkje risikoen for svikt i tenestetilbodet til ungdom i alderen 16–20 år som har psykiske lidingar og/eller er rusavhengige.**

Fylkesmannen gjekk ut ifrå at denne etter måten store gruppa ungdommar ikkje alltid får dei tenestene dei har behov for og krav på. Årsaka til dette kan blant anna vere manglande samhandling, mangelfull kompetanse og manglar ved tiltaksapparatet. Fylkesmannen har særleg sett på overgangen og samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Informasjon som er henta inn frå tre sentrale kommunar i Buskerud, stadfestar mangelfull oppfølging. Rutinar som skal bidra til forsvarleg overgang frå barnevernstenesta til sosialtenesta ved fylte 18 år, handlar ofte om den tekniske overføringa og kjem i liten grad inn på faglege vurderingar i kvart enkelt tilfelle. Det er ikkje teke høgd for at dette er ei utsett gruppe ungdommar med omfattande problematikk som krev ekstra innsats når dei blir overførte. Det er grunn til å tru at auka ressursar og individuelt utforma tiltak på sikt kan gi ein vinst både for kommunen og ungdommane sjølv.

Når det gjeld samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta (først og fremst distriktpsytia-

triske senter og barne- og ungdomspsykiatrien), er kommunane usikre på om opptrappingsplanen for psykisk helse har hatt ønskt effekt for denne målgruppa. Det er inngått samarbeidsavtalar med spesialisthelsetenesta på leiarnivå, men desse er ikkje operasjonaliserte og formidla til utøvande ledd i organisasjonen.

Kommunane meiner at dei i liten grad får generell rettleiing og kompetanseheving frå spesialistnivået. Individuell plan blir i liten grad nytta som eit verktøy for å sikre betre samhandling. Det blir også vist til lange ventelister, få ungdommar som får rett til nødvendig helsehjelp, og at oppstarten av behandlinga blir tilpassa kapasitet og ikkje dei behova kvar enkelt ungdom har.

Budsjettpress i dei aktuelle verksemdene kan påverke kva tilbod desse ungdommane får, og korleis dei blir følgde opp. Det er avdekt sviktande og mangelfulle styringssystem.

Den mangelfulle oppfølginga har vore kjend i dei ulike instansane, men lite er gjort for å betre situasjonen. Fylkesmannen har bede alle kommunane i Buskerud om å setje desse problemstillingane på dagsordenen, kartlegge og avdekkje årsaker til eventuell svikt, og utarbeide ein plan som skal sikre betre samla tenester til desse ungdommane.

*Fylkesmannen i Buskerud*

Fylkesmannen har brukt erfaringa frå dette tilsynet ved seinare kontakt med både sosialleiarar og dei nye NAV-leiarane. Vi har også sett på kor viktig det er å sjå den kontakten Fylkesmannen har med rusfeltet og med psykiatrifeltet i kommunane i samanheng.

Fylkesmannen fann at kunnskapen om bruk av internkontroll var liten hos dei som var ansvarlege for rusarbeidet i den aktuelle kommunen, noko som også gjeld for fleire av kommunane i fylket. Fylkesmannen inviterte derfor til eit arbeidsseminar om å sikre tenestene til rusmiddelbrukarar. Tilbakemeldingar frå seminaret har vore positive.

Føremålet vårt med å bruke erfaringar frå tilsynet også overfor andre kontor er å hindre at liknande problem oppstår når det skal opprettast nye NAV-kontor. Vi ønskjer også å gi dei andre kommunane ei oppfrisking i lovverket.

*Fylkesmannen i Telemark*

## Økonomisk sosialhjelp – sikringsnett eller springbrett?

«Det å få økonomisk sosialhjelp sikrar ikkje midlar til nødvendig livsopphald over lang tid, utan monalege tilleggsytingar.»

**Nær fem prosent av befolkninga får til kvar tid økonomisk sosialhjelp. I aldersgruppa 18–24 år er det så mykje som ti prosent som får slik hjelp. Det er altså ei stor gruppe som er avhengig av at ordningane blir praktiserte forsvarleg.**

Statens helsetilsyn har overordna fagleg tilsynsansvar med forvaltninga av økonomisk sosialhjelp (økonomisk stønad etter kapittel 5 i sosialtenestelova). Ansvaret fører med seg at tilsynsorganet skal følgje med på korleis kommunane praktiserer ordninga, med særleg vekt på å avdekkje område der det er fare for svikt, og om svikt har uheldige konsekvensar for brukarane. I tillegg har fylkesmannen mynde til å avgjere konkrete klagesaker. Fylkesmannen har ikkje heimel til å føre direkte tilsyn med korleis kommunane praktiserer økonomisk sosialhjelp, slik som med andre delar av sosialtenesta.

Statens helsetilsyn har gjennomført ein kunnskaps- gjennomgang på området. Vi konstaterer forskjellar mellom kommunane både i satsar og i faktisk utmåling av økonomisk sosialhjelp. Dette kan tyde på at levekåra for sosialhjelpsmottakarar avheng av kvar dei bur, og vi stiller spørsmål om somme kommunar yter uforsvarleg låge satsar.

Vi er urolege for at terskelen for å søkje økonomisk sosialhjelp er så høg at ikkje alle som treng det, får slik stønad. Det gir grunn til å spørje om kommunane har rutinar for å sikre at sosialhjelpa er tilgjengeleg.

Økonomisk sosialhjelp skal vere ei korttidsyting. Derfor er summen som blir utbetalt kvar månad, lågare enn i ordningar for meir langvarig inntekts-sikring. Det er likevel eit betydeleg tal personar som får ytinga over lang tid. Mange av desse treng koordinerte sosial- og helsetenester, og dei står ofte langt frå arbeidslivet. Barn og unge i familiar som er langtidsmottakarar, er ei sårbar gruppe som det viser seg vanskeleg å skjerme frå fattigdommen. Det å få økonomisk sosialhjelp sikrar ikkje midlar til nødvendig livsopphald over lang tid, utan monalege tilleggsytingar. Vi meiner at det må sikrast andre løysingar for personar som treng stønad over lengre tid.

Mange unge mottakarar av økonomisk sosialhjelp er tidlegare barnevernsbarn. Dei utgjer ei anna sårbar gruppe. Forsking viser at denne gruppa har eit dårleg utgangspunkt for å bli integrert i arbeidslivet. Dette gir ein dårleg start på vaksenlivet.

Retten til å klage på forvaltningsvedtak er ein viktig rettstryggleiksgaranti, men klagefrekvensen blant sosialhjelpsmottakarar er låg, mellom ein og to prosent. Vi veit ikkje grunnen, men går ut ifrå at det ikkje berre er fordi dei som får økonomisk sosialhjelp, er nøgde med ytingane.

Vi meiner at rettstryggleiken for brukarane er for dårleg teken vare på i det regelverket som gjeld i dag. Tilsyn styrkjer rettstryggleiken. Statens helsetilsyn har derfor ved fleire høve argumentert for at internkontrollplikta bør utvidast til å gjelde kapittel 5 i sosialtenestelova, og for at Fylkesmannen får ansvar for å føre tilsyn med korleis kommunane forvaltar økonomisk sosialhjelp.

Økonomisk sosialhjelp er omtala som «sikringsnett» i samfunnet. Eit meir ambisiøst bilete er «springbrett» – som ein ikkje sit fast i, der opphaldet er kortvarig, og som gir god sats. Eit vilkår for at dette skal vere eit dekkjande bilete og fortene nemninga økonomisk sosialhjelp, er at ytinga blir følgd av råd, rettleiing og tett oppfølging frå ei førstelinje med solid sosialfagleg kompetanse – også inn i NAV.

