

# Tilsyn ved regionsykehusene i 2001



**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 2/2002  
Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport  
Februar 2002

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare  
på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 22 24 88 88 (fra 8. desember 2003: 21 52 99 00)  
Faks: 22 24 95 90 (fra 8. desember 2003: 21 52 99 99)  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 Innledning</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>2 Sammendrag</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>3 Bakgrunn</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>4 Metode og gjennomføring</b> .....                                  | <b>8</b>  |
| 4.1 Metode .....  | 8         |
| 4.2 Gjennomføring av tilsynet ved det enkelte regionsykehus .....       | 8         |
| Haukeland sykehus .....   | 8         |
| Ullevål sykehus .....   | 8         |
| Regionsykehuset i Tromsø .....  | 9         |
| Regionsykehuset i Trondheim .....                                       | 9         |
| Rikshospitalet .....  | 9         |
| Det Norske Radiumhospital .....   | 10        |
| <b>5 Funn</b> .....   | <b>11</b> |
| 5.1 Funn ved det enkelte sykehus .....                                  | 11        |
| Haukeland sykehus .....   | 11        |
| Ullevål sykehus .....   | 11        |
| Regionsykehuset i Tromsø .....  | 12        |
| Regionsykehuset i Trondheim .....                                       | 13        |
| Rikshospitalet .....  | 13        |
| Det Norske Radiumhospital .....   | 14        |
| <b>6 Diskusjon</b> .....  | <b>15</b> |
| 6.1 Organisering, styring og ledelse .....                              | 15        |
| 6.2 Logistikk .....   | 16        |
| 6.3 Pasientrettigheter .....  | 16        |
| 6.4 Informasjon, kommunikasjon og dokumentasjon (journalsystemet) ..... | 17        |
| <b>7 Konklusjoner og anbefalinger</b> .....                             | <b>18</b> |

# 1 Innledning

Fylkeslegene gjennomførte i 2001 tilsyn ved landets seks regionsykehus<sup>1</sup>. Tilsynet hadde hovedfokus på sykehusenes ledelsesapparat og overordnede styringssystemer. I tillegg ble det sett nærmere på enheter eller avdelinger i sykehuset som fylkeslegen i tilsynsammenheng ønsket å skaffe seg mer kunnskaper om. Tilsynet ble utført av et gjennomgående team, sammen med medarbeidere fra den "lokale" fylkeslege. Hovedformålene med tilsynet har vært å skaffe tilsynsetaten bedre oversikt over rammevilkårene for sykehusdrift og spesielle problemområder innen sykehusene, samt øke tilsynsmyndighetenes kunnskaper om hvordan sykehusene er organisert og ledet.

Fylkeslegenes funn og vurderinger ved tilsynet er formidlet tilbake til sykehus og eiere gjennom separate tilsynsrapporter for det enkelte sykehus<sup>2</sup>. Videre er denne samle-rapporten utarbeidet. I tillegg til funnene fra det enkelte sykehus inneholder rapporten også vurderinger, diskusjon og tilrådinger knyttet til de mest sentrale observasjonene. Fylkeslegene håper at den kunnskapen om regionsykehusene som fremkommer gjennom dette tilsynet, kan bli brukt til forbedringer på ulikt nivå, og at funnene vil kunne danne grunnlag for diskusjon og gjennomgang av rammebetingelsene for sykehusdrift i Norge og for tilsyn med sykehus.

1) Haukeland sykehus, Ullevål sykehus, Regionsykehuset i Trondheim, Regionsykehuset i Tromsø, Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital

2) Se [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## 2 Sammendrag

Bakgrunnen for tilsynet var fylkeslegenes behov for oppdatert kunnskap om region-sykehusenes ledelsesapparat, styrings-systemer og eventuelle særlige problemer. Dette er beskrevet i kapittel 3. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjoner av lag (team) som var sammensatt av medarbeidere fra ulike fylkesleger. Selve gjennomføringen av tilsynet, hvilke tema som ble tatt opp, hvilke deler av sykehuset tilsynet omfattet og sammensetningen av tilsynslaget (tilsynsteamet) er listet opp for hvert enkelt sykehus i kapittel 4. De funn (avvik<sup>3</sup> og merknader<sup>4</sup>) som ble gjort og de hovedkonklusjoner som ble trukket ved det enkelte sykehus, er beskrevet i kapittel 5.

I kapittel 6 diskuteres funn og konklusjoner under overskriftene:

- Organisering, styring og ledelse
- Logistikk
- Pasientrettigheter
- Informasjon, kommunikasjon og dokumentasjon (journalssystemet)

Når det gjelder organisering, har Rikshospitalet og Radiumhospitalet valgt andre modeller enn de fire andre regionsykehusene som har divisjonalisert virksomheten. Radiumhospitalet er i ferd med å innføre en matrisemodell.

Når det gjelder ledelse og lederfunksjoner, har vi et inntrykk av at mange av dagens ledere har større rollebevissthet, at de ser mer helhet og at de både har bedre kunnskaper og ferdigheter om ledelse enn det som var tilfelle tidligere. Det er imidlertid stor forskjell mellom sykehusene når det gjelder nivået på ledere på topp-, divisjons- og direktørnivå.

Ordningen med innsatsstyrt finansiering og manglende samsvar mellom pris og kostnader

for enkelte behandlinger, har fått noen ledere til å tenke mer bedriftsøkonomi og mindre samfunnsøkonomi. Som følge av dette har enkelte sykehusdirektører vurdert å legge ned ressurskrevende behandlingstilbud for å få budsjettet i balanse. Dette er et særlig problem fordi det kan dreie seg om behandlingstilbud som bare tilbys ved regionsykehus.

Det er betydelige forskjeller mellom sykehusenes systemer for prioritering og kobling mellom oppgaver, aktivitet og ressurser. Flere av sykehusene har gjort lite for å harmonisere prioriteringspraksis mellom avdelingene.

