

# T i l s y n s m e l d i n g   2 0 0 9

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene



# Innhald

Internkontroll er også fagleg styring .....	3
<i>Landsomfattande tilsyn 2009</i>	
Barna får tenester – men kvaliteten er for tilfeldig. ....	5–6
Tilsyn med distriktspsykiatriske sentra (DPS) syner at dei ikkje har lært. ....	7–8
Nyttig og lærerikt med styrkt fagkompetanse i tilsyn ..... 9	
Når pasientar med psykisk liding drep. ....	10–11
Punktilsyn – ein enkel, effektiv metode .....	11
Hendingsbasert tilsyn med sosialtenesta .....	12
Straff for brot på bestemmelser i helsepersonellova .....	13
Melder for sjeldan om barnemishandling og omsorgssvikta .....	15
Trafikkfarlege – men får likevel køyre .....	16
Kva har kommunikasjon å seie for helsehjelpa?.....	17
Utlevering av opplysningar underlagde teieplikta .....	18
Tannhelsetenester til bebuarar i institusjon aukar .....	19
Tilsyn i 200 år .....	20
Helsetilsyn er også pandemitilsyn .....	20
Eldre og gamle som utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten .....	21–23
Når helsepersonell gjer feil .....	25–28
Helseformidlaren .....	29
Landsomfattande tilsyn 2010 .....	31
<i>Sett fra fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene</i>	
Papirlaus og rettslaus? Om helsetenester til personar utan opphaldsløyve.....	33
Tilsyn skal bidra til dialog og spreiling av kunnskap .....	33
Svikt i behandling med legemiddel i sjukeheimar.....	34
Nordisk og europeisk tilsynssamarbeid .....	35
Og elles meiner Statens helsetilsyn at .....	36–37
Tall og fakta .....	38–46
Publikasjoner fra Helsetilsynet .....	47

Utgitt av Statens helsetilsyn.

Ansvarleg redaktør: Lars E. Hanssen

Redaksjonsgruppe: Berit Austveg, Magne Braaten, Helge Høifødt, Sverre Nesheim,  
Finn Pedersen (leiar), Anine Terland, Kristina Totlandsdal og Nina Vedholm.

Engelsk omsetjing: Linda Grytten

Samisk omsetjing: Inger-marie Oskal

Grafisk formgjeving og trykking: 07 Gruppen. Opplag 26000

Illustrasjona: M M Malvin

Sett med Times new Roman 10,6/12,2 pkt. på Cocoon offset papir.

ISSN 1501-8083

Tilsynsmeldingar på internett: [www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding](http://www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding).

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

Kommentarar og spørsmål kan sendast til [tilsynsmelding@helsetilsynet.no](mailto:tilsynsmelding@helsetilsynet.no).

The Annual Supervision Report 2009 is also available in English on the website of the  
Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Nokre av artiklane finst i samisk omsetjing på Helsetilsynet sin nettstad  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Muhtun arthikkaliid gávnnaat sámegillii Dearvvašvuodageahču neahttábáikkis  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

# Internkontroll er også fagleg styring



«Det er eigar og drivar si oppgåve å gjere kvalitetsmåla synlege og vise korleis ein systematisk arbeider for å nå desse.»

Tilsyn utfordrar styringssistema. Det er den rauden tråden gjennom ei rekke av tekstane i denne tilsynsmeldinga. Både for oss som har skrive slike meldingar i fleire år, og for lesarane er ikkje det noko nytt. Dessverre.

Alle verksemder har sjølv sagt sine meir eller mindre omfattande styringssystem. Det gjeld også dei verksemndene som tilbyr barnevern-, sosial- og helsetenester. Men dei funna som vi gjer gjennom tilsynsarbeidet gir oss grunnlag for å stille oss spørjande til om utforminga av styringssistema er føremåls-tenlege.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta har i § 4 så å seie oppskrifta på kva som må vere med i eit styringssystem for yting av velferdstenester. Sett med våre augo skulle gjerne forskrifta ha endra namn til forskrift om styringssystem i sosial- og helsetenesta. Det hadde vore ei kraftig påminning om at internkontroll eigentleg handlar om fagleg styring.

Dei fleste verksemndene som vi fører tilsyn med er finansierte gjennom offentlege middel. Det tyder at pengane som blir stilte til disposisjon både er ei ramme for kva som kan nyttast og samstundes eit pålegg om å yte ei viss mengd av tenester. Såleis er det å bruke økonomiske data åleine som styringsgrunnlag i og for seg eit tvilsamt prosjekt.

Denne påstanden kan vidare underbyggjast ved at tenesteytinga er særskilt personellkrevjande. Personellkostnadene er det lite den einskilde verksemda kan gjøre noko med utan å endre bemanninga. Og då er vi ved eit sentralt poeng. Planlegging og justering av bemanninga må sjåast i lys av dei oppgåvane som skal utførast, både når det gjeld omfang og innhald. For å kunne gjøre det på ein forsvarleg måte må ein gjøre det klårt kva forventningar som skal stillast til tenesteytinga og korleis ein vil følgje med på at desse forventningane blir etterlevde. Dette er kjernen i eit fagleg styringssystem, og det er eigentleg det internkontrollen handlar om.

Styrande organ, som kommunestyre og føretaksstyre, bør merke seg dette. Det er deira oppgåve også å etterspørje data om kvaliteten på tenestene og gjerne også interessere seg for funna frå gjennomførte tilsyn.

Ikkje berre når det gjeld planlegging og oppfølging av bemanninga vil ein ha nytte av å ha meir enn budsjett og rekneskapsdata som styringsgrunnlag. Tilsvarande vil gjelde når ein skal planlegge eller justere organiseringa av tenestene. Ein må vite kva kvalitet på tenestene som ein vil oppnå, og setje opp modellar med indikatorar for vurdering av måloppnåinga. Ofte rår det på førehand stor uviss om kva ein kan vente seg av ein organisasjon etter gjennomførte endringar. Då vil bruk av risikoanalysar kunne vere til hjelp. Men trass i risikoanalysar må ein lage oppfølgingssystem som er i stand til å avdekke om organisasjonen verkeleg når måla sine eller skjer ut på ville vegar.

Det er eigar og drivar si oppgåve å gjere kvalitetsmåla synlege og vise korleis ein systematisk arbeider for å nå desse. Dette er internkontroll. Det er i botn slike saker vi ønskjer svar på når vi er på tilsyn. Og det ser vi dessverre alt for lite til.

Lars E. Hanssen



## Barna får tenester – men kvaliteten er for tilfeldig

**Funn frå landsomfattande tilsyn med barne- og avlastingsbustader i 2009 viser at dette tilbodet er for dårleg i mange kommunar. Foreldre og føretsette må kunne kjenne seg trygge på at barna blir tekne hand om på ein sikker måte. Mange kommunar har svak fagleg styring og må arbeide meir systematisk med å sikre at barna får tilstrekkelege tenester som er tilpassa dei individuelle behova deira.**

**«For å sikre at ein har god oversikt over om tenesta fungerer som ho skal, må kommunen ha ordningar for å skaffe informasjon om manglar, svikt og uønskte hendingar, og ein må følgje opp med tiltak for forbeting»**

Barn i barne- og avlastingsbustader har ofte komplekse og krevjande behov for hjelp. Dei har alvorlege funksjonshemminger, gjerne i kombinasjon med sjukdom. Somme av barna bur der fast, mens dei fleste har avlastingsopphold i kortare eller lengre periodar. Når barna oppheld seg i bustaden, er det kommunen som har ansvaret for at dei får omsorg og pleie tilpassa sine spesielle helsebehov, men også for å vere med og gi gode oppvekstvilkår på linje med andre barn.

Tilsynet blei gjennomført i kommunar som gir heildøgns omsorgstenester til barn under 18 år etter lov om sosiale tjenester, og omfattar bustader i 75 kommunar eller bydelar. Tilsynet avdekte brot på krav i lovgivinga (avvik) i om lag tre av fire verksemder. Avvika varierer mykje både når det gjeld omfang og type. Nedanfor trekker vi fram område med brot på lovkrav. Desse viser berre tendensar, og gjeld ikkje alle kommunar.

### For dårleg fagleg styring for å sikre kvaliteten på tenestene

Barne- og avlastingsbustader er ein type verksemd som ofte har fleire deltidstilsette, vikarar og ufaglærte, og fleire samarbeidspartnerar som fastleggar, lærarar og støttekontaktar i tillegg til foreldra. Når ein stor del av personellet er ufaglært og mange arbeider i liten stillingsprosent, stiller det store krav til opplæring, rettleiing og fagleg styring av tenestene. Ein må vurdere kompetansebehovet til dei tilsette ut frå funksjonsnivået og hjelpebehovet som barna har. Ei av tre verksemder i tilsynet hadde ikkje sytt for systematisk opplæring. Mangfull opplæring

gjaldt både handtering av legemiddel, stell og pleie, sjukdommar, funksjonshemminger og kommunikasjonsmetodar.

Ein framgangsmåte for å kompensere for variabel fagkompetanse er å lage prosedyrar, det vil seie å skildre korleis ein skal utføre viktige oppgåver i forskjellige situasjonar. Kommunen må vurdere kva område ein har behov for skriftlege prosedyrar på, ut frå kvar ein ser det er fare for at noko kan svikte. I fleire kommunar var det ikkje gjort ei slik vurdering.

For å sikre at ein har god oversikt over om tenesta fungerer som ho skal, må kommunen ha ordningar for å skaffe informasjon om manglar, svikt og uønskte hendingar, og ein må følgje opp med tiltak for forbeting (avvikshandtering). Fleire kommunar mangla ordningar for å evaluere og forbetra. Dersom uønskte hendingar ikkje blir avdekte og kjende, har ikkje verksemda grunnlag for å gjere dei nødvendige korreksjonane som kan førebyggje at det skjer igjen.

### Manglande tilrettelegging for eit meiningsfylt daglegliv og pleie og omsorg tilpassa til kvart enkelt barn

Det er ein betydeleg del av kommunane som ikkje systematisk kartlegg dei behova som barna har for omsorg, helsehjelp og aktivitar i kvardagen, slik at dei kan gi eit individuelt tilpassa tenestetilbod. Individuell tilrettelegging krev planlegging, men kvar fjerde verksemd i tilsynet mangla eller hadde mangelfulle tiltaksplanar. Flest avvik gjaldt manglande eller mangelfulle aktivitetsplanar. Resultatet kan bli tilfeldige aktivitetstilbod. Turnussamsetjing og opplæringsbehov blei i for liten grad vurdert ut frå dei ulike behova barna har. For barn som bur permanent eller oppheld seg mykje i bustaden, er dette særleg uheldig, og det kan mellom anna få konsekvensar for funksjonsevna deira.





Tilsynet har berre unntaksvis avdekt svikt som gjeld ernæring og måltid.

### Ikkje alltid forsvarleg handtering av legemiddel

Mange av barna har sjukdomstilstandar som krev behandling med legemiddel. Kommunane har ansvar for å syte for at barna får dei legemidla dei treng, til rett tid. Handtering av legemiddel skil seg ut som eit område med særleg behov for å skjerpe praksis. I om lag halvparten av kommunane som hadde tilsyn, blei det avdekt brot på lovkrava om handtering av legemiddel. Avvika gjaldt i stor grad mangelfulle eller galne prosedyrar, at prosedyrar ikkje blei følgde, at ansvaret for legemiddelhandteringen var uklart, og mangefull kompetanse. Dette aukar risikoen for at det skjer feil når ein handterer legemiddel, og at barna ikkje får dei legemidla dei treng.

### Manglar i fysisk tilrettelegging av bustader

Barne- og avlastingsbustader må vere fysisk lagde til rette på ein slik måte at dei er tilpassa dei barna som bur der, og dei særskilde behova som barna har. Ein av ti bustader var mangefullt fysisk tilrettelagd. I tillegg fekk tjue prosent av kommunane merknad som gjaldt fysiske forhold. Det vil seie at dei etter lovverket i dag blei vurderte som lovlege, men at dei burde ha vore enda betre lagde til rette for å møte dei særlege behova til barna. Ein betydeleg del av barna i barne- og avlastingsbustader har funksjonshemminger som gjer at dei har problem med å bevege seg fritt omkring. Mange funn gjaldt mangefull tilrettelegging for barn som er rørslehemma, særleg barn som sit i rullestol, på ein slik måte at det gjer det vanskelegare for dei å ta del i fellesaktivitetar.

### Konklusjonar og tilrådingar

Kommuneleinga må spørje etter og følge opp kvaliteten på tenestene i kvar enkelt barne- og avlastingsbustad. Kommunen må særleg:

- vurdere kvar det kan svikte for å kunne førebyggje uheldige hendingar
- syte for å få på plass nødvendige rutinar og prosedyrar for å trygge tenestene til barna
- syte for tilstrekkeleg kompetanse og opplæring for å sikre omsorga for barna
- fange opp svikt og legge til rette for forbettingsarbeid.

Resultat frå dette tilsynet kan også brukast av andre kommunar som eit utgangspunkt for å gå gjennom tenestene og diskutere kva risikoområde ein har i eiga verksemrd.

Verksemndene som er undersøkte, er drivne etter sosialtenestelova, men dei fleste barn i barne- og avlastingsbustader har også behov for helsetenester. Dette stiller spesielle krav til at kommunen er årvaken med omsyn til å sikre rett kompetanse og klargjere kva regelverk som gjeld, og kva tenester som skal ytast.

Statens helsetilsyn peiker også på at det lovverket som gjeld, ikkje er godt nok utforma for drift av barne- og avlastingsbustader. Det er dels mangefullt og dels vanskeleg tiljengeleg og komplekst. På ein del område, blant anna som gjeld fysisk tilrettelegging, er det vanskeleg for kommunane å vite kva standard styresmaktene krev. Korleis ein skal ta hand om behova barn har for helsehjelp, bør kome tydelegare fram i regelverket i sosialtenestelova. Statens helsetilsyn tilrår ein gjennomgang av lovverket med tanke på den særskilde situasjonen og dei særlege behova som desse barna har.

Litteratur: Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger. Rapport fra Statens helsetilsyn 2/2010.

## Tilsyn med distriktspsykiatriske sentra (DPS) syner at dei ikkje har lært

**Helsetilsynet i fylka gjennomførte tilsyn i 56 av DPS-a i landet, det vil seie godt over to tredelar av DPS-a. Funn frå tilsyna viser at det er peikt på lovbrot på eitt eller fleire område i tre firedelar av dei 56 DPS-a som er undersøkte. Mange av dei same forholda går att både i 2008 og 2009. Statens helsetilsyn kan dermed ikkje sjå at helseføretaka (HF) og dei regionale helseføretaka (RHF) har brukt dei lovbrota som det et peikt på i eitt DPS, til å korrigere og førebyggje svikt i andre DPS innanfor same HF.**

I 2008 og 2009 blei det gjennomført landsomfattande tilsyn med distriktspsykiatriske senter (DPS). Det er første gongen Helse-tilsynet i fylka gjennomfører landsomfattande tilsyn med same området over to år. Føremålet har blant anna vore å rette merksemd mot eit tenesteområde over lengre tid, og bidra til ei overføring av både lærings- og erfaring i tenestene. Regionale tilsynslag utførte tilsynet som systemrevisjon. I tillegg har to eksterne fagpersonar, ein psykologspesialist og ein psykiater, hjelpt kvart av tilsynslaga som fagrevisorar.

**«Tilsyna har påvist brot på lovkrav både i 2008 og 2009 når det gjeld vurdering og prioritering av pasientar som er viste til DPS»**

Tilsyna har undersøkt om DPS-a sikrar forsvarleg vurdering og prioritering av tilviste pasientar og utgreiing, behandling og oppfølging av pasientane som får helsehjelp. Til saman har 16 HF hatt tilsyn i to eller fleire DPS både i 2008 og 2009. Tilsyna viser at DPS-a blir organiserte, styrte og leidde forskjellig, og at det er forskjellar i tilgangen på og bruken av spesialistkompetanse og i kvaliteten på dei tenestene som DPS-a yter. Slike forskjellar i tenester til vaksne med psykiske lidinger kan gi utfordringar når det gjeld å sikre befolkninga forsvarlege helse-tenester og lik tilgang på nødvendig helsehjelp når ein treng det.

### Retten til vurdering og nødvendig helsehjelp

Når eit DPS får ei tilvising, gir det pasienten rett til å få vurdert helsetilstanden sin og kva behov han eller ho har for helsehjelp. Retten til ei slik vurdering gjeld alle tilviste pasientar. Dei pasientane som har størst behov for helsehjelp, skal prioriterast og få nødvendig

helsehjelp innan ein forsvarleg frist. DPS-et må syte for at vurdering og prioritering sikrar at alvorleg sjuke får rask behandling, og at ein gir tilbakemelding til pasienten sjølv og fastlegen om korleis vidare utgreiing og behandling skal følgjast opp.

Tilsyna har påvist brot på lovkrav både i 2008 og 2009 når det gjeld vurdering og prioritering av pasientar som er viste til DPS. Vi har funne svikt i det å sikre at søknader og tilvisingar blir vurderte av spesialist, og i det å sikre at dei pasientane det hastar mest med, blir fanga opp og vurderte etter kvart. Somme DPS sette behandlingsfristar og sende tilbakemeldingar som ikkje tok nok omsyn til dei individuelle behova til pasienten, og utan tilstrekkeleg dokumentasjon på at det var gjort individuelle vurderingar. Nokre DPS har ikkje etablert system som sikrar at ein passar på å halde vurderingsfristen. Nokre få manglar også system som sikrar oversikt over produksjonsdata, som talet på pasientar som har fått godkjent rett til nødvendig helsehjelp, pasientar som har fått godkjent behov for helsehjelp utan frist, og talet på avslag. Ein del DPS avviste pasientar på feil grunnlag. Tilbakemelding til pasienten blei i nokre DPS berre send til han eller ho som hadde vist pasienten dit, med beskjed om å gi informasjonen vidare til pasienten.

Statens helsetilsyn ser alvorleg på at det framleis ser ut til å vere utbreidd svikt når det gjeld å sikre korleis ein handterer tilvisingar i DPS. Det kan føre til at DPS-a ikkje sikrar at dei pasientane som treng helsehjelp mest, blir prioriterte før dei som ikkje har eit like stort behov, og som kan vente litt på behandling. I tillegg til at dette kan ha konsekvensar for helsehjelpa til kvar enkelt pasient, kan det svekkje samhandlinga mellom DPS-a og tilvisande instansar. Funna er særleg alvorlege sett på bakgrunn av at tidlegare landsomfattande tilsyn også har avdekt svikt i retten til nødvendig helsehjelp og prioritering i spesialisthelsetenesta.



## Utgreiing, behandling og oppfølging

Forsvarleg utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar føreset at DPS-a har etablert ei systematisk tilnærming til kva prosessane skal innehalde, korleis dei skal gå føre seg, og korleis dei skal dokumenterast. Dei tilsette må vere kjende med tilnærminga, og alle som har ansvar for og deltek i prosessane, må innarbeide tilnærminga i praksis. Ikkje minst må leiinga følgje opp at dette faktisk skjer. DPS-a må sjå til at dei tilsette har tilstrekkeleg med kunnskapar og ferdigheter til å gjennomføre arbeidet forsvarleg, og at ein spesialist kvalitetssikrar både utgreiing og behandling.

Funn frå tilsynet viser at det er utarbeidd prosedyrar på ulike område, for eksempel rutinar for å sikre forsvarleg kartlegging og bruk av ulike diagnostiske verktøy med meir. Men DPS-a har utfordringar knytte til å gjere desse kjende for dei tilsette, og følgje opp at dei tilsette tek dei i bruk. Ved fleire DPS blei det peikt på manglar knytte til utgreiing av pasientar med psykose eller alvorleg depresjon, og på at kvaliteten på utgreiingane varierte for mykje. I nokre DPS mangla journalane omtale og dermed dokumentasjon av mål, innhald og struktur i samtalebehandlinga. Tilsynet viser at lova blir broten når det gjeld dokumentasjon og journalføring av utgreiings- og behandlingsprosessar. Kvaliteten i desse prosessane er avhengig av at dei blir dokumenterte, og dersom der er manglar i slik dokumentasjon, kan det blir sårbart dersom ein annan behandler må ta over. Konsekvensane kan vere skifte i tilnærming til behandling og dermed därleg kontinuitet. Mangefull dokumentasjon svekkjer også høva for at behandlinga blir evaluert.

