

## **Veileder for landsomfattende tilsyn 2001**

# **Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten i fengsler 2001**

**Godkjent av avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig 21. mars 2001**

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet.

# **INNHold**

**1. FORORD**

**2. BAKGRUNN**

**3. MÅLSETTING**

**4. HOVEDSPØRSMÅL SOM ØNSKES BESVART  
ETTER REVISJONEN**

**5. METODE**

**6. AVGRENSNINGER**

**7. VALGTE OMRÅDER OG LOVGRUNNLAG**

7.1 Organisering, ansvar og myndighet

7.2 Prosedyrer, retningslinjer, rutiner av betydning  
for helsetjenesten

7.2.1 Nødvendig helsehjelp

7.2.2 Legemiddelhåndtering

7.2.3. Taushetsplikt mv.

7.3 Avvikshåndtering

**8. FORBEREDELSE**

**9. GJENNOMFØRING**

**10. RAPPORTERING**

## 1. FORORD

Målsettingen med denne veilederen er å bidra til at det felles tilsynet med fengselshelsetjenesten utøves mest mulig ensartet i alle landets fylker og å lette arbeidet med forberedelse og gjennomføring av tilsynet.

Ved omorganiseringen av den statlige helseforvaltning har Sosialkomiteen uttalt (Innst. O. 88-1991-92, s.7):

*"Flertallet vil peke på at et tilsyn utøvd av fylkeslegene alene kan fremstå som oppsplittet og for lite koordinert. Det er derfor behov for et sentralt, faglig uavhengig organ som kan se til at det lokale tilsynet utøves likt i hele landet, og som kan samle og systematisere erfaringsmaterialet så det kommer helsetjenesten i hele landet tilgode."*

Helsetilsynet har gitt følgende føringer for dette tilsynet:

- tilsynet skal gjennomføres som en systemrevisjon etter prosedyre utarbeidet av tilsynsprosjektet
- det skal føres tilsyn med fengselshelsetjenesten

Veilederen tar for seg bakgrunn og målsetting og omtaler de vurderinger, valg og avgrensninger som er foretatt for det felles tilsynet med fengselshelsetjenesten. Deretter gjennomgås og drøftes lovgrunnlaget for tilsynet.

Når det gjelder den generelle beskrivelsen av forberedelse, gjennomføring og rapportering, vises det til prosedyren og rapportmalen.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet veilederen har bestått av ass. fylkeslege Eli Løkken fra Nordland, fylkessykepleier Ingrid Hegvold fra Sør-Trøndelag, kvalitetsrådgiver Inge Valentin Bakken fra Aust-Agder, underdirektør Inger B. Rytter, rådgiver Anne Grete Kvanvig, rådgiver Morten Frantze og seniorrådgiver Heidi M. Rudi fra Statens helsetilsyn.

## 2. BAKGRUNN

Fengselshelsetjenesten var tidligere en del av fengselsvesenet og underlagt Justisdepartementet. Fra 1987, jf endring i lov om kommunehelsetjenesten i 1994, ble fengselshelsetjenesten et kommunalt ansvar og dermed en del av kommunehelsetjenesten. Etter en del år med kommunal fengselshelsetjeneste er det grunn til å se nærmere på om reformen fungerer. I tillegg er tjenesten valgt som område for felles tilsyn i 2001 med følgende begrunnelser:

- Inntrykket fra gjennomførte systemrevisjoner i fengselshelsetjenesten er at tjenesten mangler forankring i det kommunale system.
- Samhandlingen mellom helsepersonell og fengselstjenestemenn gir spesielle utfordringer.
- Fylkeslegene mottar via klagesaksbehandling opplysninger som kan tyde på at innsattes behov for helsehjelp (spesielt ved psykisk sykdom) ikke alltid ivaretas.
- Sosial- og helsedepartementet har påpekt at det er viktig å påse at innsatte med psykiske lidelser får nødvendig helsehjelp.

- Det er spesielt viktig å føre tilsyn med tilbudet til utsatte/ sårbare grupper. Fengselsinnsatte er en slik gruppe, som også har kjent oversykkelighet.
- Helsetilsynet ga arbeidsgruppen i mandat å avgrense temaet, bl.a. basert på fylkeslegenes uttalelser og andre potensielle forbedringsområder. Det kreves at revisjonene omfatter samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at kjønnsperspektivet ivaretas.

