

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



Innhold

Tverrfaglighet forutsetter sosialfaglighet og helsefaglighet	3
--	---

Landsomfattende tilsyn 2008

Behov for bedre styring og samordning av tjenester til utsatte barn	5-6
DPS-tilsynet godt i gang	7-8

Ett år etter tilsynet med somatiske akuttmottak	9
Kvinnestemmen	10-11
Tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem	12
Hodeskade eller rusmiddelpåvirkning?	13
Tannleger gjør også feil	15-17
Rett inn fra gata? - Bruk av vikarer i helsetjenesten	16-17
Sikker som banken?	19-20
Fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre	20
Når svikten ligger i struktur og ledelse	21
Klager på helsepersonells oppførsel	22-26
Når vi gir tilbake autorisasjon	27
Når helsepersonell skriver attester og erklæringer	29
Tall om tvang og makt	30-31
Når klageinstansen tar feil	32-34
Landsomfattende tilsyn i 2009	35

Sett fra fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene

Trafikksfarlige pasienter	36
Forbedringsarbeid etter tilsyn	36
Uten tak over hodet	37
Hva om det skjer noe på Melkøya?	37-38
Behandlingsresultater er viktig styringsinformasjon	38-39

Og for øvrig mener Statens helsetilsyn at	39-41
Tall og fakta	42-49
Helsetilsynet i media	50
Publikasjoner fra Helsetilsynet	51

Utgitt av Statens helsetilsyn.

Ansvarlig redaktør: Lars E. Hanssen

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

Engelsk oversettelse: Linda Grytten

Samisk oversettelse: Inger-marie Oskal

Grafisk formgivning og trykking: 07 Gruppen. Opplag 20 000

Illustrasjoner: M.M. Malvin.

Satt med Times New Roman 10,2/12,6 pkt. på Edixlon 1209 papir.

ISSN 1501-8083

Tilsynsmeldinger på Internett: www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding.

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn,

Postboks 8128 Dep, 0028 Oslo, telefon 21 52 99 00,

faks 21 52 99 99, epost trykksak@helsetilsynet.no.

Kommentarer og spørsmål kan sendes til tilsynsmelding@helsetilsynet.no.

The Annual Supervision Report 2008 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: www.helsetilsynet.no.

Muhtun artihkkaliid gávnnaat sámegeilli Dearvašvuo ageah u neahttabáikkis www.helsetilsynet.no.

Noen av artiklene finnes i samisk oversettelse på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no.

Tverrfaglighet forutsetter sosialfaglighet og helsefaglighet



Anita Røysum ved Høgskolen i Oslo hevder i en kronikk i avisa Aften den 7. januar 2009 at begrepet «sosial» er blitt et ikke-ord. Hun peker på at begrepet er på veg ut fra forvaltningsspråket og spør samtidig om den sosialfaglige kompetansen gradvis blir mer usynlig.

Dette er viktige spørsmål. Selv om sosialbegrepet ikke lenger er med i navnet på de sentrale institusjonene i velferdsstaten, er behovet for sosialfaglig kompetanse trolig mer påtrengende nå enn noen gang. I tilsynsarbeidet vårt ser vi godt hvordan tjenestetilbudet til personer i særlig sårbare situasjoner, som ved alvorlige rusproblemer, kan svike dramatisk dersom samspillet mellom sosialfaglig og helsefaglig kompetanse uteblir. Medieoppslag som omhandler sosialtjenesten og sosiale forhold har økt med rundt 30 prosent siden 2005. Selv om sosialbegrepet synes på veg ut fra forvaltningsspråket, kan vi således utvilsomt legge til grunn at sosialfenomenet fremdeles er aktuelt.

Det er grunn til å dvele ved utviklingen av innholdet i både begrep og fenomen. Opprinnelig ble begrepet brukt i en ganske vid og allmenn betydning om forhold som hadde med samfunnet og samspill mellom mennesker å gjøre. Etter hvert har nok begrepet fått et snevrere innhold; mer i retning av å karakterisere tjenester og tiltak til personer i særlig utsatte situasjoner. Andre ord som velferd, omsorg, integrering og inkludering har overtatt deler av det tidligere innholdet i sosialbegrepet.

Umiddelbart kan dette synes som en uproblematisk utvikling. Etter vår vurdering fortjener det grundig ettertanke. Sosialfaglig kunnskap og praksis har tradisjonelt lagt stor vekt på helhetlig tenking omkring menneskenes livssituasjon. På mange måter har denne bredden i tilnærming vært en positiv utfordring for den noe snevrere tilnærmingen til menneskenes liv og problemer som de ulike helsefaglige profesjonene har stått for. Dersom den utviklingen vi nå ser når det gjelder sosialbegrepet kan tolkes som et uttrykk for en fragmentering også av sosialfagligheten, mener vi det kan være grunn til å stoppe opp og tenke seg om.

Grundig faglighet er etter vår vurdering en forutsetning for godt og forsvarlig tverrfaglig samarbeid. Helsefagenes dybdekompetanse og vektlegging av forhold knyttet til den enkelte personen er en nødvendig bærebjelke i dette samarbeidet. Den andre nødvendige bærebjelken er samspills-, nettverks- og samfunnskompetansen som er sentrale kjennetegn ved det sosialfaglige. Dette må dyrkes og utvikles på eget grunnlag, og ikke bare som tilleggskompetanse til annen spesialisert kunnskap. Sosialarbeiderne er bærere av denne tradisjonen. Dette er for øvrig en av grunnene til at Statens helsetilsyn i 2008 har foreslått en egen autorisasjonsordning for sosialpersonell, slik vi har det for helsepersonell.

Det er ikke slik at det sosialfaglige er noe som vi bare behøver i særlig sårbare situasjoner i våre liv eller som bare kommer noen av oss til del, mens helse og omsorg er noe som omfatter alle. Det sosialfaglige kunnskapsgrunnlaget er, akkurat som det helsefaglige, nødvendig for utviklingen av velferdsstaten for oss alle. Koplingen av ulike former for faglighet er også en stor utfordring for oss som tilsynsorgan når vi skal utføre vårt oppdrag i grenseflatene mellom ulike sektorer og tjenesteytere. Bare dersom vi som tilsyn og ikke minst tjenesteyterne lykkes i dette tverrfaglige arbeidet vil tjenestemottakerne kunne sikres nødvendige og forsvarlige tjenester.

Lars E. Hanssen

«Det sosialfaglige kunnskapsgrunnlaget er, akkurat som det helsefaglige, nødvendig for utviklingen av velferdsstaten for oss alle.»



Behov for bedre styring og samordning av tjenester til utsatte barn

Norske kommuner må gjennomgå og forbedre sin styring og samordning av barnevern, helse- og sosialtjenester til utsatte barn og unge. Det svikter i tilrettelegging og samordning både når det gjelder å fange opp barn som kan lide overlast, når det gjelder å utrede og følge opp de enkelte barna, og når det gjelder de unge som vil trenge barnevernets eller sosialtjenestens hjelp og støtte også etter fylte 18 år.

«Bare i 11 av de 114 kommunene har tilsynsmyndighetene ikke funnet noe å bemerke til tilretteleggingen og oppfølging av samarbeidet, verken brudd på regelverkskrav (avvik), eller forbedringsområder (merknad).»

Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn har samarbeidet om landsomfattende tilsyn i 2008 for å undersøke om kommunene tilrettelegger for og følger opp samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge. Tilsynet ble gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene som systemrevisjon i 114 kommuner. Tilsynet undersøkte om barnevern, sosial- og helsetjenester samarbeidet om tjenester til barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmisbruk eller på andre måter viser ved sin oppførsel at de har behov for samordnede tjenester. Tilsynet omfattet tjenester til hjemmeboende barn i skolepliktig alder og til unge som har hatt barneverntiltak, og som nærmer seg, eller er i aldersgruppen 18–23 år. Tilsynet omfattet ikke samarbeid med andre sentrale kommunale tjenester til utsatte barn (skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste) eller samarbeidet mellom kommunale tjenester og barne- og ungdomspsykiatrien.

Forsvarlige tjenester til barn og unges beste forutsetter at barn blir sett og får tilpassede tjenester til rett tid. Barns utvikling og liv kan ikke settes på vent fordi de som har kontakt med dem, og ser begynnende problemer, ikke riktig vet med hvem, når og hvordan de skal få etablert et nødvendig samarbeid.

Bare i 11 av de 114 kommunene har tilsynsmyndighetene ikke funnet noe å bemerke til tilretteleggingen og oppfølging av samarbeidet, verken brudd på regelverkskrav (avvik), eller forbedringsområder (merknad).

Det er store utfordringer knyttet til samarbeid over forvaltningsgrenser og mellom tjenestenivåer. Likevel er disse utfordringene ofte lite påaktet og fulgt opp i praksis av de som har

ansvar for flere tjenester. Kommunene står fritt når det gjelder hvordan de organiserer, tilrettelegger og følger opp samarbeid på tvers av tjenester. Hvilke ledere som har ansvar for helhet og sammenheng i tjenestene, avhenger av den styringsmodellen den enkelte kommunen har valgt. For brukerne er det avgjørende at det er lagt til rette slik at det samarbeides når det er nødvendig.

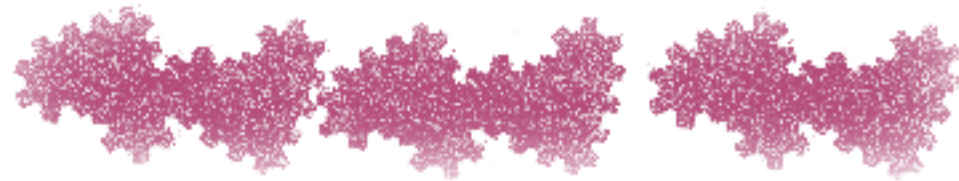
Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har undersøkt kommuner av ulik størrelse, ulik demografi og geografi og med ulike styringsmodeller. De har intervjuet kommunale ledere på forskjellige nivåer og ansatte i deltjenestene. De har også gått gjennom styringsdokumenter, pasientjournaler og klientdokumentasjon.

Kjennetegn på tilstrekkelig samarbeid

For å kunne vurdere om samarbeidet er tilrettelagt og fulgt godt nok opp, har vi sett på forskjellige kjennetegn som kan si noe om planlegging, gjennomføring og oppfølging av samarbeid. Hvert enkelte kjennetegn er ikke nødvendigvis et eget lovkrav. Når flere kjennetegn på samarbeid mangler, og kommunen ikke ivaretar samarbeidet på andre måter, er det grunnlag for å konkludere med at kommunen ikke sikrer forsvarlig samarbeid til beste for barn og unge til rett tid.

En forutsetning for samarbeid mellom tjenestene er at ansatte har kunnskap om rammer for og innholdet i andre kommunale tjenester. Vi har derfor undersøkt om kommunene sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap om tjenester som barn og unge kan ha behov for, og om regelverket rundt taushetsplikt, opplysningsplikt til barnevernet og innhenting av informert samtykke er kjent.

En annen forutsetning er at det finnes fora eller arenaer der ansatte i de ulike tjenestene kan treffe hverandre for å diskutere samarbeid innenfor regelverkets rammer. Vi har undersøkt om det finnes slike, hvem som deltar der slike arenaer er etablert, og hvordan kommunenes ledelse følger opp samarbeidet. Vi har også undersøkt om tjenester som er innrettet for voksne med psykiske lidelser eller sosiale problemer, er tilrettelagt slik at de fanger opp



om deres brukere har barn som har behov for særskilt hjelp.

For at utredning og oppfølging av barn og unge skal skje forsvarlig, må de rette tjenestene involveres, og de riktige tiltakene gjennomføres, følges opp og evalueres. Vi har derfor undersøkt om relevante tjenester deltar i utredning og oppfølging av enkeltbarn, for eksempel om fastlegene deltar i samarbeidet når barn har behov for det, og vi har undersøkt om det lages tiltaksplaner og tilbys individuell plan når det er aktuelt.

Unge mennesker som har vært under barnevernets omsorg eller har mottatt hjelpetiltak, skal tilbys tilrettelegging når de er 18–23 år. Tilsynslagene har derfor sett på om barneverntjenesten og sosialtjenesten/NAV sammen gir unge mennesker mulighet til å velge hvilke tjenester de ønsker å motta når de blir myndige.

Tilrettelegging for tilstrekkelig samarbeid?

Når tilsynet gjennomføres som systemrevisjon, er det mulig å undersøke om svikten i enkelttjenester eller i det enkelte samarbeidstiltaket er tilfeldige, eller om de henger sammen med svikt i styring og ledelse. Ledere av deltjenester styrer og styres etter krav til egne tjenesters resultater. Det stiller derfor ekstra krav til styring å sikre samarbeid på tvers av ulike tjenester. Vi har sett at det en del steder overhodet ikke er lagt vekt på å legge til rette for samarbeid, ved at det verken finnes samarbeidsfora eller opplæringstiltak innrettet for nødvendig samarbeid. Andre steder er det etablert planer og rammer for samarbeidet, men det er ikke fulgt opp om samarbeidet faktisk skjer. Ledere i mange kommuner etterspør ikke om tjenestene faktisk gjennomfører planer eller når mål for tverrfaglig samarbeid, der dette er nødvendig for å gi riktige og sammenhengende tjenester til barn og unge.

Andre eksempler på at kommuner ikke følger opp samarbeidet om barn og unge, er at det ikke etterspørres om offentlige tjenester melder sin bekymring til barnevernet. Tilgjengelig statistikk om meldinger til barnevernet brukes for eksempel ikke som grunnlag for

diskusjoner tjenestene imellom om det tallene uttrykker, er det nivået kommunen mener er et riktig nivå for meldinger: «Gjennom intervjuer fremkommer det at barneverntjenesten hadde oversikt over hvem som sendte meldinger, men informasjonen ble ikke rapportert til bydelens ledelse eller brukt aktivt til å forbedre tjenestene.» Det kan i sin tur se ut til å bidra til at barn som lider overlast, ikke meldes eller meldes for sent, en observasjon som er gjort i flere kommuner: «Det fremgår av intervjuer og dokumentasjon at meldinger til barneverntjenesten kommer sent fra deltjenestene, dvs. mange er i ungdomsskolealder.»

Ansatte i NAV eller i psykisk helseverntjenester blir heller ikke alltid fulgt opp av sine ledere når det gjelder om de deltar i samarbeidsfora eller systematisk vurderer om brukeres barn har egne behov for hjelp: «Kommunen har ikke oversikt over om det lever barn i familier hvor psykisk syke foreldre mottar kommunale tjenester. Det har vært gjort forsøk på å få slik oversikt, uten at det har lyktes. Dermed blir ikke disse barnas situasjon vurdert i relasjon til mulige hjelpebehov.» Det er funnet varierende grad av kommunal styring av de kommunale tjenestene i NAV, noe som i en del kommuner ser ut til å bidra til at sosialtjenesten ikke fanger opp barn som har behov for særskilt oppmerksomhet i familier med rusproblemer eller som mottar økonomisk sosialhjelp.

For at en kommune skal sikre forsvarlige tjenester til barnas beste, er det ikke tilstrekkelig å legge til rette for og følge opp det daglige samarbeidet. Det må også undersøkes om det man gjør, faktisk fører til at barn blir fanget opp og fulgt opp i rett tid og på rett måte. Det må gjennomføres evaluering av egen styring og praksis slik at tjenestene til enhver tid er hensiktsmessige og effektive. Noen kommuner følger aktivt med på om de legger til rette for godt nok samarbeid, alt for mange gjør det ikke.

DPS-tilsynet godt i gang

I 2008 har det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten vært rettet mot distriktpsykiatriske sentre (DPS-er), og tilsynet skal fortsette gjennom hele 2009. Det ble i 2008 ført tilsyn med 28 DPS-er. I de aller fleste av landets helseforetak har det vært minst ett tilsyn. I 22 DPS-er ble det funnet brudd på myndighetskrav, og gitt ett eller flere avvik. Avvikene blir fulgt opp av Helsetilsynet i fylkene. I de seks øvrige DPS-ene ble det ikke konstatert avvik. Til hvert av de regionale tilsynslagene har Statens helsetilsyn oppnevnt en psykiater og en psykologspesialist som fagrevisorer, for å sikre at de faglige vurderingene gjøres av ekspertise med oppdatert fagkompetanse og legitimitet i fagmiljøet.

For første gang har Helsetilsynet i alle fylker oppmerksomheten rettet mot samme del av spesialisthelsetjenesten i en toårsperiode. Når tilsynet varer i to år, vil det også kunne foregå mer erfaringsoverføring fra gjennomførte tilsyn underveis i tilsynsperioden.

Håndteringen av henvisninger er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret

Tilsynet er rettet mot tjenester til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Når et DPS mottar en henvisning, gir det pasienten rett til å få sin helsetilstand og sitt behov for helsehjelp vurdert av spesialisthelsetjenesten. Retten til vurdering gjelder alle henviste pasienter. Regelverket er utformet for at de pasientene som har størst behov for helsehjelp, skal bli prioritert og få nødvendig hjelp innen en forsvarlig frist. DPS-et må sørge for at vurdering og prioritering sikrer alvorlig syke pasienter rask behandling, og at det gis rask tilbakemelding til pasient og pasientens fastlege om hvordan pasienten vil bli tatt hånd om.

Ved 15 av de 28 DPS-ene skjedde ikke vurdering og prioritering av henvisninger i overensstemmelse med de kravene som er fastsatt i lov og forskrift. Dette kan føre til at det blir tilfeldig og uforutsigbart hvorvidt henviste pasienter med alvorlige psykiske lidelser faktisk blir prioritert. Flere DPS-er manglet et system for å sikre fortløpende

spesialistvurderinger av innkomne søknader, og for å kunne fange opp hastehenvvisninger. Ved noen DPS-er var ventetiden opptil et halvt år før første konsultasjon, og det ble satt behandlingsfrister som ikke tok tilstrekkelig hensyn til pasientens tilstand og situasjon. Det viste seg også at mange DPS-er avviste pasienter på feil grunnlag, for eksempel begrunnet med at henvisningene var mangelfulle, eller at pasienten ikke tilhørte opptaksområdet til DPS-et. Der det ble avdekket svikt knyttet til håndteringen av henvisninger, ble det også funnet mangler ved styring og ledelse av denne delen av DPS-ets oppgaver.

Funnene som hittil er gjort knyttet til håndtering av henvisninger, er velkjente fra tidligere tilsyn. Det ser ut til å være behov for langt tydeligere styring og oppfølging fra ledelsens side på dette området. Det er også viktig å merke seg at en god del DPS-er håndterer henvisninger på en systematisk måte.

For lite styring og planmessighet i utrednings- og behandlingsprosessene

For å sikre forsvarlig utredning og behandling må DPS-ene ha etablert systemer for hvordan disse prosessene skal foregå, hvordan de skal dokumenteres, og hva de skal inneholde. Denne systematikken må være kjent og forstått og må følges opp i praksis av alle som deltar i utredningsaktivitetene. DPS-ene må sørge for at det er personell med tilstrekkelig kompetanse som gjør dette arbeidet, og for at både det diagnostiske og det behandlingsmessige arbeidet kvalitetssikres av en spesialist. Ved 16 av de 28 DPS-ene ble det gitt avvik fordi foretaket ikke hadde sørget for at utredning og/eller behandling og oppfølging var forsvarlig på alle områder.

Ved mange DPS-er ble det avdekket mangelfull systematikk og kvalitetssikring av utredningsprosessene og hvordan disse ble dokumentert. Noen DPS-er manglet prosedyrer og/eller en omforent praksis for hvilke forhold som skal kartlegges ved en utredning. Ved andre DPS-er forelå det prosedyrer for utredning, men de var ikke i vanlig bruk. Det manglet også flere steder en etablert praksis som sikret at utredninger foretatt av ikke-spesialister, ble kvalitetssikret. Det samme

«Det viste seg også at mange DPS-er avviste pasienter på feil grunnlag, for eksempel begrunnet med at henvisningene var mangelfulle, eller at pasienten ikke tilhørte opptaksområdet til DPS-et.»



«I altfor stor grad synes det å være opp til den enkelte terapeut hvordan behandlingen skal legges opp og gjennomføres.»

gjaldt sikring av at det ble foretatt nødvendige somatiske utredninger og farlighetsvurderinger. Når det gjaldt selvmordvurderinger, tyder tilsynet på at disse nok ble foretatt og kvalitetssikret, men at dokumentasjonen av hvilke vurderinger som lå til grunn for konklusjonene, ofte var mangelfull. Ved flere DPS-er ble det påpekt at det var for stor variasjon i kvaliteten på utredningene av pasienter med psykose eller alvorlig depresjon, og at det ikke fantes noen omforent standard for utredning av disse pasientgruppene. Flere tilsynslag påpekte også at ledelsen ikke foretok systematiske gjennomganger for å finne frem til kritiske trinn i utredningene, og for å fange opp om det skjer svikt i disse prosessene. Konsekvensen kan bli at pasientene ikke får den hjelpen de trenger, og at den diagnostiske prosessen forsinkes eller blir ufullstendig og feilaktig. Det kan påføre pasienter unødig lidelse og få uheldige konsekvenser for pasientens prognose. Statens helsetilsyn vurderer det også som alvorlig dersom DPS-ene ikke følger opp og bruker anerkjente metoder i det diagnostiske arbeidet.

Pasientene må kunne forvente å møte et målrettet og strukturert behandlingstilbud i DPS-ene. Dette forutsetter at det i samråd med pasient og eventuelt pårørende utarbeides en plan for behandlingen, og at denne journalføres, enten som et eget dokument eller som momenter som lett kan gjenfinnes i journalen. Ved DPS-ene der det ble gitt avvik knyttet til behandling og oppfølging, var det fordi behandlingstilbudet manglet systematikk og planmessighet. Ved gjennomgang av journaler ble det ofte ikke funnet noen sammenhengende fremstilling av opplegg for videre behandling. Noen steder var det laget prosedyre eller maler for bruk av behandlingsplan, men disse var i liten grad i bruk. De fleste steder manglet det også slike maler.

En del av DPS-ene sikret ikke at pasientene jevnlig ble vurdert av spesialist gjennom behandlingsforløpet. Ved noen DPS-er førte også mangel på spesialister eller hyppige utskiftninger av leger til at det ble mangelfull kontinuitet i oppfølgingen av pasientene og i samarbeidet internt og eksternt. For pasienter med alvorlig depresjon manglet det ved flere DPS-er en systematisk beskrivelse i journa-

lene av hvilke behandlingsformer pasientene ble tilbudt, og mål, innhold og struktur i samtalebehandlingen ble i liten grad dokumentert. Flere tilsynslag påpekte også at det ikke forelå noen omforent standard for innholdet i samtalebehandlingen. Når det gjaldt epikriser, ble det ved flere DPS-er påpekt at det manglet systematikk for hvordan disse skulle utformes, og epikrisenes kvalitet varierte betydelig. Mange epikriser manglet blant annet diagnostiske vurderinger og råd om videre tiltak og oppfølging. Det ble påvist viktige mangler ved styring og ledelse i de DPS-ene som fikk avvik knyttet til behandling og oppfølging av pasientene.