Nokre stader blir ikkje behandlinga sikra i tilstrekkeleg grad av spesialist eller samarbeid med andre behandlarar.

At utgreiings- og behandlingsgangen ikkje blir tilstrekkeleg kvalitetssikra gjennom systematiske tiltak, kan svekkje pasienttryggleiken og gjere pasientane uakseptabelt sårbare.

## Organisering, styring og leiing

Funn frå tilsynet tyder på at det framleis er eit stykke att til DPS-a har ei systematisk tilnærming til lærings- og forbettingsarbeid. Leiinga ved DPS-a og HF-a har ikkje god nok kontroll og oppfølging for å sikre forsvarlege tenester. Der tilsynsorgana har kome tilbake til same HF året etter, har det ikkje vore peikt på færre lovbroter, men i ein del tilfelle er lovbrota mindre alvorlege. Leiinga ved kvart enkelt HF og RHF har ansvar for å fange opp og lære av det som blei påpeikt ved eitt DPS, og bruke desse erfaringane systematisk i arbeidet med å forbetre heile verksemda.

Statens helsetilsyn forventar at helseføretaka ser til at styringa er god nok til å sikre at lova blir følgd, og at oppgåvene til DPS-a blir ivaretatt. Dette vil vi ta opp med departementet som eigar og RHF-a.

Litteratur: Distriktspsykiatriske tenester – likeverdige tilbod? Oppsummering av landsomfattande tilsyn 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktspsykiatriske sentre. Rapport frå Statens helsetilsyn 3/2010.

# Nyttig og lærerikt med styrkt fagkompetanse i tilsyn

**I landsomfattande tilsyn med distrikts-spsykiatriske senter (DPS) til vaksne med psykiske lidinger i 2008 og 2009 har Helsetilsynet brukt ein psykolog-spesialist og ein psykiater for å styrke den faglege kompetansen i tilsynsorgana.**

Totalt har 13 eksterne fagpersonar, også kalla fagrevisorar, hjelpt oss med å gjennomføre 56 tilsyn. I enkelte planlagde tilsyn treng vi spesialisert og oppdatert fagkompetanse for å kunne vurdere om tenestene som blir gitt, er fagleg forsvarlege. Ekstern fagleg bistand i planlagde tilsyn sikrar gode vurderingar og konklusjonar av fagleg forsvarleg praksis innafor fagområda vi undersøkjer. Dette er også med på å styrke legitimeten til tilsynsorgana overfor verksemndene vi fører tilsyn med.

Vi bruker fagrevisorar som har god og relevant klinisk erfaring og solid kunnskap om det som for tida blir sett på som fagleg forsvarleg praksis. Fagpersonane får opplæring i den generelle tilsynsmetodikken Helsetilsynet arbeider etter, og dei får innføring i opplegg og tematikk for tilsynet. I tilsynslaget kjem dei i tillegg til medlemmene frå tilsynsorgana.

Helsetilsynet har gode erfaringar frå dei tilsyna der vi bruker fagrevisorar når vi gjennomfører planlagde tilsyn. Og det viser seg at dei fagpersonane vi bruker, synest oppgåva med å hjelpe oss er lærerik.



Dette oppdaga vi da vi bad om erfaringar og synspunkt frå dei fagrevisorane som tok del i DPS-tilsyna. Inntrykket etter denne spørjerrunden er at fagpersonane som hjelpte oss, stort sett er godt nøgde med oppdraget. Fleire uttrykkjer at dei har lært mykje, og at kompetansen deira blei brukt på ein relevant og god måte. «*Jeg tror jeg lærte mer enn jeg hadde forventet, det var veldig flott å se hvordan andre tenker og gjør ting.*» Somme tilbakemeldingar tyder også på at dei har teke med kunnskap og røynsler dei har fått i arbeidet som fagrevisorar, tilbake til eigen arbeidsstad. Ein av fagrevisorane seier at «*erfaring jeg fikk, har jeg brukt i egen organisasjon, og vi har kjørt samme tilsyn i våre kliniske avdelinger.*»

Ein annan av fagrevisorane summerer opp oppdraget på denne måten: «*Jeg har opplevd dette arbeidet som veldig morsomt, spennende og meningsfylt, og er glad for at jeg ble spurt om å være med. Utfordringen er naturligvis å se en virksomhet som en er vant til å være en integrert del av fra utsiden. Dessuten å vurdere hvor forskjellig man kan utføre de samme oppgavene med de samme instruksene, uten at det går utover den faglige forsvarligheten.*»

## Planlagde tilsyn

I planlagde tilsyn som er gjennomførte som systemrevisjon, er vi opptekne av om verksemndene har etablert systematiske styringstiltak som sikrar at sentrale lovkrav blir haldne. Vi vurderer om verksemndene legg til rette for systematisk styrings- og betringsarbeid i tenestene og sikrar forsvarleg praksis.

Landsomfattande tilsyn er planlagde tilsyn som er utførte som systemrevisjonar, og der Statens helsetilsyn utarbeider ein rettleiar for tilsynslaga i fylka. Rettleiaren blir skriven for at Helsetilsynet i fylka og fylkesmennene skal gjennomføre tilsynet likt i heile landet. Vi legg rettleiara på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) for at grunnlaget for tilsynet skal vere offentleg tilgjengeleg, og for at dei som har ansvar for tenester, og andre kan gjere seg nytte av innhaldet seinare.



## Når pasientar med psykisk lidning drep

**I mars 2009 blei tre menneske drepte i Tromsø av ein person som hadde fått oppfølging både frå psykiatrisk spesialisthelseteneste og frå dei kommunale tenestene. I lengre tid har tilsynsorganet retta merksemda mot problemstillingar knytte til tryggleik innafor psykisk helsevern. Hendinga i Tromsø aktualiserte arbeidet i tilsynsorganet.**

Statens helsetilsyn avgjorde at ein skulle hente inn informasjon frå fylkesmannsembata og Helsetilsynet i fylka om saker som dei var kjende med, der personar med psykiske lidningar hadde drepe i perioden frå 1. januar 2004 til 3. april 2009.

Føremålet med undersøkinga var å sjå etter fellestrekks og område med særleg fare for svikt. Vi fekk informasjon om 23 tilfelle, som hadde ført til 18 tilsynssaker. Statens helsetilsyn hadde behandla nokre av sakene tildeigare.

Tre personar gjorde sjølvmord etter at dei hadde drepe, og ein gjorde eit alvorleg sjølvmordsforsøk.

Vår gjennomgang av sakene viste brot på spesialisthelsetenelova § 2-2 i fire tilfelle. Det blei også gitt ei åtvaring til helsepersonell.

**«... det at pasienten handla valdeleg, kom tilsynelatande uventa på behandlingspersonellet.»**

### Brot på § 2-2 i spesialisthelsetenelova

#### Vi fann:

- mangel på styrande dokument som sikrar kontinuitet i behandlinga, medrekna forpliktande samhandlingsrutinar med fastlege, DPS eller sosialkontor når pasienten blir skriven ut
- manglande implementering av rutinar/prosedyrar for forsvarleg utgreiing, journalføring og utsending av epikrise
- at behandlar som ikkje er lege eller psykolog, hadde fått urimeleg stort ansvar for å avgjere grensene for eigen kompetanse

- manglande system for å følgje opp pasientar som står i fare for å ta eige liv
- at teknisk personell ikkje hadde fått opplæring i korleis dei skulle oppføre seg overfor pasientar som er lagde inn på stengd døgnavdeling.

#### Ei åtvaring

Ein overlege fekk åtvaring frå Statens helsetilsyn for å ha brote helsepersonellova § 4, som handlar om forsvarleg behandling. Det blei peikt på mangelfull utgreiing, behandling og medisinering, og manglande planlegging og tiltak i samband med utskrivning. Journalføringa var mangelfull når det gjaldt korleis det var vurdert i samband med overføring frå tvunge til frivillig vern, og epikrisen blei send for seint.

#### Svikt i valdsrisikovurderinga

- Valdeleg åtferd eller truslar var ikkje skrivne inn i journalen i 13 saker, og det at pasienten handla valdeleg, kom tilsynelatande uventa på behandlingspersonellet. I fire saker der valdshandlingar og trugande åtferd kom fram av journalen, var det ikkje gjennomført strukturerte valdsrisikovurderingar, slik Helsedirektoratet tilrår (1).
- Ingen av pasientane med kjend valdeleg åtferd blei spurde av behandlarane sine om dei hadde tilgang på våpen eller andre farlege gjenstandar.

I det toårigs landsomfattande tilsynet vårt, oppsummert i halvgått løp i rapport 4/2009: «DPS: Landsdekkende tjenester, men variert kvalitet?» (2), blei det peikt på at det ved 6 av dei 28 undersøkte DPS-a ikkje låg føre prosedyrar og/eller ein avtalt praksis for når ein skulle gjere valdsrisikovurderingar, kven som skulle gjere dei, og korleis vurderingane skulle følgjast opp. Ved nokre av DPS-a blei det også peikt på at avdelinga ikkje hadde sett til at kompetansen på området var vurdert, eventuelt bygd opp, og/eller det blei peikt på at personellet var usikre på korleis dei skulle stille seg til slik problematikk.

## Vidare oppfølging

I april 2009 oppnemnde regjeringa eit utval, leidd av fylkesmann Ann-Kristin Olsen, som skal undersøkje mogleg svikt i system og behandlingsgang knytt til menneske som har kjend psykisk liding, og som har teke liv. Statens helsetilsyn har overlevert sakene, og førebels vurdering av desse, til Olsen-utvalet. Utvalet har frist til 1. mai 2010 for å levere rapporten. Etter dette skal Statens helsetilsyn vurdere behovet for tiltak for å sikre ei einskapleg oppfølging av slike saker ved kontora til fylkesmennene/Helsetilsyna i fylka.

## Referansar

1. Vurdering av risiko for voldelig atferd. IS-9/2007. Tilgjengeleg i fulltekst på [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-9\\_2007\\_16623a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-9_2007_16623a.pdf)
2. Rapport frå Helsetilsynet 4/2009. DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Tilgjengeleg i fulltekst på [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsyne-trapporet4\\_2009.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsyne-trapporet4_2009.pdf)

## PUNKTTILSYN – EIN ENKEL, EFFEKTIV METODE

Statens helsetilsyn gjennomførte sommaren 2009 ei nasjonal kartlegging av bemanning og kompetanse i bilambulansetenesta. Formålet var å klarleggje om ambulansetenestene oppfylte bemannings- og kompetansekrava i *forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.

25. juni blei helseføretaka varsla om at Statens helsetilsyn ein dag i perioden fra 6. til 19. juli kom til å gjennomføre kartlegginga. I varselet oppmoda vi helseføretaka om å gi opp ein kontaktperson som både var tilgjengeleg på telefon og via e-post.

Den 14. juli blei kontaktpersonane i helseføretaka varsla gjennom tekstmelding om at kartlegginga skulle gjennomførast denne dagen, og at rapporteringsskjema var sende på e-post. Vi orienterte også helseføretaka om at vi i somme tilfelle kom til å verifisere dei opplysningsane vi fekk frå dei.

Same ettermiddag blei det sendt inn opplysningar om bemanning og kompetanse for til saman 488 bilambulansar som var på vakt denne dagen. Verifikasiing blei gjennomført ved eitt helseføretak.

Etter at Helsetilsynet hadde tilarbeidd og samanstilt datamaterialet, blei dette sendt over til helseføretaka fredag 16. juli slik at dei kunne uttale seg. Fristen for å melde tilbake var utgangen av august.

23. september blei det sendt ut ein rapport frå kartlegginga. Her går det fram at kvar fjerde ambulanse ikkje var bemanna i tråd med dei krava som gjeld.

På bakgrunn av det vi fann i kartlegginga, har både helseføretaka, dei regionale helseføretaka og eigaravdelinga i Helse- og omsorgsdepartementet sett i gang tiltak for å sikre at føretaka oppfyller dei krava styresmaktene stiller til bemanning og kompetanse i bilambulansetenesta. Statens helsetilsyn kjem til å følgje opp dette i 2010.

# Hendingsbasert tilsyn med sosialtenesta



«Enkelt-hendingar eller situasjonar kan også føre til at Fylkesmannen følgjer opp med tilsyn.»

## Rettsleg grunnlag for tilsyn

Fylkesmannen fører tilsyn med sosialtenesta etter kapitla 4, 4A, 6 og 7 i sosialtenestelova. Tilsynsmyndet til Fylkesmannen er heimla i sosialtenestelova § 2–6. Statens helsetilsyn har etter § 2–7 det overordna faglege tilsynet med sosialtenesta. Frå og med 1. januar 2010 har Fylkesmannen og Statens helsetilsyn også tilsynsoppgåver etter ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 9 og 10. Fylkesmannen er klageinstans for enkeltvedtak, og i klagebehandlinga kan Fylkesmannen bli merksam på tilhøve som krev oppfølging gjennom tilsyn.

Tilsyn er måten styresmaktene kontrollerer at krava som følgjer av lovgivinga, blir følgde. Det planlagde tilsynet med sosialtenesta har tradisjonelt vore utført som systemrevisjonar. Områda for tilsyn blir valde på bakgrunn av risiko- og sårbarheitsvurderingar der ein har grunn til å tru at det kan vere svikt.

## Hendingsbasert tilsyn

Enkelthendingar eller situasjonar kan også føre til at Fylkesmannen følgjer opp med tilsyn. Hendingsbasert tilsyn tek vanlegvis til etter klage frå ein tenestemottakar eller pårørande om forhold eller hendingar knytte til tenestetilbodet. Etter eventuelt å ha innhenta tilleggsopplysninga vurderer Fylkesmannen om forhold, ein situasjon eller ei enkelt hending gir grunn til å tru at ein kommune eller ei verksemd ikkje oppfyller dei krava som styresmaktene stiller. Statens helsetilsyn har i 2009 i samarbeid med Fylkesmennene laga ein rettleiar for korleis Fylkesmannen skal behandle slike tilsynssaker.

## Eksempel på forhold og hendingar som kan føre til tilsynssaker

- Heimehjelpa møter ikkje hos tenestemottakar som bestemt i vedtaket.
- Stor utskifting i bemanninga på ein institusjon medfører at ein person med psykisk utviklingshemming stadig må tilpasse seg nye hjelparar, og det kan føre til at det blir brukt unødig tvang.

## Eksempel på ei konkret sak

Vedtaket om brukarstyrt personleg assistanse (BPA) for ein tenestemottakar blei ikkje sett ut i livet fordi kommunen stilte krav om særskild fagkompetanse hos assistenter. Fylkesmannen konkluderte i denne saka med at kommunen ikkje kan setje andre krav til kvalifikasjonar ved tilsetjing av assistenter enn det som er nødvendig for å sikre at den enkelte tenestemottakaren får forsvarlege tenester.

Utgangspunktet for korleis Fylkesmannen behandler tilsynssakene, er å kontrollere at forhold, aktivitetar og avgjerder er i samsvar med dei pliktene som er nedfelte i lov eller med heimel i lov. Fylkesmannen må hente inn fakta og vurdere om det har vore brot på dei rettsreglane som gjeld for sosialtenesta. Konklusjonen blir send til kommunen, som har plikt til å rette opp svikt som er påvist. Ofte heng svikt i tenestene saman med veikskapar i styringssystemet til kommunen. Tilsynsorganet må derfor sjå til at svikten blir korrigert, og at verksemda har eit styringssystem som kan fange opp svikt i framtida.

## Organisering i NAV – ei særleg utfordring

NAV-reforma fører med seg at ansvaret for tenestene er delt mellom kommune og stat i ein NAV-kontor. Ansvarsområdet til NAV-kontoret kan utleiaast delvis av lov og delvis av kontrakt mellom staten og kommunen. Fylkesmannen må derfor, når dei rettar tilsynet mot ein kommune, vere særleg merksam på om kommunen har organisert delar av dei sosiale tenestene under NAV. Samarbeids- eller partnarskapsavtalen mellom kommune og NAV er sentral når ein definerer kva tenester som er lagde til NAV, og forholdet til andre kommunale og sosiale tenester.

# Straff for brot på bestemmelser i helsepersonellova

**Helsepersonell som til dømes gir uforståelig helsehjelp, eller som har brote andre bestemmelser i helsepersonellova, kan forfølgjast strafferettsleg dersom dei har gjort alvorlege brot på helsepersonellova.**

I helsepersonellova § 67 heiter det:  
*Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.*

**«... det er dei «markante avvik fra forsvarlig virksomhet» ein bør reagere mot»**

*Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.*

Verksemder, til dømes sjukehus eller den kommunale helsetenesta, kan også straffast, jf. straffelova § 48a.

I straffelova § 48a heiter det:  
*Når et straffebud er overtrådt av noen som har handlet på vegne av et foretak, kan foretaket straffes. Dette gjelder selv om ingen enkeltperson kan straffes for overtredelsen.*

Dette inneberer til dømes at eit sjukehus, representert ved direktøren, kan bli straffa dersom ein pasient har blitt skada under ei behandling.

Det er politi og påtalemakta som står for den strafferettslege forfølginga, men Statens helsetilsyn er tillagt kompetanse til å krevje påtale ved brot på helsepersonellova.

Statens helsetilsyn krev sjeldan påtale for brot på kravet om forsvarleg helsehjelp. I praksis skal det ligge føre betydeleg svikt før det blir vurdert som grovt aktlaust. Dei fleste sakene der det blir kravd påtale, endar med at helsepersonellet får eit førelegg.

**Vilkår for å krevje påtale mot helsepersonell**  
Føresetnaden for at Statens helsetilsyn kan fremje krav om påtale mot helsepersonell ved brot på helsepersonellova, er at helsepersonellet har handla forsettleg eller grovt aktlaust.

Vanleg aktløyse er ikkje nok. Lovgivar har meint at det berre er «kvalifisert klanderverdig handlingar» som skal kunne føre til straff. Helsepersonellet må difor vere svært mykje å bebreide før dei kan straffast for brot på helsepersonellova. Helsepersonell som til dagleg må ta vanskelege avgjerder med store og alvorlege konsekvensar dersom dei vurderer feil, skal ikkje risikere straffansvar ved kvar feilvurdering. Riksadvokaten har uttala at terskelen for å bruke straff ved uhell under pasientbehandling er høg, og at det er dei «markante avvik fra forsvarlig virksomhet» ein bør reagere mot\*. Dersom helsepersonell handlar uforsvarleg utan at ein kan karakterisere det som grovt uforsvarleg, legg lova opp til at Statens helsetilsyn kan nytte åtvaring, jf. helsepersonellova § 56.

## I kva saker blir det kravd påtale?

Felles for mange av sakene er at den uforsvarlege hendinga enda med at pasienten døydde. Dødeleg utgang er likevel ikkje eit vilkår for å krevje påtale. I fleire av sakene der Statens helsetilsyn meinte at helsepersonellet handla grovt aktlaust, hadde helsepersonellet svikta fagleg på fleire måtar. Eitt eksempel på dette er ei sak der ein sjukepleiar hadde gitt feil medisin og prøvd å skjule dette, og forsøkte å rette opp feilen ved å gi pasienten eit anna legemiddel utan at lege hadde rekvisert det. Sjukepleien hadde på tre måtar handla klanderverdig, og samla ser ein dette som grovt uforsvarleg. Dette er årsaka til at Statens helsetilsyn kravde påtale.

Også enkeltståande svært grove feil har ført til krav om påtale. For å illustrere dette kan vi vise til ei sak der ein sjukepleiar utan legerekvirering starta risikabel medisinering som i tillegg ikkje var relevant. Her blei den enkeltståande handlinga sedd på som så grov at ho førte til at Statens helsetilsyn kravde påtale.

## Kor ofte blir det kravd påtale?

Statens helsetilsyn har i 2009 gått gjennom alle våre krav om påtale i perioden frå februar 2002 til oktober 2008. Det vi fann i forbindelse med dette arbeidet vil bli publisert.

\* Rundskriv frå Riksadvokaten nr 5/2001



# Melder for sjeldan om barnemishandling og omsorgssvikt

**Ein reknar med at ni barn under tre år dør kvart år i Noreg som følgje av mishandling av eller omsorgssvikt frå sine næreste. I Vestfold blei ein stefar dømd for å ha mishandla ein fem år gammal gut slik at han døydde. Etterforsking og tilsynssak viste at mange instansar hadde kunnskap som gjorde at dei burde ha reagert.**

Også i andre tilfelle er det blitt klart at helsepersonell har vore for etterhaldne med å melde frå. Teieplikta er eit viktig prinsipp i helsetenesta; ho er sterkt lovregulert og grunnleggjande for tilliten. Helsetilsynet har erfart at helsepersonell er redde for å melde også i dei tilfella der dei har plikt til det.