# Nasjonalt meldesystem for uønska hendingar

**Vi les ofte i media at det er på tide at Noreg får eit nasjonalt meldesystem for alle uønska hendingar som skjer på sjukehus. Blant anna kan vi lese i Helserevynen (01.11.2007) at «I både Danmark og Sverige har de nasjonale rapporteringssystemer, mens vi i Norge kun har lokale systemer». Noreg har faktisk eit nasjonalt meldesystem for rapportering av uønska hendingar som skjer på sjukehus.**

Noreg var i si tid eit føregangslannd når det gjeld slike system – meldesystemet blei etablert i Helsedirektoratet så tidleg som i 1993 (Helsedirektoratet skifta namn til Statens helsetilsyn i 1994). Saman med plikta til internkontroll legg dette til rette for systematisk avvikshandtering og kvalitetssikring.

Med andre ord kan vi slå fast at

- Noreg har Meldesentralen ([www.helsetilsynet.no/meldesentralen](http://www.helsetilsynet.no/meldesentralen))
- Danmark har DPSD (Dansk PatientSikkerhedsDatabase) ([www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk))
- Sverige har Lex Maria ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

«Stammespråket» i tilsynet:

- Vi seier «§ 3–3-meldingar» og reknar med at alle skjønner kva vi snakkar om
- Vi snakkar om IK-2448 og trur at alle skjønner at dette er det skjemaet det skal meldast på.

Men ofte trengst det ei forklaring på kva dette er: § 3–3-melding er heimla i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3–3: «Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade.»

- Skjemaet IK-2448 er meldeskjemaet som
- blir fylt ut på sjukehus og andre helseinstitusjonar som yter spesialisthelsetenester
  - blir sendt til Helsetilsynet i fylket
  - blir registrert i databasen – Meldesentralen.

Eit revidert meldeskjema blei teke i bruk frå september 2007. Skjemaet blei revidert for å ta høgde for endringar i lovverket og sikre betre datakvalitet. Meldeskjemaet og rettleiing til

skjemaet finn ein på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) under «Meldeordning – betydelig personskade og forhold som kunne ført til betydelig personskade». Statens helsetilsyn har også eit prosjekt i gang for å gjere denne meldeordninga elektronisk.

## Kvifor melde?

Hovudføremålet med meldeplikta er å avklare årsaka til hendingar og å førebyggje at tilsvarende hendingar skjer igjen, slik at pasientar ikkje risikerer å bli utsette for skade. Meldeplikta er meint å støtte opp under internkontrollsystemet og kvalitetsarbeidet i helseinstitusjonen.

Helsetilsynet i fylket går gjennom hendingane og registrerer dei i den nasjonale databasen (Meldesentralen). Helsetilsynet gir råd og fører tilsyn med korleis helseinstitusjonane handterer alvorlege hendingar og gjer internkontrollarbeidet. Forhold som går att, eller andre alvorlege forhold som utgjer ein fare for tryggleiken til pasienten eller er eigna til å påføre pasientane stor belastning, blir følgde opp.

Statens helsetilsyn bruker data frå databasen til Meldesentralen for å utarbeide systematiske oversikter over hendingar og kvalitetsmanglar i helsetenesta<sup>1</sup>. Årsrapportane frå Meldesentralen gir tilbakemelding til tenesta, og desse data blir ein del av prosessen for å prioritere kva tema og område tilsynet skal fokusere på.

Det er ikkje meininga at meldesystemet skal kunne setje eit tal på førekomsten av uønskte hendingar, dødsfall eller skadar. Dei om lag 2000 meldingane som kvar år blir registrerte, gir både helseinstitusjonane og tilsynsorgana nyttig informasjon om kva som skjer, men ikkje om kor ofte det skjer. Sjølv om vi arbeider for å få opp meldefrekvensen, veit vi at ikkje alle uønska hendingar blir melde.

Meininga er heller ikkje å straffe helsepersonell som rapporterer, men å identifisere feil i systemet som kan rettast opp.

Elles kan ein finne nyttig informasjon i offentleg statistikk frå mellom anna Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk Pasientregister (NPR) og Kriminalpolitisen (KRIPOS). Statistikken frå Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) gir til dømes utfyllande opplysningar om risikobiletet knytt til spesialisthelsetenesta.

<sup>1</sup> Meldesentralen. Årsrapportar 1994–2006. [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

«Ein person som gjer ein feil og ikkje rettar på han, han gjer enda ein feil.»

Konfucius

## Og elles meiner Statens helsetilsyn at...

**I denne artikkelen gir vi att vi nokre synspunkt frå høyringsfråsegner som Statens helsetilsyn har gitt i 2007. Alle fråsegnene finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).**

### **Sterkare rettsfesting av brukarstyrt personleg assistanse (BPA)**

- Statens helsetilsyn meiner at det å setje eit konkret timetal (20 timar) som ei nedre grense for å kunne få ei teneste organisert på ein bestemt måte, ikkje samsvarer med skjønnsvurderinga som må liggje til grunn for å tildele tenester. Om lag 30 prosent av brukarane i dag har mindre enn 20 timars hjelp per veke, og får etter framlegget ikkje lenger rett til brukarstyrt personleg assistanse.

- Konsekvensane av sterkare rettsfesting kan bli større enn det som blir omtalt i høyringsnotatet. Til no har få brukarar vore over 70 år. Etter kvart som ordninga blir betre kjend og dagens brukarar blir eldre, kan dette endre seg. Nettopp blant eldre med samansette og omfattande omsorgsbehov vil ønsket om å få hjelpa organisert som personleg assistanse komme. Dei eldre av i morgon er sjølvmedvitne og ressurssterke og kjem nok til å ønskje større individuell tilpassing og medverknad i styringa av hjelpebehova sine enn det som har vore vanleg i tradisjonelle omsorgstenester.

### **Tiltak mot trygdemisbruk**

- Føremålet med teiepliktsreglane er å verne den integriteten pasienten har krav på, og sikre at befolkninga har tillit til helsetenesta og helsepersonell. Teieplikta er eitt av fundamenta for all pasientbehandling. I arbeidet for å avdekkje trygdemisbruk kan det vere nødvendig å hente inn den fullstendige journalen til ein pasient eller ein medlem, men vi rår frå ein generell heimel for NAV til å hente inn pasientjournalar.

Statens helsetilsyn saknar omtale av viktige spørsmål:

- Kven i NAV skal ha høve til å hente inn ein journal?
- I kva omfang skal journalen utleverast? Ein journal kan vere svært omfangsrik og strekkje seg over ein lang tidsperiode.
- Korleis skal journalen overførast til NAV?
- Kva høve skal tredjeperson ha til å få tilgang til journalen frå NAV, i staden for å gå vegen om legen/journalfører?
- Kven (lege/pasient) skal eventuelt ha melding om at journalen er utlevert?

- Kva høve skal ein medlem eller helsepersonell ha til å motsetje seg å levere ut ein journal?

### **Utviding av pasientombodsordninga til å gjelde kommunale helse- og sosialtenester**

- Statens helsetilsyn er einig i at det å utvide pasientombodsordninga kan bidra til styrkt rettstryggleik og likskap i tenestene. I skjæringspunktet mellom forvaltningsnivåa og mellom helsetenester og sosiale tenester trengst ei formalisering av ein pasient-/brukarrepresentant.

- Klagesaker som gjeld sosialtenestelova kapittel 5, utgjer majoriteten av klagesaker som går til fylkesmennene. Kanskje kunne talet på saker som Fylkesmannen får, ha vore redusert og sakene løyste på eit lågare nivå dersom dei var omfatta av ombudsordninga.

### **Kvalifiseringsstønad**

- Den forskingsbaserte kunnskapen om langtidsmottakarar av økonomisk sosialhjelp seier blant anna at mange har samansette behov, ofte store helseutfordringar og sosiale problem, for eksempel rus- og psykiatriproblematikk. Det tilseier at dei har behov for behandling og/eller sosiale tenester, gjerne kombinert med aktivitetstilbod framfor arbeidsmarknadstiltak. Målet om fulltidsarbeid i den ordinære arbeidsmarknaden verkar ambisiøst for desse.