Enkelte pasienter får ikke oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder for eksempel innen kirurgi og ortopedisk kirurgi. Ordningen med pasientansvarlig lege er bare iverksatt ved et mindre antall avdelinger ved sykehusene. Korridorsenger og utskrivningsklare pasienter er først og fremst problemer ved de fire fylkeskommunale sykehusene.

Det indremedisinske fagområdet er splittet opp i omtrent ti ulike grenspesialiteter. Ved mange av sykehusene er det av kapasitetsårsaker vanlig praksis å legge en del indremedisinske pasienter på den seksjonen der det i øyeblikket er plass og ikke på den seksjonen sykdommen strengt faglig sett hører hjemme. Legene vurderer konsekvensene av denne praksisen ulikt og den kunnskapen som har fremkommet gjennom dette tilsynet, gir ikke grunnlag for å trekke noen endelig konklusjon om konsekvenser for behandlingstilbudet til pasientene. Ullevål sykehus og Haukeland sykehus har imidlertid gode erfaringer gjennom drift av generelle indremedisinske avdelinger.

Selv om prosessen tenking og logistikk er godt etablert innen sykehusene, sliter mange

3) **Avvik** defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav.

4) **Merknad** er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial.

institusjoner med betydelige flaskehals og ineffektivitet. Forsøk på forbedringer gjennom økt ressurstilførsel gir ikke alltid de ønskede resultater. Det skyldes i mange tilfeller at ressursene ikke kanaliseres dit flaskehalsene sitter, men til andre deler av virksomheten. Dessuten synes ikke potensialet for poliklinisk behandling og dagbehandling å være utnyttet.

Tilsynet gir grunn til å anta at effektiviteten ved de største sykehusene kan bedres ytterligere gjennom sterkere satsing på logistikk og andre organisatoriske tiltak, som for eksempel økt dagbehandling og klarere skille mellom akuttbehandling og planlagte aktiviteter.

Sykehusenes praksis med å bruke hendelser med svikt, feil, uhell og nestenuhell til læring, forebygging, forbedring og utvikling av tjenestene varierer mye. Likeså praksis når det gjelder å sende lovpålagte meldinger om skader på pasienter til tilsynsmyndighetene. Ved anesthesiavdelingene ved Haukeland sykehus og Regionsykehuset i Trondheim er det etablert egne systemer for anonym avviksrapportering. Disse systemene fungerer godt i forhold til rapportering av uønskede hendelser.

De pasientadministrative systemene og systemene for pasientjournaler varierer mellom sykehusene og avdelingene. Det er avdekket betydelige mangler ved journal-systemene flere steder.

De bygningsmessige forholdene er svært forskjellig fra sykehus til sykehus. Bygningsstandarden er dårligst ved Regionsykehuset i Trondheim. Dette har som konsekvens at det er vanskelig å gjennomføre effektiviserings tiltak både med tanke på kvalitet og kvantitet. Problemet er synliggjort gjennom manglende lukking av avvik fra tidligere tilsyn.

I kapittel 7 konkluderes det med at selv om bildet er sammensatt, så fremstår region-sykehusene som faglig gode institusjoner. Det ser imidlertid ut til å gjenstå mye arbeid ved enkelte sykehus når det gjelder forbedring av systemer for prioritering, ressursstyring og logistikk. Erfaringene fra tilsynet tyder på at de største effekteene kan hentes ut ved å satse mer på utvikling av ledelsesfunksjonene på alle nivåer. Dette krever både økt bevissthet rundt krav til og utvelgelse av ledere, samt videreutvikling av samarbeidet med de ansatte og deres organisasjoner.

### 3 Bakgrunn

På bakgrunn av initiativ fra fylkeslegene i de fire fylkene med regionsykehus, ble det i løpet av 2001 gjennomført tilsyn ved landets 6 regionsykehus. Tilsynet hadde hovedfokus på sykehusenes ledelsesapparat og overordnede styringssystemer. I tillegg ble det sett nærmere på enheter eller avdelinger i sykehuset som fylkeslegen ønsket flere opplysninger om. Disse områdene varierte mellom sykehusene.

Arbeidsgruppen som forberedte tilsynet besto av:

Magnar Kleppe, assisterende fylkeslege, Fylkeslegen i Oslo (leder)

Anne Grete Robøle, rådgiver, Fylkeslegen i Hordaland

Anders Haugland, seniorrådgiver, Statens helsetilsyn

Asbjørn Berge, seniorrådgiver, Fylkeslegen i Møre og Romsdal

Ingrid Karin Hegvold, seniorrådgiver, Fylkeslegen i Sør-Trøndelag

Birgit Heier Johansen, rådgiver, Fylkeslegen i Troms

Gruppens forslag til opplegg er beskrevet i notat datert 20. november 2000. Tilsynet er gjennomført i samsvar med det opplegg som der er skissert.

## 4 Metode og gjennomføring

### 4.1 Metode

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon i samsvar med etatens prosedyre for slike prosesser. Det innebærer blant annet at et bestemt opplegg følges, og at informasjon som benyttes ved tilsynet, innhentes gjennom ulike skriftlige kilder, samt gjennom intervju, samtaler, møter, befaringer og verifikasjoner. Før tilsynet ved det enkelte sykehus ble igangsatt, valgte fylkeslegene ut noen områder ved sykehuset som fylkeslegen ønsket flere opplysninger om. Disse områdene varierte mellom sykehusene og kom i tillegg til de tema eller områder som var valgt ut på forhånd. Aktuelle tema ved det enkelte sykehus fremgår av oversikten på de neste sidene.