Ut fra Statens helsetilsyns vurdering har det ved det første årets tilsyn fremkommet alvorlige svakheter når det gjelder pasientbehandlingen i en del av DPS-ene. I altfor stor grad synes det å være opp til den enkelte terapeut hvordan behandlingen skal legges opp og gjennomføres. Kritiske trinn mangler styring og oppfølging fra ledelsens side, både når det gjelder innhold og opplegg for behandlingen, bruk av standardiserte behandlingssopplegg, journalføring og kvalitetssikring av behandlingen som gjennomføres av ikke-spesialister. Samhandlingen med førstelinjetjenesten om oppfølgingen av pasientene kan også bli alvorlig påvirket av at mange DPS-er ikke kvalitetssikrer epikriseskrivingen.

Tilsynslagene har ved alle tilsyn der det ble gitt avvik, også foretatt en samlet vurdering av styringssystemet ved DPS-et. Vurderingen viser at mange DPS-er fortsatt har en vei å gå før de har en velfungerende internkontroll som sikrer at regelverket etterleves, og at tjenestene som ytes, er forsvarlige.

Ett år etter tilsynet med somatiske akuttmottak

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2007 tilsyn med halvparten av landets 54 somatiske akuttmottak. Det ble med få unntak avdekket at helseforetakene ikke styrte systematisk og målrettet for å sikre forsvarlig drift og pasientbehandling, slik helselovgivningen krever. I mer enn halvparten av akuttmottakene var det etter vår vurdering fare for at pasientene ikke fikk faglig forsvarlig undersøkelse og diagnostisering.

«I dette tilsynet tyder mye på at alvoret er forstått og erkjent i hele styringslinjen.»

Mange virksomheter hadde ikke forsvarlige ordninger for å prioritere pasienter når de kom, og pasienter med uavklarte tilstander måtte vente flere timer på å bli undersøkt og diagnostisert. Flere steder fantes det heller ikke fleksible og robuste ordninger eller kultur for at uerfarne leger kunne be om hjelp når de sto fast i faglige vurderinger, eller når de hadde for mange pasienter. Heller ikke blant pleiepersonell syntes det å være tilstrekkelig lav terskel for å tilkalle hjelp til pleiefaglig oppfølging av pasienter som ventet.

Selv når tilsyn har styringsfokus, varierer det ofte om de endringene helseforetakene iverksetter for å bringe forholdene i orden, vedvarer. Tilsynet får heller ikke alltid ringvirkninger i andre organisatoriske enheter enn de som var undersøkt, eller for andre konkrete aktiviteter og prosesser.

I dette tilsynet tyder mye på at alvoret er forstått og erkjent i hele styringslinjen. Det ble avdekket alvorlig svikt, og flere regelverksbrudd er fremdeles ikke rettet idet Tilsynsmelding 2008 går i trykken. Som eier har imidlertid Helse- og omsorgsdepartementet pålagt de regionale helseforetakene å sørge for større systematikk i oppfølgingen av rapporter fra Statens helsetilsyn, og å iverksette tiltak og sørge for kontinuerlig læring av tilsyn. Foruten å sikre at alle brudd på regelverket rettes opp, skal de regionale helseforetakene sikre at bedre styring, ledelse og drift av akuttmottak blir prioritert av helseforetakenes ledelse. Dette gjelder alle akuttmottak, også de som ikke har hatt tilsyn, og innebærer dermed en styrt erfaringsoverføring og stimulans for organisatorisk læring. Helsetilsynet i fylkene følger opp helsefore-

takene inntil forholdene er rettet opp. Inntrykket av endringsviljen i helseforetakene er ikke entydig. Men vi har erfart at tilsynsrapporter er behandlet i helseforetakenes styrever, og at det er satt i gang til dels store endringsprosesser for å bringe forholdene i orden. Eksempler er bygningsmessige endringer, omorganisering, innføring av bedre rutiner for å følge styringsdata om ventetider, og skjerping av styringslinjen. Det er også rapportert at helseforetakene har oppfattet tilsynet som relevant og viktig. Fordi det har satt søkelys på sviktområder som helseforetakene gjenkjenner, har tilsynet angitt retninger for kvalitetsarbeidet.

Som en direkte følge av tilsynet har Helse Sør-Øst RHF tatt initiativ til et prosjekt for å høste erfaringer med bruk av akkreditering som verktøy for å sikre viktige prosesser på risikoområder i akuttmottak. Det skal utvikles en egen akkrediteringsstandard for akuttmottak på grunnlag av prosessene i akuttmottak og aktuelle krav i lover og forskrifter. To sykehus er pilotavdelinger og vil bli kartlagt og akkreditert i løpet av 2009. Alle de regionale helseforetakene er representert i prosjektet. Målet er å bidra til å sikre gode og likeverdige helsetjenester uansett hvilket mottak pasientene kommer til, og uansett hva som feiler dem. Dette tiltaket er et godt eksempel på at de ansvarlige for tjenesten tar grep for systematisk kvalitetsforbedring og for å sikre forsvarlig drift.

Somatiske akuttmottak mottar pasienter med akutte sykdoms- og skadetilstander for undersøkelse, observasjon, diagnostikk og behandling.

Akkreditering er en faglig og metodisk bedømmelse for å sikre at kvaliteten på produkter og tjenester er i henhold til vedtatte nasjonale eller internasjonale standarder. Bedømmelsen blir gjort av et uavhengig myndighetsorgan. Akkreditering gir internasjonal anerkjennelse av aktuelle produkter og tjenester.



Kvinnestemmen

– Skjebnen vil visst at vi aldri skal møtes.

Stemmen er svak, den tilhører Berit Schei og bærer så vidt gjennom telefonen. Markant mer avdempet og langsam enn forrige gang. Da sto hun på farten til Gambia, med tusen jern i ilden. Hun ble syk i varmen, og må holde sengen slik at hun kan bli frisk før hun skal til Stockholm om noen dager. Doktoren er en travel kvinne – og vanskelig å få tak i. Får man tak i henne i et stillesittende øyeblikk, må man benytte anledningen. Det får bli et sengeintervju.

– Gratulerer med Karl Evang-prisen!

– Takk for det, det var overveldende, ærefullt og veldig hyggelig, svarer professor dr.med. Berit Schei. Hun er den første professoren i kvinnemedisin ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU i Trondheim, utnevnt i 1998.

Begynnelsen

Atten år før utnevnelsen, en dag i 1980, banket tre kvinner på døren til Schei, som da var nyutdannet gynekolog ved Innherred sykehus i Nord-Trøndelag. Den ene kvinnen var kledd i politiuniform.

– De ville starte et kritesenter i Nord-Trøndelag, og utfordret meg til å være med på det – som eneste kvinnelige lege ved gynekologisk avdeling. Som nyutdannet, plikt-opplyllende doktor sier man ikke nei, sier Schei i dag, etter snart tretti års forskning på området.

Arbeidet for kvinnehelse

Et langt, viktig og altomfattende engasjement i arbeidet for å ta kvinners helse på alvor, og kampen mot vold mot kvinner som en del av det. Schei var en pioner på dette området. Hun begynte straks å gå gratis vakter på det nystartede kritesenteret. Etter hvert begynte hun på forskningen som førte til doktorgradsavhandlingen «Trapped In Painful Love».

– Jeg fant fort ut at det eksisterte veldig liten kunnskap innen tradisjonell medisin om kvinnehelse og vold mot kvinner. Det fantes ingenting. Ikke i lærebøker, ikke noe annet



Fotograf: Magne Braaten

sted. Og kunnskap må vi ha dersom vi vil bedre forholdene. Kunnskapsløshet er direkte farlig.

Med denne bakgrunnen har Schei ledet an i kursing, og satt leger i stand til å avdekke vold som årsak til sykdom og skader. Temaet har implikasjoner for store deler av helsetjenesten, forklarer Schei, som også har jobbet med undersøkelser på alle verdens kontinenter. Konklusjonen er klar:

– Mønsteret er gjennomgående i hele verden. Vold mot kvinner i parforhold forårsaker sykdom og lidelser, og i verste fall mord på kvinner. Dette er faktisk et menneskeretts-tema. Det å leve uten vold er en forutsetning for å kunne ta i bruk de rettighetene man har som menneske.

Samfunns- og holdningsendringer

– *Føler du at arbeidet ditt nytter?*

– Mye har endret seg siden 1980. Åpenheten har blitt mye større. Vi fikk en offentlig utredning i 2003, og det har blitt bevilget offentlige midler til arbeidet. Kvinner forlater et voldelig forhold lettere i dag, ser det ut til. Seksuelle overgrep har blitt mye mer mangartede. Internett og andre kontakflater gjør

«Det å leve uten vold er en forutsetning for å kunne ta i bruk de rettighetene man har som menneske.»



«Karl Evang- prisen gjorde at vi ble lyttet til på en annen måte.»

jenter mer sårbare. Ting har skjedd, men det er fremdeles ikke et høyprestisjearbeid i medisinen å jobbe med vold og overgrep. Sånn er det vel bare, sukker Schei.

Hun påpeker at flere kvinner i Norge blir myrdet av sin eksmann eller ektemann enn antallet som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel.

– Vi bruker massevis av penger på sistnevnte, men ikke på å forebygge mord på kvinner. Vi har helseundersøkelser der vi har målt blodtrykket i femti år. Men vi har ingen slike målinger på vold.

Én målemetode har vi likevel. Antallet voldtekter som faktisk blir anmeldt. Et tall som stadig stiger. Schei mener at akkurat det kan være et lyspunkt.

– Jeg tror det skyldes at en større andel av voldtektene anmeldes. En stor undersøkelse fra 2004 viser at en større andel blant de unge melder om vold, enn de over femti. Men ikke alvorlig vold. Min hypotese er at de unge finner seg i mindre – og det er positivt.

Utfordringene

Schei ser likevel utfordringer, også på nasjonalt plan.

– Den klassiske problemstillingen gjelder innvandrere fra kulturer der vold mot, og undertrykkelse av, kvinner er mye vanligere.

Dessuten noen norske menn som gifter seg med kvinner fra andre land. I den nasjonale undersøkelsen så vi at kvinner med østeuropeisk bakgrunn, rapporterer vold oftere enn andre.

– Dette er antakelig et arbeid man aldri blir ferdig med. Hva er de viktigste oppgavene å ta fatt på framover?

– Det ene er å integrere kunnskapen i et forebyggingsperspektiv, for eksempel med holdningskampanjer. Det andre er å gjøre fagfeltet mer anerkjent og verdsatt, på linje med svangerskapsomsorg og fødselsomsorg.

Mye er fortsatt ugjort

– Du har fått en hel rekke priser gjennom årene. Hva betyr det for deg?

– Jeg synes det er ærefullt, men jeg blir også flau. Det minner meg på alt som ikke er oppnådd. Samtidig blir det lagt merke til, og feltet kan få høyere prioritet. Like etter at jeg hadde blitt tildelt Karl Evang-prisen, hadde vi et møte med fylkeslegen i Sør-Trøndelag for å sikre voldtektsmottaket ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Karl Evang-prisen gjorde at vi ble lyttet til på en annen måte. Likevel – den minner meg først og fremst på alt som er ugjort.

Stein Risstad Larssen, Røe Kommunikasjon

Tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem



Mange eldre har sykdommer og plager som gjør at de har behov for og nytte av en rekke ulike legemidler. Samtidig kan både aldring og sykdom gjøre at mange legemidler får en annerledes og mindre forutsigbar effekt enn hos yngre, og at risikoen for bivirkninger øker. Når eldre behandles med mange legemidler samtidig, øker faren for at legemidlene enten hemmer eller forsterker effekten av hverandre.

Minst én av ti sykehusinnleggelses av eldre har sammenheng med legemiddelbruk, og konsekvensene av feilbehandling kan bli store. I Sverige har Socialstyrelsen på bakgrunn av kartlegginger, utredninger og en omfattende tilsynsaktivitet påpekt at behovet for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet innen legemiddelbehandlingen av eldre er betydelig. Studier i norske sykehjem har vist at pasientene utsettes for både over- og underbehandling, noe som kan ha alvorlige følger for deres helsetilstand og livskvalitet. Ifølge flere studier kan en stor andel av legemiddelrelaterte problemer unngås dersom den enkelte pasientens totale legemiddelbruk regelmessig og systematisk blir gjennomgått og justert.

Gjennom årene har Helsetilsynet i fylkene ført mange tilsyn med legemiddelhåndteringen i pleie- og omsorgstjenesten. Det er avdekket systemsvikt blant annet knyttet til arbeidet med å gjøre klar og dele ut legemidler og til overføring av informasjon mellom ulike deler av helsetjenesten om hvilke legemidler pasientene faktisk skal ha. Som ledd i oppfølgingen av legemiddelmeldingen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» (St.meld. nr. 18 2004–2005) vurderte Statens helsetilsyn at det var grunnlag for økt tilsynsaktivitet når det gjaldt legemiddelbehandlingen av eldre utover selve håndteringen av legemidlene. Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte i 2005–2006 tilsyn med ni sykehjem der ett av temaene var om kommunene sikret forsvarlig legemiddelbehandling. På bakgrunn av erfaringer fra disse tilsynene, gjennomgang av aktuelle studier og utredninger fra norske og svenske helsemyndigheter, samt kontakt med fagfolk innen sykehjemsmedisin utarbeidet Statens

helsetilsyn i 2008 en veileder for tilsyn med legemiddelbehandling av eldre i sykehjem.

I veilederen legges det opp til at tilsynet skal fokusere på om kommunen sikrer at legemiddelbehandlingen som gis ved sykehjemmet, er forsvarlig. I dette ligger blant annet om kommunen og ledelsen ved sykehjemmet har lagt forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonellet kan utføre oppgavene sine på en forsvarlig måte. God og riktig legemiddelbehandling i sykehjem forutsetter at både sykehjemsleger og pleiepersonell har tilstrekkelig tid og kompetanse til å ivareta oppgavene sine, og at det er etablert gode rutiner for samarbeid. Pleiepersonellens observasjoner og rapportering av behandlingseffekter og eventuelle bivirkninger er en viktig del av oppfølgingen av legemiddelbehandlingen. Det må kunne forventes at ledelsen ved sykehjemmet har etablert rutiner for kritiske trinn i legemiddelbehandlingen, og at de følger med på at disse fungerer. Dette gjelder både oppgaver som er tillagt legen, og oppfølging som gjøres av pleiepersonellet overfor enkeltpasienter og særlig sårbare pasientgrupper. Ledelsen må også sikre at det finnes nødvendig dokumentasjon av legemiddelbehandlingen den enkelte pasient får, og at denne er tilgjengelig også for legevaktsleger. Sykehjemslegens medisinskfaglige skjønn knyttet til behandlingen av den enkelte pasient, er ikke del av tilsynet.

Veilederen ble i løpet av 2008 prøvd ut i sju fylker. Rapporter fra disse tilsynene er tilgjengelige på våre nettsider www.helsetilsynet.no. Funnene fra de første tilsynene viser at måten mange av kommunene styrer på, kan medføre fare for svikt i legemiddelbehandlingen ved sykehjemmene. Dette gjelder blant annet uklarheter knyttet til den faglige og administrative styringen av legetjenesten i sykehjemmet og for lav dimensjonering av den, og mangler ved journalsystemene som gjør journalføringen vanskelig. Ulike forhold som kom fram ved disse tilsynene, vil Statens helsetilsyn følge opp videre som del av sin eldresatsing. Fra 2009 vil veilederen for tilsynene kunne brukes av Helsetilsynet i fylkene ut fra lokale risikovurderinger.

Hodeskade eller rusmiddelpåvirkning?

Ambulansetjenestens håndtering av det som har blitt kalt Sofienbergpark-saken, var framtreddende i nyhetsbildet i året som gikk. Medienes fokus var i all hovedsak knyttet til hvorvidt ambulanspersonellet hadde opptrådt diskriminerende eller rasistisk. Denne og andre tilsynssaker mot ambulanspersonell har imidlertid belyst en annen viktig problemstilling, nemlig hvilke utfordringer som er knyttet til å skille pasienter med alvorlig hodeskade fra dem som er ruspåvirket.

«De tidlige symptomene kan til forveksling likne symptomene ved rusmiddelpåvirkning.»

En alvorlig konsekvens av hodeskade er hjerneblødning. Dette kan være en livstruende tilstand, og de som overlever, kan få varige mén. Hjerneblødning etter hodeskade kan i noen tilfeller gi umiddelbare symptomer. Andre ganger vil de utvikle seg over tid. De tidlige symptomene kan til forveksling likne symptomene ved rusmiddelpåvirkning. Det kompliserer ytterligere at hodeskade og rusmiddelpåvirkning ofte opptrer samtidig. Prognosen avhenger i stor grad av rask og riktig diagnose og behandling. En undersøkelse ved Oslo legevakt (1) har vist at systematisk observasjon av pasientene over timer kombinert med gjentatte kliniske undersøkelser er nødvendig for å skille ut de pasientene som hadde alvorlig sykdom og skade, fra dem som var ruspåvirket.

Ved utrykning til pasienter med akutte skader må det forventes at ambulanspersonell vurderer om pasienten kan ha vært utsatt for traumer mot hodet som kan gi alvorlige skader. Ved denne vurderingen anses det sentralt å kartlegge hvordan traumet har vært. Tilsvarende må ambulanspersonell søke å

bringe på det rene om pasienten er ruspåvirket – og i tilfelle hvilke og hvor store doser rusmidler pasienten har inntatt.

Ambulanspersonell har etter vårt syn ikke kompetanse til å skille mellom hodeskade og rusmiddelpåvirkning. Pasienter med slike problemstillinger bør derfor rutinemessig vurderes av lege.

Statens helsetilsyn har behandlet noen saker med problemstillingen hodeskade og samtidig rusmiddelpåvirkning. I to saker har ambulanspersonellet begrunnet sine beslutninger om å ikke ta med pasienten til lege/sykehus med at pasienten motsatte seg dette. På bakgrunn av øvrige forklaringer i disse sakene og det faktum at ambulanspersonellet bare tilbrakte noen få minutter på skadestedet, har Statens helsetilsyn ikke funnet det sannsynliggjort at ambulanspersonellet tok nødvendige initiativer til å bringe pasienten til lege/sykehus. Etter helsepersonelloven § 7 har helsepersonell plikt til å yte helsehjelp til pasienter i situasjoner der det foreligger fare for liv eller alvorlig forverring av pasientens tilstand.

(1) Nore A., Ommundsen O., Steine S.: Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1055–8





Tannleger gjør også feil

Hva er uforsvarlig tannlegepraksis? Er det forhold som går igjen i tilsynssaker mot tannleger? Kan du som tannlege lære noe av disse sakene? Hvorfor er det så viktig å føre journal?

I perioden 2004–2007 har Statens helsetilsyn behandlet 41 tilsynssaker knyttet til tannleger og tannteknikerpraksiser. Det har resultert i 18 advarsler og 8 tap av autorisasjon. De øvrige 15 sakene ble avsluttet uten reaksjon.

Det blir åpnet tilsynssak hvis Helsetilsynet mistenker at tannlegen har brutt kravene i helsepersonelloven. Helsetilsynet i fylket innhenter informasjon og gjør en vurdering. En del saker avsluttes ved at tannlegen får råd og veiledning. Bare de alvorligste sakene blir sendt videre til Statens helsetilsyn for vurdering av om det skal ilegges en administrativ reaksjon i form av advarsel eller tap av autorisasjon.

I denne artikkelen skal vi belyse de vanligste problemstillingene, si noe om forsvarlighetsnormen vi legger til grunn, og påpeke hvor viktig det er med god journalføring.

Tannlegen gir råd – pasienten bestemmer

Tannleger kan i mange tilfeller tilby pasienten ulike behandlingstilvalg. Fra pasientens ståsted vil valget ofte avgjøres av hvor langvarig og smertefull behandlingen er, hvor mye som kreves av pasienten av pleie og oppfølging, hvordan det estetiske resultatet blir, hvor varig løsningen er, og ikke minst hvor mye behandlingen vil koste.

Informasjon om behandlingstilvalgene, risikoen ved de ulike løsningene og kostnaden ved alternativene bør gis til pasienten i forkant av behandlingen, slik at pasienten sikres en viss betenkningstid. Tannleger skal ikke foreslå løsninger som er uforsvarlige. Billige løsninger kan være fristende for pasienten, men kan på sikt bli kostbare hvis de etter kort tid må erstattes med mer varige og dyrere løsninger. Det er viktig at tannlegen har den totale ressursbruken i bakhodet når behandlingstilvalgene presenteres. Dersom pasienten ikke vil medvirke til foreslått behandling, men derimot ønsker en behandling som tannlegen

mener ikke er realistisk, bør tannlegen avstå fra å gi behandlingen og eventuelt be pasienten om å gå til en annen tannlege for ny vurdering. Dette må journalføres.

Sak 1 Pasienten burde ikke fått valget

Pasienten hadde en løs bro i overkjeven i tannområde 13–15. Broen var tapt. Det forelå tre behandlingstilvalg for pasienten da den eksisterende broen løsnet: løs partiell protese, en implantatbåret bro eller nedsliping av fem friske fronttenner (13–23) og feste av en treleddet bro med forsterkning. Pasienten avviste bruk av implantat, og den siste løsningen ble valgt. Etter Statens helsetilsyns oppfatning var den valgte behandlingen uforsvarlig. Statens helsetilsyn oppnevnte sakkyndig tannlege for å vurdere den gitte behandlingen i ettertid. Han stilte seg kritisk til at fem friske tenner var slipt ned. Behandlingen var kostbar og resultatet usikkert. Det er forståelig at tannlegen skal akseptere pasientens ønske så langt det lar seg gjøre, men pasienter skal ikke stilles overfor alternativer som er uforsvarlige.


