



ARTIKKEL 2

Trygge nok tenester til skrøpelege eldre? Funn frå planlagde tilsyn 2010–2012

Tilsyn er risikoinformerte. Tilsynsorganet leitar der det er mest sannsynleg at det finst svikt som får alvorlege konsekvensar for særleg sårbare brukargrupper. Funn frå risikoinformerte tilsyn er ikkje nødvendigvis representative for tilstanden i alle kommunane og helseføretaka i landet – men dei teiknar eit bilete av feil og risiko som vi må ta alvorleg.

I denne artikkelen summerer Statens helsetilsyn opp dei viktigaste funna som fylkesmennene gjorde gjennom den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre. Tilsyna som er samanfatta her, blei gjennomførte i perioden 2010–2012. Det blei påvist ei lang rekkje lovbrøt. Fylkesmennene avslutta først tilsyna når dei var rimeleg sikre på at lovbrøta var retta opp. Men den typen manglar og svikt som blei avdekt, er knytte til vesentlege og sårbare delar av tenesteutøvinga og treng vedvarande merksemd frå leiarar og tilsette i kommunar og helseføretak.

Kommunale tenester til skrøpelege eldre

I 2010–2011 blei det gjennomført tilsyn i over 500 verksemder i helse- og omsorgstenestene til kommunane. Det blei påvist lovbrøt i om lag to tredelar av dei.

Tilsynet omfatta fleire kommunale tenesteområde og tiltak som har mykje å seie for skrøpelege eldre med omfattande hjelpebehov:

- identifisering, utgreiing og oppfølging av heimebuande eldre med demenssjukdom
- legemiddelhandtering og legemiddelbehandling
- førebygging og behandling av underernæring
- rehabilitering i sjukeheim
- behandling av søknader om avlasting for pårørende

Både heimetenester, det vil seie heime-sjukepleie og praktisk hjelp (heimehjelp m.m.), sjukeheimar, fastlegar og kommunale einingar som behandlar søknader om tenester, blei utsette for tilsyn. Samarbeidet mellom ulike instansar, som til dømes mellom heimetenesta og fastlegar, blei også undersøkt.

Ikkje gode nok tenester til heimebuande tenestebukarar med demenssjukdom

Demens rammar svært mange menneske. Over 70 000 personar har demenssjukdom i Noreg. Minst halvparten bur truleg i eigen heim. Førekosten av sjukdommen stig med aukande alder. Pasientar med demenssjukdom har ikkje alltid innsikt i utviklinga av sin eigen sjukdom, og dei kan heller ikkje alltid gi tydeleg uttrykk for kva dei treng hjelp og bistand til. Dette er tenestebukarar som kan ha særlege behov for tilrettelagde og heilskaplege tenester over tid. Kontinuitet i tenesteytinga og samarbeid mellom ulike aktørar i helsetenesta er som oftast avgjerande for at tenestetilbodet skal vere fagleg forsvarleg.

Tilsynet undersøkte om kommunen hadde på plass tiltak og aktivitetar som sikra at personar med demenssjukdom blei fanga opp, utgreidde og følgde opp, inkludert korleis samarbeid med fastlegen blei teke hand om. Målgruppa var heimebuande eldre som fekk helse- og omsorgstenester frå kommunen.

Tilsynet blei utført som systemrevisjon i til saman 65 kommunar. I 23 av desse kommunane undersøkte fylkesmennene også kva slags utgreiningar 41 fastlegar set i verk når dei har mistanke om demenssjukdom hos eldre pasientar, og korleis dei følgjer opp den medisinske behandlinga av desse pasientane.

Tilsynet avdekte at mange av kommunane ikkje hadde innarbeidd tiltak for å fange opp pasientar med demens, og dei sørgde heller ikkje for tilvising til lege for å få utgreidd sjukdom. Likeins mangla kommunane rutinar for å kunne oppdage endringar i behova til pasientane. Den interne informasjonsutvekslinga mellom helsearbeidarane i heime-tenesta var mangelfull. Oppgåvefordelinga og samarbeidsforma mellom fastlegar og heimesjukepleie var heller ikkje alltid avklart. Tilsynet viste at det var dårleg kontinuitet i tenestetilbodet i mange av kommunane. Det var eksempel på at somme pasientar med demenssjukdom hadde hatt opptil 26 ulike tenesteytarar på éin månad.