### 4.2 Gjennomføring av tilsynet ved det enkelte regionsykehus

Haukeland sykehus

#### Aktiviteter:

Melding om tilsynet: 17. januar 2001

Formøte: 6. februar 2001

Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 26. – 28. februar og 8. mars 2001

Antall intervju: 28

Sluttmøte: 9. mars 2001

#### Tema:

1. Tilbud til "lokalsykehuspasienter" i seksjonerte medisinske avdelinger
2. Akuttfunksjonene innen kirurgi og hvordan disse påvirker den elektive virksomheten
3. Flaskehalsen innen det kirurgiske fagområdet
4. Flaskehalsen generelt i sykehuset
5. Sykehusets system for prioritering og ressursallokering

6. Ledelsens behandling av meldinger om faglig uforsvarlige forhold

7. Kvalitetsutvalgets funksjon og sykehusets system for avviksbehandling

#### Tilsynet omfattet:

Sykehusledelsen, Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon

#### Revisjonslag:

Assisterende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Oslo, revisjonsleder

Fylkeslege Helga Arianson, Fylkeslegen i Hordaland

Underdirektør Arild Hagen, Fylkeslegen i Aust-Agder

Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland

Ullevål sykehus

#### Aktiviteter:

Melding om tilsyn: 26. februar 2001

Formøte: 20. mars 2001

Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 25. – 27. april 2001

Antall intervju: 29

Sluttmøte: 2. mai 2001

#### Tema:

1. Tilbudet til "lokalsykehuspasienter" i seksjonerte medisinske avdelinger
2. Akuttfunksjonene innen kirurgi og hvordan disse påvirker den elektive virksomheten
3. Uhensiktsmessige kapasitetsbegrensende faktorer innen sykehuset (flaskehalsen) Strategi og tiltak for å oppheve og minske de negative konsekvensene av flaskehalsen i sykehuset
4. Hvordan sykehuset behandler meldinger om faglig uforsvarlighet fra avdelinger



5. Hvordan sikres tjenestetilbud ved de ulike tjenesteytende enhetene i sykehuset - sykehusets system for prioritering og ressursallokering
6. Kvalitetsutvalgets arbeid og sykehusets system for avviksbehandling

**Tilsynet omfattet:**

Sykehusledelsen, Kirurgisk divisjon, Medisinsk divisjon og Oslo Ortopediske Universitetsklinikk – unntatt den virksomhet som hører inn under Rikshospitalet.

**Revisjonslag:**

Assisterende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Oslo, revisjonsleder  
Assisterende fylkeslege Jørgen Rygh, Fylkeslegen i Oslo  
Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland  
Avdelingsoverlege Norvald Langeland, Buskerud Sentralsykehus, fagrevisor  
Seniorrådgiver Marianne Tinnå, Fylkeslegen i Oslo

**Regionsykehuset i Tromsø****Aktiviteter:**

Melding om tilsynet: 9. februar 2001  
Formøte: 7. mai 2001  
Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 30. – 31. mai 2001  
Antall intervju: 19  
Sluttmøte: 1. juni 2001

**Tema:**

1. Tilbud til "lokalsykehuspasienter" i seksjonerte medisinske avdelinger
2. U hensiktsmessige kapasitetsbegrensende faktorer innen sykehuset (flaskehals)
3. Sykehusets behandling av meldinger om faglig uforsvarlighet fra avdelinger
4. Sykehusets system for prioritering og ressursallokering

**Tilsynet omfattet:**

Sykehusledelsen, Medisinsk avdeling og Geriatrisk avdeling

**Revisjonslag:**

Assisterende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Oslo, revisjonsleder  
Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland  
Underdirektør Arild Hagen, Fylkeslegen i Aust-Agder  
Rådgiver Birgit Heier Johansen, Fylkeslegen i Troms

**Regionsykehuset i Trondheim****Aktiviteter:**

Melding om tilsynet: 6. april 2001  
Formøte: 22. mai 2001  
Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 20. – 22. juni 2001  
Antall intervju: 28  
Sluttmøte: 22. juni 2001

**Tema:**

1. Tilbudet til "lokalsykehuspasienter" i seksjonerte medisinske avdelinger
2. Akuttfunksjonen innen kirurgi og hvordan denne påvirker den elektive kirurgiske virksomheten
3. U hensiktsmessige kapasitetsbegrensende faktorer innen sykehuset (flaskehals)
4. Ledelsens strategi og sykehusets tiltak for å minske de negative konsekvensene av flaskehals
5. Sykehusets behandling av meldinger om faglig uforsvarlig virksomhet fra avdelinger
6. Sykehusets system for prioritering og ressursallokering
7. Kvalitetsutvalgets arbeid og sykehusets system for avviksbehandling

**Tilsynet omfattet:**

Sykehusledelsen, Medisinsk avdeling, Kirurgisk avdeling og Ortopedisk avdeling.

**Revisjonslag**

Assisterende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Oslo, revisjonsleder  
Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland  
Underdirektør Arild Hagen, Fylkeslegen i Aust-Agder  
Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold, Fylkeslegen i Sør-Trøndelag

**Rikshospitalet****Aktiviteter:**

Melding om tilsynet: 30. august 2001  
Formøte: 10. oktober 2001  
Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 5. – 7. november 2001  
Antall intervju: 20  
Sluttmøte: 7. november 2001

**Tema:**

1. U hensiktsmessige kapasitetsbegrensende faktorer (flaskehals) innen sykehuset generelt. Sykehusets strategi og tiltak for å minske de negative konsekvensene av flaskehals

2. Sykehusets system for prioritering og ressursallokering
3. Kvalitetsutvalgets arbeid og sykehusets system for avviksbehandling
4. Kapasitet for utredning og behandling av pasienter med hjertesykdom
5. Intensivbehandling av nyfødte
6. Behandlingstilbudet til transseksuelle

**Tilsynet omfattet:**

Nyfødt-intensiv-enheten, Nyfødtseksjonen, Barneklubben og Thoraxkirurgisk avdeling, Hjerte- og lungeklubben. Behandlings-tilbudet til transseksuelle ved arbeidsgruppen for transseksualisme.