Sak 2 Pasienten burde fått bedre informasjon

Pasienten fikk en ti ledds bro festet på få pilarer. Hun var 60 år og hadde dårlig tannhelse med tannkjøttbetennelse. Statens helsetilsyn uttalte at indikasjonen for en ti ledds bro ble strukket svært langt i dette tilfellet, blant annet fordi den var laget på så få pilarer at risikoen for at broen kunne gå i stykker, var stor. Dersom én av pilarene skulle brette, ville broen være tapt, og likeså muligheten til å lage en ny bro. Alternativet til bro var implantat eller partiell protese. Disse behandlingene ville ha kostet mer, men ville gitt større sikkerhet for et langvarig vellykket resultat. Statens helsetilsyn uttalte at god praksis i denne saken ville vært å råde pasienten til en annen behandling med større sannsynlighet for et varig godt resultat.

Sak 3 Manglende diagnostisering og unødig ressursbruk

Pasienten gjennomgikk en dobbel behandling av underkjeven innenfor en periode på fem måneder. Først ble det lagt fyllinger, men fem måneder etter ble alle tennene trukket på grunn av alvorlig utbredt periodontitt, og en bro ble satt inn. Statens helsetilsyn uttalte at dersom

«pasienter skal ikke stilles overfor alternativer som er uforsvarlige.»



«Statens helse-
tilsyn mente at
manglende diag-
nostisering før
fyllingsarbeidet
startet var et
brudd på kravet
til forsvarlighet i
helsepersonel-
loven § 4.»

pasienten var blitt grundig undersøkt og behandlet for periodontitt i første runde, kunne noe av behandlingen vært unngått. Om man velger å behandle med fyllinger eller å trekke tenner, er avhengig av hvor langt sykdommen har kommet, og effekten av behandlingen. Dersom det ved den første konsultasjonen var påkrevd med fyllinger på grunn av smerter, kunne det blitt lagt midlertidige fyllinger mens periodontitt ble behandlet. Midlertidige fyllinger er rimeligere enn permanente fyllinger. En annen oppfølging fra tannlegens side kunne derfor ha spart pasienten for store utgifter. Statens helsetilsyn mente at manglende diagnostisering før fyllingsarbeidet startet var et brudd på kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. I tillegg hadde tannlegen brutt helsepersonellovens § 6 om unødig ressursbruk.

Tannlegen argumenterte for at pasienten ble informert om risikoen ved valg av behandlingsform, tannsykdom, betydningen av røyking og prognose. Det var imidlertid ikke journalført at tannlegen hadde gitt slik informasjon. Det forelå heller ingen uttalelse fra pasienten om valg av behandlingsform. Etter Statens helsetilsyns vurdering hadde tannlegen brutt reglene for journalføring, jf. helsepersonelloven § 39, jf. § 40.

Journalens funksjoner

Når en pasient klager på behandlingen, er det første tilsynsmyndighetene gjør å hente inn kopi av pasientjournalen. Tannleger vil primært se på journalen som et arbeidsverktøy, og som en hukommelseshjelp for seg selv. Men journalen har også andre viktige funksjoner. Pasienten har rett til innsyn i journalen sin og kan dermed gjøre seg kjent med forhold som gjelder ham/henne selv. Pasienten kan også få med seg kopi av journalen til andre behandlere. Nøyaktig dokumentasjon av helsehjelpen som blir gitt, er grunnleggende for at annet helsepersonell skal kunne forstå hva som er gjort, og de vurderingene som ligger til grunn for den valgte behandlingen, slik at disse blir i stand til å kunne vurdere det behandlingssmessige forløpet korrekt og eventuelt selv gi riktig behandling videre.

Journalføringsplikten er først og fremst begrunnet i hensynet til å sikre kontinuitet og kvalitet på helsetjenesten, samt i å gi tilsynsmyndigheten og andre offentlige instanser mulighet til å etterprøve den helsehjelpen som er gitt. I tilsynssaker har journalen en viktig funksjon som bevis.

I større grad enn ellers vil det, når pasienten styrer behandlingen bort fra de beste løsningene og over til mer risikable behandlinger, være nødvendig at tannlegen i journalen dokumenterer hvilken informasjon pasientene har fått om behandlingsoalternativer, risiko og kostnader. Videre må det framgå tydelig at pasienten har forstått og samtykket til den behandlingen som er gitt. I større grad enn ellers vil det ved pasientstyrt behandling være nødvendig å innhente råd fra spesialist, eventuelt henvise pasienten videre. I tillegg til at tannlegen forsikrer seg om at behandlingen blir forsvarlig, vil dette gi pasienten mer tid til å tenke igjennom valget sitt.

Behandling av barn

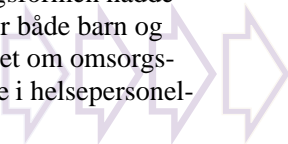
Barn som har et stort behandlingsbehov på grunn av karies, må utredes grundig for å finne årsaken til kariessykdommen. I tillegg til klinisk og røntgenologisk undersøkelse av tenner og støttevev, skal det gjøres en vurdering av pasientens tidligere karies, munnhygiene, kosthold, spytt og fluorbruk. Det skal lages en behandlingsplan for pasienten som skal omfatte oversikt over akuttbehandling, ekskavering av dype karieslesjoner og midlertidige fyllinger, kariesforebyggende program og eventuell operativ behandling.

Sak 4 Midlertidig fyllmateriale

En skoletannlege brukte IRM som fyllingsmateriale som en gjennomgående behandlingsform hos barn med karies. IRM er et midlertidig fyllingsmateriale, og ved langtidsbruk er det fare for svikt av fyllinger, og dermed videre kariesutvikling. IRM-fyllinger må kontrolleres regelmessig. Klinikken for barnetannpleie ved Universitetet i Oslo praktiserer kontrollintervaller på fire til seks måneder for IRM-fyllinger.

Tannlegen hadde valgt å la det midlertidige materiale ligge i flere år. Det framgikk ikke av journalene hvorfor det ikke hadde blitt lagt permanente fyllinger. I en del tilfeller hadde IRM-fyllingene sviktet, og som følge av dette fikk pasientene dyp karies som måtte behandles av kjevespesialist og med trekking av tenner.

Ved å bruke et midlertidig behandlingsmateriale hadde barna over lang tid hatt behov for mange og hyppige konsultasjoner. Statens helsetilsyn mente behandlingsformen hadde vært en unødig belastning for både barn og foreldre, og et brudd på kravet om omsorgsfull behandling av pasientene i helsepersonelloven § 4.





«tannlegen rengjorde utstyret sammen med vanlig oppvask»

Hygieniske forhold

Tannlegevirksomhet er i utgangspunktet en høyrisikovirksomhet fordi det innebærer kontakt med pasienters spytt og blod. Risikoen for smitte gjelder både mellom pasienter, og mellom pasienter og tannlege. Dersom det oppdages uforsvarlige hygieniske forhold, vil Statens helsetilsyn være raskt ute med å suspendere autorisasjonen som tannlege.

I en tilsynssak ble autorisasjonen for en tannlege suspendert på grunn av brudd på grunnleggende hygieniske prinsipper og orden for utstyr og instrumenter i tannlegens praksis. De uhygieniske forholdene ble

avdekket ved tilsynsbesøk på bakgrunn av flere pasientklager til Helsetilsynet i fylket. Det viste seg at tannlegen rengjorde utstyret sammen med vanlig oppvask i en oppvaskmaskin som holdt 65 °C, og ikke 85 °C, som er kravet i smittevernloven. For å sterilisere instrumentene brukte han en hybelkomfyr. Han hadde ingen kontroll av temperaturen med denne komfyren og utførte ikke smitteverntester av det «steriliserte» utstyret.

Kilde: Smittevernloven – Veileder, Forebygging av blodsmitte i helsevesenet. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997. IK-2552

Rett inn fra gata? - Bruk av vikarer i helsetjenesten

Det er arbeidsgiveren som har ansvaret for at den tjenesten som utføres, er forsvarlig, og at vikarer som hyres inn fra byråer, er kvalifiserte til jobben. Arbeidsgiveren må derfor selv vurdere om arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for de oppgavene de skal gjøre.

Mange avtaler mellom vikarbyrå og arbeidsgiver spesifiserer at vikarbyrået skal kontrollere at vikaren har gyldig autorisasjon og forøvrig er kvalifisert for oppgavene. Arbeidsgiveren har likevel ansvar for å sjekke at vikarbyrået har gjort slike vurderinger, og gjennom sitt internkontrollsystem etablere rutiner som sikrer at vikarer fra vikarbyråer har nødvendig kompetanse og får tilstrekkelig opplæring. Helsetilsynet mottar mange klager på helsepersonell som er engasjert gjennom vikarbyråer. Klagene gjelder både rusmisbruk, uforsvarlig virksomhet, brudd på kravet til omsorgsfull hjelp, atferd uforenlig med yrkesutøvelsen og dårlig kommunikasjon. Flere saker

viser at arbeidsgiverne mangler systemer for å kontrollere om innleid helsepersonell har autorisasjon og nødvendig kompetanse for de oppgavene de skal utføre – og for å gi dem nødvendig opplæring.

Tilsynssak etter bruk av vikar ved sykehus

Vikarbyråenes og arbeidsgivernes ansvar ved engasjement av vikarer kan illustreres gjennom Statens helsetilsyns behandling av en alvorlig tilsynssak mot en sykepleier som var ansatt i et vikarbyrå, og som ble engasjert av et sykehus for to nattevakter.

Sykehuset hadde inngått en avtale med det aktuelle vikarbyrået. Ifølge avtalen hadde vikarbyrået ansvar for å sikre at vikaren hadde gyldig autorisasjon og var kvalifisert for jobben, videre at leveransen var i samsvar med bestillingen og i overensstemmelse med norske lover og forskrifter. Avtalen inneholdt også en bestemmelse om at vikarbyrået skulle dekke en opplæringsvakt ved oppstart av et oppdrag som varte én uke (fem arbeidsdager

eller mer). Ved behov for opplæringsvakter ved oppdrag av kortere varighet kunne opplæringsvakten faktureres med 50 prosent av timepris. Avtalen sa ingenting om sykehusets lovpålagte ansvar.

Tilsynssaken avdekket at sykehuset manglet rutiner for å følge med på om vikarbyrået oppfylte avtalen. I den konkrete saken manglet dokumentene fra vikarbyrået til sykehuset, opplysninger om sykepleieren hadde autorisasjon, og dokumentasjon av vedkommendes kompetanse og virksomhet som sykepleier. Sykehuset sjekket heller ikke referanser.

Tilsynssaken avdekket også at sykehusets rutiner for opplæring av vikarer fra vikarbyråer var mangelfulle. Opplæringen bestod i at vikaren møtte på avdelingen noen timer før vekten startet, for å gjøre seg kjent med de viktigste rutinene, spesielt prosedyrer for brann og hjertestans. Tilsynssaken bekrefter studier som har vist at nødvendig opplæring ikke blir gitt, selv om leverandøren dekker utgiftene.



Sikker som banken?

Ledelsen i helseforetakene sørger ikke for at alle kritiske områder i blodbankvirksomheten er styrt og fulgt opp på en systematisk måte slik som blodforskriften krever. Helseforetakene sikrer heller ikke nødvendig samarbeid mellom blodbanken og andre avdelinger, noe som er avgjørende for en sikker transfusjonstjeneste. De påviste manglene i helseforetakenes internkontrollsystemer (dvs. kvalitetsstyring) reduserer sikkerheten for pasientene. Manglene kan øke sannsynligheten for svikt, noe som kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2008 tilsyn med blodbankvirksomhet i 14 helseforetak etter blodforskriften. Forskriften har bakgrunn i EU-direktiver, og pålegger Statens helsetilsyn å føre jevnlig tilsyn med transfusjonstjenesten. Reglene i blodforskriften er detaljerte både når det gjelder faglige aktiviteter, ledelse og styring, og krav om et dokumentert kvalitetsstyringssystem. Det skal foreligge skriftlige prosedyrer for blodbankens praksis og dokumentasjon av gjennomførte aktiviteter og resultater. Tilsynet med blodbankvirksomheten ble gjennomført i form av dokumentgranskning, dvs. gjennomgang av prosedyrer, avvikshåndtering, rapporter, registreringer, sjekklister og ulike referater i de deler av tjenesten der faren for svikt er stor og der svikt kan ha alvorlige konsekvenser.

Blodforskriften regulerer et komplisert og sårbart område av helsetjenesten. I alle ledd i transfusjonsprosessen kan det oppstå uønskede hendelser og feil. Konsekvensene av feil kan være alvorlige, og i verste fall kan de føre til dødelig utgang for den som mottar blodet. For å sikre at pasientene får blod med rett blodtype og uten smittestoffer som kan gi overførbare infeksjonssykdommer, må hvert enkelt ledd i prosessen styres og overvåkes nøye. Ledelsen ved helseforetakene skal sikre dette gjennom kvalitetsstyringssystemet. De ulike elementene i dette systemet skal fungere som sikkerhetsbarrierer mot svikt ved blodoverføringer til pasienter.

I nesten halvparten av tilsynene ble det avdekket at rutinene for utvelgelse og godkjenning av blodgivere var mangelfulle. Dette gjaldt sikring av identitet, dokumentasjon av egnethet og oppfølging av medisinske forhold. I tillegg avdekket de fleste tilsynene mangelfulle avtaler for å sikre rett kvalitet på smitte testingen av blodgivere. Dette er de to viktigste sikkerhetsbarrierene som skal hindre smitteoverføring. Når de brytes eller ikke fungerer tilfredsstillende, øker risikoen for overføring av virusykdommer fra blodgiver til pasient.

For å hindre bakterievekst i blodet må det til enhver tid oppbevares kjølig, også ved transport til andre blodbanker eller til de kliniske avdelingene. Halvparten av tilsynsrapportene avdekket mangler ved temperaturkontrollen av blod under transport. Manglende kontroll kan i verste fall føre til at pasienten får infisert blod og blodforgiftning, en ytterst sjelden, men meget alvorlig komplikasjon.

For å sikre at pasienten får rett blodtype, må det være gode rutiner for kontroll og oppfølging av både blodgiverens og pasientens

Alle som yter helsetjenester skal i henhold til internkontrollforskriften etablere et internkontrollsystem (kvalitetsstyringssystem) for virksomheten og på den måten sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med de kravene som er fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Kvalitetsstyringssystemet er derfor ledelsens verktøy for å styre og følge opp de faglige aktivitetene slik at pasientene sikres faglig forsvarlige helsetjenester. Det skal ikke være tilfeldig eller opp til enkeltpersoner om tjenestene er i samsvar med myndighetskravene.

Blodforskriften har i tillegg egne bestemmelser om internkontroll og kvalitetsstyringssystemer for blodbankvirksomhet. Disse er mer detaljerte og utfyller alminnelige bestemmelser i internkontrollforskriften.

«For å sikre at pasientene får blod med rett blodtype og uten smittestoffer som kan gi overførbare infeksjonssykdommer, må hvert enkelt ledd i prosessen styres og overvåkes nøye.»



identitet, og av merking og kontroll av blodposer. Hos mer enn halvparten av de undersøkte helseforetakene, avdekket tilsynet mangelfull styring og sikring av disse rutinene. Sikkerhetsbarrierene fungerte ikke tilfredsstillende verken i blodbanken eller i de kliniske avdelingene. Dette medfører en risiko for at det kan oppstå feil uten at de oppdages og korrigeres. En svikt kan i verste fall få dramatiske følger for pasienten.

Funnene fra tilsynene viser at helseforetakene i ulik grad har innarbeidet blodforskriftens krav i sine kvalitetsstyringssystemer. Hovedbildet er at helseforetakene ikke har etablert et internkontrollsystem for virksomheten som er i tråd med blodforskriftens krav. Spesielt gjelder dette kompetansestyring og oppføl-

ging av avvik, men også ledelsens oppfølging av blodbankvirksomheten generelt. Manglene omhandler styringen av aktiviteten internt i blodbankene og av samarbeidet mellom blodbankene og andre avdelinger. Dette øker som nevnt ovenfor, sannsynligheten for at noe skal gå galt og for at feil ikke oppdages og korrigeres. Pasientsikkerheten er derfor ikke tilstrekkelig ivaretatt.

I blodbankene som i helsetjenesten for øvrig, er det en nær sammenheng mellom faglige og styringsmessige utfordringer. For at helseforetakenes blodbankvirksomhet skal være faglig forsvarlig, er det en forutsetning at også kravene til kvalitetsstyringssystem etterleveres. Tilsynet har vist at helseforetakene i for liten grad har sørget for det.

Fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre

Statens helsetilsyn vil i perioden 2009–2012 satse ekstra på tilsyn med tjenester der eldre er en stor brukergruppe. Satsingen vil omfatte tilsyn med kommuner, spesialisthelsetjeneste og samhandling mellom tjenester. Tilsynsmyndigheten vil bruke ulike tilsynsmetoder og følge nøye opp de kommunene og helseforetakene som blir tilsett. Vi vil også legge vekt på formidlingsformer som kan nå ut til flere. Det forekommer svikt i alle deler av helse- og sosialtjenesten, og satsingen vil ha et bredt nedslagsfelt.

De som er gamle og avhengige av en rekke helse- og sosialtjenester, er sårbare når det svikter i tjenestetilbudet. De som er rammet av demens, er i tillegg helt avhengige av at andre passer på. Gode tjenester til eldre handler ikke bare om tilgang til tjenester, innhold og omfang, men også om at tjenestene henger sammen på en forsvarlig og god måte.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene har oppmerksomheten rettet mot pleie- og omsorgstjenestene. Mange virksomheter leverer tjenester med god kvalitet, men det er fortsatt mye ugjørt og gjentakende svikt i tjenestene. En særlig utfordring er knyttet til samhandling mellom tjenesteytere innenfor tjenester, mellom tjenester og mellom ulike nivåer. Når mange aktører er involvert, er det betydelig fare for svikt. Tilsynserfaringer og undersøkelser har vist at mennesker som mottar hjemmebaserte tjenester, er ekstra sårbare, fordi det ofte er mange tjenesteytere involvert. Fastlegen er en viktig koordinator for hjemmeboende eldre. Ved inn- og utskrivning fra sykehus er samhandling basert på gode, innarbeidede rutiner et viktig grep for å unngå svikt. Mange virksomheter har ikke god nok styring. Systematisk styring i praksis handler blant annet om en klar ansvarsfordeling, gode rutiner og tilstrekkelige kunnskaper. Det er også viktig å nyttiggjøre seg brukererfaringer, vurdere risikoforhold og løpende arbeide med forbedringer.



Når svikten ligger i struktur og ledelse

En hjelpepleier doserte insulin feilaktig under et hjemmebesøk. Helsetilsynet vurderte at det generelt ikke er forsvarlig å delegere blodsuktermåling og administrering av insulin til en hjelpepleier, men i dette tilfellet var det gitt mangelfull opplæring, og det var ikke etablert et system for å etterspørre hjelp i uavklarte situasjoner.

En eldre førstegangsfødende med misfarget fostervann kom inn på en meget travel vakt. Assistentlegen og overlegen hadde hendene fulle. Registrering av fosterets hjerteaktivitet (CTG) viste patologiske funn, men jordmoren var usikker på hvordan hun skulle tolke disse funnene. Overlegen mistet pasienten av syne, og nødvendig keisersnitt ble forsinket. Statens helsetilsyn fant at det ikke var utarbeidet retningslinjer for tilkalling av hjelp ved overbelastning, og at samhandlingen mellom jordmoren og legen om overvåkning og rapportering var uklar og mangelfull.

Disse to hendelsene er eksempler på at dagens helsetjeneste i stor grad utføres i et samspill mellom mange aktører med kompliserte samhandlingsmønstre og bruk av avansert teknologi. Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet.

Statens helsetilsyn har ved utvikling av tilsynsmetodikken i større grad ønsket å vurdere systemet ved tilsyn etter uheldige hendelser. Mennesker i systemet vil ikke kunne unngå å vurdere eller handle feil. Virksomhetens ledelse må identifisere de risikofylte områdene eller situasjonene og etablere strukturer for å forhindre at menneskelig svikt fører til uheldige resultater.

- Helsetjenesten må organiseres slik at aktørene settes i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.
- Det må være en gjennomgående sikkerhetskultur i organisasjonen.
- Det må etableres sikkerhetsbarrierer som skal forhindre uheldige hendelser.
- Det må være en åpen kultur for analyse og læring av hendelser.

Planlagt tilsyn ved hjelp av systemrevisjoner tar utgangspunkt i virksomhetens ledelse og styringssystemer, og analyserer hvordan de etablerte strukturene og rutinene vil kunne påvirke sluttresultatet. Tilsyn etter hendelser tar utgangspunkt i at den uheldige hendelsen allerede har inntruffet. Analysen består i å finne ut hva som skjedde, hvordan det skjedde, og hvorfor det skjedde. Først når analysen klarer å nærme seg disse spørsmålene, vil forholdene ligge til rette for institusjonell læring i forbindelse med avvikshendelser.

Både lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten inneholder bestemmelser om at den som er ansvarlig for virksomheten, skal sørge for forsvarlig drift. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten angir en rekke punkter om hvordan virksomheten skal planlegges og drives for å sikre forsvarlig drift, samt at virksomheten har plikt til å analysere avvikshendelser og rette opp forholdene.

I vår vurdering av tilsynssaker skal vi ha oppmerksomheten rettet mot virksomhetens styringssystem. Dette omfatter flere nivåer i organisasjonen:

- Vi skal etterspørre gjeldende rutiner for den aktuelle situasjonen.
- Vi skal identifisere mulige områder for systemsvikt.
- Vi skal etterspørre organisering og styring knyttet til hendelsen.
- Vi skal utfordre virksomheten til intern granskning.
- Vi skal vurdere handlingene til det involverte personellet i lys av de styringsmessige forholdene som er avdekket.

For å få klarlagt hendelsesforløpet og få kunnskap om de styringsmessige forholdene kan det være hensiktsmessig å avholde et møte med virksomheten tidlig i saksbehandlingen. Dette vil også kunne bidra til å peke på virksomhetens plikt til intern granskning av hendelsen, og dermed bidra til en bedre læringseffekt.

«Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet.»

Klager på helsepersonells oppførsel

Statens helsetilsyn behandler en rekke saker der det klages over at helsepersonell har vist atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen, og der det ikke er gitt omsorgsfull hjelp. I denne artikkelen skal vi se på sju slike saker. Vilkåret for reaksjoner for «atferd uforenlig med yrkesutøvelsen» finnes i helsepersonelloven § 57 første ledd. Mangel på «omsorgsfull hjelp» beskrives i helsepersonelloven § 4 første ledd.

Atferd uforenlig med yrkesutøvelsen

Helsepersonelloven § 57 første ledd lyder: «Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.»