- Vi støttar framlegget om at Statens helsetilsyn skal ha overordna fagleg tilsyn med nytt kapittel 5A i sosialtenestelova. Framlegget om å ikkje innføre tilsynsansvar for fylkesmennene og internkontrollplikt for kommunen i høve til nytt kapittel 5A er det vanskeleg for oss å støtte. Det tilsynsansvaret som Fylkesmannen har, er med på å styrkje rettstryggleiken for ei sårbar gruppe. Internkontrollen er med på å sikre at det blir teke systematisk vare på lovgivarintensjonane, og å førebyggje at kommunane sviktar i å ta vare på oppgåvene sine.

- Den svake rettsreguleringa med tilsvarande avgrensa plikt for kommunen skaper utfordringar for klageinstansen. Reglane om klage og kompetanse i klagesaker skal vere så klare som mogleg. I høve til rettstryggleiken for deltakarane/brukarane er det viktig at det er klart korleis klagesaksbehandling skal vere, og kva som er klagesakstema.

## Akutfunksjonane hos lokalsjukehusa i ei samla behandlingsskjede

- Å oppretthalde tenestetilbod i lokalsjukehus føreset at tenestene dei tilbyr, er forsvarlege. Fleire lokalsjukehus slit i dag med bemanning og rekruttering av legar med nødvendig spesialistkompetanse, noko som i stor grad fører til at sjukehusa bruker mellombels bemanningsløyningar som korttidsengasjement, og at dei bruker vikarar eller vikarbyrå. I tillegg til at dette får monalege følgjer for kostnadene, viser tilsynserfaringane våre at dette også fører til auka risiko for svikt og uforsvarleg pasientbehandling.
- Statens helsetilsyn har tilsynserfaringar som tilseier at enkelte mindre distriktpsikiatriske senter (DPS) ikkje har tilstrekkeleg spesialistkompetanse til å ta vare på slike funksjonar. Vi støttar derfor sterkt at DPS-a må vere bemanna med helsepersonell med spesialistkompetanse (psykiater eller klinisk psykolog), slik utvalet påpeiker. Vi ser på ytterlegare satsing på å rekruttere og utdanne spesialistar som viktige føresetnader for å oppnå måla på dette området.
- Jordmorstyrte fødeiningar kan fungere tilfredsstillande dersom det er utarbeidd klare retningslinjer for å velje ut fødsjar og desse blir følgde. Tilsynssaker viser at utveljinga ikkje alltid fungerer slik det er føresett, og at rutinar for å overføre fødande til høgare kompetansenivå ikkje alltid fungerer slik det er tilsikta.
- Nærleik til sjukehus blir rekna som eit kvalitetsaspekt ved lokalsjukehusa, særleg for pasientgrupper som på sjølvstendig og informert grunnlag kan velje behandlingssstad. For pasientar med tilstandar som ikkje gjer det mogleg med slike val, for eksempel akutte skade- og sjukdomstilstandar, må ein leggje til rette behandlingsgangar som sikrar befolkninga mest mogleg kvalitativt likeverdige tenestetilbod.
- Når dei framtidige funksjonane som lokalsjukehusa skal ha, blir planlagde, er det viktigare å ta utgangspunkt i konkrete sjukdoms- og behandlingsgangar enn å prøve å gi innhald til uklare omgrep som «fullverdig lokalsjukehus», «kirurgisk akuttberedskap» og liknande. Ut frå ei vurdering av dei store geografiske ulikskapane mellom lokalsjukehusa i Noreg stiller vi oss også tvilande til standardiserte modellar for akuttberedskap. Vi rår derimot til at behandlingstilbodet blir lokalt tilpassa på

bakgrunn av blant anna demografi, verksemdsstatistikk, risikovurderingar og geografiske og lokale forhold. I tillegg bør det leggast særleg vekt på avstanden til anna kvalifisert sjukehus og kva ressursar og kompetanse som finst i ambulansetenesta.

Sett i samband med omsyn knytte til kompetanse og ressursar tilseier dette at ein bør avgrense primærfunksjonane som lokalsjukehusa skal ha, til:

- stabilisering av akuttmedisinske tilstandar og utvida diagnostikk
- utgreiing og behandling av tilstandar som ikkje krev spisskompetanse
- oppfølging/rehabilitering av kronikarar og pasientar som er behandla ved meir spesialiserte sjukehus, og
- spesialisert støtte til kommunehelsetenesta.

## Revisjon av rammeplanen for sjukepleiarutdanning

- Praksisstudia er ein berebjelke i dei fleste helseprofesjonsutdanningane. Ei god og målretta praksisundervisning er ein føresetnad for å utdanne kompetente sjukepleiarar med handlingskompetanse i sentrale sjukepleiarfunksjonar og handlingsberedskap for å tileigne seg kunnskap på meir spesialiserte område. Praksisstudia på sentrale fagområde må vere ei viss tid.
- God rettleiing krev også at rettleiar både har god sjukepleiefagleg kompetanse og kompetanse i rettleiing. Kravet om rettleiingskompetanse må vere absolutt, og vi er nøgde med at rammeplanen stadfestar kravet.
- Statens helsetilsyn ønskjer at det skal leggast større vekt på tryggleik som rettleiingstema. Den vanlegaste årsaka til tilsynssaker mot sjukepleiarar og til at autorisasjonen blir kalla tilbake, er at dei blir funne uskikka på grunn av åtfærd som ikkje let seg sameine med yrkesutøvinga; i første rekkje på grunn av tjuveri og misbruk av rusmiddel, men også rollesamanblanding og misbruk eller krenking av pasientar. Praksisstudia er godt eigna til å rette merksemda mot slike problemstillingar og til å avdekkje slik åtfærd.

# Tal og fakta

## Innhald

Denne delen av Tilsynsmeldinga gir ei oversikt over dei viktigaste oppgåvene som fylkesmennene, Helsetilsynet i fylka og Statens helsetilsyn gjer som tilsynsorgan og klageinstans.

Klagesaker - ikkje oppfylte rettar i sosialtenesta . . . . .	40	Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetenesta . . . . .	43
Klagesaker - ikkje oppfylte rettar i helsetenesta . . . . .	41	Meldesentralen . . . . .	45
Tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming . . . .	41	Bruk av nettstaden www.helsetilsynet.no . . . . .	45
Tilsyn med sosialtenesta . . . . .	42	Innsyn i dokument og mediaomtale . . . . .	45
Tilsyn med helsetenesta . . . . .	42	Rekneskapsresultat . . . . .	45

## Klagesaker – ikkje oppfylte rettar i sosialtenesta

**Tabell 1 Klagesaker etter sosialtenestelova behandla av fylkesmennene – utvikling 2005-2007 og resultat av handsaminga i 2007 fordelt på sakstyper**

Fylkesmannsembete	2005	2006	2007						
	Behandla saker	Behandla saker	Behandla saker	Sosiale tenester			Økonomisk stønad		
				Behandla saker	Andel stadfesta (%)	Andel oppheva eller omgjorte (%)	Behandla saker	Andel stadfesta (%)	Andel oppheva eller omgjorte (%)
Østfold	514	426	416	70	53	47	338	70	28
Oslo og Akershus	1278	1223	1286	199	54	41	995	74	25
Hedmark	257	208	194	61	49	51	126	75	25
Oppland	183	193	169	50	66	32	118	87	13
Buskerud	393	384	366	77	47	47	278	79	19
Vestfold	318	336	258	72	46	54	179	87	13
Telemark	245	188	148	29	34	59	114	97	20
Aust-Agder	119	99	55	18	67	28	36	64	33
Vest-Agder	168	166	161	33	27	70	127	77	22
Rogaland	525	377	319	55	71	27	259	81	19
Hordaland	588	506	531	111	86	14	391	83	16
Sogn og Fjordane	117	104	85	19	53	47	65	65	34
Møre og Romsdal	280	224	174	54	46	48	111	86	14
Sør-Trøndelag	223	235	211	44	39	57	159	87	11
Nord-Trøndelag	137	95	97	14	50	43	78	76	23
Nordland	307	260	212	65	43	45	132	78	20
Troms	220	226	238	69	65	30	167	84	15
Finnmark	149	101	60	5	80	20	53	72	28
SUM	6021	5351	4980	1045	55	41	3726	78	21

\* Prosentsummen blir ikkje alltid 100 fordi avviste saker er rekna med blant behandla saker, men har ikkje eigen rubrikk i oversikta over resultatet av handsaminga.