**Revisjonslag:**

Fungerende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Nord-Trøndelag, revisjons-leder

Assisterende fylkeslege Jørgen Rygh, Fylkes-legen i Oslo

Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland

Det Norske Radiumhospital

**Aktiviteter:**

Melding om tilsynet: 30. august 2001. Brev med anmodning om å få tilsendt nødvendig dokumentasjon ble sendt 28. september 2001

Formøte: 21. november 2001

Åpningsmøte, intervju og verifikasjoner: 10. – 12. desember 2001

Antall intervju: 19

Sluttmøte: 12. desember 2001

**Tema:**

1. Kapasitetsbegrensende forhold i behandlingsskjedene og tiltak for å minske de negative konsekvensene av flaskehals
2. Ventetider på undersøkelse og behandling
3. Kapasitet for strålebehandling nå og de nærmeste årene
4. Behov for kirurgisk kreftbehandling
5. Smertebehandling og palliativ behandling
6. Forholdet mellom klinikk og forskning – informasjon til pasienter og innhenting av informert samtykke
7. Sykehusets behandlingsskjeder og samhandling ”på tvers” innen sykehuset og med 1. og 2. linjetjenesten
8. Sykehusets system for prioritering og ressursallokering, koblingen mellom oppgaver, aktiviteter og ressurser

**Tilsynet omfattet:**

Tilsynet omfattet fagområdene: Strålebehandling, Medisinsk fysikk og teknikk, Bildediagnostikk, Medikamentell behandling, Operativ kreftbehandling, Anestesiologi, Sykepleie og Klinisk kreftforskning

**Revisjonslag:**

Fungerende fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Nord-Trøndelag, revisjons-leder

Assisterende fylkeslege Jørgen Rygh, Fylkes-legen i Oslo

Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland

Seniorrådgiver Marianne Tinnå, Fylkeslegen i Oslo

## 5 Funn

### 5.1 Funn ved det enkelte sykehus

I dette kapitlet er hovedkonklusjonen i tilsynsrapporten for det enkelte sykehus stort sett referert i sin helhet. Noe tekst uten betydning for innholdet er tatt ut. Avvik som ble påpekt og merknader som er gitt i rapportene er tatt inn i hovedkonklusjonen.

#### Haukeland sykehus

##### **Hovedkonklusjon:**

Innen de reviderte områdene har Haukeland sykehus store utfordringer som krever medvirkning, vilje og evne til omstilling for at de skal bli løst. Det gjelder blant annet korridorsenger og uforsvarlig lange ventetider på behandling for noen typer øyeblikkelig hjelp og ventetid som ellers rammer enkelte pasientgrupper på en uheldig måte. Oppretting av en indremedisinsk akuttpost, et "lokalsykehus" i regionsykehuset, er et av flere tiltak som er iverksatt for å koordinere og effektivisere tjenestetilbudet innen generell indremedisin.

Ved tilsynet er det påpekt tre avvik og 11 merknader.

Avvikene er:

1. Ved flere avdelinger innen Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon er det jevnlig overbelegg og korridorsenger
2. Ventetid på røntgenundersøkelse og operasjon er tidvis uforsvarlig lang for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp
3. Ventetid på operasjon er uforsvarlig lang for enkelte pasientgrupper som trenger elektiv kirurgisk behandling

Merknadene er:

1. Sykehuset har ikke satt i verk tiltak for å

harmonisere prioriteringspraksis mellom de ulike avdelingene

2. Ordningen med pasientansvarlig lege er ikke iverksatt ved alle avdelinger i sykehuset
3. Poliklinikk-kapasiteten er sprengt ved flere avdelinger innen Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon
4. Utskrivningsklare pasienter reduserer behandlingsskapasiteten og medvirker til korridorsenger ved flere avdelinger innen Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon
5. Behandlingspotensialet innen dagkirurgi er på langt nær utnyttet innen kirurgi og ortopedisk kirurgi
6. Marginal kapasitet ved intensiv- og oppvåkingsavsnittene medfører tidvis stryking av operasjoner og redusert behandlingsskapasitet
7. Rehabiliteringstilbudet til pasienter med hjerneslag er ikke tilstrekkelig overalt innen Medisinsk divisjon
8. Sykehuset mangler spesialisert geriatrisk kompetanse og tilbud
9. Sykehusets system for avviksbehandling er ikke iverksatt ved alle avdelinger innen Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon
10. Det er ulik meldepraksis og meldekultur i avdelingene i sykehuset når det gjelder meldinger om "*betydelig eller fare for betydelig skade på pasient.*"
11. Alle avdelinger bruker ikke systematisk informasjon og opplysninger fra Skadeutvalget i sitt arbeid med forebygging av svikt og utvikling av tjenestene

#### Ullevål sykehus

##### **Hovedkonklusjon:**

Fylkeslegen i Oslo har på forskjellige måter fått informasjon om ulike forhold som har begrenset behandlingsskapasiteten og medført

lang ventetid for ulike pasientgrupper.

Innen enkelte områder har sykehuset iverksatt systematisk arbeid for å bedre pasientflyt og endre på kapasitetsbegrensende forhold. Det gjelder blant annet pasientflyt i operativ virksomhet og tiltak for å redusere antall utskrivningsklare pasienter og korridorsenger.

Ved tilsynet fremgikk at det fortsatt er betydelige behov for forbedring.

Sykehusets system for pasientjournaler har betydelige svakheter, blant annet når det gjelder tilgjengelighet til pasientjournaler og forsinket skriving av journalnotat og epikriser.

Ved flere avdelinger er det regelmessig korridorsenger, og pasienter blir ofte lagt på andre avdelinger enn hva sykdommen tilsier. Korridorsenger er et daglig fenomen på mange avdelinger. Dette er ikke forsvarlig. Behandlingstilbudet til pasienter som legges på annen avdeling enn sykdommen tilsier, er ikke optimalt. Dette gjelder i stor grad lokalsykehuspasienter som i hovedsak er eldre med sammensatte helsemessige problemer. Behov som overstiger kapasiteten ved sykehusets intensiv- og overvåkningsavdelinger medfører i perioder svekket beredskap til å kunne ta imot og behandle kirurgiske pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Den interne ventetiden for visse typer operasjoner er i perioder uforsvarlig lang. Blant disse utgjør pasienter med lårhalsbrudd en stor gruppe.

Ved tilsynet ble det avdekket tre avvik. Fylkeslegen har i tillegg gitt fem merknader.