Det framgår her at flere vilkår må være innfridd for at autorisasjon kan tilbakekalles. Grunnvilkåret er at man er uegnet til å utøve yrket som helsepersonell. I tillegg må ett eller flere av de opplistede, spesifikke vilkårene være oppfylt. Ett av disse tilleggsvilkårene er at det foreligger atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen, kan knytte seg både til noe som er gjort i tjenesten som helsepersonell, og noe som er gjort utenfor tjenesten. Kritikkverdig atferd som ikke har noe med yrkesutøvelsen å gjøre, bør tilsynsmyndighetene i utgangspunktet avstå fra å gripe inn overfor, med mindre det dreier seg om svært alvorlige forhold. Forarbeidene til helsepersonelloven gir eksempler på hva slike svært alvorlige forhold kan være: straffbare handlinger som tyveri, underslag, legemskrenkelser, legemsbeskadigelser, gjentatte tilfeller av promillekjøring eller brudd på straffelovens sedelighetskapittel. Begrepet atferd knytter seg i sterk grad til formålet med helsepersonelloven (§ 1), hvor blant annet tillit til helsetjenesten og helse-

personell står sentralt. Det er derfor i disse sakene ikke av betydning om atferden har hatt noen innvirkning på yrkesutøvelsen, og det er ikke noe vilkår at pasientsikkerheten har vært i fare. Det vil variere i hvor stor grad autorisert helsepersonell krever allmenn tillit, og det vil variere avhengig av hvilken yrkesgruppe og hvilken funksjon det er snakk om.

I saker der Statens helsetilsyn har tilbakekalt autorisasjonen på grunn av at helsepersonellet har hatt en atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen, er ofte også andre vilkår i § 57 oppfylt, for eksempel grov mangel på faglig innsikt. I eksemplene under er det imidlertid det som gjelder atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, som primært blir omtalt.

Sak 1 Tyveri av legemidler

En tjenestemottaker i hjemmetjenesten politianmeldte tyveri av legemidler fra sin omsorgsbolig. Den aktuelle hjelpepleieren erkjente ikke dette forholdet, men erkjente derimot å ha stjålet tabletter fra en annen tjenestemottaker. Politiet fant diverse medikamenter og tom emballasje hjemme hos hjelpepleieren. Arbeidsgiveren hadde også registrert at det hadde forsvunnet en rekke legemidler fra hjemmetjenesten der hjelpepleieren var ansatt.

Vurderingstemaet for Statens helsetilsyn var om hjelpepleieren var uegnet til å utøve hjelpepleieryrket på grunn av blant annet en atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Vi fant det sannsynliggjort at hjelpepleieren flere ganger hadde stjålet legemidler fra tjenestemottakere. Vi påpekte at det er en grunnleggende forutsetning for å kunne utøve virksomhet i helsetjenesten at allmennheten har den nødvendige tilliten til dem som tåler slik virksomhet, og til helsetjenesten som sådan. Yrket som hjelpepleier krever stor grad av allmenn tillit, spesielt med tanke på arbeidet som utføres i hjemmet til tjenestemottakere. Pasienter og samfunnet for øvrig skal kunne være trygge på at denne tilliten ikke misbrukes. Vi konkluderte med at hjelpepleieren i dette tilfellet hadde utvist en atferd som ikke er forenlig med hjelpepleieryrket, og at det gjorde henne uegnet til å være



hjelpepleier. Hjelpepleierens rusmisbruksproblem ble også lagt til grunn for avgjørelsen.

Vi tilbakekalte hjelpepleierens autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 57.

Sak 2 Nedlasting og besittelse av barnepornografi

En turnuslege var fratatt turnuslisensen fordi han året før ble dømt for nedlasting og besittelse av mange hundre bilder av barn (3–16 år) som ble utsatt for seksuelle overgrep. Turnuslegen hadde klaget vedtaket inn for Statens helsepersonellnemnd som opprettholdt vedtaket.

Året etter søkte turnuslegen om ny lisens. Statens helsetilsyn avsto søknaden. Avslaget ble i hovedsak begrunnet med at det hadde gått for kort tid fra han mistet lisensen, til at den allmenne tilliten skulle ha blitt gjenopprettet, og at han kunne utgjøre en fare for framtidige pasienters sikkerhet. Positive uttalelser om ham fra ektefellen og en kollega kunne ikke veie opp dette fordi de var nærstående uten nødvendig objektivitet. Samtalene han hadde hatt med en psykiater, ble heller ikke tillagt avgjørende vekt fordi disse hadde gått over en kort periode. Det var derfor uklart om samtalene hadde tilstrekkelig terapeutisk omfang og innhold til at psykiateren kunne gi en kvalifisert vurdering. Vi anbefalte at turnuslegen gikk i terapi over tid før eventuell ny søknad. Avslaget ble påklaget, men ble opprettholdt av Statens helsepersonellnemnd.

Betydningen av lovendringer i helsepersonelloven m.fl.

Den 22. desember 2006 ble helsepersonelloven endret ved tilføyelse av ny § 20a. Bestemmelsen stiller krav om politiattest for å sikre at personer som er ilagt forelegg, dømt, siktet eller tiltalt for å ha begått nærmere angitte sedelighetsforbrytelser, ikke skal tilsettes i stillinger der det ytes helsetjenester til barn eller personer med psykisk utviklingshemming. Statens helsetilsyn legger til grunn at helsepersonell som er dømt for slike handlinger, aldri vil kunne innvilges full autorisasjon. Derimot vil de kunne innvilges begrenset autorisasjon, der vilkåret er at de

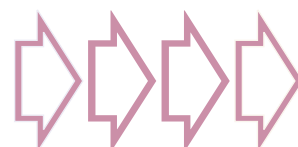
ikke kan yte helsetjenester til barn eller personer med psykisk utviklingshemming.


For turnusleger byr lovendringen på spesielle problemer fordi turnustjenesten i kommunehelsetjenesten hovedsakelig skal utføres i klinisk allmenntilleggsmedisin som omfatter allmenntilleggsmedisinske, offentlige legeoppgaver. Dette innebærer at turnuskandidaten skal yte legetjenester til barn i blant annet helsestasjon og skolehelsetjeneste. Ved anmerkninger i politiattesten vil turnusleger ikke kunne fullføre denne delen av turnustjenesten. Fordi allmenntilleggsmedisinske, offentlige legeoppgaver er en så sentral del av turnustjenesten i kommunehelsetjenesten, vil turnuslegen ikke kunne få godkjent sin turnustjeneste. Dette medfører at turnuskandidaten heller ikke vil kunne få autorisasjon som lege. Med en cand. med. grad kan vedkommende likevel arbeide innen helsevesenet med begrenset lisens (ikke turnuslisens), jf. helsepersonelloven § 49. En slik begrenset lisens må det søkes om ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

Sak 3 Forfalsking av resepter

En tannhelsesekretær som arbeidet ved en tannklinikk, utstedte resepter til seg selv, stemplet disse med tannklinikkenes stempel og skrev under med tannlegens navn. Slik ble det urettmessig utlevert store mengder vane-dannende legemidler fra fire ulike apoteker. Forfalskningen pågikk over en relativt lang periode. Tannhelsesekretæren erkjente forfalskningene overfor arbeidsgiver, og ble senere oppsagt.

Statens helsetilsyn fant at tannhelsesekretæren hadde begått et grovt tillitsbrudd overfor både arbeidsgiver, arbeidskolleger og samarbeidspartnere. Forfalskningen ble vurdert som atferd som ikke er forenlig med yrkesutøvelsen, og autorisasjonen ble tilbakekalt.





«Legen
begynte å sy
uten først
å rense såret
eller gi
bedøvelse.»

Sak 4 Hardhendt behandling av pasienter

En sykepleier hadde i mange år arbeidet ved kommunens sykehjem. Mange ganger og over flere år var det rettet kritikk mot ham for hardhendt og brå behandling av pasienter. Sykepleieren hadde fått advarsler fra arbeidsgiveren og var omplassert, men atferden gjentok seg. Med bare få dagers mellomrom ble det rapportert om to nye episoder, og sykepleieren ble suspendert fra tjenesten.

Vurderingstemaet var om sykepleieren hadde en atferd som var uforenlig med yrkesutøvelsen, og om dette gjorde ham uegnet som sykepleier. Vi vurderte at denne typen atferd er uakseptabel overfor hjelpeløse mennesker, og at han hadde et selvstendig ansvar for å ivareta forsvarlig tjenesteyting og å forvalte tilliten han hadde som helsepersonell. Handlingene var uforsvarlige, og pasienter og samfunnet for øvrig kan ikke ha tillit til helsepersonell med denne typen atferd. Sykepleieren fikk derfor tilbakekalt autorisasjonen sin.

I tillegg ble det vurdert hvilket ansvar kommunen hadde for å sikre tjenestene sine og ivareta plikten til å drive forsvarlig virksomhet. Selv om kommunen hadde fulgt opp sykepleieren med samtaler, omplassering og advarsler, hadde de latt tjenesteutøvelsen hans foregå over for lang tid, og han hadde fått for mange sjanser. Kommunen fikk derfor systemkritikk som det er hjemmel for i slike saker i kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

Omsorgsfull hjelp

Helsepersonelloven § 4 første ledd lyder: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer at det stilles krav til hvordan helsepersonellet skal opptre og kommunisere med pasienter og pårørende. Plikten til omsorgsfull hjelp innebærer også å opptre observant og lyttende når man yter helsehjelp, samt å vise omtanke og respekt for pasienter. Det innebærer videre at man må ha evne til å takle uforutsette og

vanskelige situasjoner og personer på en hensynsfull måte. Plikten knyttes til hva som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig.

Sak 5 Unødig belastning og smerte

En pasient hadde slått hodet og fått et kraftig kutt mens hun badet. Ambulansepersonellet som kom til stedet, satte på henne en halskrage og la henne på en bære. Ved ankomst til legevakten ble hun trillet inn til legen, fulgt av en ledsager. Legen skal ikke ha foretatt noen nærmere undersøkelse av pasienten, men ha funnet fram en saks, tatt tak i håret og begynt å klippe uten forvarsel eller forklaring. Dette skal ifølge ledsageren ha blitt gjort på en veldig lite skånsom måte. Pasienten skal ha stilt spørsmål i forbindelse med hårklippingen, og legen skal ha svart tydelig irritert. Det skal igjen ha begynt å blø fra såret. Legen skal ha klippet mye mer enn det som ble ansett som nødvendig, og gjort dette med «sinte bevegelser», mens tårer, blod og hår rant nedover ansiktet til pasienten. Legen begynte å sy uten først å rense såret eller gi bedøvelse. Legen ga ikke noen informasjon underveis om hva han skulle gjøre. Da han var ferdig med å sy, skal han ha helt saltvannsløsning over såret og ansiktet til pasienten og tørket henne grovt og hardt med en bommulsdott. Dagen etter konsultasjonen skal det ha blitt oppdaget et nytt kutt, ca. 3 cm langt, som også burde ha blitt sydd.

Statens helsetilsyn vurderte saken opp mot helsepersonelloven § 4.

Vi fant at hårklippingen burde vært gjort på en måte som ikke medførte unødig belastning for pasienten. Legen klippet mer hår enn det som var nødvendig, og det synes å ha blitt gjort på en lite skånsom måte. Videre fant vi at når det gjaldt å sy såret uten lokalbedøvelse, så kunne dette vært akseptert dersom det bare skulle settes ett eller to sting. I dette tilfellet ble det satt flere sting, og da burde det



blitt gitt lokalbedøvelse for ikke å utsette pasienten for unødvendig smerte. Vi påpekte også at beruselse, som var anført av legen som grunn for ikke å sette bedøvelse, ikke nødvendigvis nedsetter terskelen for smerte.

Handlingene ble ansett å ikke være i tråd med kravet til omsorgsfull hjelp etter helsepersonelloven § 4. Vi fant også at fordi legen ikke hadde gjennomført nødvendige undersøkelser, var det å anse som faglig uforsvarlig. Alle vilkårene for å gi en advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 var til stede, og det ble derfor gitt en advarsel i denne saken.

Sak 6 Feiltolkning og motvilje til kontakt

En pasient ble på grunn av akutt og svært smertefull hodepine henvist til øyeblikkelig hjelp ved et røntgeninstitut for computertomografi (CT) av hodet. Av brevet som pasienten fikk med seg derfra tilbake til fastlegen, skal det ha framgått at det ikke var funn som tydet på sykdom eller skade. Pasienten ble ikke bedre tross migrenemedikamenter og smertestillende. Ved andre gangs konsultasjon hos legevakten hadde hun dårlig allmenntilstand, og en laboratorieprøve viste tegn på betennelse. Hun ble sendt til sykehus der de så på bildene fra røntgeninstituttet og fant at hun hadde hjerneblødning.

Pasienten skal i etterkant ha bedt om samtale med radiologen ved røntgeninstituttet. Radiologen kontaktet ikke pasienten og begrunnet dette med at han ville at kommunikasjonen skulle gå via hennes fastlege. Tilsynsmyndigheten forela bildene for en sakkyndig, som bekreftet at radiologen hadde oversett hjerneblødning.

Statens helsetilsyn fant at den manglende viljen til å møte og snakke med pasienten representerte et brudd på kravet til omsorgsfull hjelp etter helsepersonelloven § 4. Vi påpekte også at i forbindelse med uheldige situasjoner i helsetjenesten, så vil åpenhet og god informasjon i de fleste tilfeller avklare de hendelsene som opptrer. Vi fant imidlertid ikke at vilkårene «betydelig belastning» og/eller «fare for sikkerheten i helsetjenesten», jf. helsepersonelloven § 56, var til stede. Disse tilleggsvilkårene må være til stede for at det kan gis advarsel. Saken ble derfor avsluttet uten reaksjon.

Sak 7 Manglende informasjon og ufullstendige journalnotater

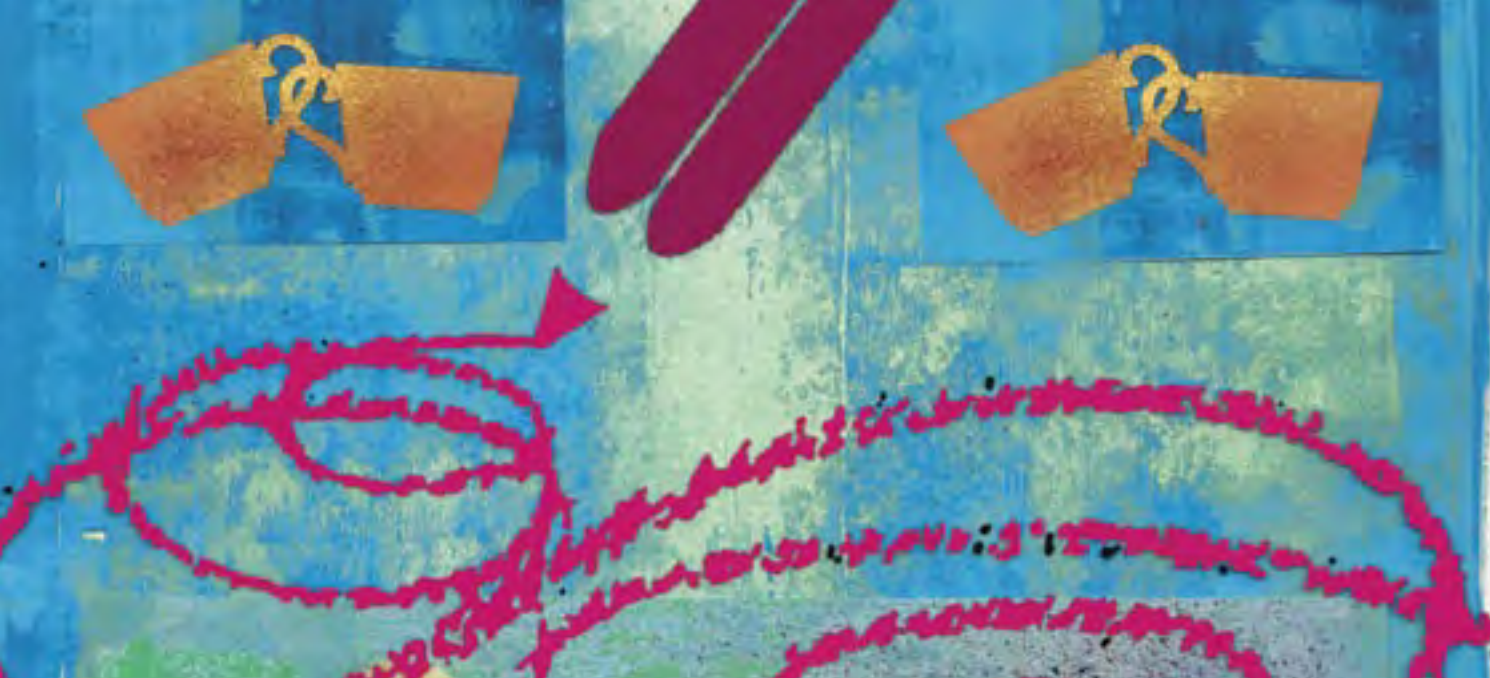
En 80 år gammel kvinne ble innlagt til et planlagt kirurgisk inngrep for en galleveislidelse. Det er ikke dokumentert at hun fikk informasjon før operasjonen om inngreps art og mulige komplikasjoner. Inngrepet var teknisk vanskelig, og det oppsto komplikasjoner i form av en infeksjon i bukspyttkjertelen.

Tilstanden ble behandlet med antibiotika, men pasientens allmenntilstand ble svært redusert under oppholdet. Hun fikk blant annet påvist anemi, hjertesvikt, liggesår, sviktende nyrefunksjon og dyp venetrombose.

Det ble ikke ført journalnotater i store deler av perioden etter operasjonen, og det er derfor ikke dokumentert hvilke medisinskfaglige vurderinger som ble gjort, eller hvilken informasjon pasienten eller pårørende fikk. Pårørende ba om å få snakke med legen som hadde operert, men ønsket ble avslått. Etter sju uker fikk de i stedet tilbud om å snakke med den som hadde overtatt behandlingsansvaret for pasienten. Legen ga informasjon om at pasienten var utskrivningsklar fordi eneste aktuelle behandling var mobilisering, aktivisering og miljøskifte. Hun ble utskrevet én uke senere. Hun hadde da fortsatt anemi, tegn på infeksjon og sviktende nyrefunksjon. Pasienten døde to dager senere.

Pårørende klaget på at verken de eller pasienten fikk informasjon om inngreps art eller komplikasjoner verken før eller etter inngrepet, samt at det var uverdig at hun ble overført

«Tilsynsmyndigheten forela bildene for en sakkyndig, som bekreftet at radiologen hadde oversett hjerneblødning.»



til sykehjem for mobilisering i hennes tilstand.

Statens helsetilsyn innhentet sakkyndig uttalelse i saken. Basert på denne konkluderte vi med at utskrivelsen burde vært utsatt fordi pasientens tilstand ble stadig forverret, at det fortsatt var uavklarte forhold knyttet til infeksjon, nyresvikt og anemi. Sett i lys av at pasienten ble påført en alvorlig komplikasjon etter inngrepet, burde sykehuset ha strukket seg langt i å sørge for omsorgsfull hjelp til pasienten. Vi fant videre at det var kritikkverdig at dokumentasjonen om klinisk forløp,

pasientinformasjon og behandlingsplan var mangelfull. Vi fant det sannsynliggjort at pasienten og pårørende ikke var tilstrekkelig informert om den dårlige prognosen, og at behandlingen i realiteten var gitt opp. Dette gjorde at pårørende opplevde utskrivelsen som utrygg, uverdig og uforsvarlig.

Det ble konkludert med at utskrivningen var i strid med kravet til omsorgsfull hjelp som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, og at dokumentasjonen var i strid med kravet til forsvarlighet i samme lovbestemmelse.

Saksgangen i tilsynssaker

Tilsynsmyndigheten får kjennskap til hendelsene gjennom for eksempel klager fra pasienter eller pårørende, bekymringsmeldinger fra andre offentlige etater, politi, arbeidsgiver og i noen tilfeller fra media. Sakene kommer først inn til Helsetilsynet i det enkelte fylket. Dersom Helsetilsynet i fylket mener at hendelsen innebærer at helsepersonelloven er brutt, og at det kan være aktuelt å gi en reaksjon, sendes saken til Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn vurderer deretter om bestemmelser i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven m.v. har blitt brutt.

Formålet med helsepersonelloven er pasientsikkerhet, kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Statens helsetilsyn kan gi reaksjoner etter helsepersonelloven §§ 56 til 66, for eksempel advarsel

eller tilbakekall av autorisasjon som helsepersonell. Slike reaksjoner gis som enkeltvedtak, og helsepersonellet kan påklage vedtaket til Statens helsepersonellnemnd. Helsepersonell som har fått tilbakekalt autorisasjonen, kan søke om å få den tilbake. Men som ett av eksemplene viser, skal det mye til for å få tilbake autorisasjonen, spesielt når grunnen for tilbakekallingen er atferd som vurderes som uforenlig med yrkesutøvelsen.

Det hender at vi finner at bestemmelser i helsepersonelloven har blitt brutt, men at vi likevel ikke gir en reaksjon. Det kan være fordi alle vilkårene ikke er til stede, eller fordi vi ikke finner det formålstjenlig å gi en reaksjon. I enkelte tilfeller gir vi også reaksjoner til helseforetaket, enten alene eller i tillegg til reaksjon overfor helsepersonellet.

Når vi gir tilbake autorisasjon

Hvert år mister ca. 70 helsearbeidere autorisasjonen sin av ulike grunner som rusmisbruk, atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, uforsvarlig virksomhet eller brudd på kravet til den allmenne tillit. Den vanligste årsaken er misbruk av rusmidler (50 prosent), oftest vane-dannende legemidler alene eller i kombinasjon med alkohol.

Helsepersonell som har mistet autorisasjonen sin, kan få den tilbake ved å søke Statens helsetilsyn om ny autorisasjon. Dette følger av helsepersonelloven § 62. For å få autorisasjonen tilbake må de dokumentere at de igjen er skikket. Det betyr at de må legge ved dokumenter ved søknaden som viser at de forholdene som var årsaken til at Statens helsetilsyn tilbakekalte deres autorisasjon, ikke lenger er til stede. Hvis Statens helsetilsyn finner at den tilsendte dokumentasjonen sannsynliggjør at helsepersonellet igjen er skikket, vil søknaden bli innvilget, i motsatt fall vil den bli avslått. Avslaget kan påklages til Statens helsepersonellnemnd.

Krav til dokumentasjon av skikkethet

Krav til dokumentasjon av skikkethet vil variere med hva som var bakgrunnen for tapet av autorisasjonen.