Fleire av kommunane mangla kompetanseplanar, og internopplæringa var mange stader tilfeldig og mangelfull. Utan tilstrekkeleg kompetanse er det fare for at demenssjukdom hos tenestebukarar ikkje blir oppdaga, at endringar i behova ikkje blir fanga opp, og at den daglege tenesteytinga ikkje har god nok kvalitet. Når medarbeidarane heller ikkje har felles forståing for korleis arbeidsoppgåvene skal løysast, blir det opp til den enkelte tilsette korleis det blir gjort. Saman med manglande informasjonsflyt og manglande kontinuitet i tenestetilbodet kan dette gi ein tilfeldig og lite konsistent praksis og auke faren for svikt i tenestutøvinga hos den enkelte pasienten. Dette kan føre til at personar ikkje blir utgreidde for demenssjukdom og heller ikkje får den medisinske behandlinga og hjelpa dei treng. For personar med demens, som ofte manglar innsikt i sin eigen sjukdom og ikkje kan gi uttrykk for eigne behov, kan dette få alvorlege konsekvensar. Stadig skiftande personell som kjem til ulike tider og møter den enkelte på ulike måtar, kan medverke til auka forvirring og ha ein negativ innverknad på sjukdomsutviklinga hos den enkelte.

Helsetilsynet forventar at kommunen har på plass tiltak og ordningar som tek hand om dei særskilde behova som personar med demens har. Leiinga må til dømes vurdere organisatoriske tiltak som kan avgrense talet på personar som gir hjelp til demente. God rapporterings- og dokumentasjonspraksis skal sikre at medarbeidarane heile tida veit kva hjelp den enkelte pasienten skal ha, og kva andre kollegaer har observert, planlagt og gjort.

Tilsynet førte til at fleire lovbrøt blei retta opp. Men det må ikkje bli ei sovepute. Leiinga må ta tak i og planleggje, organisere og styre tenestene aktivt, systematisk og kontinuerleg for å førebyggje uønskte hendingar og feil i tenestutøvinga overfor ei pasientgruppe som i større grad enn mange andre grupper treng å møte observant og kompetent helsepersonell.

Ikkje trygg nok legemiddelhandtering og legemiddelbehandling

Kroniske sjukdommar og andre plager gjer at mange eldre bruker fleire legemiddel. Ifølgje data frå Reseptregisteret får halvparten av alle over 70 år resept på minst fem ulike legemiddel årleg, og kvar femte får resept på meir enn ti legemiddel. Risikoen for biverknader og andre legemiddelproblem aukar når mange legemiddel blir brukte samtidig. Aldersforandringar gjer i seg sjølv pasienten meir sårbar for uheldige verknader av legemidla. Å få teke medisinarne riktig kan vere ei utfordring, og mange heimebuande eldre treng hjelp frå heimesjukepleia til å handtere legemidla.

I 2010 og 2011 blei det gjennomført tilsyn med legemiddelhandteringa og legemiddelbehandlinga i kommunane. I 19 kommunar blei dette undersøkt gjennom systemrevisjon, i 164 kommunar ved såkalla sjølvmeldingstilsyn (eigenkontroll). I tillegg blei det gjort tilsyn med legemiddelbehandlinga til 15 fastlegar. Funna frå 2010 og 2011 var samanfallande.

Døme på funn:

- Det var uklart kven som hadde leiaransvar for handteringa av legemiddel. Leiarar som hadde dette ansvaret, hadde ikkje nødvendig legemiddelkompetanse og hadde heller ikkje utnemnt fagleg rådgivar.
- Ikkje alt personell som deltok i handteringa av legemiddel, hadde nødvendige faglege kvalifikasjonar. Leiinga vurderte heller ikkje konkret kompetansen til den enkelte medarbeidaren, og gjennomførte ikkje opplæringsplanar som kravet var. Vikarar og ufaglærte mangla opplæring.
- Fylkesmennene fann mangelfull journalføring blant anna av diagnoser, aktuelle legemiddel og samhandling med fastlegen.
- Fylkesmennene fann mangelfulle prosedyrar og rutineskildringar som ikkje var oppdaterte etter gjeldande forskrift. Prosedyrane blei heller ikkje gått gjennom regelmessig for å sjå om det var behov for justeringar.

- Kommunen hadde ikkje skaffa seg oversikt over risikoen for svikt i handteringa av legemiddel.
- Opplæring i å melde frå om uønskte hendingar og feil i legemiddelhandtering og legemiddelbehandling var mangelfull, og avviksmeldingar blei lite brukte i forbetningsarbeid.