Avvikene er:

1. Det er jevnlig korridorsenger ved flere avdelinger i Medisinsk og Kirurgisk divisjon og ved Oslo Ortopediske Universitets-klinikk
2. Den interne ventetiden er i perioder uforsvarlig lang for enkelte kirurgiske pasienter. Dette gjelder bl.a. for pasienter med lårhalsbrudd
3. Pasientjournalssystemet ved sykehuset er ikke forsvarlig

Merknadene er:

1. Behov som overstiger kapasitet ved Intensivavdelingen, Kirurgisk PO-avdeling og Medisinsk overvåkningsavdeling medfører i perioder svekket beredskap når det gjelder å kunne ta imot og behandle kirurgiske pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp
2. Kapasiteten ved Generell indremedisinsk avdeling og Medisinsk overvåknings-

avdeling vanskeliggjør til tider optimal plassering av visse grupper med pasienter, bl.a. hjertepasienter, slagpasienter og pasienter med KOLS

3. Tallet på utskrivningsklare pasienter er fortsatt for høyt
4. Ordningen med pasientansvarlig lege er ikke fullt ut iverksatt ved noen avdelinger
5. Praksis varierer mellom avdelingene når det gjelder å rapportere om avvik for å forebygge svikt og forbedring av tjenestene

Regionsykehuset i Tromsø

### Hovedkonklusjon:

Sykehuset har iverksatt et relativt omfattende styringssystem hvor blant annet vurdering av resultatoppgjør og budsjettavtaler for avdelingene inngår. Dette gir anledning til reell prioritering og omfordeling av ressurser. Sykehuset har vedtatt å innføre enhetlig ledelse, men dette er ikke fullt ut gjennomført. Under tilsynet kom det frem en viss motvilje mot organisasjonsendringer hos enkelte profesjonsgrupper. Dette bidrar til å forsinke nødvendige omstillinger i organisasjonen.

Mangel på kvalifisert helsepersonell (sykepleiere) fremstår som den største kapasitetsbegrensende faktor ved de to avdelingene tilsynet omfattet. Utskrivningsklare pasienter representerer fortsatt et problem, selv om dette problemet nå har mindre omfang enn tidligere. Utskrivningsklare pasienter begrenser i noen grad behandlingsskapasiteten og bidrar til at avdelingene jevnlig har korridorsenger.

Ved tilsynet ble det påpekt to avvik og gitt tre merknader:

Avvikene er:

1. Det er jevnlig korridorpasienter ved flere seksjoner på Medisinsk avdeling
2. Ordningen med pasientansvarlig lege er ikke iverksatt i Medisinsk avdeling

Merknadene er:

1. Det er noe ulik oppfatning blant de ansatte om organisasjonsstrukturen i Medisinsk avdeling. Dette gjelder spesielt de sykepleiefaglige ansvarslinjer
2. Enkelte medisinske pasienter får behandling av lavere faglig standard enn det pasienten ville ha fått ved innleggelse på "korrekt" seksjon
3. Geriatrik avdeling har forholdsvis mange utskrivningsklare pasienter. Dette gjelder

også i noen grad seksjoner ved Medisinsk avdeling

## Regionsykehuset i Trondheim

### Hovedkonklusjon:

Regionsykehuset i Trondheim er inne i en fase med store organisatoriske endringer på alle nivåer. Sykehuset har kommet langt med å innføre ordningen med en ansvarlig leder på alle nivå. Sykehuset har videre startet prosjekter med å identifisere flaskehals og å klarlegge og fjerne årsakene til problemene. Regionsykehuset i Trondheim står overfor store utfordringer når det gjelder fremtidig utbygging og utvikling. I tillegg vil arbeid med å rette opp avvik fra tidligere tilsyn kreve en del innsats. Ved tilsynet fikk Fylkeslegen inntrykk av at det var høy faglig standard og godt arbeidsmiljø ved de aktuelle avdelingene, men at mange ansatte var preget av resignasjon på grunn av vanskelige rammebetingelser.

Ved tilsynet ble det påpekt fire avvik og gitt tre merknader:

Avvikene er:

1. Enkelte pasienter får ikke oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder både innen kirurgi og ortopedisk kirurgi
2. Det er jevnlig korridorpasienter ved Medisinsk, Kirurgisk og Ortopedisk kirurgisk avdeling
3. Meldeplikt til Fylkeslegen ved betydelig personskade blir ikke alltid etterlevd
4. Ordningen med pasientansvarlig lege er ikke etablert ved alle avdelinger

Merknadene er:

1. Tallet på utskrivningsklare pasienter er fortsatt høyt
2. En del ortopediske pasienter med bruddskader må vente lenge på operativ behandling
3. Liggetiden for enkelte pasienter blir forlenget på grunn av lange interne ventetider på undersøkelse/behandling

## Rikshospitalet

### Hovedkonklusjon:

Hovedinntrykket fra tilsynet er en virksomhet med høy faglig standard og ansatte med høy faglig kompetanse og bevissthet om etiske problemstillinger knyttet til behandling av pasienter. Sykehuset har utført et omfattende og grundig arbeid for å kartlegge flaskehals i behandlingskjedene.

Nyfødtseksjonen og Thoraxkirurgisk avdeling er begge preget av høyt belegg og høyt tempo. Enhetene tar imot kritisk syke og ressurskrevende pasienter. Nyfødt intensiv enheten har ikke tilgang til skrivejournalene i helgene. Det medfører at pasientjournalene ikke blir skriftlig oppdatert i dette tidsrommet. Kapasiteten ved Nyfødt-intensiv enheten er marginal i forhold til å ta unna "topper". Enheten er derfor avhengig av nært samarbeid med andre sykehus. Slikt samarbeid er i stor grad også en forutsetning for den høye aktiviteten ved Thoraxkirurgisk avdeling. Avdelingen har kort liggetid. Thoraxkirurgisk avdeling har utarbeidet system for dokumentasjon og evaluering av medisinsk behandling. System for avviksbehandling er imidlertid ikke kjent og fulgt av alle ved Thoraxkirurgisk sengepost.

Forholdene for foreldre som har barn innlagt ved sykehuset er lite tilfredsstillende med hensyn til muligheter til å overnatte i nærheten av barnet. Lokalene på Nyfødt-intensiv enheten er dessuten trange og de begrenser mulighetene for foreldre til å være sammen med barnet.