Ved tap av autorisasjon på grunn av rusmidelmisbruk må helsepersonell godtgjøre at de ikke lenger har et rusproblem ved å dokumentere rusfrihet over tid. Hvor lenge de må ha vært rusfri, vil avhenge av flere forhold som hvilke rusmidler de har misbrukt, misbrukets omfang og varighet m.m. – oftest minimum to år. Eksempler på slik dokumentasjon vil være behandling og gjennomførte rusmiddelel-analyser i tråd med krav til tester til kontrollformål.

Ved søknad om å få tilbake autorisasjon etter tap på grunn av uforsvarlig virksomhet, må helsepersonell vise at de har hevet sin kompetanse på det aktuelle fagområdet. Slik kompetanseheving kan være videreutdanning, kurs, litteraturstudier, hospitering og supervisjon / veiledning av kompetente veiledere.

Hvis helsepersonell har tapt autorisasjonen på grunn av atferd som er uforenlig med yrkes-

utøvelsen, og brudd på kravet til allmenn tillit, må de vise at de har bearbeidet hendelsen og eventuelle bakenforliggende årsaker gjennom veiledning og/eller behandling, og fått ny innsikt, bedre mestring og kontroll med egne handlinger.

Statens helsetilsyn har laget et rundskriv med informasjon til helsepersonell som har mistet autorisasjonen sin, med krav til dokumentasjon av skikkethet. Helsepersonellet får tilsendt dette rundskrevet sammen med tilbakekallingsvedtaket. Rundskrevet finnes også på våre nettsider.

Begrenset autorisasjon

Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som får tilbakekalt autorisasjonen, begrenset autorisasjon (helsepersonelloven § 62, jf. § 59). Begrenset autorisasjon kan innvilges når helsepersonellet vurderes som skikket til å utøve en bestemt virksomhet under bestemte vilkår, men ikke er skikket til selvstendig virksomhet. Begrensningene i autorisasjonen skal sikre at vedkommende utfører forsvarlig virksomhet. Autorisasjonen kan begrenses i tid, til visse funksjoner/behandlingsmåter, til en bestemt arbeidsgiver og stilling, og eventuelt på vilkår om kontroll og veiledning fra kolleger eller andre. Slik autorisasjon kan gis både i tilslutning til tilbakekallingsvedtaket og etter søknad om ny eller begrenset autorisasjon.

«Ved søknad om å få tilbake autorisasjon etter tap på grunn av uforsvarlig virksomhet, må helsepersonell vise at de har hevet sin kompetanse på det aktuelle fagområdet.»





Når helsepersonell skriver attester og erklæringer

Helsepersonell, særlig leger, skriver uttalelser til bruk i ulike sammenhenger. Uttalelsene kan få avgjørende betydning i både private og offentlige rettsforhold, som for eksempel i forsikringsaker og trygdesaker. I mange tilfeller blir innholdet i erklæringen avgjørende for utfallet av saken. Pasienter forventer gjerne at legen skal framstille en sak i best mulig lys for dem. For legen vil det kunne være en vanskelig balansegang mellom det å ivareta pasientens interesser og samtidig ivareta samfunnets interesser. Vår erfaring er at leger ikke alltid er bevisst de juridiske og etiske kravene som gjør seg gjeldende i denne sammenhengen.

Etter endringen som trådte i kraft 1. november 2008, lyder helsepersonelloven § 15 slik:

«§ 15. Krav til attester, erklæringer o.l. Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l.»
«Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l.»

Kravene må i tillegg ses i sammenheng med kravet til forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven § 4.

Hva er en attest/erklæring i lovens forstand?

Spørsmålet om hva som er en attest/erklæring, ble belyst i en sak som ble oversendt Statens helsetilsyn som overordnet forvaltningsorgan.

En psykiater hadde gitt en uttalelse for en venn som ikke var hans pasient, til bruk som støtte i en pågående rettssak mot dennes tidligere ektefelle. Det framgikk av uttalelsen at det var dette som var formålet med den. Legen hadde truffet den tidligere ektefellen, men var heller ikke hans lege. I uttalelsen gikk legen langt i å diagnostisere den tidligere ektefellen. Uttalelsen ble skrevet på brevarket til legens arbeidssted og var signert med hans tittel som psykiater.

Helsetilsynet i fylket mente at uttalelsen som var gitt av legen, ikke var å anse som en attest eller erklæring etter helsepersonelloven § 15. De la vekt på at uttalelsen i hovedsak var ment som et slags prosesskriv. Statens helsetilsyn var uenig i denne lovtolkningen og mente at uttalelsen var å anse som en attest eller erklæring.

I vår vurdering la vi vekt på formålet med helsepersonelloven § 15. Formålet er blant annet at helsepersonells faglige kvalifikasjoner ikke skal misbrukes verken av helsepersonellet selv eller av andre. Vi la også vekt på at ordlyden i paragrafen er vid. Vi mente at det ikke var avgjørende hva uttalelsen var ment som, og la avgjørende vekt på hvordan dokumentet framsto ut fra en objektiv vurdering. Statens helsetilsyn la derfor vekt på at uttalelsen var skrevet på klinikkens brevark, at det var signert med yrkestittel, og at det var gjort forsøk på diagnostisering av den tidligere ektefellen. På bakgrunn av dette kom vi til at uttalelsen var å anse som en erklæring eller attest. Saken ble returnert til Helsetilsynet i fylket for vurdering opp mot helsepersonelloven § 15. Dersom uttalelsen ikke hadde blitt ansett som en attest, hadde den ikke trengt å fylle kravene i helsepersonelloven § 15.

Hvilke krav stilles det til en attest/erklæring?

At attester og erklæringer skal være objektive, innebærer at de ikke skal framstå som et partsinnlegg, men gi en saklig, faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvable måte.

«Vår erfaring er at leger ikke alltid er bevisst de juridiske og etiske kravene som gjør seg gjeldende»



Det skal framgå av attester og erklæringer om opplysningene beror på helsepersonellens egne funn ved undersøkelsen av pasienten, eller om det er opplysninger pasienten selv har gitt. Statens helsetilsyn har i behandlingen av tilsynssaker særlig sett at kravet til nøyaktighet blir brutt ved at det ikke kommer tydelig fram hvor opplysningene i attester og erklæringer er hentet fra.

Legen kan gi vurderinger, men skal være forsiktig med å påstå årsakssammenhenger utover å påpeke sannsynlighet.

I tillegg til de kravene loven setter, må attester og erklæringer også tolkes ut fra de etiske reglene som til enhver tid gjelder for den gruppen helsepersonell som skriver dem.

Etter legeforeningens etiske regler skal det ikke avgis erklæring dersom legen mener at det ikke er saklig grunnlag for det. Dette innebærer blant annet at helsepersonellet må se til at de ikke avgir erklæring om sykdommer eller forhold som de ikke har kjennskap til gjennom sin gjerning. Legeforeningens etiske regler anbefaler også at erklæringens adressat og formål framgår av attesten.

Den 1. januar 2009 trådte forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer og liknende i kraft. Forskriften utdyper blant annet de kravene som stilles i helsepersonelloven § 15, og vil forhåpentlig bidra til høy kvalitet og legitimitet på attester og erklæringer som skrives av helsepersonell.

Tall om tvang og makt

Statens helsetilsyn har i en egen rapport sammenstilt og analysert fylkesmennenes data fra 2000 til 2007 om bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede etter reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A.

Dataene omhandler kommunenes beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, vedtak om skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og vedtak om å dekke tjenestemottakers grunnleggende behov, dispensasjoner fra utdanningskrav og stedlige tilsyn som fylkesmennene har gjennomført for å kontrollere tvangsbruken.

Beslutninger og vedtak

De første årene skjedde det som forventet en forskyvning fra registrerte beslutninger til regulerte vedtak. Fra 2003 har det vært en årlig vekst i antall beslutninger. Forventningen om at mer kunnskap om personer med utfordrende atferd, mer kunnskap om andre løsninger enn bruk av tvang, og mer trening i å fatte vedtak skulle medføre færre beslutninger overfor færre personer, er ikke innfridd.

For vedtakene har det vært en gjennomgående vekst. Det var forventet de første årene, men på sikt så man for seg at fagmiljøene ville finne fram til andre tiltak enn tvang, og at antall vedtak derfor ville gå ned. Men aldri har veksten i antall vedtak vært større enn fra 2006 til 2007.

Rapporten viser altså at fylkesmennene registrerer mer og mer tvang overfor flere og flere. Økningen kan skyldes at registreringen fanger opp bedre den tvangen som utøves, og kanskje skjer det mindre tvang innenfor de meldte beslutningene og de godkjente vedtakene enn det tallene tyder på? Vedtakene kan fungere som sikkerhetsnett, som kan brukes for å stanse atferd, låse skap, bruke seler eller slå på alarmer. Men hvor ofte tiltakene blir brukt, framgår ikke. Tallenes tale kan altså tyde på at bruken av tvang har økt.

Dispensasjoner

Dispensasjoner fra utdanningskrav har også økt gjennom perioden. Lovens utgangspunkt er at tvangstiltak er så inngripende i personers liv at slike tiltak skal utføres av personer med

Saksmengde – sosialtjenesteloven kap. 4A 1999–2007

År	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner	99 108	35 247	36 466	21 166	19 697	22 700	24 337	27 439	31 533
Godkjente vedtak	123	247	346	377	429	655	841	898	1268
Dispensasjoner fra utdanningskrav	19	119	152	266	270	319	481	490	536
Stedlige tilsyn	-	300	299	353	362	148	209	244	246

I tabellen er også dataene fra 1999 tatt med, som var første året for lovreglene.



tilstrekkelig kompetanse. Dispensasjoner er unntaket «i særlige tilfeller». Registrert vekst i antall dispensasjoner kan tyde på et svekket fagmiljø, men kan også skyldes flere vedtak, behov for mer personell eller annet.

Stedlig tilsyn

Gjennom stedlige tilsyn kontrollerer Fylkesmannen om vedtak gjennomføres som forutsatt og om tvang som utføres skjer forsvarlig. Den dramatiske nedgangen i antall tilsyn fra 2003 til 2004 henger sammen med endringer i regelverket. De siste årenes vekst gir et positivt inntrykk, men det er også slik at vekst i tiltakene øker behovet for tilsyn.

Variasjoner mellom fylker

Rapporten viser store variasjoner mellom fylkene, både når det gjelder beslutninger, vedtak, dispensasjoner og stedlige tilsyn. Det er nærliggende å tro at dette ikke primært skyldes atferden til personene med psykisk utviklingshemning. Det er mer sannsynlig at forskjellene skyldes den fagkulturen som preger de enkelte kommunene, habiliterings-tjenestene og fylkesmennene. Ulik registreringspraksis kan også føre til variasjon mellom fylkene.

Registrering

Dataene som er sammenstilt, viser at det trengs et bedre registrerings- og rapporteringssystem for å fange opp tvangens omfang og innhold. Det gjelder både tvangen som besluttes i nødssituasjoner, og tvangen som reguleres i vedtak. Dessuten trengs det bedre registrering av fagsituasjonen i kommunene, og bedre kontroll med habiliteringstjenestene

og fylkesmennenes virksomhet. Statens helsetilsyn vil i de kommende årene ta tak i disse utfordringene.

Skillet mellom beslutninger og vedtak

I sosialtjenesteloven kapittel 4A skilles det mellom beslutninger og vedtak.

Der det blir utført skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner skal det treffes en beslutning om slik tvangsbruk som følger lovregulerte prosedyrer. Beslutningen skal treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller – dersom det ikke er tid til dette – av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført.

Vedtak, som er kalt enkeltvedtak i forvaltningsloven, treffes både for planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og for tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Vedtak treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak omhandler dermed flere tiltakstyper enn beslutningene, som er avgrenset til skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner.

Et tilsvarende skille mellom beslutninger og vedtak finnes ikke i de nye reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A. Der skal alle tiltak reguleres i vedtak.

Når klageinstansen tar feil

En klage på en rettighet etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven skal behandles av Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen. Hovedregelen er at den som mener at rettigheten ikke er oppfylt etter behandling i klageorganet, må reise sak for domstolen. For mennesker med lite ressurser, kan det å gå til rettssak være uoverkommelig. Det er derfor en viktig sikkerhetsventil at Statens helsetilsyn, som overordnet organ, unntaksvis kan omgjøre fylkesnivåets vedtak.

I 2008 har vi mottatt åtte henvendelser der vi har blitt bedt om å vurdere å omgjøre behandlingen av rettighetsklager som er behandlet av Helsetilsynet i fylkene. Vi får også en del henvendelser fra personer som mener at deres lovbestemte rettigheter er mangelfulle, at det er manglende samordning mellom ulike instanser i det offentlige hjelpeapparatet, og at det er lang saksbehandlingstid i klageinstansen på fylkesnivå. Noen av henvendelsene gjelder spørsmål om hvordan rettighetslovgivningen skal forstås. Slike tolkningsspørsmål skal sendes videre til Arbeids- og velferdsdirektoratet, som har ansvar for tolkning av sosialtjenestelovens bestemmelser om økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad, eller til Helsedirektoratet for tolkning av andre bestemmelser i sosialtjenesteloven og i helselovgivningen.

Antall innkomne henvendelser og resultatet av Statens helsetilsyns behandling

- Henvendelser med generelle klager på tjenestene: 7
- Anmodning om overprøving av vedtak i klagesaker: 12
- Utsettende iverksettelse av klageinstansens vedtak: 2
- Henvendelser returnert til fylkene til ny vurdering: 3
- Ikke grunnlag for omgjøring – informasjonsbrev til avsender: 4

- Henvendelser som har ført til omgjøring av klageinstansens vedtak: 1
- Henvendelser som er returnert uten omgjøring, med prinsipielle uttalelser: 2
- Tolkningsspørsmål som er oversendt Helsedirektoratet: 2
- Ingen tolkningsspørsmål ble oversendt Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Når vi mottar anmodninger om å omgjøre klageinstansens vedtak, er praksisen vår at vi bare omgjør vedtak dersom disse både er ugyldige og av stor betydning for tjenestemottakeren. I noen saker har forholdene endret seg etter at klagen er behandlet. Da er det mest hensiktsmessig at saken tas opp på nytt med den som skal yte tjenesten det klages over. Hensynet til at tjenestemottakeren har innrettet seg etter vedtaket, kan bidra til at vi som overordnet organ ikke omgjør vedtaket, selv om det kan ha rettslige mangler. Da vil vi svare på anmodningen ved å gi en prinsipiell uttalelse om hvordan rettsreglene skal forstås, for å sikre at eventuelle nye saker behandles i samsvar med regelverket.

Klager på Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannens avvisning av å behandle klagen

Rettighetslovene er spesifikke om hvem som har anledning til å klage på sine rettigheter, og hva det kan klages på. Klageinstansen på fylkesnivå kan avvise klager som ikke faller inn under loven. For å ivareta rettssikkerheten til den som klager, er det mulig å innklage avvisningsvedtaket til Statens helsetilsyn.

Antall saker i 2008

- Innkomne saker: 6
- Klager fikk medhold: 1
- Klager fikk ikke medhold: 5

Eksempel på sak: Krav om å slette journal

En pasient krevde, overfor Helsetilsynet i fylket, at hele journalen skulle slettes. Helsetilsynet i fylket avviste klagen, og saken ble oversendt til Statens helsetilsyn. Det ble besluttet at Helsetilsynet i fylket er forpliktet til å realitetsbehandle klagen i samsvar med helsepersonellovens bestemmelser. I begrunnelsen uttaler vi følgende:



«Helsepersonelloven § 43 inneholder ikke vilkår om at opplysningene som ønskes slettet, må være konkret angitt. Det er heller ikke noe forbud mot sletting av hele journalen. Dette framgår også av Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-20/2001. Selv om det ikke er noe forbud mot sletting av hele journalen, må spørsmålet vurderes oppimot helsepersonellens journalføringsplikt.»

Klager på avslag om dekning av saksomkostninger

Forvaltningsloven § 36 slår fast at når et vedtak blir endret for en part, skal vesentlige kostnader som har vært nødvendige for å få endret vedtaket, dekkes (med noen unntak). Dette er særlig aktuelt hvis tjenestemottakeren engasjerer advokat for å få oppfylt sine rettigheter. Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannen er klageinstans for disse klagen, og de kan bringes inn for Statens helsetilsyn for overprøving.

Statens helsetilsyn behandlet i 2008 to slike saker. I begge sakene måtte vi ta stilling til hvilke «særlige forhold» i de konkrete sakene om tilsa at klageren hadde rett til å få dekket saksomkostnadene.

I én av disse sakene, som gjaldt en rusavhengig, fikk klageren medhold. I den saken ble det vurdert om det var nødvendig å benytte advokat, med de betydelige kostnadene som dette medførte. Det ble lagt vekt på feilens art og alvorlighetsgrad, og det ble sett på om den veiledningen som tjenestemottakeren hadde rett på fra forvaltningen, kunne vært tilstrekkelig.

I vår vurdering i saken la vi vekt på at det for pasienten framstod som avgjørende å få rett til nødvendig helsehjelp i form av behandling for sin rusavhengighet. Vi la videre vekt på følgende punkter:

- Regelverket som gjelder rett til helsehjelp i form av rusbehandling, er komplisert. For pasienten ville det ikke være enkelt å sette seg inn i det, selv med hjelp fra forvaltningen. Sakens kompleksitet tilsier etter vår oppfatning at det var behov for bistand fra advokat.

- Klageinstansens endring av vedtaket om rett til nødvendig helsehjelp anses ikke å ha sammenheng med forhold som pasienten har hatt noen kontroll over, eller som har vært utenfor forvaltningens kontroll.
- Statens helsetilsyn overprøvde ikke det salæret advokaten beregnet seg. Dette er i tråd med uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling om å være restriktiv med å overprøve salærberegningen der denne ikke framstår som klart urimelig.
- Samtlige deler av advokatsalæret anses som knyttet til saken.

Statens helsetilsyns vedtak som overordnet myndighet

Omgjøring av førsteinstansens vedtak

I 2008 benyttet vi retten som overordnet organ til å omgjøre et vedtak fra NAV. Det gjaldt dekning av reiseutgifter som var nødvendig for å motta helsehjelp. Klagefristen var utløpt, men vedtaket led av mange mangler og framsto som inkonsistent. Dette gjorde det vanskelig for pasienten til å kunne bruke retten til å klage innen fristen. Vedtaket var dessuten bygget på feil rettsanvendelse. Riktig behandling av saken ville utløst retten til å få dekket reisekostnader. Statens helsetilsyn fant det urimelig at pasienten skulle bære den økonomiske konsekvensen av dårlig saksbehandling i NAV, og omgjorde vedtaket til fordel for pasienten.

Prinsipputtalelse om retten til øyeblikkelig hjelp for pasient på sykehus

Spørsmål i en konkret sak var om helsetjenesten, uten å komme i konflikt med retten til øyeblikkelig helsehjelp, kan journalføre at øyeblikkelig hjelp-behandling skal innskrenkes i en framtidig behandlingssituasjon. Det dreide seg om føring i en pasientjournal om at det ikke skulle gis respiratorbehandling ved framtidig respirasjonsstans. Her uttalte Statens helsetilsyn følgende:

«Lovens bestemmelse om rett til øyeblikkelig hjelp framgår av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, første punktum som lyder:



«Selv om det ikke er noe forbud mot sletting av hele journalen, må spørsmålet vurderes oppimot helsepersonellens journalføringsplikt.»



«Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig, må avgjøres ut fra et forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle.»

'Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.' Plikten til å gi øyeblikkelig hjelp er for det enkelte helsepersonell angitt i helsepersonelloven § 7, og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 angir helseforetakets plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Bestemmelsene innebærer en plikt for helse-tjenesten/helsepersonellet til å yte hjelp når det er påtrengende nødvendig, og uten at pasienten har samtykket til denne helsehjelpen. Vurderingen av hva som er påtrengende nødvendig, må avgjøres ut fra et forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle.»

«Som et alminnelig utgangspunkt omfatter plikten til å yte øyeblikkelig hjelp i de situasjoner hvor det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, og for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom. I vurderingen må det legges vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av helsetilstanden.»

«I en situasjon som denne saken, der pasienten er innlagt i sykehus med en alvorlig tilstand, er det viktig at det foretas en grundig utredning av om livsforlengende behandlingstiltak vil kunne ha effekt dersom det inntreffer en forverring av tilstanden. Vurderingen må også omfatte om pasientens lidelse/smerter mv. vil kunne forverres ved behandlingstiltak. En grundig medisinsk faglig utredning/vurdering må ligge til grunn for at helsepersonellet skal kunne konkludere med at de åpenbart ikke kan akseptere pasientens/representantens ønsker i en slik situasjon.»

Vår konklusjon i saken er at der det er gjort forhåndsvurdering av hjelpen som skal ytes i

akutte situasjoner, skal denne journalføres. Dette er nødvendig for at pasienten skal sikres forsvarlig helsehjelp. Det er imidlertid avgjørende for å sikre en forsvarlig framtidig behandling at også premissene for vurderingen nedtegnes. Er pasienten vurdert som døende, må pasientens tilstand og hvilke forhold vurderingen bygger på, beskrives. Det vil likevel på ethvert tidspunkt i behandlingen være det behandlende helsepersonellet som skal sikre pasienten den nødvendige og forsvarlige behandlingen ut fra den aktuelle helsetilstanden. Da er det viktig at innholdet i journalen fungerer som støtte for behandlingsvalgene i akutte situasjoner.

Liten kjennskap

I 2008 har vi mottatt få overprøvingssaker fra personer for uoppfylte rettigheter etter sosialtjenesteloven. Dette kan ha sammenheng med at Statens helsetilsyn som overordnet organ for klager etter sosialtjenesteloven er lite kjent ute i tjenesten og blant sosialtjenestens mottakere. Dette gir grunn til ettertanke og bekymring, fordi de som er avhengig av de sosiale tjenestene er i en sårbar situasjon med stort behov for tjenestene. Statens helsetilsyns arbeid for å sikre sosialtjenestens brukere et forsvarlig tjenestetilbud må derfor fortsette, både i form av informasjon om våre oppgaver, arbeidet med å sikre lik behandling av klagesakene og gjennom tilsyn med kommunene.

På hjemmesiden vår Helsetilsynet.no under «Rettighetsklager > Avgjørelser og prinsipputtalelser» finnes det sammendrag av sakene som vi omgjør eller der vi har gitt prinsipputtalelser.



Landsomfattende tilsyn i 2009

Statens helsetilsyn har i 2009 valgt å fokusere på kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger i et landsomfattende tilsyn. Målet er at barn skal få de kommunale tjenestene de har krav på.