Legemiddelhandtering og legemiddelbehandling er velkjende risikoområde. Pasientane er som oftast ikkje i stand til å seie frå sjølve når legemiddel ikkje blir gitt riktig. Personellet som hjelper med legemiddelhandteringa, må kunne observere problem som oppstår, og rapportere vidare slik at heimesjukepleia kan følgje opp og om nødvendig sørge for legetilsyn. Tilstreккеleg fagleg kompetanse og nøyaktig arbeid i alle ledd av legemiddelhandteringa er avgjerande for at behandlinga med legemiddel skal vere trygg.

For lite kunnskap om ernæringsproblem hos eldre

Studiar har vist at mange pleietrengande eldre, både i sjukeheimane og i heime-tenesta, er underernærte eller står i fare for å utvikle underernæring. Underernæring kan gi redusert motstand mot infeksjonar, forverre den fysiske og mentale funksjonen, redusere livskvaliteten og auke dødelegheita. I juni 2009 gav Helsedirektoratet ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). Retningslinjene gir uttrykk for kva som blir rekna for god praksis på området, og omfattar både primær- og spesialisthelsetenesta. Formålet med tilsynet var å undersøkje om kommunane tok hand om førebygging og behandling av underernæring hos eldre som fekk helse- og omsorgstenester. Fylkesmennene bestemte sjølve om dei ville gjennomføre tilsynet i sjukeheimane eller i heimetenesta.

Tilsynet blei på dei to åra gjennomført i 37 kommunar og bydelar. Eit hovudfunn i eit fleirtal av tilsyna var at tenestene mangla ein innarbeidd og kjend praksis for å kartleggje og vurdere ernærings situasjonen hos nye tenestebukarar. Mangelfull opplæring og kompetanse om ernæring gjekk også

att. Dei nasjonale faglege retningslinjene frå Helsedirektoratet i 2009 var lite kjende.

Det daglege arbeidet med å førebyggje og behandle underernæring hos eldre tenestebrukarar var ofte mangelfullt. Det var ikkje gjort greie for eller avklart korleis ein vidare skulle ta tak i det arbeidet med ernæringsproblem. Kommunane hadde heller ikkje tiltak på plass for å kunne vurdere om hjelpa som blei gitt, var formålstenleg og tilstrekkeleg.

Statens helsetilsyn meiner det er fare for at eldre med ernæringsproblem ikkje blir fanga opp av tenesteapparatet i kommunen, og at dei dermed ikkje får den hjelpa dei treng til å dekkje dei grunnleggjande behova sine for mat og drikke.

For lite tverrfagleg arbeid i rehabiliteringa ved sjukeheimane
Målretta tverrfagleg rehabilitering har vist seg å forbetre evna til eigenomsorg og sosial deltaking også hos pasientar som har redusert funksjonsevne på grunn av alder, og sjølv om vedkommande har andre sjukdommar i tillegg.

Kommunane skal yte nødvendig helsehjelp til innbyggjarane sine, til dette høyrer også rehabilitering. Pasientar i sjukeheim med behov for rehabilitering har rett til å få tilbodet, uavhengig av kor lenge det varer, og kva formålet med opphaldet er. Sjukeheimen må sørgje for å fange opp og vurdere behovet og sikre at det blir tverrfagleg gjennomført.

I 2010 og 2011 blei det gjennomført tilsyn i 21 kommunar. Det blei undersøkt om kommunen hadde nødvendige rehabiliteringstiltak til eldre som budde mellombels eller permanent på sjukeheimen. I begge åra blei det avdekt at det tverrfaglege samarbeidet om rehabilitering av eldre bebuarar på sjukeheim ikkje fungerte godt nok.

Døme på funn:

- Kommunane hadde ikkje gode nok rutinar som sikra at tverrfagleg samarbeid fungerte i praksis.

- Fleire kommunar hadde ikkje tiltak som sikra at behovet som bebuarane hadde for rehabilitering, blei kartlagt, at det blei utarbeidd ein rehabiliteringsplan, og at planen blei gjennomført, evaluert og justert.
- I sjukeheimane der rehabiliteringsbehovet blei fanga opp og tiltak blei sette ut i livet, var evalueringa av rehabiliteringstiltaka ofte eit svakt punkt.
- Kompetanse og opplæring var ikkje høgt nok prioritert.
- Samarbeidet med fysioterapeut og lege var lagt for dårleg til rette.