## Plikt til å melde

Helsepersonell i Noreg har etter helsepersonellova § 33 meldeplikt til barnevernet når dei trur at barn blir utsette for vald, seksuelle overgrep, kjønnslemlesting og alvorleg omsorgssvikt. Det er fordi ein meiner at vald og overgrep mot barn vedkjem det offentlege. Pliktia byrjar å gjelde når det er grunn til å tru at eit barn blir mishandla i heimen, eller når det ligg føre andre former for alvorleg omsorgssvikt. Det er ikkje eit krav at helsepersonellet må ha sikker kunnskap om tilhøva for å melde, men det må vere meir enn ein vag mistanke. Det er barnevernet som skal avklare om det er hald i mistanken. Sjølv om det viser seg at det ikkje er det, har meldaren ikkje brote teieplikta.

Helsepersonell har også ei plikt til å varsle politiet dersom det er nødvendig for å avverje alvorleg skade på person.

Ved helseinstitusjonar skal det vere peikt ut ein person som har ansvar for å levere ut opplysningar til barnevernet. Andre er likevel ikkje fritekne frå plikta til å melde dersom den som er peikt ut, let vere å varsle.

## Kvar finst normene som skal leggjast til grunn?

Normer for god og forsvarleg praksis finn vi i faglitteratur, rettleiarar og i praksisfeltet. Der blir det gjort greie for kva signal som skal vekkje mistanke om mishandling og omsorgssvikt, og for varslingsprosessen. Helsedirek-

toratet, Barne- og likestillingsdepartementet, Statens helsetilsyn, Barne-, ungdoms- og familieetaten er blant dei som har gitt ut relevante rettleiarar.

## Toppen av isfjellet

Statens helsetilsyn får kjennskap til saker der helsepersonell har late vere å varsle barnevern eller politi. Vi meiner derfor at vi berre ser toppen av isfjellet.

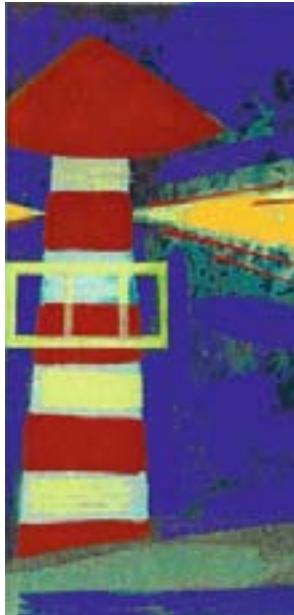
Men somme gonger kjem det opp saker. I 2009 fekk eit sjukehus kritikk for manglar ved internkontrollen og styringssystemet. Ein pasient fortalte helsepersonellet om overgrep sine mot eit barn. Verken behandlarane eller leiinga sende melding om at dei var uroa, til barnevernet. Mannen melde seg sjølv til politiet etter å ha vore i kontakt med ein psykolog ved ein annan behandlingsinstitusjon som informerte om at ho hadde varslingsplikt. I rettssaka som følgde, kom det fram at han hadde halde fram overgrep mot barnet og misbrukt eit nytt barn i den perioden han gjekk til behandling. Sjukehuset hadde ikkje peikt ut ein person med ansvar til å formidle opplysningar til barnevernet. Sia sjukehuset i omfattande grad brukte utanlandske vikarspsykiatrar, blei ikkje kontinuiteten i behandlinga sikra, og det var heller ikkje god journalføring. Fire psykiatrar og ein sjukepleiar fekk åtvaringar for brot på meldeplikta.

## Eit mogleg risikoområde

Statens helsetilsyn meiner at helsetenesta bør gjere eit lyft for å betre varslinga av vald mot, mishandling av og omsorgssvikt overfor barn. Ein veg å gå kan vere å identifisere det å la vere å melde frå som eit risiko-område og å setje inn betringstiltak.

«Statens  
helsetilsyn  
meiner at  
helsetenesta  
bør gjere  
eit lyft for  
å betre  
varslinga av  
vald mot,  
mishandling  
av og om-  
sorgssvikt  
overfor barn.»

## Trafikkfarlege – men får likevel køyre



**Helsekrava i førarkortforskrifta er utforma for å ta vare på den allmenne trafikktryggleiken. Helsepersonellova § 34 pålegg legar, psykologar og optikkarar ei meldeplikt til Fylkesmannen dersom førarkortinnehavarar ikkje oppfyller helsekrava. I Nasjonal handlingsplan for trafiksikkerhet på veg (2006–2009) blir det vist til at Helse-tilsynet har erfart at det er ei urovekjande underrapportering av slike tilfelle.**

Førarkortforskrifta og Helsedirektoratets retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førarkortsaker (2008) er viktige reiskapar for helsepersonell som skal ta vare på meldeplikta si.

Det er lite kjent i kva grad redusert helse påverkar ulykkesstatistikken. Men at slik påverknad kan redusere køyredugleiken – som følgje av legemiddelbruk, skade eller sjukdom – er likevel openberr. Inntak av vanedannande legemiddel kan føre til at ein ikkje bør køyre bil. Det er særleg viktig å vere klar over at effekten av sovetablettar kan påverke køyreevna i meir enn sju–atte timer. Det finst likevel ingen tydelege nedre grenser for inntak av legemiddel. Helsepersonellet må gjøre individuelle vurderingar og sikre at dei har oppdaterte kunnskapar på området. Det kan vere enklare å slå fast at diabetikarar med tilbakevendande følingar, epileptikarar med anfall, demente som ikkje klarer enkle testar på kognitive evner, og personar med ustabil psykisk liding, ikkje må køyre bil.

Statens helsetilsyn har i fleire saker avdekt at legar har forsømt plikta dei har til å vurdere om pasientane oppfyller helsekrava i førarkortforskrifta, og at dei ikkje har sendt melding til Fylkesmannen om at helsekrava ikkje er oppfylte.

Ei grunngiving som ofte går igjen når legen har sett bort frå helsekrava i førarkortforskrifta, er at ei inndraging av førarkortet får for store konsekvensar for fridommen til pasienten. Ei slik grunngiving er sjølv sagt ikkje haldbar. Vi ser sjeldnare at tilsynssaker er utløyste ved at legar har oversett sjukdom som årsak til nedsett køyreevne. Helsetilsynet i Hordaland påpeikte dette knytt til psykisk liding i Medisinalmelding 2004. Den utløysande årsaka til dette var ein person som kyrde mot kyreretninga på ein motorveg. Helsetilsynet i Vestfold gjennomførte hausten 2008 tilsyn med korleis fleire fastlegar praktiserte meldeplikta i førarkortsaker. Det blei funne avvik ved at verksemder ikkje sikra at ein tok vare på plikta dei hadde i samband med vurdering, varsel til pasient og melding til Fylkesmannen.

Statens havarikommisjon for transport har i ein rapport etter ei vegtrafikkulykke (2009/02) avdekt at fastlegen til ein yrkessjåfør hadde unnlatt å melde at føraren ikkje oppfylte helsekrava i førarforskrifta. Kommisjonen konkluderer med at helsestyresmakten bør setje i verk tiltak som sikrar at helsepersonell følgjer opp meldeplikta dei har i samband med helsekrava i førarkortforskrifta.

Etter § 56 første ledd i helsepersonellova kan Statens helsetilsyn «gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til ... i vesentlig grad å svekkje tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten». Dersom meldeplikta i helsepersonellova § 34 ikkje blir etterlevd, svekkjer det etter Statens helsetilsyn si vurdering tilliten til helsepersonell. Eit brot på meldeplikta kan derfor føre til at helsepersonellet får ei åtvaring. Dersom vedkomande ikkje rettar seg etter denne åtvaringen, kan ein vurdere å kalle tilbake autorisasjonen, jf. helsepersonellova § 57 andre ledd.

# Kva har kommunikasjon å seie for helsehjelpa?

**Allmennmedisinundervisninga i Noreg legg stor vekt på kommunikasjonstrening og framstiller ofte medisin som ei relasjonell verksemd med få absolute sanningar.**

I samband med dette peiker Hunskår og Hjortdahl i boka Læring av feil og klagesaker på at kommunikasjon mellom lege og pasient og mellom helsearbeidrarar er grunnleggjande for utøvinga av faget, men også ein føresetnad for å førebyggje uheldige hendingar. Kommunikasjon er ein føresetnad for lagarbeid, og svikt i kommunikasjonen er truleg den vanlegaste årsaka til uheldige hendingar.

I rundt 80 prosent av konsultasjonane stiller allmennlegen diagnosen gjennom å klarleggje sjukdomshistoria. Når pasientar vender seg til legevaka med akutte symptom, kan denne prosentdelen kome opp mot 90.

Kommunikasjon er såleis den viktigaste reiskapen for allmennlegen, og legen har ansvaret for at kommunikasjonen med pasienten blir god og tillitsvekkjande.

Tilsynssakene er likevel ikkje representative for denne prosentvise fordelinga. Funna frå ei undersøking av klagesaker til Helsetilsynet i Hordaland illustrerer det. Ein undersøkte klager over ein femårsperiode retta mot legevakt og andre situasjonar der legehjelpa hasta. Her vurderte ein svikt i kommunikasjonen mellom lege og pasient som vesentleg berre i knapt ein tidel av hendingane. I tillegg var det fleire tilfelle der samhandlinga med pårørande og anna helsepersonell blei oppfatta som därleg. I dei seinare åra har ein på anna hald vore spesielt oppteken av språkvanskars som årsaka til därleg kommunikasjon ved behov for helsehjelp, men berre to klager kunne knytast til språkvanskars i denne undersøkinga.

Desse funna rokkar likevel ikkje ved kor viktig kommunikasjon er for ein gunstig hendingsgang. Fleire studiar har vist at det er ein samanheng mellom kunnskapane og kommunikasjonsdugleiken til legestudentane og seinare risiko for å gjere feil og få lite tilfredse pasientar. Ei tolvårsoppfølging av

meir enn 3000 legar som tok statsekamen i Canada mellom 1993 og 1996, samanlikna resultata frå statsekamen med seinare klagesaker. Ein fann at det var tydeleg samanheng mellom eksamensresultata i kommunikasjonsdugleik og seinare klinisk avgjerdsevne. Slike funn har ført til den satsinga på kommunikasjonsundervisning og klinisk dugleik som vi ser i legestudia i dag.

I same boka skildrar Hauff og Kumar korleis språkforståinga og den kulturelle bakgrunnen til legen kan påverke risikoen for å gjere feil. Den semiotiske modellen ser på kommunikasjon som ein aktiv prosess som skaper mening. Ved å bruke denne modellen understrekar dei at helsepersonell må forhandle med pasientane sine framfor å berre overføre eller dikttere mening til dei. Semiotikarar legg vekt på det behovet helsearbeidrarar har for samarbeidande kommunikasjonsprosessar i helsehjelpa, særleg når det finst kulturelle barrierar. Forfattarane peiker på at språkleg tilbakeslag kan oppstå ved stress og i hastesituasjonar, og såleis kan hindre god samhandling.

Det strukturerte utdanningsprogrammet til spesialiteten i allmennmedisin legg opp til kommunikasjonstrening med kollegaer i rettleiingsgrupper og smågrupper.

Den danske filosofen Søren Kierkegaard sine tankar om kommunikasjon har vore ei rettesnor for utdanninga av rettleiarar – heilt frå starten i 1985:

«*At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.*

*For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer.»*

**«... legen har  
ansvaret for at  
kommunikasjonen  
med pasienten  
blir god og  
tillitsvekkjande.»**

Litteratur: Læring av feil og klagesaker Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (redaktører) (Rapport fra Helsetilsynet 7/2009).

# Utlevering av opplysningar underlagde teieplikta

**Statens helsetilsyn får årleg svært mange førespurnader frå arbeidsgivarar, vikarbyrå og andre om autorisasjonsstatus for helsepersonell, med ønske om informasjon om eventuelle tidlegare tilsynssaker mot helsepersonellet.**

I 2008 fekk vi 432 slike førespurnader. I dei fleste tilfella har vi ingen sak i Statens helsetilsyn mot helsepersonellet. Dette utelukkar likevel ikkje at Helsetilsynet i fylket kan ha hatt tilsynsoppfølging av vedkomande.

## Kva kan leverast ut?

I dei tilfella der det har vore ei tilsynssak mot helsepersonellet, er spørsmålet kva informasjon Statens helsetilsyn kan gi til arbeidsgivarar og vikarbyrå. Utgangspunktet er at Statens helsetilsyn pliktar å gi innsyn i alle dokument etter offentleglova. Opplysningane om at det tidlegare har vore ei tilsynssak, og utfallet av denne, er opplysningar som alltid blir utleverte.

Der dokumentet inneholder opplysningar om personlege forhold, avgrensar teieplikta kva Statens helsetilsyn kan levere frå seg. Kva ein ser som personlege forhold, må avgjerast konkret i kvar enkelt sak, men opplysningar om til dømes sjukdom, rus eller seksuell legning skal ein alltid sjå på som personlege forhold. Opplysningar om grov mangel på fagleg innsikt, uforsvarleg verksemد og straffbare forhold gjorde i tenesta, ligg som hovudregel ikkje under teieplikta.

# Omsorgsløn – ordning med mange klager

**Media, brukarar og forskarar har kritisert ordninga med omsorgsløn. Ankepunkt har vore at kommunane praktiserer ordninga ulikt, og at mange brukarar opplever praktiseringa som tilfeldig og urettferdig.**

Omsorgsløn er kommunal betaling til privatpersonar som gir omsorg til personar med stort omsorgsbehov som følgje av alder, funksjonshemmning eller sjukdom. I 2008 fekk 8000 personar omsorgsløn. Likevel gjaldt heile 35 prosent (314 av 882) av klagene til Fylkesmannen på sosiale tenester i 2008 tildeling av omsorgsløn.

Statens helsetilsyn har oppsummert kunnskap frå forsking, offentleg statistikk og erfaringar frå tilsyn og klagesaker. I 2009 gjekk vi gjennom alle klagesakene på omsorgsløn frå 2007 i eit fylke og frå 2008 i eit anna fylke. Dette utgjorde til saman 37 klagesaker på tildeling av omsorgsløn. I heile 21 av desse sakene blei vedtaket i kommunen endra eller oppheva av Fylkesmannen. Dette inneber ein fare for rettstryggleiken både til omsorgstrengande og omsorgslønmot-takarar.

Omsorgslønordninga har gong på gong vore på den politiske dagsordenen, som spørjetimespørsmål, dokument 8-forslag og i stortingsmeldingar.

Statens helsetilsyn meiner det er eit rettstryggleiksproblem at ordninga, etter 20 år, ikkje blir praktisert meir einskapleg.

Vi har sendt kunnskapsoppsummerringa over til Helse- og omsorgsdepartementet med tilråding om å sjå nærmere på omsorgslønsordninga og gjere endringar som er med på å betre rettstryggleiken og reduserer faren for svikt i tenestetilbodet til personar som treng omsorg.

Statens helsetilsyn har også bede fylkesmennene om å rette merksemda mot praktiseringa av omsorgslønsordninga i kommunane i 2010.

# Tannhelsetenester til bebuarar i institusjon aukar

I ein rapport frå 2004 konkluderte Statens helsetilsyn at «tannhelsetjenestetilbuet i mange fylker til eldre, langtidssyke og uføre ... gir særlig grunn til bekymring». Tannhelsestatistikken viser likevel at tilbodet til denne gruppa frå den offentlege tannhelsetenesta ser ut til å vere meir omfattande i 2008 enn i 2004.

Tannhelsetenestelova slår fast at den offentlege tannhelsetenesta skal gi eit regelmessig og oppskjande tilbod til eldre, langtidssjuke og uføre som bur i institusjon. Etter forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene har pleie- og omsorgstenesta plikt til å etablere prosedyrar som sikrar nødvendig tannbehandling og god munnhygiene.

## Behov for samarbeid

For å kunne tilby nødvendige tannhelsetenester og sikre god munnhygiene for alle som bur i institusjon, er det viktig at den fylkeskommunale tannhelsetenesta samarbeider godt med pleie- og omsorgstenesta i kommunen, og at det er god informasjonsflyt mellom dei.

I åra etter 2004 har fleire av fylkesrevisjonane gjennomført revisjonar av den offentlege tannhelsetenesta. Fleire av desse har fokusert på korleis den offentlege tannhelsetenesta skjøttar tilbodet til dei prioriterte gruppene. Sjikt i samarbeidet med kommunehelsetenesta er blant funna.

I 2004 tilrådde fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag at «skriftlige samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør etterstrebdes, i den hensikt å forplikte hverandre til å gi et best mulig tilbud til pasientene».

I 2006 fann fylkesrevisjonen i Vest-Agder at tilbodet til bebuarar i institusjon «gjennomføres ikke tilfredsstillende». Fylkesrevisjonen tilrådde at den offentlege tannhelsetenesta i Vest-Agder «burde vurdere å utarbeide avtaler eller samarbeidskontrakter mellom tannhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene».

I 2007 avdekte Rogaland Revisjon «sviktende og svært varierende» rutinar og system i kommunane for samarbeid mellom den offentlege tannhelsetenesta og den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

## Har noko skjedd?

Har noko skjedd sia desse rapportane blei offentleggjorde? Er samarbeidet blitt betre? Har eldre fått eit betre tilbod?

I 2008 rapporterte Fylkesrevisjonen i Nordland at: «Samarbeidet foregår ved kontakt-/samarbeidsmøter mellom tannhelsetjenesten og leder for pleie- og omsorgsinstitusjoner og hjemmesykepleien. Fylkestannlegen vurderer samarbeidet som godt i mange kommuner. Tannhelsetjenesten har utarbeidet skriftlige rutiner som pleie- og omsorgstjenesten samarbeider med tannhelsetjenesten om å utføre.»

Tannhelsestatistikk viser at tilbodet frå den offentlege tannhelsetenesta til eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon ser ut til å vere meir omfattande i 2008 enn i 2004. I Noreg er det om lag 50 000 bebuarar i institusjonar. I 2004 fekk 29 322 bebuarar undersøking eller behandling av den offentlege tannhelsetenesta. I 2008 var talet 32 030. I 13 av 19 fylkeskommunar har det vore ein auke i talet på bebuarar i institusjon som er blitt undersøkte eller har fått behandling.

I 2002 kom den offentlege tannhelsetenesta i Vest-Agder därleg ut når det gjaldt kor stor del av bebuarar i institusjon som var under tilsyn av den offentlege tannhelsetenesta.

Da fylkesrevisjonen i 2006 kritiserte tannhelsetilbodet til eldre, langtidssjuke og uføre i Vest-Agder, sette fylkestannlegen straks i gang tiltak. No har den offentlege tannhelsetenesta i Vest-Agder samarbeidsavtalar med alle dei 19 kommunane i Vest-Agder.

# Tilsyn i 200 år



**Den første norske, nasjonale tilsynsordninga med helsetenesta vart skipa i 1809. Då var det blokaden av samferdsla mellom København og Christiania som følgje av Napoleonskrigane som gjorde det nødvendig å etablere eit slikt forvaltningsorgan her i landet. Det fekk namnet Det Kongelige norske Sundheds-Collegium i Christiania.**

Alt frå 1672 hadde det vore ei viss form for tilsyn med legar (medici) og apotekarar si verksemd ved at universitetet i København skulle ta i mot og følgje opp meldingar som dei fekk om helsetilstand og helseteneste. Men gjennom det nye kollegiet ser vi for første gongen konturane av ei tilsynsordning slik vi kjenner ho i dag.

Det er verdt å leggje merke til at kollegiet var tverrfagleg orientert. Det hadde knytt til seg juridisk, medisinsk og farmasøytsk kompe-

tanse. Vidare hadde det eit klårt tilsynsoppdrag. Instruksen for arbeidet seier dette (§ 19): *Collegiet har at vaage over, at de nu for Tiden gjeldende Love for Medicinalvæsenet i Norge, eller de, som herefter maatte vorde udgivne, iagttaes og overholdes.* Og sist, men ikkje minst, kollegiet var oppteke av å klårgjere og vurdere heilt konkrete situasjonar og hendingar, og såleis ikkje berre eit norm-dannande eller fortolkande overordna organ. Det blei avvikla alt i 1815, men arbeidsoppgåvene vart i varierande grad ført vidare av andre sentraladministrative organ.