Det skal også gjennomføres landsomfattende tilsyn med det psykiske helsevernet. Dette henger sammen med at det i 2007 ble ført tilsyn med det kommunale tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, og at det også er ønskelig å sette et ekstra trykk på spesialisthelsetjenestetilbudet til denne gruppen. Tilsynet er avgrenset til distriktpsikiatriske sentre (DPS-er) og er en videreføring av tilsynet som begynte i 2008 (se omtale på side 7).

Valget av tilsynsområde og tema bygger på vurderinger av risiko og sårbarhet og behov for å føre tilsyn med tjenester til særlig sårbare grupper. Formålet med å føre tilsyn er å bidra til trygge tjenester ved å undersøke om regelverket blir fulgt.

Begge tilsynene skal gjennomføres som systemrevisjoner. Alle som yter helse- og sosialtjenester, er pålagt å ha internkontroll. Internkontrollen skal sikre at eiere og ledere styrer virksomhetene slik at tjenesteytingen er forsvarlig blant annet gjennom planlegging og organisering, gjennom opplæring av personalet, brukermedvirkning og systematisk overvåking og kontinuerlig forbedring av tjenestene. Systemrevisjon er en tilsynsmetode som legger vekt på at det er nær sammenheng mellom faglige og styringsmessige utfordringer.

Kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

Tilsynet med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

Barne- og avlastningsboliger

Barnebolig er kortformen for bolig hjemlet i sosialtjenesteloven der barn og unge under 18 år bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg (og eventuelt pleie). Avlastningsbolig brukes der opphold skjer som ledd i avlastning med hjemmel i sosialtjenesteloven. Avlastningsboliger er ikke avgrenset til barn, men i dette tilsynet er det bare tjenestetilbudet til barn som skal undersøkes.

er et felles tilsyn der Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket samarbeider om gjennomføringen. Som ledd i forberedelsene har det vært gjennomført møter med brukerorganisasjoner, forskningsmiljøer, kommunale tjenesteytere og andre fagmiljøer som yter tjenester til barn.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene skal undersøke om kommunene, gjennom sin internkontroll, sikrer at barn som bor i barne- og avlastningsbolig får forsvarlige sosial- og helsetjenester når barnet bor i boligen og kommunen har ansvaret for den daglige omsorgen. Barn som trenger heldøgns omsorg og eventuelt pleietjeneste, hele tiden eller i kortere og lengre perioder, er vanligvis sterkt fysisk funksjonshemmet og/eller psykisk utviklingshemmet med så store omsorgsbehov at de enten ikke kan få dem dekket i foreldrehjemmet, eller at foreldrene har så stor belastning at de må ha regelmessig eller hyppig avlastning.

Spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS-er) til voksne med psykiske lidelser

Tilsynet ble startet i 2008 og videreføres i 2009. Tilsynet utføres av Helsetilsynet i fylkene med regionale team. I hvert team er det fagrevisorer, psykolog og psykiater. Også for dette tilsynet er det holdt møter med representanter for fagmiljøer og brukerorganisasjoner, og det er utarbeidet en veileder. Oppmerksomheten rettes mot hvordan DPS-er ivaretar sine funksjoner overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser, både når det gjelder vurdering og prioritering av nye pasienter, utredning, behandling og oppfølging. Tilsynene skal undersøke hvordan DPS-ene sikrer samhandling med aktuelle samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet, og hvordan sentrene legger til rette for brukermedvirkning. Tilsynet skal også vurdere tilgjengeligheten til tjenestetilbudet og om det er satt i verk tiltak for å hindre og forebygge bruk av tvang.

Ved å opplyse om landsomfattende tilsyn i inneværende år, kan virksomhetene som skal tilses, selv sette i verk tiltak for å bedre styringen og internkontrollen med tjenestene.

Tilsyn i Vestfold:**Trafikkfarlige pasienter****Helsepersonelloven:**

§ 34 Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat

Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

For første gang har Helsetilsynet i et fylke undersøkt hvordan regelverket rundt meldeplikt om helsekrav til førerkort håndteres. Metoden var systemrevisjon. Vi har gjennomført tilsyn med to deler av psykiatrien i Vestfold, ved smertepoliklinikken og geriatrisk avdeling ved Sykehuset i Vestfold, og med fem fastleger, tilfeldig valgt ut fra geografiske og andre overordnede kriterier.

Tilsynene viste at ingen av virksomhetene, og heller ikke noen av legene eller psykologene vi var i kontakt med, gjorde de nødvendige vurderingene eller sendte de nødvendige meldingene som loven krever.

Vi fant en rekke eksempler på at pasienter med sykdomstilstander som innebærer stor risiko ved bilkjøring, og pasienter som bruker betydelige mengder med medikamenter som

påvirker kjøreevnen, likevel har gyldig førerkort. Pasientene blir heller ikke gjort tilstrekkelig oppmerksom på farene ved bilkjøring når de tar slike medikamenter.

Helsepersonellet vi snakket med, ser den trafikkrisikoen det innebærer for befolkningen, at de som helsepersonell ikke oppfyller sine plikter på dette området. Mange behandlere synes imidlertid at dette er et svært vanskelig tema å ta opp. Behandlere er avhengige av å ha et tillitsforhold til pasientene. Spørsmål om førerkortet blir ofte tatt ille opp av pasientene. Dermed får pasientene beholde sertifikatet, selv om de åpenbart ikke oppfyller helsekravene.

Helsetilsynet i Vestfold opplever at vi har et ansvar for å bringe dette temaet fram. I oppfølgingen av tilsynene vil vi derfor lage et oppsummeringsbrev til sentrale myndigheter, og vi vil i tillegg tilby kurs for leger i Vestfold.

Tilsyn i Møre og Romsdal:**Forbedringsarbeid etter tilsyn**

Helsetilsynet og Fylkesmannen i Møre og Romsdal har gjennomført tilsyn med pleie- og omsorgstjenesten i ti kommuner siden desember 2006. Én av disse er Halså kommune. Prosjektet Omsorgsplan 2015 i Møre og Romsdal fylke har som målsetting at det skal gjennomføres tilsyn med pleie- og omsorgstjenestene i alle kommunene i fylket i prosjektperioden.

Halså er en liten kommune med 1700 innbyggere der pleie- og omsorgstjenesten gjennom flere år har slitt med sykefravær, mangel på fagkompetanse og skiftende ledelse. Tjenesten bar preg av lite struktur, system og ledelse, noe som igjen førte til stor belastning på ansatte og ledere. Før tilsynet hadde kommunen allerede påbegynt et

prosjekt gjennom Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) for å få hevet kvaliteten på tjenesteområdet.

På de tilsette områdene fikk Halså kommune påpekt tre avvik. På bakgrunn av dette uttrykte tilsynsmyndigheten sterk bekymring for om kommunen var i stand til å yte faglige forsvarlige tjenester.

Etter tilsynet fikk kommunen mye oppmerksomhet og hard medfart i media.

Det er nå ett år siden tilsynet. Kommunen har satt inn mange tiltak for å forbedre tjenestene. Gjennom prosjektet i RO fortsatte kommunen etter tilsynet med forbedringsarbeidet, og de har underveis hatt god dialog med tilsynsmyndigheten. Kommunen har systematisk tatt for seg de områdene

som ble påpekt av tilsynet, og satt inn lederressurser der det manglet. Prosedyrer, systemer og samarbeidsrutiner er evaluert, endret og fornyet, og det arbeides kontinuerlig med å forbedre arbeidsmiljøet. Kommunen erkjenner at dette løftet bare er begynnelsen på et kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenesten.

Møre og Romsdal fylke arrangerer i vår en erfaringskonferanse sammen med Halså kommune om tilsyn og forbedringsarbeid. Halså kommune ønsker å fortelle de andre kommunene i fylket om sine erfaringer og at det er mulig å komme seg styrket ut av et tilsyn der de fikk påpekt alvorlige avvik, gjennom å sette i gang med kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid. Erfaringskonferansen skal avholdes i Molde 20. mars 2009.



Tilsyn i Aust-Agder:

Uten tak over hodet

Lov om sosiale tjenester pålegger sosialtjenesten et ansvar for å skaffe til veie midlertidig husvære til dem som ikke klarer dette selv. Videre har sosialtjenesten et medvirkningsansvar for å skaffe boliger til dem som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

På bakgrunn av ulike henvendelser samt medieoppslag rundt enkeltsaker valgte Fylkesmannen i Aust-Agder i 2008 å gjennomføre tre tilsyn med praksis ved tildeling av midlertidig bolig. Tilsynene avdekket at kommunene har betydelige utfordringer knyttet til følgende områder:

- Kommunene har god oversikt over hvem som er bostedsløse i kommunen, og hvilke bistandsbehov de har.

De evner likevel ikke å gi et helhetlig tjenestetilbud til de som trenger det.

- Kommunene har ikke nok midlertidige boliger.
- Enkelte kommuner benytter fortsatt midlertidig husvære som ikke tilfredsstillende kvalitetskravene til midlertidig bolig.
- Det er store mangler i tjenestetilbudet til personer som er bostedsløse. Dette gjør overgangen til mer permanente løsninger vanskelig.
- Kommunene klarer ikke å skaffe til veie permanente boliger til målgruppen, noe som fører til at enkelte blir boende i lite tilfredsstillende boliger over lengre tid.
- I kommuner der ansvaret for midlertidig bolig er lagt til NAV-kontoret, kan det synes som om det

er særlig vanskelig å prioritere oppgaver som er knyttet til personer med omfattende og sammensatte bistandsbehov.

Hvis kommunene skal lykkes i sitt boligsosiale arbeid og oppfylle intensjonene i sosialtjenesteloven, vil det være helt nødvendig at det skaffes til veie et tilstrekkelig antall permanente boliger. Tjenestene må også innrettes på en slik måte at de bidrar til at den enkelte i størst mulig grad mestrer en selvstendig tilværelse ut fra sine egne forutsetninger i en permanent bolig.

Tilsyn i Finnmark:

Hva om det skjer noe på Melkøya?

«Det har nettopp vært en eksplosjon på Snøhvitalegget på Melkøya. Omfanget av eksplosjonen er ukjent, men StatoilHydro har opplyst at det er oppstått brann, og at flere mennesker er blitt skadd. Hammerfest kommune og Klinikk Hammerfest må være forberedt på å bistå og håndtere hendelsen.»

Denne meldingen møtte Klinikk Hammerfest og Hammerfest kommune da Fylkesmannen i Finnmark og Helsetilsynet i Finnmark gikk sammen om øvelse og tilsyn med helsemessig og sosial beredskap i oktober 2008. Spørsmålet som skulle prøves, var om tjenesteyterne var i stand til å håndtere sine roller og sikre nødvendig samhandling i en krisesituasjon.

Vi valgte å utføre tilsynet som et samarbeid mellom Helsetilsynet, Fylkesmannens helse- og sosialavdeling og beredskapsstaben hos Fylkesmannen. Først gjennomførte vi en skrivebordsøvelse som deretter ble fulgt opp av en tilpasset systemrevisjon. Øvelsens første dag ble ledet av beredskapsstaben hos Fylkesmannen. Tilsynslagene var observatører. Observasjonene fra øvelsen ble så benyttet til å spisse spørsmålene til intervjuene i revisjonen som ble foretatt dagen etter.

Evalueringen viste at dette ga stort utbytte for tjenesteyterne. De gjorde erfaringer med eget planverk og fikk god følelse med sårbare områder i tjenestene. De fikk også nyttig erfaring når det gjaldt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Øvelser er viktige for å utvikle og kontrollere beredskapssystemer. Øvelser kan også gi nyttig kunnskap for tilsynsmyndigheten når denne skal vurdere om beredskapen fyller de kravene som lovgivningen stiller. Ikke minst er øvelser godt egnet til å vurdere samhandlingen mellom de ulike tjenesteyterne. I denne øvelsen ble samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket satt på prøve. Men øvelser kan også benyttes for å vurdere samhandlingen mellom enheter innenfor samme kommune eller foretak.

Som tilsynsmyndighet opplevde vi at kombinasjonen av systemrevisjon og øvelse ga inspirasjon til et offensivt tilsyn med beredskapsplanene i kommunene.

Behandlingsresultater er viktig styringsinformasjon

Det er store variasjoner i resultatene av ulike behandlingstiltak mellom foretakene i samme region og mellom landsdelene. Disse forskjellene lar seg ikke forklare av ulik sykkelighet i befolkningen. Derfor er det grunn til å anta at de kan skyldes ulik behandlingskvalitet. Her skal vi se på et eksempel som viser hva som kan oppnås i pasientbehandlingen når resultatene av egen virksomhet benyttes som styringsinformasjon.

Haugesund sjukehus innførte tidlig på 1990-tallet en ny kirurgisk metode for behandling av kreft i endetarmen. Samtidig begynte sykehuset å rapportere resultatene sine til behandlingsregisteret for kreft i endetarmen. Dette er et faglig styrt register der de sykehusene som deltar, får tilbakemelding om sine egne behandlingsresultater sammen med resultatene for landsgjennomsnittet. Resultatene er konfidensielle slik at det bare er registerets personell og vedkommende sykehus som kjenner resultatene. Det er derfor virksomhetene selv som avgjør om de vil publisere resultatdataene sine, noe Haugesund sjukehus gjorde. For perioden 1993-1998 fikk 31 % av pasientene deres tilbakefall av sykdommen. Landsgjennomsnittet for tilbakefall var 16 %. Langtidsresultatene for overlevelse viste at 48 % av kreftpasientene som hadde blitt operert ved Haugesund sjukehus, var i live i fem år etter primæroperasjonen, mens landsgjennomsnittet lå på 60 %.

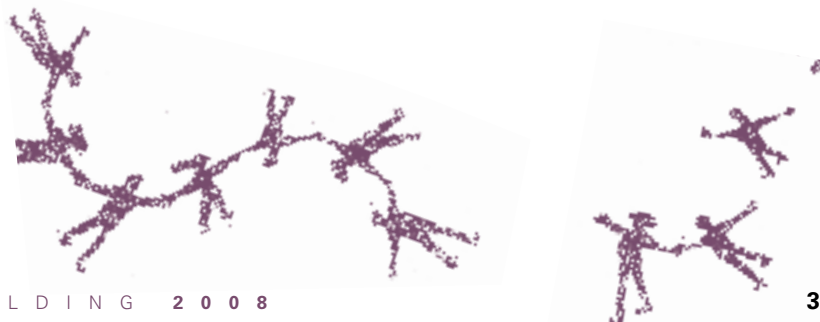
På bakgrunn av dette gjennomførte sykehuset interne opplæringstiltak knyttet til kirurgisk teknikk og preoperativ utredning. Det ble investert i supplerende utstyr, og antall kirurger som utførte endetarmskirurgi ble redusert totalt sett, men ble altså styrket under selve inngrepet ved at to var til stede ved hvert inngrep.

Etter at disse tiltakene ble gjennomført, har behandlingsresultatene for kreft i endetarmen forbedret seg dramatisk. For perioden 1998-2002 hadde den lokale tilbakefallsfrekvensen falt til 11 % (landsgjennomsnitt 13 %), og fem års overlevelse var på 70 % (landsgjennomsnitt 64 %). Videre for perioden 2002-2004 var den lokale tilbakefallsfrekvensen 6 % (landsgjennomsnitt 9 %). Siden 2005 har det ikke forekommet lokale tilbakefall etter slike inngrep ved Haugesund sjukehus, og lokalbefolkningen i Haugesund har fått et tryggere og bedre tilbud i behandlingen av en spesifikk kreftsykdom.

Hvordan skal Helsetilsynet i fylket forholde seg til bruk av slike data? Det vil ikke være mulig for tilsynet å ha løpende oversikt over behandlingsresultater innen alle de ulike virksomhetene. Spørsmålet om behandlingsresultater må derfor adresseres til virksomhetene selv. Det er ledelsen som må stå ansvarlig – også for de kliniske resultatene som oppnås. De spørsmålene som tilsynet må stille til ledelsen, vil da være:

- I hvilken grad etterspør dere selv resultatdata fra egen virksomhet?
- Hvordan sammenlikner dere egen virksomhet med andre virksomheter innenfor samme område?
- Hvilke tiltak iverksettes ved åpenbare avvik fra et forventet gjennomsnitt?
- Hvordan benyttes de kliniske behandlingsdataene som grunnlag for styring?

På samme måte vil tilsynet kunne stille spørsmål til de regionale helseforetakene om klinisk betydningsfulle variasjoner i behandlingsresultater mellom sykehusene i regionen. Denne typen «følge med»-virksomhet vil ikke være mulig uten at det enkelte foretaket framskaffer behandlingsresultater i egen virksomhet.



Og for øvrig mener Statens helsetilsyn at ...

I denne artikkelen gir vi en kort presentasjon av synspunkter i brev og høringsuttalelser som Statens helsetilsyn har avgitt i 2008. Høringsuttalelser og enkelte brev fra Statens helsetilsyn finner du i fulltekst på nettsidene våre, www.helsetilsynet.no.

BREV:

Autorisasjon av barneverns- pedagoger og sosionomer

- På bakgrunn av rollen som overordnet tilsynsmyndighet med tjenester etter lov om sosiale tjenester har Statens helsetilsyn vurdert spørsmålet om hvorvidt det er hensiktsmessig å etablere en autorisasjonsordning for sosialpersonell som er på linje med dagens autorisasjon for helsepersonell.
- Barnevernspedagoger og sosionomer arbeider ofte med samfunnets mest utsatte og sårbare grupper. Arbeidet skjer i «lukkede rom», ofte med bare to personer – i ulike maktposisjoner.
- En autorisasjonsordning innebærer at det er lagt inn en ekstra sikkerhet ved at handlinger som ikke er i samsvar med kravene til den enkelte yrkesutøveren, kan føre til vurderinger og eventuelt sanksjoner fra tilsynsmyndigheten.
- En autorisasjonsordning vil også fungere som et virkemiddel i samfunnets vurdering av hva som er faglig forsvarlig tjeneste.
- Dette innebærer at en autorisasjonsordning både vil bidra til at uegnede personer ikke kan arbeide innenfor barnevern og sosialtjeneste, og at faget blir gjenstand for en kontinuerlig vurdering når det gjelder hva som er uakseptabelt og uforsvarlig.

HØRINGSUTTALELSER:

Riktig prioritering i spesialisthelsetjenesten sikrer pasientrettigheter

- Statens helsetilsyn vil gi Helsedirektoratet honnør for hvordan dette arbeidet er grepet an og gjennomført. Det er et viktig og nødvendig utviklingsarbeid for å sikre

intensjonen i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, slik at de pasientene som har størst behov for helsehjelp, får det først, og at «like» pasienter blir vurdert likt uavhengig av bosted.

- Våre tilsynserfaringer fra landsomfattende tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker viste variasjon både i praksis for tildeling av nødvendig helsehjelp og i vurdering av individuelle behandlingsfrister. Disse erfaringene er bekreftet ved mange senere anledninger.
- Det må gå klart fram av veilederne at det er medisinske vurderinger og ikke kapasitetshensyn som skal ligge til grunn for tildeling av rettigheter til helsehjelp og når denne skal finne sted.
- I veilederne synes begrepet «prioritert helsehjelp» brukt synonymt med begrepet «nødvendig helsehjelp» fra pasientrettighetsloven. Vi ser at begrepet prioritert helsehjelp påpeker en viktig funksjon av nødvendighetsbegrepet i loven, men det dekker ikke innholdet i begrepet fullt ut. Vi vil advare mot å endre språkbruken på dette området før det eventuelt er foretatt en lovendring. Vi mener at to begreper om det samme rettslige forholdet kan øke forvirringen ute i tjenestene og blant pasientene.

Styrking av rettsstillingen til barn av pasienter i helsepersonelloven

- Statens helsetilsyn mener at en lovregulering av barns rett til informasjon og oppfølging som pårørende i møte med helsetjenesten vil gi et tydelig signal til helsepersonell om at det er viktig å se og følge opp disse barna.
- For at den foreslåtte lovendringen skal føre til at disse barna i større grad enn i dag skal ses og følges opp av helsetjenesten, må innholdet i plikten tydeliggjøres og konkretiseres i større grad enn det som er foreslått i høringsnotatet.
- Det må gå klart fram av både lovtekst og forarbeider hvilke plikter helsepersonell har overfor disse barna. Dette er viktig både av hensyn til rettssikkerheten for helsepersonellet og av hensyn til forutsigbare forhold for de nevnte pasientgruppene barn.



«Avgjørelser om hva som er forsvarlig behandling i livets slutfase, er ofte utfordrende og forutsetter medvirkning fra helsepersonell med ulike fagbakgrunn.»

Ny lov om kommunal beredskap, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret

- Statens helsetilsyn mener at det er rimelig å lovfeste de omfattende og spesifikke forventningene som staten har til kommunene når det gjelder beredskap og krisehåndtering i fredstid.
- Etter vår oppfatning er det hensiktsmessig at loven stiller krav om at planverket skal bygge på risikovurderinger, og at planene skal legges til grunn for øvelser.
- Vi kunne også ønske oss en omtale av hvilke forventninger man skal stille til kommunene for læring av erfaringer fra reelle hendelser.

Livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende

- Etter Statens helsetilsyns vurdering bør det gå klart fram at hovedregelen er at helsehjelp bare skal gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Autonomiprinsippet må gjøres tydeligere.
- I enkelte tilfeller vil det være uenighet mellom behandlere og pasient eller pårørende om det er utsikt til eller mulighet for bedring. Dersom den livsforlengende behandlingen er å anse som nødvendig helsehjelp, vil helsetjenesten ha plikt til å gi livsforlengende behandling. Pasienten eller dennes representant har klagerett.
- I sammenheng med dette vil vi peke på at det ligger et krav om faglig forsvarlig virksomhet i plikten til nødvendig helsehjelp. Dette kravet omfatter ikke bare

medisinske vurderinger i snever forstand. Begrepet må tolkes vidt. Det omfatter også samarbeid og samhandling, for eksempel for å sikre et tilfredsstillende tverrfaglig grunnlag for kliniske avgjørelser.

- Avgjørelser om hva som er forsvarlig behandling i livets slutfase, er ofte utfordrende og forutsetter medvirkning fra helsepersonell med ulike fagbakgrunn. I noen tilfeller vil det også være nødvendig å involvere annen kompetanse, for eksempel juridisk, i beslutningsprosessen. Etter vår vurdering bør viktigheten av en tverrfaglig beslutningsprosess komme enda tydeligere fram.
- Vi mener også at det bør skrives noe om underkjenning av samtykke i de tilfellene der pasienten er utsatt for utilbørlig press fra omgivelsene.