Når det gjelder ivaretagelse av behandlingstilbudet til transseksuelle (landsfunksjon) er det svakheter ved sykehusets organisering av denne tjenesten. Det gjør at nødvendig stabilitet i drift og behandling ikke er sikret.

Når det gjelder prioritering og ressursallokering er det Fylkeslegens inntrykk at dette styres av faglige og etiske vurderinger og myndighetskrav. Innsatsstyrt finansiering og vektning av diagnosegrupper synes å gi en del uheldige utslag for de kompliserte og tunge pasientene sykehuset behandler.

Ved tilsynet ble det påpekt to avvik og gitt to merknader:

Avvikene er:

1. System for avviksbehandling er ikke kjent og etterlevd av alle ved Thoraxkirurgisk sengepost
2. Pasientjournalene ved Nyfødt-intensiv enheten oppdateres ikke skriftlig (føres ikke) i helgene

Merknadene er:

1. Det er lagt dårlig til rette for at foreldre med syke barn kan overnatte i nærheten av barnet. På Nyfødt-intensiv enheten er det lagt dårlig til rette for at barna kan ha foreldrene hos seg under oppholdet
2. Rammebetingelsene for arbeidsgruppen for transseksualisme er ikke slik at

fremtidig stabil drift og behandlingstilbud er sikret

#### Det Norske Radiumhospital

##### **Hovedkonklusjon:**

Det Norske Radiumhospital har i flere år rapportert at det i Helseregionene Sør og Øst er underkapasitet når det gjelder strålebehandling som følge av lav maskinkapasitet og personellmangel. Personellmangelen gjelder stråleterapeuter, medisinske fysikere og onkologer. For å håndtere denne situasjonen har sykehuset utarbeidet retningslinjer for prioritering av hvilke pasientgrupper som gis strålebehandling og hvilke som kan tilbys annen behandling. Det er utstrakt samarbeid mellom Det Norske Radiumhospital og andre sykehus i Helseregionene Sør og Øst, blant annet konsulenttjenester innen onkologi. Det er etablert/ under etablering ”strålesatellitter” ved Vest-Agder Sentralsykehus og Oppland Sentralsykehus Gjøvik.

Sykehuset vurderer det som sannsynlig at det vil bli økt behov for stråleterapi i fremtiden. Det ble i den sammenheng gitt uttrykk for bekymring for manglende tilgang på kvalifisert personell.

Sykehuset overvåker systematisk ventetider til de ulike behandlingstilbudene. Det er generelt kort ventetid for inntak og iverksetting av strålebehandling.

Smertebehandling og palliasjon er integrert i sykehusets virksomhet. Fra sykehuset gis det utstrakt veiledning til helsepersonell ved andre sykehus og i kommunehelsetjenesten. Sykehuset arbeider for å heve den faglige kompetansen innen palliativ behandling og omsorg innen Helseregion Sør.

Når det gjelder forskning, foreligger det retningslinjer for informasjon til og for innhenting av informertsamtykke fra pasientene. Fylkeslegen har inntrykk av at denne virksomheten er organisert og gjennomføres på en gjennomtenkt og betryggende måte.

Kapasiteten innen kirurgisk kreftbehandling påvirkes i noe omfang av begrenset tilgang på personell. Dette gjelder først og fremst anesthesi- og operasjonssykepleiere og samt anestesileger og kirurger. Det er lang ventetid til rekonstruktiv brystkirurgi og tilbudet innen palliativ metastasekirurgi er også begrenset.

Fagområdet bildediagnostikk har vært og er – i alle fall i perioder - en intern flaskehals. Kapasiteten påvirkes av sterk økning i etterspørselen etter bildediagnostiske undersøkelser og problemer med å rekruttere leger. Sykehuset mangler et elektronisk bildehåndterings- og lagringssystem (PACS). Dette genererer merarbeid for sykehuset og samarbeidspartnere.

Sykehusets ledelse preges av ansvarlighet, høy etisk standard, bred kompetanse og klar rolleforståelse. Sykehuset har et godt utviklet system for intern styring, herunder prioritering og ressursallokering. I forbindelse med omorganiseringen er det gjort et omfattende arbeid for å bedre behandlingstilbud og pasientflyt.

Ved tilsynet ble det ikke påpekt avvik eller gitt merknader.

## 6 Diskusjon

### 6.1 Organisering, styring og ledelse

De fylkeskommunale regionsykehusene er organisert med ledelse, divisjoner og avdelinger. Regionsykehuset i Tromsø har imidlertid valgt en noe modifisert divisjonsløsning med tre divisjoner og hvor direktøren er divisjonssjef for de kliniske avdelingene. I tillegg til regionsykehusene er en rekke andre norske sykehus organisert i divisjoner. Slik sett representerer modellen en tradisjonell organisatorisk løsning. Fordeler ved modellen angis blant annet å være redusert "kontrollspenn" for direktør og bedre samordning mellom avdelingene innen divisjonen. Hvilken betydning dette har for resultater, kostnader og effektivitet er mer usikkert.

Rikshospitalet har avdelinger direkte underlagt ledelsen, uten noe divisjonsnivå i mellom. Rikshospitalet har i en periode hatt noen klinikker (en slags divisjonalisering), men går nå bort fra denne organiseringen.

Radiumhospitalet er i ferd med å innføre en organisasjonsmodell som består av ledelse og fagområder, der fagområdene forvalter sykehusets ressurser. Fagområdene bindes så sammen av behandlingsprogrammer for den enkelte pasientgruppe (sykdomsgruppe) gjennom en matrisemodell. Denne løsningen representerer en organisatorisk nyskaping innen helsetjenesten, og modellen tar i stor grad utgangspunkt i hvordan pasientbehandlingen skjer i praksis. Den forsøker også å ivareta behovet for samhandling "på tvers" innen sykehuset. Modellen er spennende og det blir interessant å se hvordan den fungerer i praksis.