Statens helsetilsyn har nyleg gitt ut to skrifter om soga til den tidlegare helseforvaltninga. Du finn dei på nettsidene våre: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Det er Hans Petter Schjønsbys skrift om Sundhedskollegiet 1809-1815 (Rapport 1/2009) og Ole Bergs skrift Spesialisering og profesjonalisering. Om den gamle helseforvaltninga frå 1809 til 1983 (Rapport 8/2009).

## Helsetilsyn er også pandemitilsyn

**Det er søsterorganisasjonane våre, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, som har drege det tyngste lasset med oppfølginga av influensa-trusselen i 2009. Statens helsetilsyn har hatt ei meir tilbaketrekt rolle. Oppgåva vår har vore å følgje med på om folk har fått det tenestetilbodet som dei har krav på.**

Vi har halde oss orienterte om stoda gjennom dei rapportane som fylkesmennene har sendt til sentrale styresmakter, vurderingane frå Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, rapportar frå internasjonale smittevernorgan og situasjonsbiletet slik det har blitt formidla gjennom media.

Ikkje på noko tidspunkt har vi vurdert stoda slik at tilbodet til folk i Noreg har vore uforsvarleg. Jamt over har kommunane og helseføretaka følgt opp med tiltak, både i samsvar med krav i lovgjevinga, retningsliner frå sentralt hald og eigne smittevernplanar.

Innsatsen hjå tenesteytarane har vore litt ulik, men ikkje slik at vi har hatt behov for å gripe inn. Vi har inntrykk av at den innsatsen som dei fleste kommunane har gjort sidan 2003 med å få på plass smittevern- og pandemiplanar gav dei eit godt utgangspunkt for å ta fatt på utfordringa denne gongen. Det same gjeld føretaka.

Og utfordringa var dramatisk. Då meldingane om eit utbrot av ny influensa A (H1N1) kom i månadsskiftet april/mai 2009 var det stor grunn til uro. Ingen kompetansemiljø i heile verda visste korleis dette kom til å utvikle seg. Uvissa knytt til komande omfang og alvor var så stor at det var rimeleg å leggje til grunn eit alvorleg risikobilete. Både styremakter og folk flest tok dette på alvor. No kan vi slappe noko av for denne gongen. Men det er grunn til å merke seg at det kan vere slik at det alvorlege risikobiletet som blei teikna gav oss styrke til å setje i gang med hygienetiltak og vaksinasjon. Ingen kan seie for visst korleis stoda ville ha vore utan desse tiltaka.

# Eldre og gamle som utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten

**Aldring er forbundet med økt sannsynlighet for å lide av flere kroniske lidelser. Antallet personer 70 år og over utgjør omkring 9 % av befolkningen. Denne gruppen utgjorde i 2005 om lag 31 % av alle innleggelsene i somatiske sykehus (70–79 15,1 % og 80+ 16,0 %) og liggetiden utgjorde 42,1 % av den totale liggetiden i landets sykehus (70–79 19,5 % og 80+ 22,6 %) (SSBs pasientstatistikk).**

**Generelt for sykehusinnlagte gamle**  
Førde og medarbeidere kartla i en spørreskjemaundersøkelse blant leger og sykepleiere hvordan de opplevde ressurssituasjonen og helsetilbuddet til syke eldre. Generelt sett opplevde sykepleiere større ressursrelaterte begrensninger hva angår behandling og pleie av eldre, det være seg i sykehus og sykehjem, enn legene gjorde. I alt 54 % av legene og 75 % av sykepleierne gav uttrykk for at helsehjelp til eldre kvalitativt ikke var av like høy kvalitet som helsehjelp til yngre pasienter. Tabellen viser hvordan sykepleierne og legene vurderte like områder av behandlingen til eldre, se tabell nederst på siden.

Grovt sett kan man inndele eldre henvist til poliklinisk utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og innleggelse i sykehus i fire grupper:

- pasienter med aldersspesifikke sykdommer som har store omsorgsbehov
- pasienter med mange kroniske sykdommer som behandles med mange legemidler
- pasienter med funksjonstap på grunn av meget høy alder og manglende reservekrefter

Redusert kvalitet på behandling  
Redusert kvalitet utredning og diagnostikk  
Unødvendig forverring/forlengelse av plager  
Pleie & omsorgsbehov mangelfullt ivaretatt  
Ernæringstilstand mangelfullt ivaretatt  
Pasientens behov for fysisk aktivitet mangelfullt ivaretatt  
Pasientens behov for sosial kontakt mangelfullt ivaretatt  
For tidlig utskriving

	Sykepleiere	Lege
38 %	20 %	
30 %	19 %	
19 %	15 %	
35 %	26 %	
29 %	22 %	
72 %	49 %	
64 %	45 %	
31 %	32 %	

- pasienter som har få sykdommer og god funksjonsevne.

Pasienter som tilhører de tre første gruppene trenger spesiell oppmerksamhet og spesielle helsetjenester, mens pasienter i den fjerde gruppen stort sett kan nyttiggjøre seg de generelle helsetjenester som gis av spesialisthelsetjenesten.

## Pasienter med alderspesifikke sykdommer

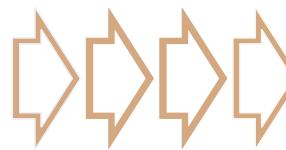
I først rekker dreier dette seg om demens, delirium og hjerneslag.

### Demens

Omlag 70 000 nordmenn har en eller annen form av demens, de fleste har Alzheimer demens eller demens grunnet cerebrovaskulær sykdom, eller en kombinasjon av begge deler, og 95% av dem er 65 år og eldre. De aller fleste er over 80 år. De yngste har få andre sykdommer, mens de eldste er ofte multisyke. Depresjon og angst er de vanligste ledsgaende symptom (40–60%) til demens, fulgt av psykotiske symptom og søvnforstyrrelser (20–30%). Redusert eller manglende forståelse til å motta informasjon og samtykke til helsehjelp er tilstede hos flesteparten med demenssykdom.

Eldre personer med demens har økt tendens til å utvikle trykksår og inkontinens både for urin og avføring i forbindelse med sykehusopphold, selv i løpet av korte opphold. De har også lettere for å tape sine fysiske ferdigheter på grunn av passivisering og immobilisering. Også behandlingsmessig er personer med demens en risikogruppe. Blant kirurgiske pasienter er det for eksempel vist at pasienter med demens i den postoperative fasen etter lårbeinsbrudd får mindre smertestillende behandling enn ikke-demente. Undersøkelser sannsynliggjør at demens er assosiert med dårligere utsikt til å gjenvinne fysisk funksjonsevne i forbindelse med opphold i sykehus. Alle disse forhold tilsier at sykehuspersonale må kunne gjenkjenne en person som har en demenssykdom, noe undertegnede





ikke erfarer. Helsepersonell må også kunne vurdere samtykkekompetanse for denne gruppen pasienter, noe som nok også er en manglende ferdighet. I behandling av denne pasientgruppen må pårørende kontaktes og rådspørres, fordi mange vil ha redusert eller manglende samtykkekompetanse. Screening av kognisjon hos gamle (>75 år) som innlegges i sykehus kan være en hjelp, og dette bør man faktisk vurdere seriøst som en kvalitets-sikringsindikator.

Det er et økende behov for utredning i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om demens. Ideelt sett burde slik spesialutredning i sykehus skje i en Hukommelsesklinikk, som bør være et tverr- og merfaglig tilbud, med yrkesutøvere som er spesialisert i geriatri, psykiatri og nevrologi, nevropsykologi, ergoterapi, sykepleie og sosionomi. Hukommelsesklinikken bør være tilknyttet en geriatrik eller alderspsykiatrisk avdeling ettersom de fleste pasientene er eldre eller gamle.

### ***Delirium***

Delirium er en fryktet komplikasjon ved somatisk sykdom hos gamle. Risikoene for å utvikle delirium er høyere hos personer med mental svikt eller demens. I en vanlig indremedisinsk eller kirurgisk avdeling er det på innleggelsestidspunktet ca. 10–20 % av alle eldre (over 70 år) som oppfyller kriteriene for delirium og i tillegg er det 5–10 % som utvikler delirium under oppholdet. Eldre med hoftebrudd er en spesielt utsatt gruppe, og jo lengre pasienten ligger med hoftebrudd før operasjonen blir foretatt jo verre er prognosene både med hensyn til å utvikle delirium, og spesielt reduseres overlevelse. Detter er et stort problem man bør ta tak i. Gamle med hoftebrudd bør opereres så snart det lar seg gjøre. Hos eldre, enten de lider av demens eller ei, synes delirium i seg selv å være en prediktor for langvarig forverring av kognisjon og funksjonsevne under sykehusopphold og etter utskrivning fra sykehus. Skjønt legene ofte er klar over at en pasient lider av delirium, er denne innsikten ofte ikke notert i journalen. Dette kan bidra til at denne pasientgruppens spesielle behov lett blir ignorert. Såkalt hypoaktivt delirium, dvs. i de tilfeller hvor pasienten ikke er urolig, oppdages sjel-

dent av helsepersonell uten spesiell kunnskap om geriatrike lidelser. Fokus på delirium som komplikasjon til somatisk sykdom må skjerpes.

### ***Hjerneslag***

Med opprettelse av tverrfaglige slagposter eller slagenheter, etter modell fra St. Olavs hospital, kan hjerneslagpasienter få god behandling. Slike tverrfaglige team/poster bør være tilgjengelig for hele befolkningen. Et samarbeid mellom indremedisin/geriatri og nevrologi uten fagkamp er en forutsetning for at en slik modell skal lykkes.

### ***Gamle pasienter med mange sykdommer, legemidler og med manglende reservekrefter***

Et sykehusvesen hvor effektivitet er et nøkkelord, hvor merkantil terminologi og resonnement er et overordnet prinsipp og behandling av pasienter evalueres i form av produktivitet som øker proporsjonalt med antall produktenheter, vil gamle pasienter kunne beskrives som «rusk i maskineriet». Ko-morbide kroniske sykdommer kan interagere med den akutte lidelsen som førte til innleggelsen og komplisere sykdomsbildet. Det samme gjelder for at legemidler som brukes for kroniske lidelser kan interagere med legemidler som benyttes i behandlingen av den akutte sykdommen. Komplikasjoner kan føre til langsommere bedring og kan igjen føre til funksjonstap hos den gamle pasienten. Med det aktivitetskrav som er i sykehus i dag er det for mange gamle som skrives ut for tidlig. Denne typen pasienter trenger et særskilt tilbud i sykehus. Det bør organiseres som akuttgeriatiske avdelinger, og organiseres og dimensjoneres slik at de gamle, syke pasientene har mulighet til å bli lenge nok til at de kan utskrives som friske. Eller bør det foreligge en velorganisert



Knut Engedal, prof. dr.med.  
Geriatrisk avdeling, Oslo  
universitetssykehus, Ullevål  
Nasjonalt kompetansesenter  
for aldring og helse

samhandling med primærhelsetjenesten og pårørende slik at viderebehandling kan skje, ikke bare «oppbevaring», slik det er mange steder i dag. Pasienten utskrives raskt fra sykehuset til et opphold i sykehjem hvor det ikke finnes et tilfredsstillende medisinsk tilbud. Fokus må settes på vurdering av funksjonssvikt, interaksjon mellom legemidler og ko-morbiditet.

#### Mobilisering

Man tilstreber i dag at pasienter blir mobilisert og utskrevet så raskt som mulig. Når det gjelder gamle har man inntrykk av at sykehusrutinene ikke alltid er tilstrekkelig tilrettelagt for rask mobilisering. Dette fører til rask utskrivning av pasienter som har mistet den funksjonen de hadde før innleggelsen. De kommer lett inn i en ond sirkel. Mobilisering må prioriteres.

#### Alderspsykiatri

Til slutt et hjertesukk om tilbud til eldre med alvorlige psykiatriske lidelser. Denne gruppen pasienter trenger behandling i alderspsykiatriske avdelinger hvor det fins kompetanse både om psykisk helse, somatisk helse og ikke minst om aldring og legemidlers innvirkning på gamle multisyke mennesker. Denne tjenesten synes jeg er stemoderlig behandlet i norsk helsevesen.





# Når helsepersonell gjer feil

**Ei av hovedoppgåvene til Statens helsetilsyn er å behandle saker som gjeld feilbehandling av pasientar. Føremålet med å behandle slike saker er først og fremst å betre tryggleiken i helsetenesta.**

I denne artikkelen skal vi sjå på nokre aktuelle saker, men først seier vi litt om dei krava lova stiller til helsepersonell.

## Krav om fagleg forsvarleg verksemd

### Helsepersonellova § 4 lyder:

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.*

*Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.*

*Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.*

**«Reaksjonar skal og vere med å rette opp den tapte tillit til helsetenesta som alvorlege feil fører til, både overfor pasientar, deira pårørande og samfunnet elles.»**

Kravet til forsvarleg verksemd er omtalt i forarbeida til helsepersonellova som ein «rettslig standard». Innhaldet i kravet kan variere med tid, stad og andre omstende. Når ein vurderer om ei pasientbehandling har vore forsvarleg, er det derfor – i tillegg til at ein vurderer sjølv behandlinga – aktuelt å legge vekt på kva handlingsalternativ som låg føre, kva skade handlinga gjorde, erfaringa og kompetansen til helsepersonellet, om det låg føre tydelege handlingsnormer osv.

## Konsekvensar av uforsvarleg verksemd

Helsepersonell som har utøvd uforsvarleg verksemd, må få tilbakemelding om dette på ein måte som gjer at feil ikkje skjer igjen. I mange saker er det nok å peike på feila og samtidig gi rettleiing om korleis helsepersonellet burde ha handla. I andre saker er det nødvendig å gi ei åtvaring for å peike på uforsvarleg verksemd, jf. helsepersonellova § 56. Vi gir åtvaring i alvorlege saker og når bodskapen er at vidare uforsvarleg verksemd kan føre til at vi trekkjer autorisasjonen som helsepersonell tilbake. At helsepersonell har erkjent at dei har gjort ein feil, eller at ei handling er ei enkeltståande hending, er døme på omstende som etter ei konkret vurdering kan føre til at det ikkje er nødvendig å gi ei åtvaring, sjølv om saka er alvorleg. I dei mest alvorlege sakene blir autorisasjonen trekt tilbake på grunn av uforsvarleg verksemd og grov mangel på fagleg innsikt, jf. helsepersonellova § 57. Dette er saker der Statens helsetilsyn meiner at helsepersonellet også i framtida utgjer ein fare for pasienttryggleiken.

Reaksjonar skal og vere med å rette opp den tapte tillit til helsetenesta som alvorlege feil fører til, både overfor pasientar, deira pårørande og samfunnet elles. Vidare skal reaksjonar vere eit signal til anna personell om ikkje å gjere slike feil.

## Eksempel på saker

### Overføring av blodsmitte

Ein lege overførte hepatitt B til fire pasientar ved brot på grunnleggjande hygieniske prinsipp i samband med injeksjonar ved smertebehandling. Undersøkingar viste at legen ved opptrekk av legemiddleet Xylocain brukte ein prosedyre som medførte risiko for å overføre blod frå ein pasient til behaldaren av Xylocain, som igjen blei nytta til andre pasientar. Legen hadde nytta denne teknikken i tre–fire år.

Vi fann at behandlingsmetoden og behandlingsteknikken til legen var uforsvarleg. Den medførte stor fare for blodsmitte frå ein pasient til ein annan. Behandlingsmetoden braut med generelle hygieniske prinsipp og prinsipp for bakteriefri metode ved behandling med injeksjonar.



Statens helsetilsyn meiner det er grunnleggjande at legar har kunnskap om smittestoff, smittevegar, smittemåtar og smittekjelder. Det gjeld også teknikkar og arbeidsmåtar for å hindre overføring av smitte. Vidare er det å bruke bakteriefrie teknikkar for å førebyggje smitte underforstått ein grunnleggjande kunnskap.

Legen sa at ei medverkande årsak til at dette skjedde, var at han ikkje lenger fekk assistanse frå sjukepleiar eller hjelpleie. Han beklaga det heile og erkjente at behandlingsmetoden hans representerte ein stor fare for blodsmitte.

Vi gav legen ei åtvaring for uforsvarleg verksemd. På grunn av at han hadde brukt metoden over lang tid og ikkje på noko tidspunkt reflekterte over at det ikkje var i tråd med god praksis, vurderte vi også å trekke tilbake eller avgrense autorisasjonen hans. Konklusjonen vår var at det ikkje var nødvendig sidan han hadde endra praksis, og at den uforsvarlege verksemda hans gjaldt på eit avgrensa område.

I tillegg fremja vi krav om at politiet måtte ta ut tiltale mot legen for straffbart brot på kravet til fagleg forsvarleg verksemd i helsepersonellova § 4, jf. lovav § 67. Straff for brot på kravet til fagleg forsvarleg verksemd er bare aktuelt i dei mest alvorlege sakene.

### **Uforsvarleg setjing av vaksine**

Ei jordmor gav tre nyfødde barn BCG-vaksine med same sprøytespiss og vaksineløysing. Ho var godkjend vaksinatør, men hadde likevel lita erfaring med å vaksinere barn. Handlinga skjedde på ei travel vakt.

Etter at vakta var over, byrja ho å tvile på om ho hadde skifta sprøytespiss mellom kvart barn ved BCG-vaksinasjonen. Neste morgon informerte ho sin nærmeste leiar om denne tvilen. Etter nærmare undersøkingar kom ein til at ho ikkje hadde skifta nål mellom kvart barn. Jordmor skreiv avviksmelding om hendinga.

Jordmora tok sjølvkritikk og beklaga det ho hadde gjort. Ho syntest det var vanskeleg å forstå at ho kunne gjøre ein slik feil. Sjukehuset hadde dårlege rutinar/prosedyrar for vaksinering og for å lære opp vaksinatørar. Det låg føre prosedyre for dobbelkontroll ved injeksjonar til barn, men dei blei ikkje følgde.

Vi kom til at jordmora hadde handla uforsvarleg, og at det er grunnleggjande kunnskap å ikkje nytte same sprøytespiss på fleire barn.

Vilkåra for å gi henne ei åtvaring var heilt klart oppfylte. Vi fann det likevel ikkje nødvendig å gi henne ei åtvaring, fordi ho kort tid etter ho hadde utført handlinga, erkjente at ho hadde gjort ein feil. Ho rapporterte straks feilen til sin overordna. Dessutan var handlinga ei enkeltståande hending. Jordmora blei elles vurdert som ein flink medarbeidar som både arbeidsgivar og kollegaer hadde stor tillit til. Eit tilleggsmoment i vurderinga var at sjukehuset hadde mangelfulle rutinar for vaksinering og injeksjonar til barn. Dette var likevel ikkje avgjerande for konklusjonen vår, fordi vi ventar at kunnskap om aseptiske teknikkar for å førebyggje smitteoverføring ved injeksjonar uansett er grunnleggjande for alle jordmødrer.

### **Feilmedisinering**

Ein pasient ved ein sjukeheim fekk ein kveld eit legemiddel som ein annan pasient skulle ha hatt. Sjukepleiaren oppdaga forvekslinga rett etter at pasienten hadde svelgd tabletten.

Sjukepleiaren visste at legemiddelet kunne påverke pusten. Ho observerte derfor pasienten resten av kvelden. Etter vakt informerte ho påtroppande sjukepleiar munnleg og skriftleg om feilmedisineringa. Ho gav beskjed om at dei måtte observere pasientens respirasjon heile natta. Da sjukepleiaren kom heim, ringde ho til sjukeheimen to gonger for å høyre korleis det gjekk. Neste dag gjekk ho innom avdelinga for å spørje korleis det stod til med pasienten. Ho fekk melding om at alt stod bra til, og tok det som sjølvsagt at nattevaka hadde rapportert til dagvaktene om at pasienten var blitt feilmedisinert. Ho skreiv avviksmelding om hendinga.



«Såleis viste ho slik innsikt at det ikkje var grunn til åtru at ho ville gjere denne feilen igjen. Vi la også vekt på at hendinga var ei enkeltståande handling.»

Neste morgen fann dei pasienten liggjande på golvet. Ambulanse blei bestilt, og pasienten fekk motgift i ambulansen. Ho blei innlagd på sjukehus, men kom seg fort og blei raskt send tilbake til sjukeheimen. Same føremiddagen blei pasienten därleg igjen, og fekk motgift i blodåra tre gonger med korte mellomrom, utan særleg respons. Pasienten døydde kort tid etter dette.

Dødsfallet blei meldt til politiet, og det vart kravd rettsleg obduksjon.