Fornøgde tenestemottakarar og pårørande, og tenestemottakarar som får dei rette tenestene av god fagleg kvalitet, er eit mål for sosialtenesta. Er klagestatistikken for 2007 eit uttrykk for at sosialtenesta utviklar seg i den retninga?

I 2006<sup>1</sup> fekk over 170 000 personar heimetenester. Somme av desse hadde berre heimesjukepleie, men hovudtyngda fekk sosiale tenester. Same året fekk 122 400 økonomisk sosialhjelp. Mange tenestemottakarar fekk fleire vedtak grunna ulike tenester/tyingar, eller fordi vedtaka gjaldt ein avgrensa periode av året. Talet på vedtak gjennom eit år er derfor mykje høgare enn talet på mottakarar. Samla behandla fylkesmennene 4980 klagesaker etter sosialtenestelova i 2007, av desse var 1045 klager på sosiale tenester og 3726 klager på økonomisk stønad.

Talet på klagesaker som kom inn, var 4616, ein nedgang på 14 prosent frå 2006 og 25 prosent frå 2005. Noko av nedgangen kjem av ei meir presis registrering. Hovudinstrykket er likevel færre klager, eller at klagen i større grad blir tekne til følgje i kommunane, slik at sakene ikkje blir sende over til behandling hos Fylkesmannen. Nedgangen er særleg stor når det gjeld klager på økonomisk stønad.

<sup>1</sup> Tal for 2007 ligg ikkje føre.

Tabell 1 og 2 dreier seg om saker der enkeltpersonar har klaga på avgjerder som kommunane har fatta etter sosialtenestelova, og som Fylkesmannen har behandla som klageinstans. Opp imot fire av fem klager gjeld økonomisk stønad, dei andre handlar i hovudsak om sosiale tenester. Eksempel på saker om økonomisk stønad kan vere klage på kor stor den økonomiske stønaden er, eller meir spesifikke klager knytte til buutgifter, klede, tannbehandling, medisinar, inventar, reise eller andre økonomiske tema. Det kan også gjelde klager knytte til vilkår som er stilte til korleis hjelpa blir utbetalt eller er utforma. Eksempel på dette kan vere at utbetalinga er gitt som lån, eller at kommunen har teke refusjon i etterbetalt trygd. Klager på sosiale tenester gjeld særleg omsorgsløn og praktisk hjelp, for eksempel at omfanget med heimehjelp er redusert. Ein del klager gjeld også støttekontakt- eller avlastningstenester.

Fylkesmannen stadfesta det kommunale vedtaket i 73 prosent av sakene (2004: 74 prosent, 2005: 71 prosent og 2006: 72 prosent). I 25 prosent av sakene blei vedtaket oppheva og saka send tilbake til kommunen for ny behandling, eller vedtaket blei gjort om. Dette inneber at klagar får heilt eller delvis medhald. For klagen på sosiale tenester skjedde det i 41 prosent av sakene.

Fylkesmennene hadde for 2007 krav om å behandle minst 90 prosent av klagesakene innan tre månader. I 2005 ble 90 prosent behandla innan fristen,



**Tabell 2 Klagesaker etter sosialtenestelova behandla av fylkesmennene – klagesaker om sosiale tenester fordelt på de enkelte tenestene – 2007**

Fylkesmannsembete	Teneste i sosialtenestelova § 4-2 *						Andre reglar i kap. 4	Sum
	a)	av dette BPA	b)	c)	d)	e)		
Østfold	14	6	8	8	0	39	1	70
Oslo og Akershus	44	12	32	32	6	84	1	199
Hedmark	25	12	3	8	2	23	0	61
Oppland	16	8	8	10	0	13	3	50
Buskerud	25	16	13	6	2	30	1	77
Vestfold	32	11	8	5	0	27	0	72
Telemark	10	5	7	2	1	9	0	29
Aust-Agder	6	4	1	3	0	5	3	18
Vest-Agder	6	1	1	13	1	8	4	33
Rogaland	17	13	13	9	0	15	1	55
Hordaland	22	9	14	29	0	43	3	111
Sogn og Fjordane	7	5	2	1	0	9	0	19
Møre og Romsdal	20	2	10	5	4	13	2	54
Sør-Trøndelag	11	5	6	6	2	19	0	44
Nord-Trøndelag	3	3	2	1	0	7	1	14
Nordland	15	7	13	16	3	18	0	65
Troms	18	11	8	7	1	35	0	69
Finmark	1	0	1	0	0	3	0	5
SUM	292	130	150	161	22	400	20	1045

\* Tenestene er:

a) praktisk hjelp og opplæring. BPA) brukarstyrt personleg assistanse, tala går inn i a)  
b) avlastning

c) støttekontakt

d) plass i institusjon eller bustad med heildøgns omsorgstenester  
e) omsorgslønn.

i 2006 85 prosent, og i 2007 76 prosent. Ni av dei atten embeta behandla over 90 prosent av sakene innan tre månader. Hovudårsaka til den låge oppnåinga av måla er at nokre store embete hadde lang behandlingstid første halvår. Ved inngangen til 2007 var det 871 ubehandla saker, ved utgangen 471. Dei relativt få ubehandla sakene, som utgjer 9 prosent av talet på behandla saker i 2007, tilseier at fylkesmennene, med et par unntak, har kort behandlingstid og god kontroll ved inngangen til 2008.

Statens helsetilsyn er overordna organ for rettsklager etter sosialtenestelova, sjå meir om rolla på side 28. I 2007 fekk Statens helsetilsyn åtte førespurnader om rolla si i desse klagesakene og oppmoding om å gjere om vedtaket hos Fylkesmannen. Ingen vedtak som var behandla hos Fylkesmannen, blei gjorde om.

### Klagesaker – ikkje oppfylte rettar i helsetenesta

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når ein person ikkje får oppfylt rettane sine etter pasientrettslova og nokre andre lovreglar. Den som har ansvar for tenesta (kommunen osv.) 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.

Det ser ut til at talet på klager stabiliserer seg etter at det tidlegare år har vore ein vekst i klager på at helserettar er oppfylte på ein mangelfull måte. I 295 av dei 887 sakene (33 prosent) er det gitt heilt eller delvis medhald i klaga, eller vedtaket i førsteinstansen er oppheva på grunn av saksbehandlingsfeil og liknande (sjå tabell 3). Dette er noko lågare enn i 2005 og 2006, da klagene førte fram på ein eller annan måte i etter tur 39 og 40 prosent av sakene.

Meir enn 40 prosent av rettsklagene på helseområdet gjeld rett til å få dekt nødvendige reiseutgifter mellom heim og behandlingsstad (pasientrettslova § 2–6). Desse sjuketransportklagene gjeld ofte relativt små summar på nokre hundre kroner. Klagaren får sjeldnare medhald i denne typen saker enn i dei andre klagesakene. Mens klagaren fekk ei eller anna form for medhald i 15 prosent av sjuketransportklagene, var delen som fekk medhald i dei andre rettsklagene på helseområdet, på 42 prosent.