Ny veileder for blodtransfusjonstjenesten

- Statens helsetilsyn nevner spesielt at krav til kompetanse og kompetansestyring er en del av et internkontrollsystem. Veilederen må derfor gi tydelig uttrykk for hvilke oppgaver en spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin i alle tilfeller må involveres i, for at blodbankvirksomheten skal være faglig forsvarlig.
- Gjennom tilsyn ser vi en nær sammenheng mellom faglige krav og styringskrav. En faglig svikt vil ofte ha sin årsak i mangler ved internkontrollsystemet. Vi har for eksempel gjentatte ganger avdekket manglende kontroll med at blodforskriftens krav til temperatur ved transport av blod blir overholdt.





Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

- Overveielser rundt ernæring i en omsorgs- og behandlingshverdag handler om prioriteringer og ressurser, etikk og verdier, om hvilke krav regelverket stiller, og om hvilke tiltak som virker. Det er altså flere typer kunnskap involvert på dette området.
- Vi undrer oss derfor over at anbefalinger som er direkte avledet av gjeldende regelverk på området, kan synes å være vurdert og gradert som om de var basert på empiriske undersøkelser.
- Handlingsanvisninger som er gitt i lov og forskrift, er juridiske og ikke empiriske spørsmål. Graderingen er derfor verken riktig eller gal, men målestokken er ikke adekvat. I dette tilfellet uttrykker anbefalingen et udiskutabelt regelverkskrav.

Omstilling av spesialisthelsetjenesten – notat fra Helse Sør-Øst RHF

- Som øverste tilsynsmyndighet ga Statens helsetilsyn en høringsuttalelse i forbindelse med omstilling av spesialisthelsetjenesten.
- Notatet fra Helse Sør-Øst inneholder få analyser som kan legges til grunn for å vurdere tjenesteytingen som kan påregnes etter en omstilling. Et vesentlig utgangspunkt for dokumentet er Helse Sør-Østs visjon om gode og likeverdige helsetjenester. Denne visjonen er i liten grad operasjonalisert ned til kliniske deltjenestnivåer i disse dokumentene.
- Slik vi har forstått den videre prosessen, er det meningen at dette skal gjøres i neste fase med involvering av helseforetakene. I hvor stor grad RHF-et vil styre denne prosessen, framgår ikke tydelig av notatet.
- Høringsdokumentet bekrefter at det legges opp til et tett samarbeid med kommunene. Det framgår at en viktig innfallspurt til



dette samarbeidet skal være en samarbeidsavtale mellom foretaket og KS samt Oslo kommune. Som kjent er hver enkelt kommune et eget rettssubjekt. Vi kan derfor ikke se at en avtale med KS vil forplikte den enkelte kommune.

- Statens helsetilsyn vil tilrå at den endelige organiseringen av tjenestetilbudet ikke blir fastsatt før det er tatt nødvendig hensyn til de epidemiologiske forholdene i regionen, og før det er gjort realistiske vurderinger av hvilken kapasitet ulike deltjenester må ha for å dekke behovene på en tilfredsstillende måte.

Tall og fakta

Innhold

Denne delen av Tilsynsmeldingen gir oversikt over de viktigste oppgavene fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsmyndighet og klageinstans.

Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i sosialtjenesten	42	Tilsyn med helsetjenesten	45
Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten	44	Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetjenesten	46
Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning	44	Meldesentralen	49
Tilsyn med sosialtjenesten	45	Bruk av nettstedet www.helsetilsynet.no	49
		Innsyn i dokumenter	49
		Rundskriv fra Statens helsetilsyn	49
		Regnskapsresultat	49

Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i sosialtjenesten

Tabell 1 Klagesaker etter sosialtjenesteloven som er behandlet av fylkesmennene – utvikling 2004–2008 og resultat av behandlingen i 2008 fordelt på sakstyper

Fylkesmannsembete	2004		2006		2008				
	Behandlede saker	Behandlede saker	Behandlede saker*	Behandlede saker	Sosiale tjenester		Økonomisk stønad		
					Endret	Opphevet	Behandlede saker	Endret	Opphevet
Østfold	548	426	299	56	22	8	236	24	38
Oslo og Akershus	2287	1223	857	145	52	7	642	98	37
Hedmark	229	208	221	29	10	4	182	35	17
Oppland	205	193	152	27	2	5	123	8	6
Buskerud	378	384	311	63	20	4	241	25	9
Vestfold	365	336	249	56	5	13	178	10	8
Telemark	286	188	118	37	10	4	77	7	6
Aust-Agder	110	99	50	15	1	3	31	0	0
Vest-Agder	262	166	144	48	11	11	93	2	11
Rogaland	634	377	202	40	5	4	157	9	5
Hordaland	569	506	356	89	8	17	250	10	26
Sogn og Fjordane	111	104	102	54	25	8	45	4	2
Møre og Romsdal	256	224	160	40	3	22	117	10	12
Sør-Trøndelag	284	235	172	32	5	18	135	9	20
Nord-Trøndelag	126	95	89	25	2	5	60	6	6
Nordland	314	260	139	44	4	4	87	8	7
Troms	245	226	173	64	9	17	105	4	11
Finnmark	124	101	71	18	5	2	50	3	8
SUM	7333	5351	3865	882	199	156	2809	272	229

* I tillegg til klager om sosiale tjenester og økonomisk stønad behandlet fylkesmennene 174 andre saker etter sosialtjenesteloven.

Fylkesmennenes saksbehandling

Tabell 1 omhandler saker der enkeltpersoner har klaget på avgjørelser som kommunene har fattet etter sosialtjenesteloven, og der Fylkesmannen har vært klageinstans. De fleste klagen gjelder økonomisk stønad, de øvrige handler i hovedsak om sosiale tjenester. Eksempler på saker om økonomisk stønad kan være klage på avslag eller klage på størrelsen på stønaden, eller mer spesifikke klager som gjelder boutgifter, utgifter til klær, tannbehandling, medisiner, inventar, reise eller andre økonomiske temaer. Sakene kan også gjelde klager på vilkår som er stilt til ytelsene. Totalt ble det i 2008 behandlet 2809 klager om økonomisk stønad, mot 3726 i 2007.

I 2008 ble det behandlet 882 klager på sosiale tjenester, mot 1045 i 2007, se tabell 1 og 2. Omsorgslønn var den enkelttjenesten som var mest påklaget, med 314 saker. Deretter fulgte praktisk bistand med 271 saker, 106 av disse gjaldt

brukerstyrt personlig assistanse. 132 av klagen gjaldt støttekontakt og 120 avlastningstjenester.

2008 er et år med få klagesaker etter sosialtjenesteloven, særlig er det få klagesaker om økonomisk stønad. Lav arbeidsledighet og gode økonomiske forhold kan være med å forklare det lave tallet. Den økonomiske forverringen høsten 2008 rakk ikke å slå inn i klagesaksstatistikken. Nedgangen i behandlede klagesaker om sosiale tjenester må ha andre forklaringer.

Fra sosialtjenesteloven trådte i kraft i 1993, har fylkesmennene aldri behandlet så få klagesaker som i 2008. Antallet nye (innkomne) klagesaker er redusert fra 6394 i 2004, til 3995 i 2008, noe som innebærer en nedgang på 38 prosent.

Fylkesmennene har krav om å behandle minst 90 prosent av klagesakene innen tre måneder. I 2005 ble 90 prosent behandlet innen fristen, mot 85 prosent i 2006, 76 prosent i 2007 og

Tabell 2 Klagesaker om sosiale tjenester som er behandlet av fylkesmennene i 2008 – klagesaker fordelt på de enkelte tjenester

Fylkesmannsembete	Tjeneste i sosialtjenesteloven § 4-2 *						Andre	Sum
	§ 4-2 a	herav BPA	§ 4-2 b	§ 4-2 c	§ 4-2 d	§ 4-2 e		
Østfold	19	4	4	5	1	26	1	56
Oslo og Akershus	31	11	22	19	9	62	2	145
Hedmark	11	6	3	2	5	8	0	29
Oppland	11	4	3	7	0	6	0	27
Buskerud	23	14	8	1	0	27	4	63
Vestfold	19	5	3	6	0	23	5	56
Telemark	8	5	9	0	2	18	0	37
Aust-Agder	6	3	0	2	1	6	0	15
Vest-Agder	14	5	12	10	0	12	0	48
Rogaland	15	9	9	5	0	11	0	40
Hordaland	17	9	6	31	4	30	1	89
Sogn og Fjordane	32	9	2	8	0	12	0	54
Møre og Romsdal	14	3	5	8	1	8	4	40
Sør-Trøndelag	12	7	2	2	0	16	0	32
Nord-Trøndelag	10	2	4	4	1	6	0	25
Nordland	10	3	10	14	0	10	0	44
Troms	13	7	15	8	1	25	2	64
Finmark	6	0	3	0	0	8	1	18
Sum	271	106	120	132	25	314	30	882

* Tjenestene er:

a) praktisk bistand og opplæring (BPA) brukerstyrt personlig assistanse, tallene inngår i a)
b) avlastning

c) støttekontakt

d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester
e) omsorgslønn

Tabell 3 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter knyttet til helsetjenesten – antall saker avsluttet av Helsetilsynet i fylkene fordelt på lovbestemmelser sakene er vurdert i forhold til – 2006, 2007 og 2008

Bestemmelse	Bestemmelsen gjelder	2006 ²	2007 ²	2008	
		Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Pasientrettighetsloven					
§ 2-1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten	62	53	65	19
§ 2-1 annet ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	165	212	192	58
§ 2-2	rett til vurdering innen 30 dager	25	14	10	8
§ 2-3	rett til fornyet vurdering	8	7	6	2
§ 2-4	rett til valg av sykehus	30	18	14	9
§ 2-5	rett til individuell plan	20	6	13	7
§ 2-6	rett til syketransport	394	390	299	51
Kap. 3	rett til medvirkning og informasjon	20	32	50	20
Kap. 4	samtykke til/rett til å nekte helsehjelp	5	5	7	4
§ 5-1	rett til innsyn i journal	31	38	29	18
Helsepersonelloven					
helsepersonelloven §§ 42, 43 og 44, jf. pasientrettighetsloven § 5-2	rett til retting og sletting i journal	30	25	33	15
Kommunehelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig helsehjelp	161	151	145	65
Tannhelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	2	0	0	0
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helseområdet		1	0	1	0
Sum vurderinger mot enkeltbestemmelser ¹		954	951	864	276
Antall saker ¹		880	889	773	

¹ Flere av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler, omfatter vurderinger opp mot flere rettighetsbestemmelser. Derfor blir summen av vurderinger høyere enn antall saker.

² Tallene avviker noe fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

87 prosent i 2008. 11 av de 18 embetene behandlet i 2008 mer enn 90 prosent av klagen innen tre måneder. Ved inngangen til 2008 var det 471 ubehandlede saker, ved utgangen 579.

Statens helsetilsyns saksbehandling

Statens helsetilsyn, som er overordnet organ for klager etter sosialtjenesteloven, mottok i 2008 tre saker som gjaldt sosialtjenesten. Av disse var to beklagelser over sosialtjenesten og en anmodning om overprøving av Fylkesmannens vedtak i en klagesak som gjaldt antall timer utmålt til brukerstyrt personlig assistent. Det var ikke grunnlag for å overprøve klageinstansens vedtak.

Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten

Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasientrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten (kommunen osv.) skal ha vurdert saken på nytt, før det fremmes klagesak for Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saken. Avgjørelsen fra Helsetilsynet i fylket er endelig.

Fram til 2007 økte antall klager på mangelfullt oppfylte helserettigheter, men fra 2007 til 2008 gikk antallet ned med 13 prosent (fra 889 til 773). Se tabell 3.

I 276 av de 773 sakene (36 prosent) er det gitt helt eller delvis medhold i klagen, eller vedtaket i førsteinstansen er opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil og liknende. Dette

er omtrent på samme nivå som i 2006 og 2007, da klagen førte fram i henholdsvis 35 og 30 prosent av sakene.

I alt 39 prosent av rettighetsklagen på helseområdet i 2008 gjelder rett til dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted (pasientrettighetsloven § 2-6). Disse syketransportklagen gjelder ofte relativt små beløp i størrelsesorden noen hundre kroner. Klageren får sjeldnere medhold i denne typen saker enn i de øvrige klagesakene (17 prosent i syketransportklagen i 2008, 39 prosent medhold i de øvrige rettighetsklagen på helseområdet). Disse prosentandelene avviker lite fra de tilsvarende andelen i 2007.

Statens helsetilsyns saksbehandling

Statens helsetilsyn er overordnet organ for klager etter helselovgivningen, se artikkel side 32-34, og mottok i 2008 22 enkeltsaker:

- henvendelser med generelle beklagelser over tjenesten: 5 saker
- anmodning om overprøving av vedtak i klagesaker: 11 saker, medhold for klageren i én sak
- klager på klageinstansens vedtak om avvisning: 6 saker, medhold for klageren i én sak
- klager på avslag på dekning av saksomkostninger: 2 saker, medhold for klageren i én sak

Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning

Rettsikkerheten ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4A. Fylkesmennene har flere oppgaver i

Tabell 4 Tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede - sosialtjenesteloven kap. 4A - 2008

Fylkesmannsembete	Kommunenes beslutninger – § 4A-5 tredje ledd bokstav a		Fylkesmannens overprøving av vedtak – § 4A-5 tredje ledd bokstav b og c			Antall dispensasjoner fra utdanningskrav gitt – § 4A-9	Antall stedlige tilsyn – § 2-6
	Antall beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall vedtak godkjent	Antall vedtak ikke godkjent	Antall personer vedtakene per 31. desember 2008 gjaldt		
Østfold	2031	95	30	2	22	14	12
Oslo og Akershus	5073	290	110	3	83	72	27
Hedmark	990	39	43	1	35	34	2
Oppland	157	37	59	1	50	48	1
Buskerud	4678	38	142	5	40	36	23
Vestfold	634	38	30	0	22	21	7
Telemark	274	38	40	0	17	22	4
Aust-Agder	201	23	11	1	9	6	6
Vest-Agder	471	48	45	0	33	2	13
Rogaland	3006	132	188	4	64	63	6
Hordaland	9236	159	202	10	110	102	55
Sogn og Fjordane	279	25	25	0	24	10	13
Møre og Romsdal	1437	51	145	5	49	59	12
Sør-Trøndelag	1006	52	30	0	24	3	22
Nord-Trøndelag	392	18	77	10	26	51	7
Nordland	122	30	141	1	44	36	22
Troms	1537	31	40	2	38	16	25
Finnmark	2281	8	11	7	6	6	17
SUM	33 805	1152	1369	52	696	601	274

forbindelse med disse lovbestemmelsene, se tabell 4. I Rapport fra Helsetilsynet 7/2008 beskrives fylkesmennenes oppgaver og rapporteringer i perioden 2000–2007 nærmere.

Kommunene rapporterer beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner (enkeltsituasjoner) til Fylkesmannen, jf. § 4A-5 tredje ledd bokstav a. Antall beslutninger var 33 805 i 2008, og beslutningene gjaldt 1152 personer.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak, jf. § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c. Fylkesmennene godkjente 1369 vedtak i 2008. Antall personer med vedtak var 696 per 31. desember 2008. Vedtakene gjaldt:

- planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner: 459 vedtak
- tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov: 573 vedtak
- bruk av mekaniske tvangsmidler: 97 vedtak (27 hjemlet i bokstav b, 70 i c)
- bruk av inngripende varslingssystemer: 226 vedtak (47 hjemlet i bokstav b, 179 i c)
- opplærings- og treningstiltak: 14 vedtak

Fylkesmennene ga 601 dispensasjoner fra utdanningskravene som i § 4A-9 stilles til personell som skal gjennomføre tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstavene b og c.

Fylkesmennene avgjorde ingen klager på tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav a. To klager på tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav b og c ble avgjort i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Fylkesmennene gjennomførte 224 stedlige tilsyn med tiltak etter § 4A-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. tilsynsplikten i § 2-6 første ledd annet punktum. I tillegg ble det gjennomført 50 andre stedlige tilsyn.

Tilsyn med sosialtjenesten

Systemrevisjoner

Fylkesmennene gjennomførte 179 tilsyn som systemrevisjoner i 2008, se tabell 5. Av disse var 176 rettet mot kommuner, 3 mot andre virksomheter. I 143 av tilsynene ble det funnet brudd på lov eller forskrift. I 139 av tilsynene ble det undersøkt om krav både i sosialtjenesteloven og helselovgivningen ble fulgt. Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket gjennomførte disse systemrevisjonene i fellesskap. Av fellestilsynene inngikk 114 i det landsomfattende tilsynet med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn, som er beskrevet på side 5.

I alt 65 tilsyn ble utført i tillegg til det landsomfattende tilsynet. Virksomheter og tema for disse tilsynene er valgt

Tabell 5 Tilsyn med sosialtjenesten – antall systemrevisjoner utført av fylkesmennene i 2006, 2007 og 2008

Fylke	2006	2007	2008
Østfold	9	9	9
Oslo og Akershus	14	17	22
Hedmark	9	10	9
Oppland	7	8	6
Buskerud	13	10	11
Vestfold	8	9	9
Telemark	6	8	7
Aust-Agder	8	7	9
Vest-Agder	8	7	9
Rogaland	9	10	12
Hordaland	15	16	14
Sogn og Fjordane	9	8	8
Møre og Romsdal	12	13	12
Sør-Trøndelag	11	13	10
Nord-Trøndelag	6	8	6
Nordland	9	10	11
Troms	8	10	8
Finnmark	7	8	7
SUM	168	181	179

blant annet ut fra informasjon Fylkesmannen har om risiko og sårbarhet i eget fylke. Tilsynene fordelte seg slik:

- rettssikkerhet overfor mennesker med psykisk utviklingshemning: 19 tilsyn
- helse- og sosialtjenester eller bare sosialtjenester til hjemmeboende: 18 tilsyn
- rettssikkerhet overfor rusmiddelmissbrukere i omsorgsinstitusjoner: 8 tilsyn
- støttekontakt- og avlastningstjenester: 6 tilsyn
- tjenester til personer med psykiske lidelser: 4 tilsyn
- sosial- og helseberedskap: 4 tilsyn
- boliger til bostedløse: 3 tilsyn
- tjenester til rusmiddelmissbrukere på NAV-kontor: 2 tilsyn

Per 31. desember 2008 var det fremdeles 30 tilsyn med sosialtjenesten fra 2007 eller tidligere der avvik ikke var rettet. Tilsvarende tall per 31. desember 2007 var 22. Fylkesmannen følger opp avvik overfor eiere og ansvarlige for tjenestene inntil forholdene er brakt i samsvar med lov og forskrift.

Fylkesmennene har ikke gitt pålegg med hjemmel i sosialtjenesteloven i 2008.

I tillegg til de 179 systemrevisjonene har fylkesmennene også gjennomført sju andre tilsyn med virksomheter og 274 stedlige tilsyn med bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning, se tabell 4.

Tilsyn med helsetjenesten

I 2008 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 293 systemrevisjoner, og åtte andre tilsyn med virksomheter. Systemrevisjonene fordelte seg slik:

Tabell 6 Tilsyn med helsetjenesten – antall systemrevisjoner utført av Helsetilsynet i fylkene i 2006, 2007 og 2008

Fylke	2006	2007	2008
Østfold	13	12	15
Oslo og Akershus	23	13	32
Hedmark	10	12	12
Oppland	6	10	16
Buskerud	10	14	13
Vestfold	12	14	20
Telemark	13	13	14
Aust-Agder	14	13	13
Vest-Agder	13	12	14
Rogaland	18	11	20
Hordaland	20	26	26
Sogn og Fjordane	10	11	12
Møre og Romsdal	15	16	17
Sør-Trøndelag	14	16	15
Nord-Trøndelag	12	10	10
Nordland	22	19	16
Troms	14	14	16
Finnmark	7	11	12
SUM	246	247	293

- rettet mot kommuner: 215 systemrevisjoner
- rettet mot spesialisthelsetjenesten: 78 systemrevisjoner

I tillegg har Statens helsetilsyn gjennomført 14 tilsyn i henhold til blodforskriften, og Helsetilsynet i Rogaland har gjennomført to systemrevisjoner som var rettet mot helseforhold i petroleumsvirksomheten.

Av de 215 systemrevisjonene som var rettet mot kommunene, ble 139 gjennomført som et samarbeid mellom Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen, ved at krav både i helse- og sosiallovgivningen ble undersøkt. I alt 114 av disse tilsynene inngikk i det landsomfattende tilsynet med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn som er beskrevet på side 5.

Helsetilsynet i fylkene har i tillegg gjennomført et landsomfattende tilsyn rettet mot spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) til voksne med psykiske lidelser. 28 av de 78 tilsynene rettet mot spesialisthelsetjenesten var del av det landsomfattende tilsynet.

I 223 av de 293 tilsynene ble det funnet brudd på lov eller forskrift.

I tillegg til de 142 som inngår i landsomfattende tilsyn, er det gjennomført 151 andre systemrevisjoner. 101 av disse var rettet mot kommuner, og 50 var rettet mot spesialisthelsetjenesten. Tilsynene med kommunene fordelte seg slik:

- tjenester under opphold i sykehjem: 44 tilsyn (18 av disse gjaldt legemiddelbehandling)
- helse- og omsorgstjenester til ulike grupper av hjemmeboende: 23 tilsyn

- legevakter: 7 tilsyn
- tjenester til personer med demens: 6 tilsyn
- legers oppfølging av førerkort: 5 tilsyn
- beredskap: 5 tilsyn
- helse- og sosialtjenester til personer med psykiske lidelser: 4 tilsyn

De øvrige tilsynene gjaldt tilsyn med samfunnsmedisinske oppgaver, smittevernplaner, fysioterapitjenester eller andre kommunale tjenester.

Tilsynene som var rettet mot spesialisthelsetjenesten fordelte seg slik:

- ambulansetjenesten og AMK-sentraler: 8 tilsyn
- tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere: 6 tilsyn
- rekruttering og oppfølging av vikarer: 5 tilsyn
- rehabiliteringssentre: 4 tilsyn
- oppfølging av kreftsyke: 4 tilsyn
- barn i sykehus: 4 tilsyn
- meldinger om alvorlige hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3: 4 tilsyn

Per 31. desember 2008 var det fremdeles 60 tilsyn med helsetjenesten fra 2007 eller tidligere der avvik ikke var rettet. Tilsvarende antall var 37 ved utgangen av 2007, 28 ved utgangen av 2006, 30 ved utgangen av 2005 og 40 ved utgangen av 2004. Helsetilsynet i fylket følger opp avvik overfor eiere og ansvarlige for tjenestene inntil forholdene er brakt i samsvar med lov og forskrift.