Når det gjelder ledelse og lederfunksjoner, har vi et inntrykk av at mange av dagens

ledere har større rollebevissthet, at de ser mer helhet og at de både har bedre kunnskaper og ferdigheter om ledelse enn det som var tilfelle tidligere.

Alle regionsykehusene arbeider med å innføre enhetlig ledelse. Det er imidlertid ulike oppfatninger innen sykehusene om hva som ligger i spesialisthelsetjenestelovens formulering: "...en ansvarlig leder på alle nivåer." Uklarhet om hva som ligger i begrepet nivå, ser ut til å bidra til at de organisatoriske endringene av denne bestemmelsen blir mindre enn forutsatt og at enkelte sykehus legger opp til fortsatt todelt ledelse på seksjons- og postnivå.

Når det gjelder sykehusenes utvikling av systemer for prioritering og ressursallokering og kobling mellom oppgaver, aktivitet og ressurser, har Radiumhospitalet kommet lengst. Regionsykehuset i Tromsø og Rikshospitalet har også utviklet systemer på dette området. Flere av sykehusene har gjort lite for å harmonisere prioriteringspraksis mellom avdelingene. Erkjennelsen av at prioritering mellom sykdomsgrupper og behandlingstiltak er nødvendig og at dette må skje på basis av de regler og det verdigrunnlag som gjelder, er ikke like velutviklet på alle nivåer i sykehusene. Dette bidrar til å gjøre rammene for styring uklare og sikrer ikke at de mest behandlingstrengende pasientene alltid kommer foran pasienter med mindre behov.

Sykehusenes praksis med å bruke hendelser med svikt, feil, uhell og nestenuhell til læring, forebygging, forbedring og utvikling av tjenestene varierer mye. Likeså praksis når det gjelder å sende lovpålagte meldinger om skader på pasienter ("*betydelig eller fare for betydelig skade på pasient*") til tilsyns-

myndighetene. På anesthesiavdelingene ved Haukeland sykehus og ved Regionsykehuset i Trondheim er det etablert egne systemer for anonym intern avviksrapporing. Begge disse ordningene gir høy rapporteringsfrekvens og systemene vurderes av sykehusene som effektive og nyttige.

Ordningen med innsatsstyrt finansiering og manglende samsvar mellom pris og kostnader for enkelte behandlinger, har fått enkelte ledere til å tenke mer bedriftsøkonomi og mindre samfunnsøkonomi. Som følge av dette, har enkelte sykehusdirektører vurdert å nedlegge ressurskrevende behandlingstilbud for å få budsjettet i balanse. Dette er et særlig problem fordi det kan dreie seg om behandlingstilbud som bare tilbys ved region-sykehus.

Dette må sees på som en uheldig og utilsiktet virkning av finansieringsordningen.

## 6.2 Logistikk

Prosesstankegang er etablert i sykehusene, men mange institusjoner sliter med betydelige flaskehalsar og ineffektivitet. Som uttrykk for dette sees overbelegg og korridor-senger, utskrivningsklare pasienter, lange ventetider på røntgenundersøkelse og operasjon, strykninger på operasjonsprogrammet og for raske overflytninger fra overvåkings- og intensivavdelinger til vanlig sengepost. Dessuten synes ikke potensialet for poliklinisk behandling og dagbehandling å være utnyttet godt nok over alt. Når det gjelder utbygging av dagkirurgi, ligger Haukeland sykehus langt tilbake.

Det indremedisinske fagområdet er splittet opp i omtrent ti ulike grenspesialiteter. Ved mange av sykehusene er det vanlig praksis å legge en del indremedisinske pasienter på den seksjonen der det i øyeblikket er plass og ikke på den seksjonen der sykdommen strengt faglig sett hører hjemme. Dette gjelder for eksempel pasienter med hjerne-slag, hjertesykdom og kronisk lungesykdom. Legene vurderer konsekvensene av denne praksisen ulikt, og den kunnskapen som har fremkommet gjennom dette tilsynet gir ikke grunnlag for å trekke noen endelig konklusjon om behandlingstilbudet til pasientene. Ullevål sykehus og Haukeland sykehus har (høstet) gode erfaringer gjennom drift av generelle indremedisinske avdelinger. Disse har eldre "lokalsykehuspasienter" som en viktig målgruppe. Dette har kortet ned tiden for diagnostikk og bidratt til at behandling iverksettes raskere enn før.

Forsøk på forbedringer gjennom økt ressurs-tilførsel gir ikke alltid de ønskede resultater. Det skyldes i mange tilfeller at ressursene ikke kanaliseres dit flaskehalsene sitter, men til andre deler av virksomheten. Radium-hospitalet har kommet lengst i arbeidet med flaskehalsar (logistikk) og bruk av ventetider til styring. Erfaringen fra tilsynet gir grunn til å anta at effektiviteten ved de største sykehusene kan bedres ytterligere gjennom sterkere satsing på logistikk og andre organisatoriske tiltak, som for eksempel økt dagbehandling og klarere skille mellom akuttbehandling og planlagte aktiviteter.

## 6.3 Pasientrettigheter

Enkelte pasienter får ikke oppfylt retten til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder blant annet innen kirurgi og ortopedisk kirurgi. Ved Regionsykehuset i Trondheim går dette for eksempel ut over kvinner med sfinkter-ruptur (lukkemuskel-skade i endetarmen) etter fødsel. Der ble det videre funnet at pasienter med lårhalsbrudd kunne bli liggende mer enn 24 timer før de ble operert. Det er gjort lignende funn ved flere andre sykehus - der andre pasientgrupper rammes - ved at noen pasienter må vente uforsvarlig lenge, mens andre ikke slipper til i det hele tatt. Innen indremedisin er mange leger av den oppfatning at enkelte pasienter får behandling av lavere faglig standard enn det pasienten ville ha fått ved innleggelse i "korrekt" seksjon, jf hva som er uttalt ovenfor. Det er mangler ved tilbudene innen rehabilitering og geriatri ved Haukeland sykehus. Ordningen med pasientansvarlig lege er bare iverksatt ved et mindre antall avdelinger ved regionsykehusene. Mange avdelingsledere ser flere ulemper enn fordeler ved ordningen, og flere er usikre på om ordningen lar seg innføre på en effektiv måte ved deres avdeling.