Statens helsetilsyn er overordna organ for rettsklager etter pasientrettslova og

kommunehelsetenestelova, sjå meir om rolla på side 28, og dessutan klageinstans når Helsetilsynet i fylket avviser å behandle ei klage. I 2007 behandla Statens helsetilsyn åtte saker om oppmodingar om å gjere om vedtak som Helsetilsynet i fylket hadde gjort om pasientrettar. Fire av sakene blei omgjorde til fordel for pasienten. Det blei behandla to avisingsklager, og éi blei gjort om.

### Tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming

Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming er regulert i sosialtenestelova kap. 4A. Fylkesmennene har fleire oppgaver i samband med desse lovreglane, sjå tabell 4.

Kommunane rapporterer avgjerder om skadehindrande tiltak i naudssituasjonar (enkeltsituasjonar) til Fylkesmannen, jamfør § 4A–5 tredje ledd bokstav a. Talet på avgjerder var 31 533 i 2007 fordelt på 1148 personar.

Fylkesmannen må godkjenne planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne naudssituasjonar og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova tenestemottakaren har for mat og drikk, klede, kvile, søvn, hygiene og personleg tryggleik, medrekna opplærings- og treningstiltak, jamfør § 4A–5 tredje ledd bokstavane b og c. Fylkesmennene godkjende 1300 vedtak i 2007. Vedtaka omfatta 679 personar og gjaldt

- 428 planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne naudssituasjonar
- 473 tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova tenestemottakaren har for omsorg
- 157 bruk av mekaniske tvangsmiddel (65 vedtak heimla i bokstav b, 92 i c)
- 225 bruk av inngripande varslingssystem (48 vedtak heimla i bokstav b, 177 i c)
- 17 opplærings- og treningstiltak.

Fylkesmennene gav 602 dispensasjonar frå utdanningskrava som § 4A–9 stiller til personale som skal gjennomføre tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstavane b og c. Fylkesmennene avgjorde to klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav a, og førebudde tre klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c for at Fylkesnemnda for sosiale saker skulle behandle dei. Fylkesmennene gjennomførte 224 tilsyn på staden med tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav

**Tabell 3 Klagesaker om at rettar knytte til helsetenesta ikkje er oppfylte – talet på saker avslutta av Helsetilsynet i fylka fordelte på føresegner som sakene er vurderte i forhold til – 2005, 2006 og 2007**

Føresegn	Føresegna gjeld	2005	2006	2007	
		Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Av dette heilt eller delvis medhald for klagaren
<b>Pasientrettslova</b>					
§ 2–1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå kommunehelsetenesta	66	62	53	13
§ 2–1 andre ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	140	165	212	72
§ 2–2	rett til vurdering innan 30 dagar	25	25	14	10
§ 2–3	rett til fornya vurdering	3	8	7	2
§ 2–4	rett til val av sjukehus	15	30	18	12
§ 2–5	rett til individuell plan	13	20	6	5
§ 2-6	rett til sjuketransport	323	394	390	56
Kap. 3	rett til medverknad og informasjon	22	20	31	12
Kap. 4	samtukke til/rett til å nekte helsehjelp	1	5	5	1
§ 5-1	rett til innsyn i journal	32	31	39	20
<b>Helsepersonellova</b>					
helsepersonellova §§ 42, 43 og 44, jf. pasientrettslova § 5-2	rett til retting og sletting i journal	26	30	25	12
<b>Kommunehelsetenestelova</b>					
§ 2-1	rett til nødvendig helsehjelp	186	161	151	80
<b>Tannhelsetenestelova</b>					
§ 2-1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	2	2	0	
<b>Andre lovparagrafar som gir rettar på helseområdet</b>					
<b>Sum vurderingar mot enkeltføresegner<sup>1</sup></b>		858	954	951	295
<b>Tal på saker<sup>1</sup></b>		775	880	887	

<sup>1</sup> Fleire av sakene som Helsetilsynet i fylka behandlar, omfattar vurderingar opp mot fleire føresegner om pasientrettar. Derfor blir summen av vurderingar høgare enn talet på saker.

<sup>2</sup> Tala avvik noko frå publiseringane dei føregående åra, fordi tidlegare rapporterte data blir korrigerte når vi oppdagar feil og manglar.

b og c, jamfør tilsynsplikta i § 2–6 første ledd andre punktum. I tillegg blei det gjennomført 22 andre tilsyn på staden.

## Tilsyn med sosialtenesta

### Systemrevisjonar

Fylkesmennene gjennomførte 181 tilsyn som systemrevisjonar i 2007, sjå tabell 5. Av desse var 176 retta mot kommunar og bydelar, 5 mot andre verksemdar. I 38 av systemrevisjonane blei det ikkje funne brot på lov eller forskrift.

Av dei 181 tilsyna blei det i 94 tilfelle ført tilsyn med om krava både i sosialtenestelova og helselovgevinga blei følgde. Desse tilsyna blei gjennomførte i fellesskap av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmennene gjennomførte i 2007 to landsomfattande tilsyn etter rettleiar frå Statens helsetilsyn:

- Kommunale helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar – 68 enkelttilsyn
- Avlastnings- og støttekontaktenester etter sosialtenestelova – 66 enkelttilsyn.

Statens helsetilsyn publiserer oppsummeringsrapportar frå dei landsomfattande tilsyna i serien Rapport frå Helsetilsynet, sjå også artiklar side 4 og 7.

47 tilsyn er ikkje med blant dei landsomfattande tilsyna. Verksemd og tema for desse er valde ut frå informasjon Fylkesmannen har om blant anna risiko og sårbarheit i eige fylke. Av desse tilsyna gjaldt:

- 13 rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor utviklingshemma
- 11 helse- og sosialtenester til heimebuande
- 7 tenester til rusavhengige, i eller utanfor institusjon.

Dei andre tilsyna gjaldt blant anna kommunale tenester til barn, tenester til utviklingshemma og helse- og sosialberedskap.

Per 31. desember 2007 var det framleis 22 tilsyn med sosialtenesta frå 2006 eller tidlegare der avvik ikkje var lukka. Det vil seie at det i rapport frå tilsyna var peikt på brot på lov eller forskrift, og der det ikkje var ordna opp i forholda.

### Pålegg

Fylkesmennene har ikkje gitt pålegg med heimel i sosialtenestelova i 2007.

## Tilsyn med helsetenesta

### Systemrevisjonar

I 2007 gjennomførte Helsetilsynet i fylka 247 tilsyn som systemrevisjon, sjå tabell 6. Av desse var

- 168 i kommunehelsetenesta
- 72 i spesialisthelsetenesta
- 7 i andre tenester.

I tillegg kjem 24 tilsyn (av desse ingen systemrevisjonar) som Helsetilsynet i Rogaland har ført med helseforhold i petroleumsvksemda.

Av dei 168 tilsyna retta mot område i kommunane, blei det i 94 tilfelle ført tilsyn med om krava i både helselovgevinga og sosialtenestelova blei følgde. Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen gjennomførte desse tilsyna i fellesskap.

I 42 av dei 168 kommunetilsyna, i 28 av dei 72 tilsyna i spesialisthelsetenesta, og i tre av dei sju systemrevisjonane retta mot andre verksemdar blei det ikkje funne brot på lov eller forskrift.