Det blei gjennomført tilsyn med rehabilitering i relativt få kommunar. Statens helsetilsyn er likevel uroleg for at dei lovbrota som blei avdekte, speglar situasjonen i sjukeheimane i mange fleire av kommunane i landet.

Mangelfull saksbehandling ved søknader om avlastning
Pårørande som har omsorg for skrøpelige eldre som bur i eigen heim, har krav på avlastning dersom dei har behov for det. I 2010–2011 gjekk fylkesmennene gjennom saksbehandlinga av søknader om avlastning i 141 kommunar. I dei aller fleste av desse kommunane oppfylte ikkje saksbehandlinga krava i lova. Omsorgsbyrda til pårørande, situasjonen deira og behovet for avlastning blei ikkje kartlagt og vurdert. Utgreingane var mangelfulle og skjematisk, og dette førte til at vedtaka verken var godt grunngitte eller riktig heimla. Fleire vedtak inneheldt standardformuleringar med lik grunngeving som i liten grad reflekterte dei individuelle behova til brukarane og deira pårørande. Mange feil i lovtilvisingar og samanblanding av korttidsopphald og avlastning tyder på at det er for dårleg kjennskap til regelverket.

Mangelfull saksbehandling er eit rettstryggleiksproblem. Det kan føre til at omsorgsmottakarane og deira pårørande ikkje får vurdert tenestebehova sine etter krava i lovgivinga, og at dei ikkje får det tenestetilbodet dei har krav på. Det er alvorleg slik Helsetilsynet vurderer det.

Kommunale tenester til eldre: samla vurdering

Innanfor alle tilsynsystema blei det gjort funn som viser at mange kommunar hadde ein betydeleg veg å gå når det gjeld å sørge for tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling, nok personell med rett kompetanse til å utføre oppgåvene, nødvendige føringar for korleis oppgåvene skal gjennomførast, tilstrekkeleg opplæring og gode system for dokumentasjon, høve til å melde frå når noko går gale, og hjelp til å førebyggje at feil gjentek seg. Systematisk styring og leiing er nødvendig for å sikre at skrøpelege eldre med behov for medisinsk behandling og omsorg får den hjelpa dei har krav på.

Leiinga i kommunen har ansvaret for å planleggje, organisere og styre tenesteytinga. Tilsynet viste at leiinga ikkje alltid tok dette ansvaret fullt ut. I fleire kommunar blei det ikkje gjort noka risikovurdering av tenestområdet, og dei høva ein har for å lære av uønskte hendingar og eigne feil, ble ikkje nytta systematisk i forbetningsarbeid.

Behandling av eldre med hoftebrot i spesialisthelsetenesta

Hoftebrot – eit stort helseproblem for eldre

Årleg får om lag 9000 personar i Noreg hoftebrot. Dei fleste er over 80 år. Mange av pasientane i denne aldersgruppa har helseproblem frå før. Ved hoftebrot er dei særleg utsette for alvorlege konsekvensar i form av tapt funksjonsevne, redusert livslengd, større behov for hjelp og større behov for institusjonsomsorg.

For desse pasientane er det vist at fleire forhold utover det kirurgiske inngrepet er avgjerande for den totale helsetilstanden deira og livskvaliteten vidare. Formålet med tilsynet var å undersøkje nokre område der svikt kan få alvorlege følgjer for skrøpelege eldre pasientar:

- ventetid frå innlegging til operasjon
- oversikt over, vurdering av og korrekt vidareformidling av legemiddelbruken til pasienten
- identifisering av eventuell utvikling av delir (akutt forvirring), utgreiing

av årsaksforhold, behandling og vidareformidling av relevant informasjon

- kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Det blei gjennomført 23 tilsyn i 14 helseforetak. 19 av tilsyna blei gjennomførte som stikkprøvetilsyn, der innhaldet i pasientjournalane var einaste kjelda for innhenting av fakta. Tilsynsorganet i helseregionen Helse Vest gjennomførte dei fire tilsyna sine som systemrevisjon.