Pålegg og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn har i 2008 gitt varsel om pålegg til én kommune for manglende plan for helsemessig og sosial beredskap. Det ble ikke nødvendig å gi pålegg. Løpende tvangsmulkt som ble gitt Helse Vest RHF for overbelegg og korridorpasienter ble opphevet i mai 2008, jf. artikkel i Tilsynsmelding 2007 ss. 12–13.

Tilsynssaker (enkeltsaker) i helsetjenesten

Tilsynssaker behandlet av Helsetilsynet i fylket

Tilsynssaker er saker Helsetilsynet i fylket behandler på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende eller andre kilder, og som omhandler mulig svikt i tjenestene.

I 2008 varierte antall nye saker per 100 000 innbyggere fra 30 i Rogaland og 32 i Oslo og Akershus, til 85 i Troms. For landet som helhet i 2008 var det 2166 nye tilsynssaker. Det tilsvarer 46 per 100 000 innbyggere og er nesten uendret fra 2007.

Den rapporterte restansen av tilsynssaker (saker under behandling) hos Helsetilsynet i fylkene gikk ned fra 1111 ved utgangen av 2007, til 880 saker ved utgangen av 2008, noe som tilsvarer en reduksjon på 21 prosent. (Tallet 880 er noe for lavt på grunn av etterregistrering.)

Tabell 7 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylkene – antall avsluttede saker og saksbehandlingstid i 2006, 2007 og 2008

	Antall avsluttede saker			Andel med mer enn 5 md. behandlingstid i 2008. Prosent
	2006 ²	2007 ²	2008	
Fylkesmannsembete				
Østfold	109	120	221	63
Oslo og Akershus	358	314	390	68
Hedmark	105	114	114	83
Oppland	58	74	52	75
Buskerud	86	95	116	75
Vestfold	92	120	61	33
Telemark	90	77	62	23
Aust-Agder	48	29	42	38
Vest-Agder	79	55	63	22
Rogaland	97	139	99	34
Hordaland	172	153	209	37
Sogn og Fjordane	38	43	53	6
Møre og Romsdal	62	71	91	67
Sør-Trøndelag	107	93	119	39
Nord-Trøndelag	65	41	77	82
Nordland	124	94	110	31
Troms	72	75	92	20
Finmark	37	21	27	44
SUM	1799	1728	1998	52
I tillegg avsluttet uten vurdering ved å be innklaget om å ta kontakt med den som har klagd, for å finne en minnelig løsning.	348	290	281	

¹ Noen tall har små avvik fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

Tabell 8 Rettslig grunn som tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylket er vurdert mot i årene 2006, 2007 og 2008

Lovbestemmelse	2006 ¹	2007 ¹	2008
Bestemmelse i helsepersonelloven			
Forsvarlighet: oppførsel (§ 4)	231	183	245
Forsvarlighet: undersøkelse, diagnostikk, behandling (§ 4)	1513	1528	1513
Forsvarlighet: medisinerings (§ 4)	217	204	215
Forsvarlighet: annet (§ 4)	295	254	276
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	40	41	33
Informasjon (§ 10)	99	84	84
Organisering av virksomhet (§ 16)	149	134	196
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap.5 og 6)	104	102	115
Pasientjournal (§§ 39-41)	271	229	253
Egnethet: rusmiddelmissbruk (§ 57)	32	27	47
Egnethet: andre forhold (§ 57)	54	56	53
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven			
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	383	478	572
Andre pliktgrunnlag	537	477	621
Sum vurderingsgrunnlag²	3925	3797	4223
Antall saker med vurdering²	1799	1728	1998

¹ Små avvik fra foregående års publiseringer skyldes at tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

² Flere av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler, omfatter vurderinger opp mot flere bestemmelser. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag høyere enn antall saker.

Kravet om at mer enn halvparten av sakene skal være behandlet innen fem måneder, ble oppnådd ved 11 fylkeskontorer i 2008, mens 10 fylkeskontorer klarte kravet i 2007. (Helsetilsynet i Oslo og Akershus teller som ett fylkeskontor.) Kravet ble nesten nådd for alle fylkene sett under ett, som i 2007. Kravet gjelder imidlertid ved maksimalt 2000 nye saker, noe som er 166 lavere enn det som faktisk kom inn i løpet av 2008.

Tilsynssakene er ofte sammensatte. Tabellen viser at hver sak har mer enn to vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Dernest kommer vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal. Sakene som angår rusmidler og andre spørsmål om egnethet, er få, men ofte alvorlige og utgjør en stor andel av reaksjonene fra Statens helsetilsyn.

Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som blir sendt over fra Helsetilsynet i fylket. I 2008 ble 224 saker behandlet (mot 271 i 2007). Det ble gitt 155 reaksjoner, 12 rettet mot virksomheter og 143 rettet mot helsepersonell (i 2007 ble det gitt 183 reaksjoner). I 2008 ble 65 saker avgjort uten reaksjon (mot 95 i 2007). Det var 58 helsepersonell som mistet 63 autorisasjoner i 2008 (mot 70 autorisasjoner i 2007).

Statens helsetilsyn ga 143 reaksjoner mot enkeltpersonell i 2008. Litt under halvparten (77) av reaksjonene ble gitt til leger. 47 leger fikk advarsel og 20 mistet autorisasjonen. Åtte leger mistet retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, tre av disse på bakgrunn av melding om tap av rekvireringsretten i et annet nordisk land. En lege fikk begrensning i sin rekvireringsrett.

Grunnlaget for å ta autorisasjonen fra helsepersonell fordelte seg slik:

- rusmiddelmissbruk: 37
- atferd, hovedsakelig straffbare handlinger, som ble ansett uforenlig med virksomhet som helsepersonell: 8
- seksuell utnyttning av pasient: 4
- uforsvarlig virksomhet / grov mangel på faglig innsikt: 3
- mistet annen nordisk autorisasjon som lå til grunn for den norske: 6

De resterende autorisasjonstapene skyldtes ulike alvorlige brudd på helsepersonelloven.

Til sammen 11 helsepersonell fikk sin autorisasjon suspendert mens saken var til behandling (seks leger, fire sykepleiere og en tannlege). Én lege fikk forlenget suspensjon av autorisasjon. En tannlege fikk suspendert sin rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

33 av Statens helsetilsyns vedtak ble påklaget Statens helsepersonellnemnd i 2008 (mot 49 i 2007). Av disse gjaldt 28 vedtak om administrativ reaksjon (herav to

suspensjonsvedtak), mens de øvrige fem gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/lisens. Av de 33 sakene som ble oversendt i 2008, er 26 avgjort. Nemnda stadfestet Statens helsetilsyns vedtak i 23 av disse sakene. To vedtak ble omgjort, og ett vedtak ble delvis omgjort. Én klager trakk sin klage på suspensjonsvedtak før den ble behandlet i nemnda. Nemnda avgjorde i tillegg ti saker som Statens helsetilsyn hadde oversendt i 2007. Alle disse vedtakene ble stadfestet. Nemnda avviste for øvrig én av klagen fra 2007, og én av klagerne trakk klagen sin.

Statens helsetilsyn har mottatt melding fra ni helsepersonell om at de gir avkall på autorisasjonen/lisensen. Sju leger har gitt avkall på rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B.

Tabell 9 Antall tilsynssaker avsluttet av Statens helsetilsyn og antall reaksjoner – 2002–2008

	Avsluttede saker	Reaksjon ¹	Ingen reaksjon
2002	173	103	71
2003	172	125	55
2004	237	148	101
2005	242	168	87
2006	252	184	76
2007	271	181	95
2008	224	155	65

¹ I noen saker har det blitt gitt flere reaksjoner.

Tabell 10 Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier i 2008

	Advarsel	Tap av autorisasjon eller lisens	Tap av rekvireringsrett	Begrenset autorisasjon eller lisens	Begrenset rekvireringsrett	Totalt
Lege	47	20	8	1	1	77
Tannlege	4					4
Psykolog	1	1				2
Sykepleier	7	21				28
Hjelpepleier	1	10				11
Vernepleier		1				1
Jordmor		1				1
Fysioterapeut	1	1				2
Andre kategorier helsepersonell	3 ¹	8 ²				11
Uautoriserte	6					6
Totalt	70	63	8	1	1	143

¹ Én kiropraktor og to ambulanspersonell.

² To ambulanspersonell, en apotektekniker, en ergoterapeut, to farmasøyer, en helsesekretær og en tannhelsesekretær.

Tabell 11 Årsak til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe i 2008

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rus	15	7	10	5	37
Sykdom			1		1
Seksuell utnyttning av pasient	1		1	2	4
Atferd	2	3		3	8
Uforsvarlighet	1		2		3
Ikke innrettet seg etter advarsel			3		3
Mistet i utlandet	2		2	2	6
Annet			1		1
SUM	21	10	20	12	63

Av 65 behandlede søknader om ny autorisasjon eller begrenset autorisasjon fra helsepersonell som tidligere har mistet autorisasjonen, fikk 22 søkere fullt avslag, 6 fikk tilsagn om en begrenset autorisasjon, 23 fikk ny autorisasjon uten begrensninger, mens 14 fikk en begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår.

Statens helsetilsyn mottok fire søknader om rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og/eller B fra helsepersonell som tidligere har mistet rekvireringsretten. Statens helsetilsyn behandlet seks søknader om rekvireringsrett i 2008, hvorav fire søknader ble avslått, og to søknader ble innvilget.

I 2008 behandlet Statens helsetilsyn 15 saker mot virksomheter, mot 41 året før. 12 virksomheter fikk kritikk fra Statens helsetilsyn for utilstrekkelig intern organisering og styring. I tre saker fant vi ikke grunn til å gi kritikk. Det er i de fleste tilfeller Helsetilsynet i fylket som avslutter saker som gjelder svikt ved organisering eller styring av helsetjenesten. Tallet på slike saker er derfor relativt lavt i Statens helsetilsyn sett i forhold til det totale antallet avsluttede saker.

Statens helsetilsyn samarbeider med politiet i en del saker, blant annet ved å gi råd om hvorvidt det bør iverksettes etterforskning i en sak, eller om det har blitt begått et straffbart brudd på helselovgivningen. Statens helsetilsyn har begjært påtale i sju saker i 2008, og anmeldte seks helsepersonell til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Statens helsetilsyn benyttet sakkyndige i fem tilsynssaker i 2008. Videre påla Statens helsetilsyn to helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse.

I 2008 mottok Statens helsetilsyn 292 nye saker til behandling, mot 215 i 2007. Median saksbehandlingstid i 2008 var i overkant av fem måneder, mot fem og en halv i 2007. Per 31. desember 2008 var 168 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 99 året før.

Meldesentralen

Meldesentralen i Statens helsetilsyn er en database over hendelser som er meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Helseinstitusjoner er pålagt å gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade eller hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at én pasient skader en annen.

Det ble registrert 2039 meldinger i 2007 (1854 i 2006). Over en tredjedel av disse meldingene (38 prosent) gjelder betydelig personskade, mens halvparten av meldingene (49 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskader. Det ble registret 271 meldinger om unaturlig dødsfall i 2007 (13 prosent av meldingene).

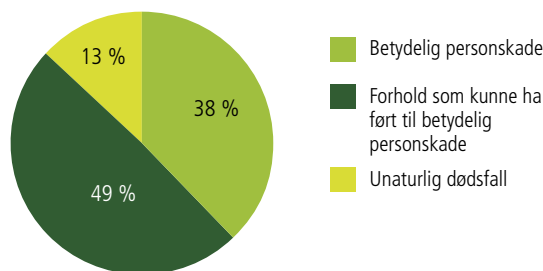
21 prosent av alle meldingene hadde feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold.

6 prosent av meldingene som ble registrert i 2007, omhandlet hendelser knyttet til fødsler. I 61 prosent av de meldingene som gjaldt fødsler, omhandlet hendelsen kvinnen, og i 39 prosent omhandlet hendelsen barnet. Det er registrert 18 tilfeller av unaturlig dødsfall der barnet døde under fødsel.

14 prosent av meldingene som ble registrert dette året, omhandlet hendelser fra psykisk helsevern. Det ble registrert 102 meldinger om selvmord, 51 meldinger om selvmordsforsøk og 30 meldinger om selvskading. De fleste av disse hendelsene gjaldt pasienter som var innlagt i psykiatriske avdelinger, eller pasienter under psykiatrisk behandling i somatiske avdelinger.

I 2007 skjedde det en del endringer i Meldesentralen. Det gamle meldeskjemaet, som hadde vært i bruk siden januar 2001, ble revidert, og det nye skjemaet ble tatt i bruk i

Figur 1 Meldinger registrert i 2007 fordelt på skadegrad



september 2007. En nyutviklet database, tilpasset det reviderte skjemaet, ble tatt i bruk i oktober 2007.

Tall for 2008 blir publisert i april 2009.

Bruk av nettstedet www.helsetilsynet.no

Nettstedet hadde i 2008 ca. 4,8 millioner sidevisninger. I 2007 var det ca. 4,1 millioner sidevisninger. De mest populære stoffkategoriene er (sidevisninger i parentes):

- publikasjoner (1 300 000)
- tilsynsrapporter (1 300 000)
- Helsetilsynet i fylkene (420 000)
- regelverk (360 000)
- nyheter (320 000)

Innsyn i dokumenter

Statens helsetilsyn fikk i 2008 1481 bestillinger på innsyn i dokumenter fra de presseorganene som deltar i Elektronisk PostJournal (EPJ). I 2007 var det 1367 slike bestillinger.

Rundskriv fra Statens helsetilsyn

- IK-1/2008 Valg av legemidler for substitusjonsbehandling til pasienter innskrevet i LAR-tiltak. Retningslinjer for Helsetilsynet i fylkenes behandling av rettighetsklage.
- IK-2/2008 Retningslinjer for behandling av saker etter helsepersonelloven § 67.
- IK-3/2008 Retningslinjer for Helsetilsynet i fylkets behandling av vedtak og klagesaker etter pasientrettighetsloven kapittel 4A.

Regnskapsresultat

Regnskap for Statens helsetilsyn vises i tabell 12. Utgiftene til klagebehandling og tilsyn ved Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene blir dekket under budsjettkapittel 1510 Fylkesmannsembetene.

Tabell 12 Regnskapsresultat 2008 - budsjettkapitlene 721 og 3721 Statens helsetilsyn (1000 kroner)

Kategori inntekt / utgift	Budsjett	Regnskap	Avvik
Faste lønnsutgifter	48 816	46 536	2 280
Variable lønnsutgifter	2 488	5 466	(2 978)
Drift av bygninger etc. (husleie, strøm, renhold, vakthold)	7 870	7 900	(30)
Andre utgifter	20 658	17 086	3 572
Sum utgifter	79 832	76 988	2 844
Inntekter	(3 323)	(3 581)	258
Netto utgift / mindreforbruk	76 509	73 407	3 102

Helsetilsynet i media

«Media bidrar til at vi når ut til en langt større målgruppe med budskapet vårt, blant annet til ansatte, eiere og drivere i helse- og sosialtjenesten og til befolkningen generelt.»

Svært mange av sakene Statens helsetilsyn arbeider med i løpet av et år, blir omtalt i media. Både i lokalmedia, riksmidia, fagpresse og på ulike blogger finner vi sakene våre igjen. Det ser vi på som positivt. Media bidrar til at vi når ut til en langt større målgruppe med budskapet vårt, blant annet til ansatte, eiere og drivere i helse- og sosialtjenesten og til befolkningen generelt.

I januar 2008 omtalte store deler av media årstallene våre for antall tilsynssaker og reaksjoner mot helsepersonell. ANB-NTB fokuserte på at bruk av rusmidler var den hyppigste årsaken til at vi tilbakekalte autorisasjoner.

I begynnelsen av februar ble det varslet at vi vurderte å gi advarsel til de to ambulansesjåførene som var innblandet i Sofienbergpark-saken fra året før. Samtidig gjorde vi det klart at vi ikke kom til å begjære påtale for påståtte rasistiske uttalelser, siden vi ikke fant at ambulansesjåførene hadde kommet med slike uttalelser. På grunn av uvanlig stor interesse, ble det holdt en pressekonferanse der vi gikk igjennom vår vurdering av saken. Fra ulikt hold ble vi kritisert for ikke å være strenge nok. I april fattet vi vårt endelige vedtak om å gi advarsel til det involverte helsepersonellet.

Romerikes Blad skrev i mars om at Statens helsetilsyn i samarbeid med Datatilsynet fant at taushetsplikten ble for dårlig ivaretatt ved innføring av elektronisk pasientjournal ved Akershus Universitetssykehus under tittelen «Ansatte snoker i pasientjournaler». Bergens Tidende skrev som oppfølging etter et tilsvarende tilsyn ved Haukeland universitetssykehus at de der innførte fri rett for pasientene til å sjekke loggen for å se hvem som har vært inne i deres egen journal, for slik å unngå unødig snoking i pasientjournaler.

I mai sendte Statens helsetilsyn et brev til daværende helseminister Sylvia Brustad med en gjennomgang av tilstanden ved de små fødeavdelingene i Norge og konklusjonen var at det er grunn til bekymring for sikkerheten ved de minste avdelingene. Saken fikk stor oppmerksomhet, ikke minst i lokalmediene i områdene hvor de små fødeavdelingene ligger.

For første gang førte Statens helsetilsyn i fjor tilsyn etter blodforskriften med en del av landets blodbanker. Også dette var et tema som media laget mange saker om, med ulike lokale innfallsvinkler. Avdelingsjef Elisabeth Ryther ved Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin ved St. Olavs Hospital uttalte til adressa.no i juni at tilsynene er nyttige og gjør oss enda bedre, samtidig som hun forsikret om at ingen fikk smitteinfisert blod ved St. Olavs.

I juli fikk en sykepleier ved Olavsgården sykehjem i Harstad advarsel for den såkalte Kristine-saken. I tillegg fikk Harstad kommune i november kritikk for ikke å ha sikret pasientene ved sykehjemmet forsvarlig behandling. Dette var en sak som blant andre fagbladet Sykepleien har fulgt tett.

NTB sendte i september ut en sak om at helseforetakene ikke er flinke nok til å melde fra når det kunne gått galt og når det faktisk skjer alvorlige feil. Direktør Lars E. Hanssen etterlyste en bedre meldekultur for å lære av feil.

NRK sendte i september en sak om at helsepersonell mangler respekt for narkomane og tidligere narkomane og at disse derfor er mer utsatt for feilbehandling på sykehus. Lars E. Hanssen mente at dette er helt uakseptable holdninger hos helsepersonell.

Media var også opptatt av at lege Esben Esther Pirelli Benestad i oktober fikk en advarsel for å ha henvist tre personer til brystfjerning på statens regning.

Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn gjennomførte et felles landsomfattende tilsyn med kommunalt barnevern-, sosial- og helsetjenester til barn. Hensikten var å oppnå bedre samordning av disse tjenestene til utsatte barn. Rapportene fra de ulike enkelttilsynene fikk behørig omtale i lokale media gjennom hele året.

Publikasjoner fra Helsetilsynet

Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene. På nettstedet www.helsetilsynet.no finnes alle utgivelser i fulltekst, og sam-mendrag på engelsk og samisk.

<Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn (endelig tittel ikke fastsatt)>
(Rapport fra Helsetilsynet 5/2009)

DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsya-triske sentre
(Rapport fra Helsetilsynet 4/2009)

Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssa-ker i psykisk helsevern
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2009)

Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2009)

Hans Petter Schjønby: Sunnhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge.
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2009)

Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av fylkesmennenes data om bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming for perioden 2000-2007
(Rapport fra Helsetilsynet 7/2008)

Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeids-tilsynet.
(Rapport fra Helsetilsynet 6/2008)

Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007
(Rapport fra Helsetilsynet 5/2008)

Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven
(Rapport fra Helsetilsynet 4/2008)

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2008)

«Mens vi venter ...» – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i soma-tisk spesialisthelsetjeneste
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2008)

Meldesentralen - årsrapport 2006
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2008)

Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspill til andre sosial- og helsemyndigheter og til tjenestene i brev. Enkelte av disse brevene publiseres på www.helsetilsynet.no, menyen Publikasjoner ... \ Brev. Nedenfor refereres tema for noen av brevene.

Innspill til Helse- og omsorgsministerens arbeid med sam-handlingsreformen (9. desember 2008)

Bekymring for asylsøkertilværelsen (11. august 2008)

Autorisasjon av barnevernpedagoger og sosionomer
(12. juni 2008)

Mangelfull tilgangsstyring til elektronisk pasientjournal truer taushetsplikten i sykehus (6. mars 2008)

I tillegg publiseres høringsuttalelser, se egen artikkel på side 38, og enkelte brev i tilsynssaker (kritikk eller pålegg til virksomheter og reaksjoner mot helsepersonell).


Medisinalmeldinger / Helse- og sosialmeldinger

Fylkesmannen og Helsetilsynet i hvert fylke utgir årlig en publikasjon med stoff om tjenestene i fylket, og tilsyn og klagebehandling. Navnet er medisinalmelding eller helse- og sosialmelding eller lignende, og målgruppene er tjenes-tene og offentligheten i fylket, og sentrale myndigheter.

Meldingene finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no, meny Helsetilsynet i fylkene.

Artikler

Artikler som ansatte i Statens helsetilsyn skriver publiseres eller lenkes på nettstedet www.helsetilsynet.no, meny Publikasjoner ... \ Artikler.



Foreslå kandidater til KARL EVANG-PRISEN 2009!

Karl Evang-prisen (NOK 50 000) deles ut på Karl Evang-seminaret som Statens helsetilsyn arrangerer 20. oktober på Høgskolen i Oslo. Seminaret har gratis adgang, ingen påmelding og er åpent for alle. Les mer om pris og seminar på www.helsetilsynet.no/evang
Send kandidatforslag innen 21. august til evangprisen@helsetilsynet.no eller til Statens helsetilsyn, P.b. 8128 Dep, 0032 OSLO

Tilsynsrapporter

Rapportene fra hvert enkelt tilsyn med sosial- og helsetjenestene publiseres på www.helsetilsynet.no.

Der kan de hentes fram sortert på emne, kommune, helseforetak, fylke eller år.

Statens helsetilsyn

Norwegian Board of
Health Supervision
Postboks 8128 Dep
0032 OSLO

Tlf.: (+47) 21 52 99 00

Faks: (+47) 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Internett: www.helsetilsynet.no

Besøksadresse: Calmeyers gate 1

Mars 2009