**Tabell 4 Tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma – sosialtenestelova kap. 4A – tal på vedtak m.m. – 2007**

Fylkesmannsembete	Avgjerder i kommunane – § 4A–5 tredje ledd bokstav a		Overprøving av vedtak hos Fylkesmannen – § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c			Tal dispensasjonar frå utdanningskrav – § 4A–9	Tal tilsyn på staden – § 2–6
	Tal avgjerder	Personar avgjerdene gjaldt	Tal godkjende vedtak	Tal ikkje godkjende vedtak	Personar vedtaka gjaldt		
Østfold	858	93	22	0	18	9	7
Oslo og Akershus	3265	218	73	2	54	50	15
Hedmark	882	46	79	0	45	43	12
Oppland	409	40	57	1	48	44	28
Buskerud	1633	50	104	1	31	27	18
Vestfold	439	34	29	0	21	19	5
Telemark	216	35	64	3	20	17	7
Aust-Agder	233	31	12	1	10	7	1
Vest-Agder	502	57	65	0	38	10	11
Rogaland	3452	119	92	2	56	56	11
Hordaland	13168	186	200	8	99	93	35
Sogn og Fjordane	571	34	20	2	18	11	14
Møre og Romsdal	1634	55	139	8	55	59	16
Sør-Trøndelag	736	50	50	1	38	7	10
Nord-Trøndelag	250	16	101	17	29	74	9
Nordland	245	31	140	0	48	45	25
Troms	2064	43	40	3	43	23	10
Finnmark	976	10	13	1	8	8	12
SUM	31 533	1 148	1 300	50	679	602	246

Helsetilsynet i fylka utførte to landsomfattande tilsyn etter rettleiar fastsett av Statens helsetilsyn i 2007:

- Kommunale helse- og sosialtenester til vaksne med psykiske lidningar – 68 enkelttilsyn
- Kravet til forsvarlege tenester og kvalitet i akuttmottak i somatiske sjukehus – 27 enkelttilsyn.

Statens helsetilsyn publiserer oppsummeringsrapport for kvart av dei landsomfattande tilsyna i serien Rapport frå Helsetilsynet, sjå også artiklar side 7 og 9.

100 tilsyn med kommunane er ikkje med i landsomfattande tilsyn. Av desse gjaldt:

- 30 sjukeheim
- 13 legevakt
- 12 berre heimesjukepleie
- 11 heimetenester, der også heimesjukepleie er med
- 9 beredskap.

Utgreiing av aldersdemens, fengselhelsetenesta, tenester til barn med spesielle behov og helsetenester i skolen er blant andre tema der det er ført tilsyn i fleire kommunar.

45 tilsyn med spesialisthelsetenesta er ikkje med blant dei landsomfattande tilsyna. Av desse omfatta:

- 11 tverrfagleg spesialiserte tenester til rusmiddelmissbrukarar
- 7 utgreiingar i psykiatriske institusjonar.

Av andre område med fleire tilsyn nemner vi rehabiliteringsinstitusjonar, kommunikasjon for å sikre forsvarleg behandling, internkontrollen i helseføretak og oppfølginga av sjølv-mordstruga pasientar.

#### Avvik som er meir enn eitt år gamle

Per 31. desember 2007 var det framleis opne avvik, det vil seie at det ikkje var ordna opp i brot på lov eller forskrift som tilsynet påpeikte, ved 37 tilsyn gjorde i 2006 eller tidlegare. Tilsvarande tal var 28 ved utgangen av 2006, 30 ved utgangen av 2005 og 40 ved utgangen av 2004.

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

#### Pålegg

Statens helsetilsyn har i 2007 gitt pålegg til to kommunar for manglande planar for helseberedskap og sosial beredskap. Sakene er behandla etter kommunehelsetenestelova og lov om helsemessig og sosial beredskap. Eit helseføretak fekk varsel om pålegg for å ha late vere å svare tilsynsorganet. Eit regionalt helseføretak fekk tvangsmulkt for overbelegg og korridorpasientar, sjå artikkel side 12–13.

#### Tilsynssaker (enkelt saker) i helsetenesta

##### Tilsynssaker behandla av Helsetilsynet i fylket

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

I 2007 varierte talet på nye saker per 100 000 innbyggjarar frå 31 i Møre og Romsdal og 32 i Rogaland til 78 i Troms. For heile landet var det 2112 nye tilsynssaker i 2007 (45 per 100 000 mot 50 i 2006).

Restansen av tilsynssaker (saker som blir behandla) hos Helsetilsynet i fylka gjekk litt ned frå 1071 ved utgangen av 2006 til 1054 saker ved utgangen av 2007.

Kravet til saksbehandlingstid som blei fastsett da statsbudsjettet blei behandla, er at meir enn halvparten av sakene skal vere behandla innan fem månader. Dette blei oppnådd i ti fylke i 2007, mens ni fylke greidde kravet i 2006 (sjå tabell 7) (Oslo og Akershus blir talde kvar for seg). Kravet blei så vidt nådd for alle fylka sedde under eitt. Kravet gjeld likevel ved maksimalt 2000 nye saker, noko som er 112 lågare enn det som faktisk kom inn i 2007.

Tilsynssakene er ofte samansette. Tabell 8 viser at kvar sak har meir enn to vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarleg verksemd er det temaet som oftast blir vurdert. Så kjem vurderinga knytte til plikta til å føre pasientjournal.

**Tabell 5 Tilsyn med sosialtenesta – tal på system-revisjonar utførte av fylkesmennene i 2005, 2006 og 2007**

Fylke	2005	2006	2007
Østfold	9	9	9
Oslo og Akershus	16	14	17
Hedmark	10	9	10
Oppland	7	7	8
Buskerud	11	13	10
Vestfold	8	8	9
Telemark	8	6	8
Aust-Agder	7	8	7
Vest-Agder	8	8	7
Rogaland	8	9	10
Hordaland	10	15	16
Sogn og Fjordane	9	9	8
Møre og Romsdal	6	12	13
Sør-Trøndelag	14	11	13
Nord-Trøndelag	7	6	8
Nordland	9	9	10
Troms	8	8	10
Finnmark	5	7	8
SUM	160	168	181

**Tabell 6 Tilsyn med helsetenesta – tal på system-revisjonar utførte av Helsetilsynet i fylka i 2005, 2006 og 2007**

Fylke	2005	2006	2007
Østfold	10	13	12
Oslo og Akershus	23	23	13
Hedmark	11	10	12
Oppland	7	6	10
Buskerud	12	10	14
Vestfold	11	12	14
Telemark	10	13	13
Aust-Agder	15	14	13
Vest-Agder	8	13	12
Rogaland	11	18	11
Hordaland	23	20	26
Sogn og Fjordane	13	10	11
Møre og Romsdal	12	15	16
Sør-Trøndelag	15	14	16
Nord-Trøndelag	8	12	10
Nordland	14	22	19
Troms	14	14	14
Finnmark	5	7	11
SUM	222	246	247

**Tabell 7 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylka – tal på avslutta saker og saksbehandlingstid – 2005, 2006 og 2007**

Fylke	Tal på avslutta saker			Del med meir enn 5 md. behandlingstid i 2007
	2005 <sup>2</sup>	2006 <sup>2</sup>	2007	
Østfold	97	109	118	58 %
Oslo og Akershus	258	358	312	69 %
Hedmark	69	105	113	85 %
Oppland	54	58	74	49 %
Buskerud	139	86	94	59 %
Vestfold	74	92	118	30 %
Telemark	69	90	77	17 %
Aust-Agder	45	48	30	47 %
Vest-Agder	62	79	55	29 %
Rogaland	133	97	141	51 %
Hordaland	136	173	158	39 %
Sogn og Fjordane	34	38	42	10 %
Møre og Romsdal	69	62	70	77 %
Sør-Trøndelag	112	107	93	43 %
Nord-Trøndelag	41	65	41	88 %
Nordland	104	124	94	28 %
Troms	49	72	76	24 %
Finnmark	66	37	21	67 %
Restanseprosjekt <sup>1</sup>	117			
SUM	1728	1800	1727	51 %
I tillegg avslutta utan vurdering gjennom å be den innklaga om å ta kontakt med den som har klaga, for å finne ei minneleg løysing	268	348	279	

<sup>1</sup> På bakgrunn av for lang saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Østfold og Hedmark tok Statens helsetilsyn over primærbehandlinga av 224 tilsynssaker, kalla restanseprosjektet. Prosjektet blei avslutta i september 2005.  
<sup>2</sup> Tala avvik noko frå dei som er publiserte dei føregående åra, fordi vi korrigerer tidlegare rapporterte data når vi oppdagar feil og manglar.