Statens helsetilsyn fann at sjukepleiaaren handla uforsvarleg da ho ikkje forsikra seg om at pasienten fekk rett medisin, og ved å ikkje omgående kontakta lege etter at ho oppdaga feilmedisineringa. Vi peikte på at det å gjøre i stand, dele ut og administrere legemiddel er sentrale arbeidsoppgåver for sjukepleiarar, og at slikt arbeid krev stor grad av aktsemd fordi konsekvensen av feil kan vere fatal. Vi fann det likevel ikkje nødvendig å gi henne ei åtvaring. Grunngivinga for dette var at ho dokumenterte hendinga, og ho rapporterte til kollegaer med beskjed om å observere pasienten nøyne, og ho forsikra seg om korleis det gjekk med pasienten. Ho erkjente at det var ein alvorleg feil å ikkje kontakta lege, og ho beklaga det sterkt. Såleis viste ho slik innsikt at det ikkje var grunn til åtru at ho ville gjere denne feilen igjen. Vi la også vekt på at hendinga var ei enkeltståande handling.

#### Manglande innretting etter faglege kvalifikasjoner

To ambulansearbeidarar rykte ut til ein ung mann med sterke hovudsmerter, oppkast og aukande svimmelheit. Etter det ambulansepersonellet seier, gjorde dei ei enkel neurologisk undersøking der dei sjekka at pasienten hadde lik kraft i begge overarmane. Undersøkinga av pupillane viste at dei var like store og reagerte godt på lys. Blodsukkeret blei målt til 8,1 mmol/l, medan blodtrykket var 150/75. Ambulansepasjonellet vurderte at pasienten hadde nedsett allmenntilstand med omgangssjuke, og dei avgjorde i samråd med ektefellen til pasienten at pasienten skulle oppsøkje fastlege når legekontoret opna (om lag fire timer seinare). Den ansvarlege ambulansearbeidaren (fartøysjef) valde etter

dette å forlate pasienten utan å sørge for legetilsyn.

Neste dag blei pasienten lagd inn på sjukehus, der det blei påvist infarkt i høgre halvdel av veslehjernen.

Statens helsetilsyn kom til at ambulansearbeidaren handla uforsvarleg og i strid med plikta til å yte hjelpe med ein gong ved å ikkje ta med pasienten til lege, eller på annan måte sikre at pasienten blei vurdert av lege.

Det blei peikt på at situasjonen var uavklart, noko som tilsa at pasienten skulle ha vore undersøkt av lege. Ambulansearbeidaren hadde heller ikkje følgt prosedyren for ambulansetenesta i Medisinsk operativ manual (MOM). Denne seier at avgjerd om å forlate pasienten skal skje i samråd med lege.

Statens helsetilsyn gav ambulansearbeidaren ei åtvaring. I vurderinga la ein vekt på at han handla i strid med interne retningslinjer, og at han hadde vist manglende evne til å innrette seg etter sine faglege kvalifikasjoner.

#### Nødvendig aktsemd

Ein apotekteknikar forveksla etikettane da ho ekspederte resept til eit spedbarn og oversyrte feilmeldinga som strekkodekontrollen gav. Barnet fekk utlevert Multi Vitamin Nycoplus med etikett der det var påført «1 ml 2 ganger daglig fra seks mnd til ett års alder» (etikett som høyrd til Neo-Fer), og Neo-Fer med etikett der det var påført «5 ml 2 ganger daglig til ett års alder» (etikett som høyrd til Multi Vitamin Nycoplus).

Statens helsetilsyn fann at manglende merksemd førte til at apotekteknikaren ikkje hadde sett feilen. Vi peikte vidare på at det er vanskeleg å forstå kvifor vedkomande ikkje reagerte på feilmeldinga som strekkodekontrollen gav. Vi viste til at Neo-Fer ved overdosering kan vere giftig og føre til alvorlege skadar, særleg hos små barn og spesielt nyfødde. Statens helsetilsyn såg på hendinga som uforsvarleg verksemde.



# «Legen stod fram som ein person som var vanskeleg å korrigera, og det var derfor grunn til å tru at han ville halde fram med den uforsvarlege verksemda. På dette grunnlaget trekte vi tilbake autorisasjonen hans med heimel i helsepersonel- lova § 57.»

I lys av at saka var ei enkeltståande hending, og at apotekteknikaren gav uttrykk for at ho hadde lært av hendinga, fann Statens helsetilsyn det unødvendig å gi åtvaring.

## Manglande kunnskapar/ fagleg oppdatering

Ein tilsynslege ved ein sjukeheim behandla to pasientar med hjartesvikt. Legen gav lege-midlet digitoksin i dosar som var monaleg høgare enn det som er tilrådd etter gjeldande retningslinjer. I Felleskatalogen er total mettingsdose sett til 0,8–1,2 mg. Begge pasientane fekk ein total mettingsdose på 3 mg. Vidare var det ikkje dokumentert at legen hadde vurdert å utelukke ulike sjukdommar med liknande symptom. Statens helsetilsyn fann ikkje medisinske forhold som kunne tilseie at ein burde gå vekk frå tilrådd dosering.

I uttalar frå tidlegare arbeidsgivarar kom det fram at legen «*manglet de nødvendige fag-kunnskapar*, at han hadde eit «*noe avvikende syn når det gjaldt medikamentell behandling*» og vidare at ein hadde inntrykk av at han ikkje var «*faglig oppdatert*».

Statens helsetilsyn peikte på at det å behandle pasientar med hjartesvikt og å bruke digitoksin er sett på som grunnleggjande kunnskapar for ein lege. Eldre og alvorleg sjuke personar har større risiko for biverknader, og legen burde såleis ha vore ekstra varsam ved bruk og dosering av legemidlet.

Statens helsetilsyn fann at legen hadde vist eit fagleg lågt kunnskapsnivå på sentrale område i medisinien, og vidare at han ikkje hadde forstått kor nødvendig det er å halde seg fagleg oppdatert.

Statens helsetilsyn konkluderte med at legen hadde behandla pasientane uforsvarleg, og at han hadde vist grov mangel på fagleg innsikt. Legen stod fram som ein person som var vanskeleg å korrigera, og det var derfor grunn til å tru at han ville halde fram med den uforsvarlege verksemda. På dette grunnlaget trekte vi tilbake autorisasjonen hans med heimel i helsepersonellova § 57. Legen klaga til Statens helsepersonellnemnd, som stadfestar vedtaket i Statens helsetilsyn.

## Lovbestemte krav for yrkesutøvinga/ informert samtykke

Ein lege behandla periodevis ein pasient med antipsykotiske legemiddel utan at vedkommende hadde samtykt til det. Behandlinga skjedde i samarbeid med ektefellen til pasienten.

Legen skreiv ut reseptar i namnet til ektefelen, som blanda medisinien i maten eller drikka til pasienten kvar gong ho vurderte at pasienten var i ferd med å bli manisk. Føremålet med medisineringa var å unngå utage-ring med trugande og valdeleg åtferd. Medisineringa fann stad periodevis over fleire år, og om lag ei veke om gongen.

Statens helsetilsyn grunngav vurderinga si med at informert samtykke er det rettslege grunnlaget for å yte helsehjelp. Kravet om samtykke frå pasienten byggjer på ein grunnleggjande rett til å bestemme over sitt eige liv og si eiga helse. Unntak frå kravet til samtykke kan berre gjera dersom det ligg føre ein lovheimel eller eit anna gyldig rettsgrunnlag. Informasjonsplikta skal mellom anna sikre at pasienten kan gjere eit velgrunna val med omsyn til om han eller ho vil samtykke til helsehjelpa.

Statens helsetilsyn konkluderte med at behandlinga var eit klart brot på helsepersonellova § 10 om informasjonsplikt, pasientrettslova § 3-2 om rett til informasjon og pasientrettslova § 4-1 om samtykke.

Eit vilkår for forsvarleg helsehjelp er at helsepersonellet følgjer lovbestemte krav til korleis ein skal utøve yrket. Etter dette kom vi til at det var eit brot på kravet om å vere forsvarleg etter helsepersonellova § 4. Legen valde gjennom denne behandlinga å setje til side fundamentale pasientrettar, vel vitande om at han da gjorde eit lovbro. Sjølv om føremålet berre var å hjelpe i ein vanskeleg situasjon, såg vi på legen sin handlemåte som så avvikande frå venta handlemåte at det var riktig å gi ei åtvaring.

## Helseformidlaren

«Reportasjene hennes er preget av fakta og saklighet, og hun evner å formidle kompliserte medisinske fakta på lettfattelig vis.»



**– For ein ekstrovert person som meg var det eit paradoks å vere forskar, seier Anne Hafstad i Aftenposten. Elleve år etter at ho gjekk over frå eit tilvære som forskar til eit virke innanfor helsejournalistikken, gjorde ho eit litt mindre hopp over til kommentatoravdelinga i avisra. No førar ho lesarane med observasjonar og meininger frå helse- og sosialområdet, men ikkje meir enn to-tre dagar i veka. Det er viktig å ikkje bli oppbrukt, er gjeldande regel for kommentatorane.**

Anne Hafstad fekk i haust Karl Evang-prisen for 2009 for sitt omfattande arbeid som helsejournalist. Karl Evang-prisen blir kvart år gitt til ein person eller organisasjon som har gjort ein særleg og framifrå innsats for å fremje anten folkehelsa eller sosiale forhold knytte til folkehelsa, for rettstryggleik og tryggleik i helse- og sosialtenestene, eller for opplysningsarbeid og deltaking i samfunnsdebatten om viktige helse- og sosialpolitiske spørsmål.

Hafstad har vore helsejournalist i Aftenposten sia 1998. Ho har dekt eit breitt spekter av helsestoff og har gjennom si innsikt og formidlingsevne drive omfattande helseopplysning. «Reportasjene hennes er preget av fakta og saklighet, og hun evner å formidle kompliserte medisinske fakta på lettfattelig vis,» sa juryen for Evang-prisen ved tildelinga.

Hafstad har også vore forskar ved Kreftregisteret, der ho arbeidde med ein doktorgrad om ungdom og røyking frå 1991 til 1996. I perioden 1996–1997 var ho forskar ved Statens institutt for folkehelse. Ho disputerte i 1997. I åra 1985–1991 var Anne Hafstad sjukepleiar-konsulent i Den norske kreftforening, og frå 1982 til 1985 arbeidde ho som sjukepleiar ved onkologisk avdeling ved Ullevål sjukhus.

– Eg var oppteken av formidling da eg byrja i Aftenposten. Spørsmålet var: Kven når ein frå Folkehelsa, og kven når ein frå Akersgata? I tillegg var eg forundra over kven journalistane brukte som kjelder da eg arbeidde med røykjeprosjektet.

Mange forskrarar var nok også forundra over at Anne Hafstad gjekk over til journalistikken den gongen, men mange har hatt stor glede av denne overgangen.

– Eg kom til Aftenposten med sekken full av idéar. I starten blei det mange artiklar om forskingsprosjekt. Eg skreiv og eg skreiv, og fekk sakene på trykk. Når det gjaldt å få tilgang til kjeldene, hjelpte det at eg hadde kontaktar frå før, men også at eg sjølv hadde ein doktorgrad, seier Hafstad.

Aftenposten var i si tid den einaste avisa som så tidleg valde å satse på helsejournalistikk ved å tilsetje ein journalist som berre skulle jobbe med dette fagområdet.

– Ingenting er for komplisert til å kunne formidlast til vanlege folk. Det gjeld både å ha korrekte fakta og å klare å gjere stoffet forståeleg. Vi må ha respekt for rolla til kvarandre, og eg synest at samarbeidet med forskrarar og helsearbeidarar har vore smertefritt. Men eg har alltid syntest at det er meir spennande å skrive om systemet enn om enkeltpersonane. Likevel imponerer både pasientar og pårørande meg når dei står fram og gir problema eit ansikt, seier Hafstad.

Mange som kjenner seg feilbehandla av helsetenestene, kjem til Aftenposten med historiene sine.

– Inntrykket mitt er at svært mange av desse er misnøgde med behandlinga dei har fått i *etterkant* av feilbehandlinga. Dei fleste skjønar at det skjer feil, men helsetenestene har ein stor jobb å gjøre når det gjeld å følgje opp feilbehandlingane. Dette er eit svakt punkt. Å vise empati og forståing med pasientar og pårørande etter ei feilbehandling, er ikkje det same som å vedgå feil. Eg trur folk er svært tolerante dersom dei blir tekne på alvor.

Anne Hafstad er oppteken av at ho som kommentator har fått ei meiningsdannande rolle, og at det gir henne eit ansvar for å vise eit nyansert bilet av helsesektoren.

– Men eg skal vere krass nok når det trengst, seier ho.

Og vi trur henne!



# Landsomfattande tilsyn 2010

**Tilsyn skal bidra til trygge tenester ved at ein undersøkjer om regelverket blir følt. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylka utfører tilsyna, kvar for seg eller i lag. Landsomfattande tilsyn blir utførte etter ein felles rettleiar for heile landet for å sikre at ein har same tema og same måten å utføre det på i alle fylke, og for i sikre at funn blir vurderte likt.**

Statens helsetilsyn er frå 1. januar 2010 overordna tilsynsorgan for to nye tilsynsområde: sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga (NAV) og barnevern. Det er sett i gang arbeid for å førebu landsomfattande tilsyn med sosiale tenester i NAV i 2010 og med barnevern i 2011, i tillegg til dei regelmessige tilsynsaktivitetane som Fylkesmannen gjennomfører på desse områda.

Helsetilsynets plan for landsomfattande tilsyn for 2010 omfattar sosiale tenester i NAV, kommunale sosial- og helsetenester og spesialisthelsetenester.

## Sosiale tenester i NAV

Dei viktigaste krava i den nye lova om sosiale tenester i NAV (sjå s. 37) gjeld økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Fylkesmennene skal i 2010 føre tilsyn etter ein felles rettleiar. Tilsynet skal undersøke om kommunane sikrar at alle søknader om økonomisk stønad blir individuelt vurdert.

## Spesialisthelsetenester

Det er ikkje lagt opp til eit ordinært landsomfattande tilsyn – med eitt felles tema – med spesialisthelsetenester i 2010. Helsetilsynet i fylka skal lage ein samordna regional tilsynsplan ut frå vurderingar av behovet for tilsyn i kvar region. Desse tilsyna skal som elles oppsummerast både regionalt og nasjonalt.

## Kommunale helse- og sosialtenester til eldre

Som eit ledd i den fireårige satsinga i Statens helsetilsyn på tilsyn med tenester til eldre, er det planlagt eit sett av tilsynsaktivitetar i kommunane i 2010. Systemrevisjonar, fastlegetilsyn, sjølvmeldingstilsyn, stikkprøvekontroll og umeldt tilsyn er blant desse aktivitetane. Tema for tilsyna blir bestemt ut frå det vi veit om viktige og vanskelege utfordringar for kommunane, og ut frå erfaringar med kvar det ofte sviktar i tenestetilbodet til skrøpelege eldre. Tilsynet skal undersøkje korleis demente eldre som bur heime, blir utgreidd og følgde opp av kommunal pleie- og omsorgsteneste og av fastlege, korleis pleie- og omsorgstenesta og fastlege samarbeider om, følgjer opp og sikrar forsvarleg behandling med legemiddel, og korleis pleie- og omsorgstenesta følgjer opp og sikrar at eldre som bur heime, har ein forsvarleg ernæringsituasjon. Andre tema er rehabiliteringstilbodet til eldre i kommunane, legemiddelhandtering i og utanfor institusjon, og praksis med omsyn til tildeling av avlastningstilbod til skrøpelege eldre. Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen skal, på grunnlag av lokal kunnskap om risiko og kva tilsyn som er gjennomførte med tenester til eldre dei seinare åra, velje blant tema som er nemnde over. Korleis tilsynstema er sette saman, kan derfor variere noko i dette omfattande tilsynet.

# Papirlaus og rettslaus?

## Om helsetenester til personar utan opphaldsløyve



**Det finst truleg ein stad mellom 5000 og 18000 menneske utan opphaldsløyve her i landet. Den største gruppa er asylsøkararar med endeleg avslag på søknaden. Andre har utgått visum, eller dei har komme uregistrert inn i landet. Enkelte er offer for menneskehandel. Mange av dei papirlause er kvinner og barn. Vi har mangelfulle kunnskapar om helsetilstanden til denne gruppa. Psykiske vanskar er truleg utbreidde, enkelte har alvorlege smittsame sjukdommar eller kroniske helseproblem. FAFO har nyleg starta ei levekårskartlegging.**

Helsetilsynet i fylka får både spørsmål og meir formaliserte klager knytta til denne gruppa og deira rettar – eller manglande rettar – til nødvendig helsehjelp.

### Ei lykkeleg familiehending – ein økonomisk blåmåndag

Eit ungt ektepar har fått avslag på søknad om asyl, men er ikkje «returnerbare». Den gravide kona får god god oppfølging av lokal helseteneste. Alt går også greit da dottera kjem til verda på lokalsjukehuset. Men eit par veker etter heimkomsten kjem det rekning frå helseforetaket på kr 42731. Etter råd frå Pasientombodet og Helsetilsynet i fylket klagar dei til sjukehuset. Svaret er at rekninga blei sendt ut frå gjeldande regelverk, men at den blir fråfallen ut frå ei «helhetsvurdering». Helsetilsynet i fylket ber Helsedirektoratet vurdere saka prinsipielt. Direktoratet kan ikkje sjå at det var feil av helseforetaket å sende slik rekning. Professor Kristian Andenæs har seinare kommentert saka og meiner Helsedirektoratets konklusjon er basert på misforståing (1).

### Eit uoversiktleg juridisk landskip

Historia over illustrerer problem, paradoks og mangefull avklaring på eit område med spenning mellom innvandlingspolitikk, helsegiving, menneskerettar, profesjonsetikk og humanistiske ideal.

I følge kommunehelsetenestelova § 2-1 har alle rett til nødvendig helsehjelp der ein bur eller mellombels oppheld seg. Smittevernloven § 6-1 gir alle rett til nødvendig smitte-

vern hjelp. For allmennfarleg smittsom sjukdom omfattar retten forebygging, diagnostikk og behandling utan omsyn til utgiftsdekning.

Pasientrettloven § 2-1 slår fast at alle har rett til «øyeblikkelig hjelp» og til nødvendig helsehjelp. Men i spesialisthelsetenesta blir dei papirlause ramma av prioriteringsforskrifta § 1, som set bom for rett til nødvendig helsehjelp utover «øyeblikkelig hjelp».

I FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar (ØSK) heiter det i artikkel 12 at alle har rett til den høgast oppnålege helsetilstanden. I Barnekonvensjonen, som omfattar alle under 18 år, gir i artikkel 24 rett til «best mogleg medisinsk behandling og hjelp». Det omfattar også omsorg for mor før og etter fødsel.

### Status i dag

Alle som oppheld seg i landet, skal ved behov få «øyeblikkelig hjelp». Frå kommunehelsetenesta skal det også ytast nødvendige helsetenester utover den heilt akutte hjelpa.

Eit hovudproblem er at rett til helsehjelp ikkje gir rett til finansiering. I ein situasjon skal hjelpa riktignok vere gratis; ved smitevern tiltak mot allmennfarleg smittsam sjukdom. Men elles kan legar, poliklinikkar og sjukehus krevje full betaling for helsehjelpa. Dette gjer at mange unnlet å söke hjelp. I praksis skjer det atskilleg gratisbehandling, men dette er basert på filantropi hos enkelthelsepersonell og institusjonar.

Rett nok har Barne- og likestillingsdepartementet teke til orde for at barn utan opphaldsløyve skal ha same rettar som alle andre barn til nødvendig helsehjelp (2). Men dette har ikkje fått gjennomslag hos helsestyresmakten.

Hausten 2009 starta Kirkens bymisjon i samarbeid med Raudekrossen opp eit gratis helsetenestetilbod til asylsøkarar i Oslo, basert på frivillege medarbeidarar.

## «I vesteuropisk samanheng er Noreg seint ute med helsetenester til papirlause.»

Det er ikkje straffbart for helsepersonell å yte helsetenester til papirlause. Teieplikta gjeld, også ovafor politiet, så sant ikkje anna er fastsett i lov. Likefullt er mange personar er redde for å söke helsehjelp av frykt for å bli tekne av politiet.