Første steg i tilsynet – gjennomgang av pasientjournalar

For det første området, ventetid frå innlegging til operasjon, var det mogleg å trekkje ein konklusjon om praksisen i helseforetaket var forsvarleg ut frå journalnotata. Berre to av 23 sjukehus hadde for lang ventetid frå innlegging til operasjon. For dei tre andre områda blei det undersøkt om journalføringa oppfylte aktuelle lovkrav. Det kunne derimot ikkje konkluderast endeleg om praksisen i helseforetaket var forsvarleg på bakgrunn av funn i journalane.

Ved 19 av 23 tilsyn blei det peikt på brot på krav i journalforskrifta på eitt eller fleire område. Fylkesmennene påviste størst svikt ved journalføringa om avklaring og oppfølging av ernæringsstilstanden til pasientane. I om lag halvparten av tilsyna blei det også avdekt manglar ved journalføringa av legemiddelbruken til pasientane. Ved 9 av 23 tilsyn blei det påpeikt mangelfull journalføring om delirproblematikk.

Andre steg i tilsynet – korleis helseforetaka vurderer og forbetrar eigen praksis

I helseforetak der det var påvist brot på journalforskrifta, bad fylkesmennene helseforetaka om sjølve å undersøkje om mangelfull journalføring også innebar mangelfull praksis. Nærmast alle dei aktuelle helseforetaka fann at praksisen deira også var mangelfull, og at det var behov for å gjere endringar. Helseforetaka skulle også sende inn planar med tiltak for forbetringar. Det skulle komme fram av planane korleis leiinga skulle følgje med på at tiltaka blei sette i verk, og korleis leiinga

skulle kontrollere at praksisen varte ved over tid. Ingen tilsyn blei avslutta før helseføretaket hadde sett i verk nødvendige tiltak som sikra forsvarleg behandling av den aktuelle pasientgruppa på dei fire områda.

Behandling av hoftebrot hos eldre i spesialisthelsetenesta – samla vurdering

Eit positivt funn var at dei undersøkte helseføretaka med få unntak opererte pasientane innan forsvarleg tid. Funna elles viste derimot at dei aller fleste føretaka ikkje hadde sørgd for at skrøpelege, eldre pasientar med hoftebrot fekk god nok behandling på område som krev fagleg kompetanse utover ortopedisk kirurgi. Størst svikt var knytt til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatusen til pasienten. Helsetilsynet meiner det er urovekkjande at helseføretaka ikkje i større grad hadde sørgd for at den nasjonale faglege retningslinja for dette området var følgd.

Funn frå journalgjennomgang og analyser som helseføretaka sjølve hadde gjort, viste at dei ikkje hadde tilstrekkeleg merksemd på den totale helse-tilstanden hos skrøpelege eldre med hoftebrot. Det er naturleg å spørje om denne manglande merksemda også gjeld i andre delar av verksemda til helseføretaka.

Behandling av eldre med hjerneslag i spesialisthelsetenesta

I Noreg blir 15 000 menneske ramma av hjerneslag årleg. 65 prosent av pasientane er over 75 år. Hjerneslag er den tredje hyppigaste dødsårsaka og den vanlegaste årsaka til funksjonshemming hos eldre.

Eit landsomfattande tilsyn i 2011 undersøkte om eldre pasientar med hjerneslag var sikra forsvarleg behandling. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Ved 9 av 29 tilsyn blei det påvist brot på lovkrav.

De første 24 timane – ein kritisk fase for observasjon, vurdering og medisinsk behandling

Pasientar med hjerneslag må greiast ut og behandlast raskt, same når på døgnet dei kjem til sjukehuset. Systematisk tverrfagleg arbeid er nødvendig i alle fasar av behandlinga. I akuttfasen er det særleg viktig å observere og behandle basale kroppsfunksjonar for å prøve å halde ved lag likevekta i kroppen og på den måten avgrense omfanget av hjerneskadene. Kort tid etter innlegginga må ein undersøkje nevrologiske utfall for å kartleggje medvitstilstanden til pasienten, den motoriske funksjonen og talen. Det er viktig å få ei rask avklaring av omfanget av skaden, og av om slaget kjem av hjerneinfarkt eller hjernebløding. Pasienten kan dessutan ikkje få mat eller drikke via munnen før også svelgfunksjonen er undersøkt.

Utan tydeleg ansvars plassering, tilstrekkeleg opplæring og kapasitet og ordningar for samhandling mellom alle som er involverte, er det ikkje råd å ta hand om pasientane på ein forsvarleg måte det første døgnet. I dei ni tilsyna der det blei påpeikt lovbrøt, var det manglar ved styring og praksis knytte til observasjonar og vurderingar av eldre slagpasientar dei første 24 timane. Det gjaldt også i verksemdar som tok imot eldre slagpasientar i spesial-einingar.