**Tabell 8 Rettsleg grunn som tilsynssaker ved Helse-tilsynet i fylket er vurderte mot i åra 2005, 2006 og 2007**

Føresegn i helsepersonellova	2005	2006	2007
Forsvarleg verksemd: oppførsel (§ 4)	218	231	182
Forsvarleg verksemd: undersøking, diagnostikk, behandling (§ 4)	1362	1510	1538
Forsvarleg verksemd: medisinerer (§ 4)	204	218	204
Forsvarleg verksemd: anna (§ 4)	255	295	256
Augeblikkeleg hjelp (§ 7)	56	40	40
Informasjon (§ 10)	78	98	82
Organisering av verksemd (§ 16)	150	149	133
Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	87	104	102
Pasientjournal (§§ 39–41)	214	271	226
Eigna som helsepersonell: rusmiddelmissbruk (§ 57)	41	32	28
Eigna som helsepersonell: andre forhold (§ 57)	51	53	57
<b>Føresegn i spesialisthelsetenestelova</b>			
Plikt til å handle for-svarleg (§ 2-2)	378	383	480
<b>Andre pliktgrunnlag</b>	481	537	469
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>1</sup></b>	3575	3921	3797
<b>Tal på saker med vurdering<sup>1</sup></b>	1728	1800	1727

<sup>1</sup> Fleire av sakene som Helsetilsynet i fylka behandlar, omfattar vurderingar opp mot fleire føresegner. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag høgare enn talet på saker.

Sakene som gjeld rusmiddel og andre spørsmål om personellet er eigna, er få, men ofte alvorlege og utgjør ein stor del av reaksjonane frå Statens helsetilsyn.

### Tilsynssaker behandla av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene, som blir sende over frå Helsetilsynet i fylket. Tilsynssaker som Statens helsetilsyn har behandla, er omtalte i ein eigen artikkel på side 19-22, der det også finst statistikk.

### Meldesentralen

Meldesentralen i Statens helsetilsyn er ein database over hendingar som er melde i tråd med spesialisthelsetenestelova § 3–3. Helseinstitusjonar er pålagde å gi skriftleg melding til Helsetilsynet i fylket om betydeleg personskade eller hendingar som kunne ha ført til betydeleg personskade på ein pasient som følgje av korleis helsetenesta er ytt, eller ved at ein pasient skader ein annan.

I 2006 blei det registrert 1855 meldingar (2053 i 2005). Om lag ein tredel av desse meldingane (33 prosent) gjeld betydeleg personskade, mens halvparten av meldingane (51 prosent) gjeld forhold som kunne ha ført til betydeleg personskade. 246 meldingar om unaturleg dødsfall blei registrerte i 2006 (13 prosent av meldingane).

27 prosent av alle meldingane hadde feil ved bruk av legemiddel som årsaksforhold.

Fire prosent av alle meldingane registrerte i 2006 dreidde seg om hendingar knytte til fødslar. I 74 prosent av dei meldingane som gjaldt fødslar, dreidde hendinga seg om kvinna, og i 26 prosent dreidde hendinga seg om barnet. Det er registrert ni tilfelle av unaturleg dødsfall der barnet døydde under fødsel.

Seksten prosent av meldingane som er registrerte dette året, dreidde seg om hendingar i psykisk helsevern. 89 meldingar om sjølv mord, 47 meldingar om

sjølv mordsforsøk og 37 meldingar om sjølvskading blei registrerte. Dei fleste av desse hendingane gjaldt pasientar som var lagde inn i psykiatriske avdelingar, eller pasientar som fekk psykiatrisk behandling i somatiske avdelingar.

I 2007 skjedde det ein del endringar i Meldesentralen. Det gamle meldeskjemaet, som hadde vore i bruk sia januar 2001, har vore gjennom ei omfattande revidering, og revidert skjema blei teke i bruk i september 2007. Ein nyutvikla database, tilpassa dei reviderte skjema, blei teken i bruk i oktober 2007.

I 2007 blei 1787 meldingar registrerte i den gamle databasen, og 64 meldingar blei registrerte i den nye databasen, til saman 1851 meldingar. Desse meldingane er enno ikkje systematiserte og analyserte.

### Bruk av nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Nettstaden hadde i 2007 om lag 1 220 000 besøk (2006: 1 065 000) og om lag 4,1 millionar sidevisingar (2006: om lag 4,2 millionar). Dei mest populære stoffkategoriane er (sidevisingar i parentes):

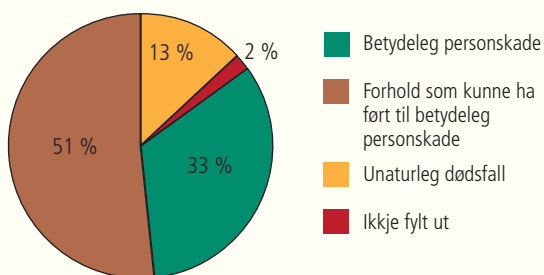
- publikasjonar (1 183 000)
- tilsynsrapportar (1 103 000)
- Helsetilsynet i fylka (418 000)
- regelverk (328 000).

### Innsyn i dokument og mediaomtale

Helsetilsynet fekk i 1367 tingingar på innsyn i dokument frå dei presseorgana som tek del i Elektronisk PostJournal (EPJ) i 2007. For 2006 var talet 3009, for 2005 2265 og for 2004 2136.

Statens helsetilsyn blei omtala om lag 8900 gonger i massemedier i 2007 (overvakingssystemet Retriever). Dette er om lag same tal som for 2006.

**Figur 1. Meldingar registrerte i 2006 fordelte på skadegrad**



### Rekneskapsresultat

**Tabell 9 Rekneskapsresultat 2007 - budsjettkapitla 721 og 3721 Statens helsetilsyn (alle tal i 1000 kroner)**

Kategori inntekt / utgift	Budsjett	Rekneskap	Avvik
Faste lønnsutgifter	47 619	43 013	4 606
Variable lønnsutgifter	1 988	6 502	-4 514
Drift av bygningar etc. (husleige, straum, reinhald, vaktthald)	7 220	7 665	- 445
Andre utgifter	18 719	15 849	2 870
Sum utgifter	75 546	73 029	2 517
Inntekter	-2 288	-2 538	250
Netto utgift / mindreforbruk	73 258	70 491	2 767

Utgiftene til klagebehandling og tilsyn ved Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene blir dekte under budsjettkapittel 1510 Fylkesmannsembeta.

## Landsomfattande tilsyn i 2008

**I januar 2007 vedtok Statens helsetilsyn at kommunale barneverns-, sosial- og helsetenester til barn og spesialisthelsetenester til voksne med psykiske lidningar skal vere område for landsomfattande tilsyn i 2008.**

«Når Statens helsetilsyn vel å opplyse om landsomfattande tilsyn i året som kjem, er det fordi vi vonar at verksemdene sjølve skal setje i verk tiltak for å betre styringa og internkontrollen med tenestene.»

Ei sentral grunngeving for å velje kommunale tenester til barn er ønsket om å oppnå betre samordning av barneverns-, sosial- og helsetenester til utsette barn.

Grunngivinga for å velje det psykiske helsevernet som tilsynsområde heng saman med at det i 2007 vart ført tilsyn med det kommunale tenestetilbodet til personar med psykiske lidningar, og at det er ønskjeleg å setje eit ekstra trykk også på spesialisthelsetenestetilbodet til denne gruppa.

At tilsyna er landsomfattande, vil seie at dei blir gjennomførte i alle fylke. Tilsyna skal gjennomførast som systemrevisjonar. Alle som yter helse- og sosialtenester, er pålagde å ha internkontroll for å sikre forsvarlege tenester. Systemrevisjon er ein tilsynsmetode som legg vekt på at det er nær samheng mellom faglege og styringsmessige utfordringar.