I vesteuropisk samanheng er Noreg seint ute med helsetenester til papirlause. Sverige har i fleire år hatt sin «vård för papperslösa», driven av humanitære organisasjonar. I Frankrike yter den statsstøtta «Aide Médicale de l'Etat» tenester til denne gruppa. I Nederland får allmennlegar, jordmødrer og farmasøytar dekt utgifter til slik helsehjelp over offentlege budsjett (3).

### Litteratur

1. Andenæs K, C. Bayegan: Helsehjelp til personer uten lovlig opphold. 11.06.09. <http://www.juristkontakt.no/Debatt/Helsehjelp-for-personer-uten-lovlig-opphold/> (Lesedato 16.06.2009)
2. Barne- og likestillingsdepartementet 2006: Barnevernets ansvar for mindreårige som er utsatt for menneskehandel og samarbeid med andre etater. Rundskriv Q-11/2006
3. Muijsenbergh M v d (2008): Access to healthcare for female UDM in the Netherlands. European Journal of Public Health, Vol. 18, Suppl. 1, s.18

## Tilsyn skal bidra til dialog og spreiling av kunnskap

**Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Sosial- og familieavdelinga, har teke til med årlege tilsynskonferansar. Leiarar og fagleg ansvarlege i bydelane og kommunane blir inviterte til ein temadag om tilsyn. Konferansen er lagd til slutten av januar, slik at tilsynet kan presentere erfaringane frå dei tilsyna som var utførte året i som gjekk.**

«Mykje svikt skjer på grunn av manglar i den faglege styringa.»

Foredrag om tilsyn er med på å auke den grunnleggjande kunnskapen om kvifor det er nødvendig og viktig å halde tilsyn. Konferansen som blei halden 1. februar i år, fokuserte særleg på tilsyn og forståing av demokratiet.

Når vi fører tilsyn, ser vi at tenestene har ulike organisasjonsmodellar. Det er viktig å få kunnskap om kvar i tenestene det er særleg sårbart, og kvar svikt kan skje. Dette temaet var sentralt på konferansen i 2009.

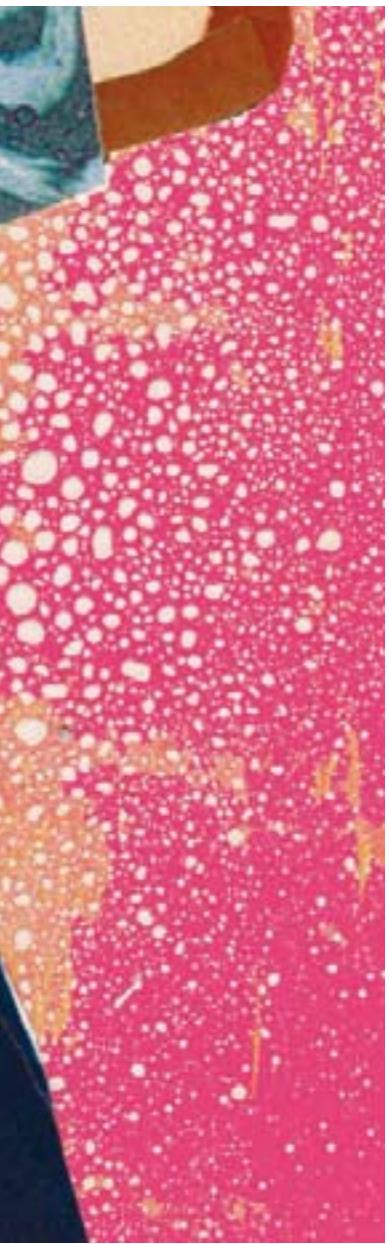
Ut frå ei vurdering av sårbarheit og risiko får enkelte bydelar og kommunar fleire tilsyn enn andre. Den kunnskapen ein kan hente ut av

tilsyn, bør likevel også overførast til andre delar av tenestene innanfor same kommunen og bydelen. Mykje svikt skjer på grunn av manglar i den faglege styringa. Vi tenker at fokus på fagleg styring fører til at brukarar og pårørande blir meir nøgde.

Når det er såpass tungt å få på plass kvalitetssystem som fungerer, er det viktig å diskutere og informere om dei funna og avvika vi finn under revisjonane, og om kvifor dei oppstår.

Frå og med 2010 blir ny lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga sett i verk (sjå s. 37). Lova pålegg kommunane internkontroll også på dette området. Fylkesmannen skal føre tilsyn. Vonleg er den kunnskapen vi no spreier via konferansar og møte, med på å skape ein overføringseffekt mellom dei ulike delane av verksemda til kommunane. Gjennom gode system for internkontroll kan verksemndene på den måten sikre seg system som fungerer uavhengig av eldsjeler og rein flaks.

## Svikt i behandling med legemiddel i sjukeheimar



**Eldre menneske har ofte ein omfattande bruk av legemiddel. Kjenneteiknet på sjukeheimspasientar er høg alder, mentalt og fysisk funksjonstap og alvorlege kroniske sjukdommar. Dei har derfor både behov for og nytte av å bruke forholdsvis mange legemid- del. Likevel viser undersøkingar at vel fire av ti sjukeheimsbebuvarar stod på eitt eller fleire legemiddel som ein vurderte som gagnlause, og hos vel 75 prosent av pasientane avdekte ein problem som potensielt var knyttet til bruken av legemiddel.**

Fordi det er både risiko og sårbarheit knytt til dette området, har Statens helsetilsyn utarbeidd ein rettleiar for tilsyn med legemiddelbehandling av eldre i sjukeheim. Gjennom tilsynet såg vi særleg på rammevilkåra for behandling med legemiddel i sjukeheim, på kompetanse, kapasitet, dokumentasjon og samhandling. Vi såg også på om leiinga, ut frå ei risikovurdering, ser til at ein systematisk vurderer, følgjer opp og tilpassar lege- middelbehandlinga til tilstanden til kvar enkelt pasient.

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag har gjennomført tre tilsyn i 2008 og to tilsyn i 2009 etter denne rettleia. Tilsyna viser at legefunksjonen i sjukeheim i liten grad er organisert og styrt som ein del av den totale verksemda ved sjukeheimen. Ansvar og mynde for legetenesta var uavklart, og det avgrensar høvet til å styre for leiinga ved sjukeheimen. Dette gir utfordringar langt utover temaet for dette tilsynet.

Verksemdene hadde også i liten grad greidd ut i styringsdokumenta sine korleis ein skulle utøve legetenesta. Det mangla for eksempel interne rutinar for regularitet i kontrollar, rutinar for å fokusere særskilt på sårbare pasientgrupper og rutinar for å redusere polyfarmasi. Låge bemanningsnormer for sjukeheimslegefunksjonen førte også med seg at ein fokuserte mest på verksemda retta mot pasientane, og at ein i liten grad var merksam på dei andre oppgåvene som sjukeheimslegen bør ta del i.

Sjukeheimane hadde etablert elektroniske journalsystem. Desse omfatta i varierande grad legedokumentasjon. Dermed var ikkje alltid kravet til ein heilskapleg journal teke vare på. Kvaliteten på dokumentasjonen frå både sjukepleiarar og legar varierte sterkt, både når det gjaldt indikasjon for behandling og gjennomgang av legemiddelbehandlinga.

Det blei avdekt avvik ved fire av dei fem verksemdene som hadde tilsyn. Resultat frå dei enkelte tilsyna finn ein på vedlegg på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)



## Nordisk og europeisk tilsynssamarbeid

**Gjennom mange tiår har det vore eit godt og nært samarbeid mellom dei statlege sosial- og helseforvaltningsane i dei nordiske landa. Dette har sjølv sagt grunnlaget sitt i det nære politiske samarbeidet mellom desse landa, og ikkje minst det samanfalande velferdspolitiske grunnlaget som ein har hatt i tida etter Den andre verdskrigen.**

Samarbeidet har handla om sams godkjenningsordningar for helsepersonell, statistikkarbeid, beredskap og utfordringar i grenseflata mellom fag og politikk ved yting av sosial- og helsetenester. Samarbeid om utvikling, planlegging og gjennomføring av tilsyn har det derimot ikkje vore så mykje av, trass i at ein i mange år jamleg har hatt nordiske fagkonferansar for tilsynsetatane. I 2011 skal Noreg vere vertskap for den første samla konferansen om tilsyn med barnevern-, sosial- og helseteneneste i Norden.

På europeisk nivå har kontaktane mellom dei statlege tilsynsorgana vore meir avgrensa og sporadiske. I 1996 tok dåverande direktør Jitze Verhoeff i det nederlandske helsetilsynet initiativet til å etablere eit nettverk av statlege helsetilsynsorgan i Europa. Noreg har delteke i dette arbeidet frå starten. I mange år gjekk arbeidet ganske trått. Interessa for samarbeid om tilsyn over landegrensene var heller låg. Berre Nederland og Noreg har delteke gjennom heile perioden. Kanskje ikkje så rart, for i ei årrekke var det desse to landa som

hadde dei mest like og reinaste tilsynsorgan i dei aktuelle landa.

Men dei siste par åra har kontakten auka vesentleg. Ei årsak til dette er framleggget om eit EU-direktiv om helsetenester over landegrensene. Dette vil utan tvil stille tilsynsorgana overfor store samarbeidsutfordringar. Vidare har mange land styrkt tilsynsfunksjonen sin monaleg, ikkje berre overfor helse-tenester, men også sosiale tenester.

Saman med Care Quality Commission ([www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk)) i England og Inspectie voor de Gezondheidszorg ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)) i Nederland har Statens helsetilsyn i 2008 og 2009 vore ansvarleg for oppbygginga av EPSO – European Partnership for Supervisory Organisations in Health and Social Care ([www.epsonet.eu](http://www.epsonet.eu)). EPSO er ikkje eit overnasjonalt myndigheitsorgan, men eit fagleg nettverk mellom nasjonale, sjølvstendige tilsynsmyndigheter.

Frå 2010 er nettverket fast etablert, førebels med deltaking frå Belgia, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Irland, Malta, Nord-Irland, Slovenia, Sverige, Tyskland og Ungarn i tillegg til dei tre samordnande landa. Hovudoppgåva er førebels å lage arenaer for utveksling av erfaringar knytte til tilsyn med tenesteytande verksemder og personell. Eit mål på lengre sikt er sams metodeutvikling og kanskje også samarbeid om tilsyn innanfor dei rammene som komande EU-reguleringar legg opp til.

# Og elles meiner Statens helsetilsyn at...

**Brev med vedtak i einskildsaker og større eller mindre rapportar om gjenomførte tilsyn er dei mest vesentlege skriftlege kjeldene for alle som ønskjer å vite kva som er vurderingane og meiningsane til Statens helsetilsyn. Dette er direkte resultat av arbeidet til Helse-tilsynet. Då er vurderingane våre sterkt knytte til krava i gjeldande lovgeving.**

I tillegg til desse dokumenta kjem synspunkta våre også fram gjennom nokre andre meir eller mindre formelle skrifter. Dette gjeld særleg høyringsfråsegner til lovforslag og andre styrande dokument. I slike samanhengar har vi eit noko større rom til å fremje meininger ubunde av krava i gjeldande lovgeving. Likevel legg vi også då stor vekt på å knyte utsegnene våre opp til røynsler som vi har fått gjennom tilsynsarbeidet.

Også i 2009 har vi kome med ei rekkje slike fråsegner. Alle er publiserte på nettstaden vår: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Nedanfor følgjer utdrag frå nokre av desse.

## Endringar i barnevernenesteloven

Statens helsetilsyn støtta framlegget frå Barne- og likestillingsdepartementet om å legge det overordna faglege tilsynet med store delar av barnevernet til oss. Fylkesmannen skal som før ha ansvaret for gjennomføring av tilsynet i sitt fylke. Endringa blei sett i kraft frå 1. januar 2010. Høyringsfråsegna grunngjev synspunktet vårt m.a. med:

*Etter vår vurdering vil en samordning av det overordnede tilsynet med henholdsvis barnevern, helse- og sosialtjenester bidra til å styrke helhet og sammenheng i tilsynet og derved også i tjenestene til barn og unge.*

*Statens helsetilsyn vil også peke på at forslaget om å skape større avstand mellom Barne- og likestillingsdepartementet og tilsynet med det operative barnevernet, vil bidra til å styrke tilsynets uavhengighet.*

*Erfaringer fra tilsyn viser at det er risiko for svikt når flere tjenester, og ikke minst tjenester som ytes fra ulike tjenestenivå, skal samhandle. Samordning av tilsyn kan være et virkemiddel for å redusere omfanget av svikt*

*på dette området, noe som er spesielt viktig for utsatte barn og unge som er under utvikling og som derfor ikke bør vente unødig på å få rett tjeneste til rett tid.*

*Landets fylkesmenn har gjennom sitt mangeårige tilsynsansvar med landets barnevern opparbeidet betydelig erfaring og kunnskap på disse områdene. Statens helsetilsyn får derfor overordnet ansvar for et allerede velutviklet tilsynsområde med faglig sterke samarbeidspartnere.*

## Fylkskommunen sine oppgåver i folkehelsearbeidet

I denne saka gav Statens helsetilsyn støtte til framlegget om kva oppgåver fylkeskommunen skal ha i folkehelsearbeidet, men med ei rekkje merknader. Mellom anna gav vi uttrykk for at det analytiske grunnlaget for framlegget var svakt, ikkje minst av di ein ikkje hadde vurdert korleis liknande omleggingar og ordningar i dei andre nordiske landa har fungert. Vidare peikte vi på at samspelet mellom sosiale forhold og helse ikkje var særleg djupt drøfta:

*Når det gjeld det meir normative innhaldet, saknar vi ei drøfting av forholdet mellom førebyggingsutfordringane innanfor sosialt arbeid, det sosiale arbeidets allmenne funksjon og folkehelsearbeidet.*

## Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med nasjonale retningslinjer

Kjernen i høyringsfråsegna handlar om at den rettslege reguleringa ikkje må hindre gjenomføring av fagleg forsvarlege tiltak.

*Statens helsetilsyn deler departementets syn om at LAR foreslås regulert mer i tråd med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette betyr at det også for denne behandlingsformen vil være faglige og individuelle vurderinger av pasientens behov for helsehjelp som i utgangspunktet er avgjørende mht inntak, behandling og utskrivning. Statens helsetilsyn vurderer en klargjøring av rammeverket rundt LAR som viktig, ikke minst fordi det vil bidra til en harmonisering av praksis med denne behandlingsformen i landet.*



*Et sentralt punkt i forslaget til forskrift er definisjonen av LAR som spesialisert helsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er imidlertid pålagt å ta initiativ til et forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og andre aktuelle instanser (§ 5). Denne deltagelsen er helt avgjørende for behandlingsresultatet...*

### **Framlegg om felles nødmeldeteneste**

I denne saka kom vi med ei sterk fråråding. Etter vurderinga vår er det stor risiko knytt til å endre eit system som jamt over verkar tilfredsstillande, og som har eigenskapar som ikkje minst verkar støttande på samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

*Statens helsetilsyn har ut fra en samlet vurdering ikke funnet å kunne gi sin tilslutning til arbeidsgruppens innstilling om fremtidig organisering av en felles nødmeldeteneste. Ved denne vurderingen vektlegges at den foreslalte organiseringen etter vårt syn verken bidrar til en kvalitativ forbedring eller effektivisering av medisinsk nødmeldeteneste. Videre anser vi at forslaget til organisering ikke ivaretar helsetjenestens fremtidige behov for en velfungerende medisinsk nødmeldeteneste.*

### **Ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen**

Statens helsetilsyn støttar departementet sitt framlegg om å innføre tilsyn med kapittelet i lovframlegget om individretta tenester, blant anna økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram, men meiner tilsynsheimelen også bør omfatte andre deler av lovframlegget. Dette gjeld til dømes sentrale bestemmelser om ansvarspllassering for tenestene loven omfattar, krav til forsvarlegheit, plikt til å rådføre seg med tenestemottakar, samarbeid med andre deler av forvaltninga og bustader til vanskelegstilte.

*Statens helsetilsyn støtter forslaget om å pålegge kommunene plikt til internkontroll, men mener plikten bør omfatte hele loven.*

*Statens helsetilsyn mener at lovfesting av kravet til forsvarlighet vil være et viktig bidrag til å sikre tjenestene tilstrekkelig sosialfaglig forankring i den nye loven. Statens helsetilsyn er svært tilfreds med at departementet i høringsnotatet også påpeker at dette er et dynamisk krav som må ses i sammenheng med samfunnsutviklingen og gjeldende norm for godt sosialfaglig arbeid.*



# Tal og fakta

## Innhold

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 om at rettar i sosialtenesta ikkje er oppfylte .. .	38	Tilsyn med helsetenesta .. .	42
Klagesaker om at rettar i helsetenesta ikkje er oppfylte .. .	39	Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetenesta .. .	43
Bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming .. .	40	Meldesentralen .. .	45
Tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som set seg imot helsehjelp .. .	41	Bruk av nettstaden www.helsetilsynet.no .. .	46
Tilsyn med sosialtenesta .. .	41	Innsyn i dokument .. .	46
		Rundskriv frå Statens helsetilsyn .. .	46
		Regnskapsresultat .. .	46

## Klagesaker om at rettar i sosialtenesta ikkje er oppfylte

**Tabell 1 Klagesaker etter sosialtenestelova behandla av fylkesmennene – utvikling 2007–2009 og resultat  
av handsaminga i 2009 fordelt på sakstyper**

Fylkesmannsembete	2007	2008	Behandla saker	2009			Økonomisk stønad			
	Behandla saker	Behandla saker		Sosiale tenester		Behandla saker	Endra	Oppheva		
				Behandla saker	Endra					
Østfold	416	299	248	69	35	10	179	27	29	
Oslo og Akershus	1286	857	902	195	81	8	637	110	9	
Hedmark	194	221	157	36	11	0	115	19	4	
Oppland	169	152	172	28	3	5	138	8	16	
Buskerud	366	311	255	62	22	9	190	14	15	
Vestfold	258	249	263	43	6	11	211	13	23	
Telemark	148	118	154	55	16	4	98	6	12	
Aust-Agder	55	50	92	20	2	6	69	5	12	
Vest-Agder	161	144	174	44	10	12	122	3	16	
Rogaland	319	202	217	48	6	1	161	12	3	
Hordaland	531	356	384	130	6	24	234	17	33	
Sogn og Fjordane	85	102	63	28	8	7	35	7	1	
Møre og Romsdal	174	160	118	53	6	18	61	3	9	
Sør-Trøndelag	211	172	267	63	13	19	187	9	10	
Nord-Trøndelag	97	89	89	23	1	1	59	2	6	
Nordland	212	139	186	71	19	11	102	9	6	
Troms	238	173	143	57	13	7	80	8	4	
Finnmark	60	71	64	16	1	4	48	0	10	
SUM	4980	3865	3948	1041	259	157	2726	272	218	

Tabell 1 handlar om saker der enkeltpersonar har klag på avgjerder som kommunane har fatta etter sosialtenestelova, og der kommunen ikkje har teke klag til følgje, men har sendt klag vidare til behandling hos Fylkesmannen som klageinstans. Over to tredelar av klagene gjeld økonomisk stønad. Eksempel på slike saker kan vere klage på avslag eller utmålinga av stønaden, eller meir spesifikke klager som gjeld bustadkostnader, utgifter til klede, tannbehandling, medisinar, inventar, reise eller andre økonomiske tema. Det kan også gjelde klager på vilkår som er sette for ytingane. Totalt blei det i 2009 behandla 2726 slike klager, mot 2809 i 2008.

I 2009 blei det behandla 1041 klager på sosiale tenester, mot 882 i 2008. Omsorgsløn var den enkelttenesta som det blei klag mest på, med 337 saker. Deretter følgde praktisk bistand med 318 saker, av desse gjaldt 134 brukarstyrt

personleg assistanse. 174 av klagene gjaldt avlastning og 159 støttekontakttenester.

Det har vore ein liten vekst i talet på innkomne klagesaker, 4158 i 2009 mot 3995 i 2008, men talet er framleis lågt. I 1995 behandla fylkesmennene 8935 klagesaker, i 2009 berre 3948.

Statens helsetilsyn innførte i 2008 ein rettleiar for korleis klagesaker om sosiale tenester skal behandlast. I rettleia blei det blant anna lagt vekt på at fylkesmennene skal prøve å ta ei realitetsavgjerd framfor å oppheve vedtak og sende saker tilbake til ny behandling i kommunen. I tabell 1 er det derfor skilt mellom endra og oppheva vedtak i avgjerder der klagar får heilt eller delvis medhald.