Tidleg mobilisering og rehabilitering – viktig for vidare livskvalitet

Eit grunnleggjande prinsipp i slagbehandling er at ein samtidig som ein driv akutt observasjon, utgreiing og behandling, også må setje i gang rehabilitering med tidleg mobilisering og anna funksjonstrening. Det er påvist ein klar samanheng mellom tidleg mobilisering og overleving, og fleire komplikasjonar er knytte til immobilitet etter hjerneslag.

Mobilisering bør derfor skje så fort pasienten er medisinsk stabil, og som hovudregel det første døgnet. Mobilisering handlar om at pasienten kjem opp i sitjande, ståande eller gåande stilling, alt etter funksjonsnivå. Vidare trening inkluderer daglege aktivitetar som personleg stell, måltid og toalett-

besøk. Det tverrfaglege teamet må ha ei tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling for tiltaka i rehabiliteringsprosessen.

Ved seks av dei ni tilsyna der det blei påvist lovbrøt, fann fylkesmannen manglar ved styring og praksis når det gjaldt tidleg mobilisering. Mobilisering blei ikkje gjennomført i tilstrekkeleg grad, særleg ikkje om kvelden eller i helgar på grunn av mangel på kapasitet. Personellet fekk i mange tilfelle for lite opplæring i mobilisering.

Førebygging av komplikasjonar og av nye hjerneslag

60–80 prosent av slagpasientane får komplikasjonar i akuttfasen. Nokre av desse komplikasjonane kan vere livstrugande, eller dei kan gjere det vanskelegare for pasienten å oppnå maksimal funksjonell betring. Pasientar med hjerneslag har også ein betydeleg risiko for å få eit nytt slag. Denne risikoen kan reduserast vesentleg ved sekundærførebygging.

Ved tilsynet blei det undersøkt korleis helseføretaket hadde sørgd for å førebyggje trykksår og komplikasjonar som følgje av svelgjevanskar. Dette er vanlege komplikasjonar hos eldre og kan få alvorlege følgjer. Det blei også undersøkt om føretaket hadde sørgd for relevante utgreiingar, sett i verk nødvendige tiltak og formidla opplysningar om dette til neste instans. Ved nokre tilsyn blei det påvist at svelgjefunksjonen ikkje systematisk blei undersøkt hos alle slagpasientar. Det kunne vere uklart kven som hadde denne oppgåva og ikkje gitt opplæring. Elles var det ikkje manglar i denne delen av tilsynet.

Behandling av slag hos eldre i spesialisthelsetenesta – samla vurdering

Tilsynet gav grunn til å gå ut frå at behandlingstilbodet til eldre slagpasientar dei fleste stader var forsvarleg, og at eit sårbart felt som slagbehandling var blitt teke tak i og gitt nødvendig prioritet i mange helseføretak.

Samtidig avdekte tilsynet ein relativt omfattande styringssvikt når det gjaldt slagbehandling i nokre helseføretak. Det gir uakseptable forskjellar i

behandlingstilbodet til ei sårbar gruppe, og kan føre til at nokre pasientar kjem ut av sjukehusopphaldet med større funksjonssvikt enn dei ville ha hatt om dei hadde fått behandling på eit anna sjukehus.

Alle helseføretak må ha sikra kapasiteten for spesialisert slagbehandling i tillegg til å sørgje for eit fungerande tverrfagleg behandlingssopplegg, slik at alle eldre slagpasientar får eit godt nok behandlingstilbod i sjukehusa i landet.

Tilsynsfunn som sjekkpunkt i eigenkontroll

Tilsyn har ført til at eit betydeleg tal lovbrøt blei retta opp. Men for den typen manglar og svikt som blei påpeikt, er det etter Helsetilsynets erfaring ein risiko for tilbakefall. Det dreier seg om heilt sentrale og alltid sårbare delar av tenesteutøvinga, og om leiing og styring som treng kontinuerleg merksemd i alle kommunane og helseføretaka i landet. Statens helsetilsyn oppfordrar derfor leiarar på alle nivå om å bruke tilsynsrapportar for å gå systematisk gjennom og reflektere over om deira eigen praksis er i tråd med krava i lova.