### **Kommunale barneverns-, sosial- og helsetenester til barn**

Tilsynet med tenester til barn er eit felles tilsyn der Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket samarbeider om gjennomføringa. Tilsynet er initiert av Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn. Saman med representantar frå regional stat er det utarbeidd ein rettleiar for tilsynet. Som ledd i førebuingane har det vore gjennomført møte med kommunale tenesteytarar, forskingsmiljø, brukarorganisasjonar og andre fagmiljø som yter tenester til barn. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka skal i dette tilsynet undersøkje om kommunane, ved å ha internkontroll, sikrar at utsette barn og unge i skolepliktig alder får tilstrekkelege tenester til rett tid og på ein samordna måte. Med utsette barn meiner vi barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk, eller på grunn av åtferda eller situasjonen til foreldra har behov for samordna bistand frå minst to av tenestene som blir omfatta av tilsynet.

Tilsynet skal undersøkje om kommunane gjennom nødvendig samordning fangar opp, undersøker, greier ut og følgjer opp barn slik at dei får relevante hjelpetiltak. Vidare skal tilsynet kontrollere om dei kommunale tenestene informerer kvarandre og samarbeider om å gjennomføre tiltak når det trengst, og om dei samla tenestene som blir ytte til barna og foreldra deira, blir evaluerte. Tilsynet skal også undersøkje om kommunane sikrar at barneverns- og sosialtenesta førebur og eventuelt gjennomfører

overgangen frå hjelpetiltak i regi av barnevernet til tiltak frå sosialtenesta.

Tilsynet skal rettast mot kommunale tenester til barn som bur heime eller i fosterheimar/beredskapsheimar i heimkommunen, ikkje tenester til barn i institusjon eller i fosterheimar i andre kommunar.

### **Spesialisthelsetenester til voksne med psykiske lidningar**

Tilsynet skal gjennomførast i 2008 og 2009 og utførast av Helsetilsynet i fylka ved regionale team. I kvart team skal det vere fagrevisorar – psykolog og psykiater. Også for dette tilsynet er det utarbeidd rettleiar og halde møte med representantar for fagmiljø og brukarorganisasjonar.

Tilsynet er avgrensa til distriktpsykiatriske senter. Merksemda skal særleg rettast mot korleis sentra tek vare på dei allmennpsykiatriske funksjonane overfor personar med alvorlege psykiske lidningar.

Tilsynet skal undersøkje korleis sentra tek vare på den knutepunktfunksjonen som er tiltenkt dei i behandlingsgangen, for å sikre samhandling i og mellom spesialisthelsetenesta og det kommunale hjelpeapparatet. Vidare skal det undersøkjast om behandlinga er forsvarleg, inkludert om det er sett i verk tiltak for å hindre og førebyggje bruk av tvang. Brukarmedverknad og tilbod til pårørande er også tema som det blir lagt vekt på gjennom tilsynet.

Etter eitt år skal tilsynet oppsummerast førebels.

### **Føre var**

Føremålet med å føre tilsyn er å bidra til trygge tenester ved å sjå etter om regelverket blir følgt. Valet av tilsynsområde og tema byggjer på vurderingar av risiko og sårbarheit og behov for å føre tilsyn med tenester til særleg sårbare grupper.

I denne samanhengen gjeld dette særleg dei kommunale tenestene til utsette barn og dei polikliniske spesialisthelsetenestene til voksne med alvorlege psykiske lidningar.

# Publikasjoner fra Helsetilsynet

## Rapport frå Helsetilsynet

I serien formidlar vi funn og erfaringar frå klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetenestene. På nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) finst alle utgivingane i fulltekst, og samandrag på engelsk og samisk.

### Meldesentralen – årsrapport 2006

(Rapport fra Helsetilsynet 1/2008)

### Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser

(Rapport fra Helsetilsynet 8/2007)

### Klagesaker etter sosialtjenesteloven 2006 – sammenstilling av fylkesmennenes rapportering

(Rapport fra Helsetilsynet 7/2007)

### Klager på økonomisk stønad. En analyse av fylkesmennenes klagesaksbehandling etter kapittel 5 i sosialtjenesteloven for årene 1995-2005

(Rapport fra Helsetilsynet 6/2007)

### Rettsikkerhet for utviklingshemmede, II. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med rettsikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming

(Rapport fra Helsetilsynet 5/2007)

### Ikkje likeverdige habiliteringstenester til barn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med habiliteringstenester til barn 2006

(Rapport fra Helsetilsynet 4/2007)

### Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere

(Rapport fra Helsetilsynet 3/2007)

### «Kjem du levande inn, kjem du levande ut» – men kva skjer så? Oppfølgingstilbodet etter ei alkoholforgiftning

(Rapport fra Helsetilsynet 2/2007)

### Meldesentralen – årsrapport 2005

(Rapport fra Helsetilsynet 1/2007)

## Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspel i form av brev til andre sosial- og helsestyresmakter og til tenestene. Vi publiserer somme av desse breva på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), menyen Publikasjoner ... \ Brev. Nedafor refererer vi tema for nokre av breva.

### Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006 (13. desember)

### Vedtak om tvangsmulkt som følge av manglende oppfyllelse av pålegg om å sørge for forsvarlig helsetjeneste – Helse Vest RHF (28. september)

### Avslutning av tilsynssak – «Sudbø-saken» – brudd på internkontrollplikten (28. august)

### Utdanning og autorisasjon av helsepersonell som deltar i legemiddelassistert rehabilitering (7. juni)

### Kartlegging av visse problemstillinger knyttet til tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering høsten 2005 – oppsummering (23. februar)

I tillegg publiserer vi høyringsfråsegner, sjå eigen artikkel på side 38–39, og enkelte brev i saker om pålegg til verksemder og reaksjonar mot helsepersonell.

## Medisinalmeldingar / Helse- og sosialmeldingar

Fylkesmannen og Helsetilsynet i kvart fylke gir årleg ut ein publikasjon med stoff om tenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Namnet er medisinalmelding eller helse- og sosialmelding eller liknande, og målgruppene er tenestene og allmenta i fylket og sentrale styresmakter. Meldingane finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Helsetilsynet i fylkene.

## Artiklar

Artiklane som tilsette i Statens helsetilsyn skriv i tidsskrift og bøker, blir publiserte eller peikte til på nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjoner ... \ Artikler og kronikker.

## **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 1 220 000 besøk i 2007.

På nettstaden finn du:

- *krava styresmaktene stiller til tenestene:* lover, forskrifter, rundskriv og andre dokument som uttrykkjer korleis styresmaktene forstår lover og forskrifter;
- *resultat av det arbeidet tilsynsorgana driv:* tilsynsrapportar, serien Rapport frå Helsetilsynet, andre publikasjonar, høyringsfråsegner, vedtak i enkeltsaker, andre brev, artiklar;

- *informasjon om dei rettane og klagehova befolkninga har i møte med sosialtenesta og helsetenesta;*

- *informasjon om korleis tilsynsorgana arbeider: metodar, kunnskapskjelder, tilsynsplanar, oppgåver, mynde og organisering.*

### **«Tilsyn til besvær?»**

*Tilsynsmelding 2007 blei offentleggjort på konferansen Tilsyn til besvær?*

*Dialogkonferanse om kommunenes bruk av tilsyn i helse og sosialtjenestene, arrangert av KS og Statens helsetilsyn i Oslo 3. mars 2008.*

*Materiale frå konferansen er tilgjengeleg på [www.kskonsulent.no](http://www.kskonsulent.no).*

## **Statens helsetilsyn**

Norwegian Board of Health Supervision  
Postboks 8128 Dep  
0032 OSLO

Tlf.: (+47) 21 52 99 00

Faks: (+47) 21 52 99 99

E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Besøksadresse: Calmeyers gate 1

Mars 2008