**Tabell 2 Klagesaker etter sosialtjenestelova behandla av fylkesmennene – klagesaker om sosiale tenester fordelte på de enkelte tenestene – 2009**

Embete	§ 4-2 a	Av desse BPA	§ 4-2 b	§ 4-2 c	§ 4-2 d	§ 4-2 e	Andre	Totalt
Østfold	22	9	6	12	0	27	2	69
Oslo og Akershus	50	17	49	21	5	70	0	195
Hedmark	14	12	1	3	4	13	1	36
Oppland	10	7	3	6	0	8	1	28
Buskerud	18	14	8	5	2	29	0	62
Vestfold	12	7	4	13	0	12	2	43
Telemark	23	4	4	1	3	19	5	55
Aust-Agder	5	3	6	1	2	6	0	20
Vest-Agder	15	2	13	5	0	9	2	44
Rogaland	8	0	16	2	4	14	4	48
Hordaland	31	15	19	30	4	45	1	130
Sogn og Fjordane	12	4	2	9	0	4	1	28
Møre og Romsdal	17	8	6	11	0	17	2	53
Sør-Trøndelag	30	14	9	6	1	17	0	63
Nord-Trøndelag	7	4	1	6	1	7	1	23
Nordland	15	4	13	21	1	21	0	71
Troms	24	8	12	6	2	12	1	57
Finnmark	5	2	2	1	0	7	1	16
Hele landet	318	134	174	159	29	337	24	1041

\* 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) omsorgsløn

**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 – 2007, 2008 og 2009**

Føresegn	Føresegna gjeld	2007 <sup>2</sup>	2008 <sup>2</sup>	2009	
		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	54	65	82	30
§ 2–1 andre ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	212	194	167	41
§ 2–2	rett til vurdering innan 30 dagar	14	10	11	8
§ 2–3	rett til fornva vurdering	7	6	8	3
§ 2–4	rett til val av sjukehus	18	14	9	4
§ 2–5	rett til individuell plan	6	13	8	7
§ 2–6	rett til sjuketransport	390	302	241	55
Kap. 3	rett til medverknad og informasjon	32	50	48	17
Kap. 4	samtykke til/rett til å nekte helsehjelp	5	7	1	0
§ 5–1	rett til innsyn i journal	38	28	30	19
<b>Helsepersonelloven</b>					
helsepersonellova §§ 42, 43 og 44, jf. pasientrettighetslova § 5–2	rett til retting og sletting i journal	25	33	21	13
<b>Kommunehelsetjenestelova</b>					
§ 2–1	rett til nødvendig helsehjelp	151	142	146	54
<b>Tannhelsetjenestelova</b>					
§ 2–1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	0	0	3	0
Andre lovparagrafar som gir rettar på helseområdet		0	1	7	4
<b>Sum vurderingar mot enkeltføresegner<sup>1</sup></b>		952	865	782	255
<b>Tal på saker<sup>1</sup></b>		888	770	693	

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

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

<sup>3</sup> Klagesaker etter det nye kap. 4A i pasientretttslova, som tok til å gjelde 1. januar 2009, er ikkje tekne med i tabellen, men er omtalte i eige avsnitt nedanfor.

Det blir kravd at fylkesmennene skal behandle minst 90 prosent av klagesakene innan tre månader. I 2009 blei 80 prosent behandla innan fristen, i 2008 87 prosent og i 2007 76 prosent. 10 av dei 18 embeta behandla i 2009 meir enn 90 prosent av klagene innan 3 månader. Ved inngangen til 2009 var det 579 ubehandla saker, ved utgangen av 2009 766.

### Klagesaker behandla i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fekk i 2009 4 førespurnader om å overprøve vedtak gjorde av Fylkesmannen i klagesaker. Ingen av sakene blei endra til fordel for tenestemottakar.

### Klagesaker om at rettar i helsetenesta ikkje er oppfylte

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

Fram til 2006 var det ein vekst i talet klager på mangelfullt oppfylte helserettar. I åra etter 2006, og særleg dei to siste, har talet på nye saker gått ned. I 2007 kom det inn 921 nye saker, mens dette talet i 2009 var 751. Det svarer til ein nedgang på 18 prosent over dei to siste åra.

I 2009 avslutta Helsetilsynet i fylka 765 helserettkagar. Av desse er 693 behandla. I 254 av dei 693 behandla sakene (37 prosent) er det gitt heilt eller delvis medhald i klagu, eller vedtak er oppheva på grunn av saksbehandlingsfeil og liknande. Dette er på same nivå som i 2007 og 2008, da

klagene førte fram på ein eller annan måte i respektive 30 og 36 prosent av sakene.

35 prosent av klagene på rettar innanfor helseområdet i 2009 gjeld retten til å dekke nødvendige reiseutgifter mellom heim og behandlingsstad (pasientrettslova § 2–6). Desse sjuketransportklagene gjeld ofte relativt små summar på nokre hundre kroner. Talet på slike saker er betydeleg redusert dei siste to åra, frå 390 i 2007 til 241 i 2009. Dette indikerer at den dialogen som Helsetilsynet i fylka har med helsetenesta om desse sakene, har bore frukter. Betre informasjon til dei som er omfatta av regelverket, og korrekt fatta vedtak med grunngivingar som er enkle å forstå, gir færre klager.

### Saksbehandlinga i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har behandla 7 oppmodingar om å overprøve vedtak som Helsetilsynet i fylket har gjort i klagesaker. I 2 saker fekk pasienten delvis medhald.

Statens helsetilsyn behandla ei klage i ei sak der Helsetilsynet i fylket hadde vedteke å avvise å behandle rettsklage. Klagar fekk medhald.

Statens helsetilsyn behandla ei klage på eit avslag i Helsetilsynet i fylket på å dekke sakkostnader. Også her fekk klagar medhald.

### Bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming

Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming er regulert i

**Tabell 4** **Tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma – sosialtenestelova kap. 4A – tal på vedtak m.m. – 2009**

Fylkesmannsembete	Avgjerder i kommunane – § 4A–5 tredje ledd bokstav a		Overprøving av vedtak hos Fylkesmannen – § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c			Tal dispensasjoner 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 per 31. desember 2009		
Østfold	760	81	20	3	19	18	17
Oslo og Akershus	4 167	294	128	4	123	110	33
Hedmark	233	45	49	0	49	46	4
Oppland	170	29	48	3	48	46	21
Buskerud	4 357	61	39	2	39	234	17
Vestfold	648	35	25	0	25	20	7
Telemark	169	31	17	0	16	13	3
Aust-Agder	253	27	12	0	12	0	6
Vest-Agder	349	52	82	0	53	13	7
Rogaland	2 603	46	69	1	68	60	20
Hordaland	579	145	130	0	110	105	41
Sogn og Fjordane	256	28	26	0	26	20	3
Møre og Romsdal	709	54	56	0	54	53	2
Sør-Trøndelag	811	64	32	1	32	8	9
Nord-Trøndelag	233	25	65	0	28	40	14
Nordland	318	32	46	0	46	37	24
Troms	709	32	38	0	37	14	9
Finnmark	2 989	8	4	2	3	35	9
SUM	20 313	1 089	886	16	788	872	246

sosialtenestelova kap. 4A. Fylkesmennene har fleire oppgåver i samband med desse lovreglane, sjå tabell 4. I Rapport frå Helsetilsynet 7/2008 gjer vi nærmere greie for dei oppgåvene som fylkesmennene har, og rapporteringane frå fylkesmennene i perioden 2000–2007.

Kommunane rapporterer avgjører om skadehindrande tiltak i naudsituasjoner (enkeltsituasjoner) til Fylkesmannen, jf. § 4A–5 tredje ledd bokstav a. Talet på avgjører var 20 313 i 2009, og avgjerdene gjaldt 1089 personar. Reduksjon i talet på avgjører og personar kan vere resultat av at rapporteringa er endra.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak om planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne naudsituasjoner og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova tenestemottakaren har for mat og drikke, klede, kvile, svevn, hygiene og personleg tryggleik, medrekna opplærings- og treningsstiltak, jf. § 4A–5, tredje ledd bokstavane b og c. Fylkesmennene godkjende 886 vedtak i 2009. Frå 2009 er registrering av vedtak og tiltak åtskilde. Eitt vedtak kan omfatte fleire tiltak. Det kan forklare reduksjonen i talet på vedtak i 2009 samanlikna med 2008. Talet på personar med vedtak var 788 per 31. desember 2009. Totalt tal på tiltak er 1293. Registrerte tiltak fordeler seg slik:

- 461 planlagde skadehindrande tiltak i gjentekne naudsituasjoner
- 427 tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova til tenestemottakaren
- 130 tiltak knytte til bruk av mekaniske tvangsmiddel (52 tiltak heimla i bokstav b, 78 i c)
- 262 tiltak knytte til bruk av inngripande varslingssystem (30 tiltak heimla i bokstav b, 232 i c)
- 13 opplærings- og treningsstiltak.

Fylkesmennene gav 872 dispensasjonar frå utdanningskrava som § 4A–9 stiller til personell som skal gjennomføre tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstavane b og c. Talet på dispensasjonar gjeld vedtak der det er søkt om dispensasjon.

Fylkesmennene avgjorde 3 klager på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav a; og 1 klage på tiltak etter § 4A–5 tredje ledd bokstav b og c blei avgjorde i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Fylkesmennene gjennomførte 246 tilsyn på staden. Av desse var 207 tilsyn retta mot tvangstiltak der Fylkesmannen har plikt til å føre tilsyn (jf. § 2–6 første ledd andre punktum). I tillegg blei det gjennomført 39 andre tilsyn på staden.

## Tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som set seg imot helsehjelp

Frå 1. januar 2009 gjeld det nye kap. 4A i pasientrettslova om helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som set seg imot helsehjelpa. Formålet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentleg helseskade og for å førebyggje og avgrense bruken av tvang. Bruk av tvang i psykiatrien har eigne reglar i psykisk helsevernlova.

**Tabell 5 Tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som set seg imot helsehjelp i 2009**

	Tal vedtak <sup>1</sup>	Tal vedtak oppheva	Tal vedtak endra	Tal vedtak som varer meir enn 3 månader
SUM	1687	125	2	1050

<sup>1</sup> Tabellen gjeld talet på kopiar av vedtak i helsetenesta som Helsetilsynet i fylket har fått.

Helsetenesta skal gjere vedtak om bruk av tvang, og ho skal sende kopi av vedtaket til Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylka fekk i 2009 1687 kopiar av vedtak, og av desse blei mindre enn 10% endra eller oppheva. Helsetilsynet i fylket går gjennom alle vedtaka, og har mynde til å overprøve (endre eller oppheve) vedtaka. Dersom det ikkje er klag på eit vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet og helsehjelpa held fram, skal Helsetilsynet i fylket, når det har gått tre månader frå vedtaket blei gjort, etter eige tiltak vurdere om det framleis er behov for helsehjelpa.

Erfaring frå det første året viser at om lag 70 prosent av vedtaka krev aktivitet frå Helsetilsynet i fylket i form av råd til og rettleiing av kommunen/tenestene. Råda og rettleiinga er knyttet til formalitetar ved vedtaka.

Helsetilsynet i fylka fekk 7 klager på vedtak i helsetenesta. I 6 av sakene blei vedtaket ståande ved lag. I ei klagesak blei vedtaket oppheva av verksemda sjølv.

## Tilsyn med sosialtenesta

Fylkesmennene gjennomførte 164 tilsyn som systemrevisjoner i 2009, sjå tabell 6. Av desse var 163 retta mot kommunar, eitt mot anna verksemd. I 134 av tilsyna blei det funne brot på lov eller forskrift. I 104 av tilsyna blei det undersøkt om krav både i sosialtenestelova og helselovsgivinga blei følgde. Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket gjennomførte desse systemrevisjonane i fellesskap. Av fellestilsyna var 75 med i det landsomfattande tilsynet med kommunale sosial- og helsetenester til barn i barne- og avlastingsbusader, som vi gjer greie for på side 5 i meldinga.

Av dei 89 tilsyna som ikkje var med i det landsomfattande tilsynet, gjaldt:

- 18 rettstryggleik for menneske med psykisk utviklingshemming
- 14 sosiale tenester til rusavhengige
- 11 kommunale helse-, sosial- og barneverntenester til barn
- 10 mellombels husvære
- 9 saksbehandlinga av helse- og sosialtenester til heimebuande
- 5 saksbehandlinga av sosiale tenester
- 4 avlastings- og støttekontakttenester
- 3 oppfølging etter opphold i institusjon eller fengsel
- 3 sosial- og helseberedskap

Dei øvrige tilsyna omhandla økonomisk rådgjeving, sosiale tenester ved NAV-kontor, sosiale tenester med vekt på personalet sin kompetanse, tenester til personar med

**Tabell 6 Tilsyn med sosialtenesta – tal på systemrevisjonar utførte av fylkesmennene i 2007, 2008 og 2009**

Fylke	2007	2008	2009
Østfold	9	9	9
Oslo og Akershus	17	22	22
Hedmark	10	9	9
Oppland	8	6	9
Buskerud	10	11	11
Vestfold	9	9	6
Telemark	8	7	7
Aust-Agder	7	9	7
Vest-Agder	7	9	7
Rogaland	10	12	11
Hordaland	16	14	15
Sogn og Fjordane	8	8	7
Møre og Romsdal	13	12	5
Sør-Trøndelag	13	10	9
Nord-Trøndelag	8	6	7
Nordland	10	11	9
Troms	10	8	8
Finnmark	8	7	6
<b>SUM</b>	<b>181</b>	<b>179</b>	<b>164</b>

psykisk utviklingshemming i bufellesskap, tenester til eldre og tenester i rusinstitusjonar.

Per 31.12.2009 var det framleis 44 tilsyn med sosialtenesta frå 2008 eller tidlegare der avvik ikkje var retta.

Statens helsetilsyn kravde at fylkesmennene i 2009 skulle gjennomføre 180 systemrevisjonar.

Fylkesmennene har ikkje gitt pålegg med heimel i sosialtenestelova i 2009.

I tillegg til dei 164 systemrevisjonane har fylkesmennene også gjennomført 246 tilsyn på staden retta mot bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming, sjå tabell 4.

### Tilsyn med helsetenesta

I 2009 gjennomførte Helsetilsynet i fylka 279 systemrevisjonar. Av systemrevisjonane var

- 189 retta mot kommunar
- 87 retta mot spesialisthelsetenesta
- 3 retta mot privatpraktiserande personell

I tillegg har Helsetilsynet i Rogaland gjennomført 2 systemrevisjonar retta mot helseforhold i petroleumsverksemda.

Av dei 189 systemrevisjonane som var retta mot kommunane, blei 104 gjennomførte i samarbeid mellom Helse-tilsynet i fylket og Fylkesmannen ved at krav både i helse- og sosiallovgivinga blei undersøkte. 75 av desse tilsyna var med i det landsomfattande tilsynet med kommunale sosial- og helsetenester til barn i barne- og avlastingsbustader, som det er gjort greie for på side 5 i meldinga.

Helsetilsynet i fylka har i tillegg gjennomført eit landsomfattande tilsyn retta mot spesialisthelsetenester ved distriktspsykiatriske senter (DPS) til vaksne med psykiske lidingar. 28 av dei 87 tilsyna retta mot spesialisthelsetenesta var del av det landsomfattande tilsynet, som det er gjort greie for på side 7 i meldinga.

I 215 av dei 279 tilsyna blei det funne brot på lov eller forskrift.

176 systemrevisjonar var ikkje med i landsomfattande tilsyn, av desse var 114 retta mot kommunar, 59 var retta mot spesialisthelsetenesta og 3 mot private utøvarar.

Av dei 114 tilsyna med kommunane som ikkje var med i det landsomfattande tilsynet, gjaldt:

- 40 legemiddelbehandling i sjukeheimar
- 22 anna tilsyn i sjukeheimar
- 11 kommunale helse-, sosial- og barneverntenester til barn
- 9 saksbehandlinga av helse- og sosialtenester til heimebuande
- 4 heimesjukepleie
- 3 legevakt
- 3 oppfølging etter opphold i institusjon eller fengsel
- 3 sosial- og helseberedskap
- 3 infeksjonskontroll
- 3 miljøretta helsevern
- 2 meldeplikt til barnevernet
- 2 fysioterapiteneste
- 2 rehabilitering

I tillegg var det nokre einskilde tilsynstema.

**Tabell 7 Tilsyn med helsetenesta – tal på systemrevisjonar utførte av Helsetilsynet i fylka i 2007, 2008 og 2009**

Fylke	2007	2008	2009
Østfold	12	15	15
Oslo og Akershus	13	32	33
Hedmark	12	12	12
Oppland	10	16	15
Buskerud	14	13	17
Vestfold	14	20	13
Telemark	13	14	13
Aust-Agder	13	13	13
Vest-Agder	12	14	12
Rogaland	11	20	18
Hordaland	26	26	21
Sogn og Fjordane	11	12	12
Møre og Romsdal	16	17	17
Sør-Trøndelag	16	15	14
Nord-Trøndelag	10	10	13
Nordland	19	16	17
Troms	14	16	13
Finnmark	11	12	11
<b>SUM</b>	<b>247</b>	<b>293</b>	<b>279</b>

Av dei 59 tilsyna med spesialisthelsetenesta som ikkje var med i det landsomfattande tilsynet, gjaldt:

- 14 tenester i akuttmottak
- 8 meldeplikt til Helsetilsynet i fylket
- 5 meldeplikt om helsekrav til førarkort
- 4 tenester ved gynekologisk avdeling/fødeavdeling
- 4 tenester ved intensivavdeling
- 4 rehabilitering
- 4 tverrfaglege tenester til rusavhengige
- 3 meldeplikt til barnevernet

Dei resterande 13 gjaldt tilsyn ved øvrige delar av spesialisthelsetenesta.

Per 31. desember 2009 var det framleis 79 tilsyn med helsetenesta frå 2008 eller tidlegare der avvik ikkje var retta.

Statens helsetilsyn kravde at Helsetilsynet i fylka skulle gjennomføre 300 systemrevisjonar.

#### Pålegg, stenging og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn har i 2009 ikkje gitt pålegg til kommunar eller helseføretak for manglande retting av avvik.

#### Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetenesta

##### Tilsynssaker behandla av Helsetilsynet i fylket

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

I 2009 varierte talet på nye saker per 100 000 innbyggjarar frå 33 i Rogaland og 36 i Oslo og Akershus til 113 i Finnmark. For heile landet var det 2437 nye tilsynssaker i 2009. Det svarer til 51 per 100 000 og er 217 saker fleire enn året før, det vil seie ein auke på 10 prosent.

Restansen av tilsynssaker (saker som ikkje er ferdig behandla) hos Helsetilsynet i fylka gjekk opp frå 916 ved utgangen av 2008 til 968 saker ved utgangen av 2009. Dette svarer til ein auke på 6 prosent.

Kravet til saksbehandlingstid blir fastsett ved behandlinga av statsbudsjettet. Meir enn halvparten av tilsynssakene skal vere behandla innan fem månader. Dette blei oppnådd ved Helsetilsynet i 12 fylke i 2009, mens Helsetilsynet i 11 fylke greidde kravet i 2008 (Helsetilsynet i Oslo og Akershus tel som eitt fylke). Kravet blei nådd også for alle fylka sedde under eitt, sia 55 prosent av sakene på landsbasis hadde ei kortare saksbehandlingstid enn fem månader. Dette er ei betring frå dei to føregåande åra, da kravet berre så vidt blei nådd. Ein må også sjå betringa i lys av at kravet til saksbehandlingstid er sett med utgangspunkt i maksimalt 2000 nye saker, noko som er 437 færre enn det som faktisk kom inn i 2009, og 10 prosent fleire saker enn året før.

**Tabell 8 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylka – tal på avslutta saker og saksbehandlingstid – 2007, 2008 og 2009**

Fylkesmannsembete	Tal på avslutta saker			Del med meir enn 5 md. behandlings-tid i 2009
	2007 <sup>1</sup>	2008 <sup>1</sup>	2009	
Østfold	120	222	177	55 %
Oslo og Akershus	314	392	331	35 %
Hedmark	114	114	122	67 %
Oppland	74	51	50	74 %
Buskerud	94	116	109	61 %
Vestfold	120	62	96	28 %
Telemark	77	62	75	40 %
Aust-Agder	29	42	37	46 %
Vest-Agder	56	64	69	43 %
Rogaland	139	105	101	46 %
Hordaland	153	205	188	37 %
Sogn og Fjordane	42	54	63	11 %
Møre og Romsdal	71	92	130	58 %
Sør-Trøndelag	93	120	111	33 %
Nord-Trøndelag	41	77	72	75 %
Nordland	94	110	82	40 %
Troms	75	92	83	35 %
Finnmark	21	27	62	34 %
<b>SUM</b>	<b>1727</b>	<b>2007</b>	<b>1958</b>	<b>45 %</b>
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				
	291	287	285	

<sup>1</sup> Tala avvik noko frå dei som er publiserte dei føregående åra, fordi vi korrigerer tidlegare rapporterte data når vi oppdagar feil og manglar.