De bygningsmessige forholdene er svært forskjellig fra sykehus til sykehus, men selv nybygg fungerer ikke like bra på alle områder. Ved det nye Rikshospitalet er det for eksempel ikke lagt godt nok til rette for samvær mellom foreldre og syke barn. Det er for få overnattingsrom til at alle foreldre med syke barn kan overnatte i nærheten av barnet, og på Nyfødt-intensiv- enheten begrenser trange arealer foreldrenes samvær med barna. Bygningsstandarden er dårligst ved Regionsykehuset i Trondheim. Her er deler av bygningsmassen så nedslitt at den forstyrrer drift, vanskelig-gjør utvikling, og reduserer trivsel og rettssikkerhet for pasienter og ansatte.



Korridorsenger og utskrivningsklare pasienter er først og fremst problemer ved de fire fylkeskommunale sykehusene. Det er flest korridorsenger ved Regionsykehuset i Trondheim, Ullevål sykehus og Haukeland sykehus. Utskrivning går ofte tregt på grunn av manglende kommunale tilbud. Det fører til at kostbare sykehussenger brukes til pleie og at ventende pasienter ikke kommer i gang med trening og rehabilitering tidlig nok. Forskriften om kommunal betalingsplikt åpner for at det kan kreves betaling for ferdigbehandlede pasienter som venter på kommunalt tilbud. Betalingsplikten inntre imidlertid først etter 14 dager og fungerer som en slags "sovepute" for en del kommuner.

Når det gjelder kreft, er det underkapasitet innen strålebehandling, spesielt i Helseregion Sør og Øst, som følge av lav maskinkapasitet og personellmangel. Det er videre svært lang ventetid til rekonstruktiv brystkirurgi og annen plastikkirurgi. Tilbudet innen palliativ metastasekirurgi er også lite utbygget.

#### **6.4 Informasjon, kommunikasjon og dokumentasjon (journalssystemet)**

De pasientadministrative systemer og systemene for pasientjournaler varierer mellom sykehusene og avdelingene. Journal-systemene varierer fra avanserte digitaliserte løsninger til gammeldagse papirjournaler. Tilsynet har avdekket betydelige mangler ved journalssystemene ved flere av sykehusene. Det dreier seg i hovedsak tre typer svikt:

1. Problemer med å gjenfinne journalene ved innleggelser, herunder akuttinnleggelser
2. Manglende løpende oppdatering av journalene i helgene. Dette skjer også ved overvåknings- og intensivavdelinger
3. Lang tid – inntil tre måneder – før epikriser blir sendt

*Alle disse typene svikt vurderes som uakseptable, noen er også uforsvarlige. De fører til svekket pasientsikkerhet og ressursløsning gjennom dobbeltarbeid.*

## 7 Konklusjoner og anbefalinger

Selv om bildet er sammensatt, fremstår regionsykehusene som faglig gode institusjoner med dyktige medarbeidere. Det har skjedd en positiv utvikling når det gjelder sykehusenes organisering og ledelse, selv om noe gjenstår når det gjelder ressursstyring og logistikk. Det er også betydelig rom for forbedring når det gjelder dokumentasjon av undersøkelse og behandling, koordinering av pasientinformasjon og oppfølging. Klarere prinsipper for prioritering, mer målrettet bruk av ventelistene til aktivitetsstyring og økt bruk av dagbehandling vil trolig kunne bidra til økt effektivitet.

Skal sykehusene bli bedre, bør det satses mer på utvikling av ledelsesfunksjonene på alle nivåer. Det krever bedre lederutvelgelse og lederutdanning, samt utvikling av bedre rolleforståelse og evne til samarbeid. Videre bør bedriftskulturen endres slik at forståelsen og respekten for rammer og regelverk blir større hos alle ansatte. Det må videreutvikles gode kulturer for medvirkning, beslutningsprosesser og lojalitet til beslutninger. På den andre siden har helsepersonell også et ansvar for å si fra om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Utfordringen er å skape god balanse mellom de ulike hensyn.

Ledelse av helseinstitusjoner/avdelinger/divisjoner krever profesjonalitet som leder. Helsepersonell som går inn i lederposisjoner må være villig til å ta de lederutfordringer som ligger til stillingen og prioritere tid og kompetanse til ledelse. Dette gjelder spesielt når leger er ledere. De synes i større grad enn f.eks. sykepleiere å holde fast ved sin kliniske aktivitet ved siden av lederoppgaven. Ledere på alle nivå bør ha større bevissthet rundt de krav lovverket setter for å øke forståelsen for helsetjenestens verdier og formål. Dette er spesielt viktig i en fase hvor de økonomiske

styringssignalene vil bli tydeligere.

Videre bør flere av sykehusene etablere bedre systemer for prioritering av behandlingstiltak og for styrking av pasientenes stilling.

Kunnskaper og systemer for logistikk må tas mer i bruk i sykehusene. Dette kan skje både gjennom opplæring av nåværende medarbeidere og ved nyrekruttering.

Det anbefales at de ulike organisasjonsmodellene ved regionsykehusene, og da spesielt divisjonsmodellene, underkastes en grundig evaluering av en nøytral og kompetent instans. Erfaringer gir grunnlag for å tro at valg av grensesnitt mellom divisjonene bidrar til å skape nye flaskehalser.

Departementet<sup>5</sup> bør vurdere tiltak for ytterligere å klargjøre innholdet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 om ledelse i sykehus. Videre bør departementet vurdere om det er behov for å endre deler av forskrift om kommunal betalingsplikt for å redusere omfanget av ferdigbehandlede pasienter i sykehus.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2002

**1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker (januar 2002)

**2/2002** Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

**3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

**4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

**5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

**6/2002** Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

**7/2002** For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

**8/2002** Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

**9/2002** Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

**10/2002** Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

**11/2002** Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

## Utgivelser 2003

**1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

**2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

**3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

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

**5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

**6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

**7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

**8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

**9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

**10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

**11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).