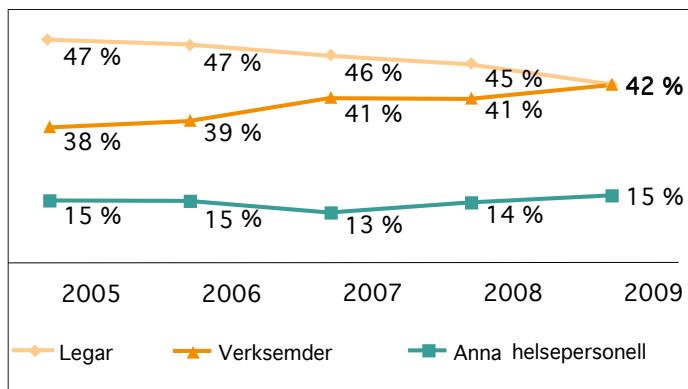
**Tabell 9 Rettsleg grunn som tilsynssaker ved Helse-tilsynet i fylka er vurderte mot i åra 2007, 2008 og 2009**

Føresegn i helsepersonellova	2007 <sup>1</sup>	2008 <sup>1</sup>	2009
<b>Bestemmelse i helsepersonelloven</b>			
Forsvarleg verksem: oppførels (§ 4)	183	247	202
Forsvarleg verksem: undersøking, diagnostikk, behandling (§ 4)	1543	1519	1712
Forsvarleg verksem: medisinering (§ 4)	204	214	229
Forsvarleg verksem: anna (§ 4)	252	277	290
Augeblikkeleg hjelp (§ 7)	41	34	39
Informasjon (§ 10)	84	83	102
Organisering av verksem (§ 16)	133	199	192
Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	102	117	117
Pasientjournal (§§ 39–41)	231	255	233
Eigna som helsepersonell: rusmiddelmissbruk (§ 57)	27	50	44
Eigna som helsepersonell: andre forhold (§ 57)	56	56	64
<b>Føresegn i spesialisthelsetenestelova</b>			
Plikt til å handle forsvarleg (§ 2-2)	479	573	576
Andre pliktgrunnlag	478	625	579
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>	<b>3813</b>	<b>4249</b>	<b>4379</b>
<b>Tal på saker med vurdering<sup>2</sup></b>	<b>1727</b>	<b>2007</b>	<b>1958</b>

<sup>1</sup> Tala avvik noko frå dei som er publiserte dei føregående åra, fordi vi korrigerer tidlegare rapporterte data når vi oppdagar feil og manglar.

<sup>2</sup> Fleire av sakena som Helsetilsynet i fylka behandler, omfattar vurderinger opp mot fleire føresegner. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag høgare enn talet på saker.

**Figur 1 Objekter i tilsynssakene**



Helsetilsynet i Oslo og Akershus har medverka mest til den samla bringa i saksbehandlingstid. Dette er det klart største fylkeskontoret og har i fleire av dei føregåande åra slite med å greie kravet til saksbehandlingstid. I 2009 avvikla Helsetilsynet i Oslo og Akershus 65 prosent av dei 331 tilsynssakene sine innan fem månader. Tilsvarande tal for 2008 var 32 prosent av 392 avslutta saker.

Tilsynssakene er ofte samansette. Tabell 9 viser at kvar sak har to–tre vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarleg verksemd er det temaet som oftast blir vurdert. Så kjem vurderingar knytte til plikta til å føre pasientjournal. Sakene som gjeld rusmiddel og andre spørsmål knytte til om personellet er eigna, er få, men ofte alvorlege. I 2009 blei 86 prosent av desse sakene sende over frå Helsetilsynet i fylka til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon, mens den totale oversendingsdelen var 13 prosent.

Når pasientar klagar på kvaliteten på helsetenester, er det gjerne legane som får skytset retta mot seg. Det er forståeleg sia legane er den gruppa helsepersonell som oftast står i front når det blir teke avgjerder om pasientbehandlinga. Men helsetenester er meir enn tenester gitt av legar og anna helsepersonell enkeltvis. Kravet til internkontroll slår fast at leiinga har ansvaret for å organisere og drive tenestene på ein måte som tek høgde for at enkeltpersonar frå tid til anna kan komme til å gjøre feil. Helsetenester skal organiserast som robuste og feiltolerante system, slik at svikt i eitt ledd blir fanga opp før svikta kan få konsekvensar for pasientane.

Tilsynsorgana har derfor gjennom fleire år prøvd å auke merksemda om verksemndene sitt ansvar og unngå einsidig merksemrd mot det personellet som var nærmast i dei klander-verdige situasjonane. Figur 1 viser at delen av verksemds-vurderingar i tilsynssaker har auka jamt frå 38 prosent i 2005 til 42 prosent i 2009, mens vurderingane retta mot legar er tilsvarende reduserte frå 47 prosent til 42 prosent i den same femårsperioden. Delen av tilsynssaks-vurderingar mot anna helsepersonell enn legar har vore stabil på 13–15 prosent i åra frå 2005 til 2009.

### Tilsynssaker behandla av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene, som blir sende over frå Helsetilsynet i fylket. I 2009

behandla Statens helsetilsyn 301 saker (mot 224 i 2008). Det blei gitt 235 reaksjonar, 24 retta mot verksemder og 211 retta mot helsepersonell (i 2008 blei det gitt 155 reaksjonar). Statens helsetilsyn avslutta 87 saker utan å gi reaksjon (mot 65 i 2008).

Det var 99 helsearbeidarar som mista til saman 108 autorisasjonar/lisensar i 2009 (mot 63 autorisasjonar i 2008). Dei fleste tilbakekall av autorisasjonar gjeld rusmiddelbruk, og desse sakene står for tre firedele av aukinga frå 2008 til 2009. Dei fleste rusmiddelsaker startar ved melding frå arbeidsgjevar til tilsynsmyndigheit.

1. november 2008 tok helsepersonellova § 59a til å gjelde. Lovregelen gjeld ei ny reaksjonsform som gir Statens helsetilsyn løyve til å avgrense autorisasjonen til helsepersonell utan at vilkåra for å kalte autorisasjonen tilbake er oppfylte. Åtte helsearbeidarar fekk avgrensingar i autorisasjonen sin etter helsepersonellova §59a i 2009.

Til saman 21 helsearbeidarar fekk autorisasjonen/lisenzen sin suspendert mens saka blei behandla. Statens helsetilsyn forlengde suspensjonen av autorisasjonen til tre helsearbeidarar.

I 2009 fekk Statens helsetilsyn melding frå 13 helsearbeidarar som gav frivillig avkall på autorisasjonen sin. Fire legar gav frivillig avkall på retten til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B.

Statens helsetilsyn sende over 62 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2009 mot 33 i 2008. Av dei oversende klagene var det 49 klager på vedtak om administrativ reaksjon (av desse var 3 suspensjonsvedtak), mens 10 klager gjaldt bortfall av autorisasjon på grunn av brot på vilkår for avgrensa autorisasjon. Nemnda stadfestar i 2009 vedtaka Statens helsetilsyn hadde gjort i 44 saker. 2 vedtak blei gjorde om, 1 vedtak blei delvis gjort om, og 2 vedtak blei oppheva. Ein klagar trekte klag si før ho var behandla i nemnda.

Statens helsetilsyn samarbeider med politiet i ein del saker. Statens helsetilsyn har også mynde til å krevje påtale, og dette blei gjort i 3 saker i 2009, mot 7 året før. I 9 saker konkluderte Statens helsetilsyn med at det ikkje var grunnlag for å krevje påtale mot helsepersonell eller verksemder. Statens helsetilsyn melde 2 helsearbeidarar til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart tilhøve. Tilsvarande tal for 2008 var 6 helsearbeidarar. Etter oppmading frå politiet gav Statens helsetilsyn rådgivande fråsregn i 2 saker.

I 2009 fekk Statens helsetilsyn 69 søknader om ny autorisasjon eller avgrensa autorisasjon frå helsepersonell som tidlegare har mista autorisasjonen (57 søknader i 2008). Av desse er 53 søknader behandla ferdig. 7 helsearbeidarar fekk ny autorisasjon utan avgrensingar, 12 helsearbeidarar fekk ein avgrensa autorisasjon til å drive verksemd etter bestemte vilkår, 32 søknader om ny autorisasjon blei avslått, og 2 søknader fall bort / blei ikkje realitetsbehandla på grunn av manglande dokumentasjon.

**Tabell 10 Tal avslutta tilsynssaker og reaksjonar fordelt på åra 2002 til 2009**

	Reaksjon	Ingen reaksjon	Avslutta saker
2002	103	71	173
2003	125	55	172
2004	148	101	237
2005	168	87	242
2006	184	76	252
2007	181	95	271
2008	155	65	224
2009	235	87	301

Statens helsetilsyn fekk 3 søknader om rett til å rekvikere legemiddel i gruppe A og B frå helsearbeidarar som tidlegare har mista rekvikireringsretten. Statens helsetilsyn behandla 2 søknader om rekvikireringsrett i 2009. Av desse blei éin søknad innvilga og den andre avslått.

I 2009 behandla Statens helsetilsyn 32 saker mot verksemder, tilsvarande tal for 2008 var 15 saker. I 24 av sakene blei det påvist brot på helsegivinga på grunn av utilstrekkeleg intern organisering og styring. I 8 saker fann vi ikkje at helsegivinga var broten. Det er i dei fleste tilfella Helsetilsynet i fylket som avsluttar saker som gjeld svikt ved organisering eller styring av helsetenesta som blir tilbydd. Talet på slike saker er derfor relativt lågt i Statens helsetilsyn samanlikna med det totale talet på avslutta saker.

I 2009 fekk Statens helsetilsyn 303 nye saker til behandling, mot 292 i 2008. Median saksbehandlingstid i 2009 var 5,9 månader (i 2008: 5,2 månader). Per 31. desember 2009 var 176 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 175 året før.

I 2009 bad Statens helsetilsyn om 21 sakkunnige vurderingar i 19 tilsynssaker. Vidare på Statens helsetilsyn 2 helsearbeidarar medisinsk eller psykologisk undersøking, jf. helsepersonellova § 60.

### Meldesentralen

Meldesentralen i Statens helsetilsyn er ein database over hendingar som er melde i samsvar med spesialisthelsetenes telova § 3–3. Helseinstitusjonar er pålagde å gi skriftleg melding til Helsetilsynet i fylket om betydeleg personskade etter hendingar som kunne ha ført til betydeleg personskade på pasient som følgje av yttinga av helseteneste, eller ved at ein pasient skader ein annan.

Det blei registrert 1289 meldingar i 2008 (2039 i 2007). Ein tredel av desse meldingane (36 prosent) gjeld betydeleg personskade, mens halvparten av meldingane (48 prosent) gjeld tilhøve som kunne ha ført til betydelege personskadar. Det blei registrert 206 meldingar om unaturleg dødsfall i 2008 (16 prosent av meldingane).

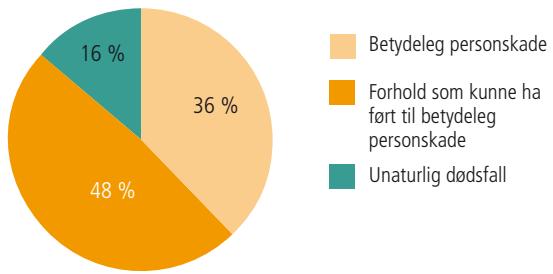
**Tabell 11 Reaksjonar frå Statens helsetilsyn mot helsepersonell i 2009 (2008 i parentes)**

	Advarsel	Tap av autorisasjon eller lisens	Tap av rekvikireringsrett	Avgrensa autorisasjon/lisens (§ 59)	Avgrensa autorisasjon/lisens (ny § 59a)	Tap av spesialistgodkjenning	Sum
Lege	64 (47)	28 (20)	3 (8)	0 (1)	5 (0)	2 (1)	102 (77)
Tannlege	1 (4)	4 (0)					5 (4)
Psykolog	2 (1)	1 (1)					3 (2)
Sykepleier	6 (7)	44 (21)		1 (0)	1 0)		52 (28)
Hjelpepleier	1 (1)	19 (10)			2 (0)		22 (11)
Vernepleier	1 (0)	4 (1)					5 (1)
Jordmor	3 (0)	1 (1)					4 (1)
Fysioterapeut	1 (1)	0 (1)					1 (2)
Andre grupper	6 (3)	7 (8)					13 (11)
Uautoriserte	4 (6)	0					4 (6)
<b>Totalt</b>	<b>89 (70)</b>	<b>108 (63)</b>	<b>3 (8)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>8 (1)</b>	<b>2 (1)</b>	<b>211 (143)</b>

**Tabell 12 Årsak til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe i 2009 (2008 i parantes)**

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	38 (15)	11 (7)	10 (10)	7 (5)	66 (37)
Sykdom			2 (1)	1 (0)	3 (1)
Seksuell utnytting av pasient	1 (1)	3 (0)	4 (1)	3 (2)	11 (4)
Atferd	3 (2)	3 (3)	3 (0)	5 (3)	14 (8)
Uforsvarlighet	0 (1)	1 (0)	3 (2)	1 (0)	5 (3)
Ikke innrettet seg etter advarsel		1 (0)	4 (3)		5 (3)
Mistet i utlandet	2 (2)		2 (2)	0 (2)	4 (6)
Annet			0 (1)		0 (1)
<b>Sum</b>	<b>44 (21)</b>	<b>19 (10)</b>	<b>28 (20)</b>	<b>17 (12)</b>	<b>108 (63)</b>

*Figur 2 Andel meldinger fordelt på skadegrad 2008*



18 prosent av alle meldingane hadde feil ved bruk av legemiddel som årsak.

8 prosent av meldingane som blei registrerte i 2008, dreidde seg om hendingar knytte til fødslar. I 67 prosent av dei meldingane som gjaldt fødslar, dreidde hendinga seg om kvinna, og i 33 prosent dreidde hendinga seg om barnet. Det er registrert 17 tilfelle av unaturleg dødsfall der barnet døydde under fødsel.

17 prosent av meldingane som er registrerte dette året, dreidde seg om hendingar frå psykisk helsevern. Det blei registrert 80 meldingar om sjølvmort, 40 meldingar om sjølvmordsforsøk og 21 meldingar om sjølvskading. Dei fleste av desse hendingane gjaldt pasientar innlagde i psykiatriske avdelingar eller pasientar under psykiatrisk behandling i somatiske avdelingar.

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

Nettstaden hadde i 2009 ca. 4,3 millionar sidevisingar (2008: 4,8 millionar). Dei mest populære stoffkategoriane var i 2009 (sidevisingar i parentes):

- tilsynsrapportar (1 170 000)
- publikasjonar (1 100 000)
- Helsetilsynet i fylka (360 000)
- regelverk (310 000)
- nyhende (308 000)

### **Innsyn i dokument**

Statens helsetilsyn fekk i 2009 1295 bestillingar på innsyn i dokument frå dei presseorgana som tek del i Elektronisk PostJournal (EPJ). I 2008 var det 1481 slike bestillingar.

### **Rundskriv frå Statens helsetilsyn**

IK-3/2009 (17.11.2009) Krav til søknad om å få tilbake rekvireringsretten. En veileddning for saksbehandlingen i Statens helsetilsyn

IK-2/2009 (28.8.2009) Retningslinjer for fylkesmennenes behandling av klager som gjelder økonomisk sosialhjelp

IK-1/2009 (2.6.2009) Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den.

### **Regnskapsresultat**

**Tabell 13 Regnskapsresultat 2009 – budsjettkapitla 721 og 3721 Statens helsetilsyn (1000 kroner)**

Kategori inntekt / utgift	Budsjett	Regnskap	Avvik
Faste lønnsutgifter	49 766	46 335	3 430
Variable lønnsutgifter	3 114	6 010	(2 895)
Drift av bygningar etc. (husleige, straum, reinhalde, vakthald)	8 360	8 430	(70)
Andre utgifter	21 130	18 303	2 827
Sum utgifter	82 370	79 078	(3 292)
Inntekter	2 211	2 313	102
Netto utgift / mindreforbruk	80 159	76 765	3 394

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

# Publikasjoner fra Helsetilsynet

## Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidlar vi m.a. funn og røynsle frå klagehand- saming og tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene. På nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) finnster alle publikasjona i fulltekst, og samandrag på engelsk og samisk.

Schjønsby Hans Petter. Sundhedscollegiet 1809–1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helse- vesenet i Norge. Rapport fra Helsetilsynet 1/2009.

Robberstad T. Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking. Rapport fra Helsetilsynet 2/2009.

Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmords- saker i psykisk helsevern. Rapport fra Helsetilsynet 3/2009.

DPS: landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008–09 med spesialisthelsetjenester ved distrikts- psykiatriske sentre. Rapport fra Helsetilsynet 4/2009.

Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Opp- summering av landsomfattende tilsyn 2008 med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester til utsatte barn. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009.

«Sikker som banken...» – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften. Rapport fra Helsetilsynet 6/2009.

Bratland Svein Zander, Lundevall Sverre, red. Læring av feil og klagesaker. Rapport fra Helsetilsynet 7/2009. Utgitt sammen med Den norske legeforening.

Berg Ole. Spesialisering og profesjonalisering. En beret- ning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809–2009. Del 1 1809–1983 – Den gamle helseforvalt- ning. Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.

## Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspel til andre barne- vern-, sosial- og helsestyresmakter og til tenestene i brev. Einskilde av desse breva blir publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), menyen Publikasjoner\Brev. Nedanfor refererer vi tema for nokre av breva.

Stoltenbergutvalget – rådspørring – bedre hjelp til rusavhengige. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet. 23.11.2009.

Omsorgslønn – ei kunnskapsoppsummering. Tre brev til Helse- og omsorgsdepartementet, fylkesmennene og Helsedirektoratet. 11.11.2009.

Avslutning av tilsynssak Statens helsetilsyn. Brev til St. Olavs Hospital HF 30.9.2009.

Tilsynssak ved St. Olavs Hospital Orkdal sjukehus. Brev til Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. 30.9.2009.

Kartlegging av bemanning og kompetanse i ambulanse- tjenesten sommeren 2009 – oppsummering. Brev til helseforetak. 23.9.2009.

Avslutning av tilsynssak – brudd helselovgivningen. Brev til Gran kommune. 19.6.2009.

Henvendelse fra Folkehelseinstituttet med bekymring angående mangefull helsehjelp for bærere av MRSA. Brev til Helsetilsynet i fylkene. 8.6.2009.

Sammenstilling av fylkesmennenes rapportering om klagesaker etter sosialtjenesteloven for 2008. Brev til landets fylkesmenn. 1.4.2009.

Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem Brev til Helse- og omsorgsdepartementet. 20.3.2009.

## Medisinalmeldinger/Helse- og sosialmeldinger

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 finnster i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjoner.

## Artiklar

Artiklar som tilsette i Statens helsetilsyn skriv, blir publi- serte eller peikte til på nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjoner\Artikler.

## Gjer framlegg om kandidatar til KARL EVANG-PRISEN 2010!

Karl Evang-prisen (NOK 50 000) blir delt ut på Karl Evang-seminaret som Statens helsetilsyn arrangerer 19. oktober på Høgskolen i Oslo. Seminaret er gratis, ope for alle og det er inga påmelding,

Les meir om pris og seminar på [www.helsetilsynet.no/evang](http://www.helsetilsynet.no/evang)

Send kandidatframlegg innan 20. august til [evangprisen@helsetilsynet.no](mailto:evangprisen@helsetilsynet.no) eller til Statens helsetilsyn, Pb. 8128 Dep, 0032 OSLO

### Tilsynsrapportar

Rapportane frå kvart einskild tilsyn med sosial- og helsetenestene blir publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Der kan dei hentast fram sortert på emne, kommune, helseforetak, fylke eller år.

### Statens helsetilsyn

Norwegian Board of  
Health Supervision  
Postboks 8128 Dep  
0032 OSLO

Telefon: (+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, Oslo

Mars 2010