### **3. MÅLSETTING**

Den overordnede målsettingen er gjennom tilsyn å bidra til kontinuerlig forbedring av helsetjenesten. Ved tilsynet kontrolleres at de deler av virksomheten som revideres, er i tråd med de krav myndighetene stiller. Felles tilsyn skal bidra til at disse myndighetskravene tolkes likt i hele landet. Erfaringene fra felles tilsyn skal også gi bidrag til Helsetilsynets arbeid med regelverksutvikling.

Revisjonen har tre hovedformål:

1. Skaffe en avklaring på om fengselshelsetjenesten er organisert og drevet slik det forutsettes i helselovgivningen, og har en internkontroll som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester, jfr tilsynsloven § 3,1. ledd.
2. Tilsynet skal legge avgjørende vekt på å få fram sammenhengen mellom internkontroll og faglig forsvarlige helsetjenester. Prosedyrer for å sikre forsvarlig fagutøvelse er en viktig del av virksomhetens ik-system. Dette tilsynet har som hovedhensikt å vurdere virksomhetens internkontrollsystem. Alle områder som vurderes ved tilsynet ønskes satt inn i ik-sammenheng.
3. Se på prosedyrer på utvalgte områder og finne ut om de materielle krav/ primærkrav som oppstilles i reglene om legemiddelhåndtering, rett til nødvendig helsehjelp og taushetsplikt mv. etterleves.

### **4. HOVEDSPØRSMÅL SOM ØNSKES BESVART ETTER REVISJONEN:**

1. Har fengselshelsetjenesten utviklet et fungerende internkontrollsystem som ledd i å sikre de innsatte faglig forsvarlige helsetjenester?
2. Sørger fengselshelsetjenesten for at de innsatte får nødvendig helsehjelp?
3. Er legemiddelhåndteringen i fengselshelsetjenesten tilfredsstillende?
4. Ivaretas de innsattes rett til vern mot spredning av opplysninger når de er pasienter?

Med fengselshelsetjenesten mener vi den utøvende helsetjenesten i fengslet og linjen opp til kommunens ledelse.

### **5. METODE**

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon. Revisjonsmetodikken som er beskrevet i "prosedyre for systemrevisjon" skal benyttes.

Internkontrollplikten har eksistert som et myndighetskrav med hjemmel i lov om statlig tilsyn med helsetjenester siden 01.01.94. Til nå har tilsynsmyndigheten lagt til grunn en

innskrenkende fortolkning av tilsynslovens § 3,1. ledd ved at det har vært lagt vesentlig vekt på Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (ik-2482) og den milepælplan som er skissert der. Forventningen til helsetjenesten om etablering av helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000, senere presisert til innen utgangen av år 2000, har vært sterkt førende for avviksvurderingen i relasjon til tilsynsloven § 3,1. ledd. Tolkningen av tilsynsloven § 3,1. ledd har vært noe uklar, men terskelen for å konkludere med avvik har til nå vært høy. I praksis har det kun vært ved fullstendig fravær av planer for internkontrollarbeidet eller ved grunnleggende svikt i organisering av virksomhetene at tilsynsmyndighetene har konstatert avvik på dette området.

Internkontrollplikten skal fra 2001 vurderes som et ordinært myndighetskrav undergitt vanlig juridisk fortolkning. Mangelfull etterlevelse av internkontrollplikten vil medføre avvik hjemlet i tilsynsloven § 3,1. ledd. Det er ikke avgjørende at det fremdeles ikke finnes noen forskrift på området. Ut fra ordlyden i tilsynsloven § 3 kan man konkludere med at helsetjenesten har en lovpålagt plikt til å etablere et internkontrollsystem basert på at tjenestene skal planlegges, utøves og kontrolleres. Hensikten er å unngå svikt og bidra til kontinuerlig forbedring av helsetjenesten. I henhold til loven foreligger det en plikt til å sikre at tjenestene er faglig forsvarlige.

## **6. AVGRENSNINGER**

Arbeidsgruppen fikk et vidt mandat.

Fellestilsynet avgrenses til å gjelde fengselshelsetjenestens ik-system med utgangspunkt i områdene nødvendig helsehjelp, legemiddelhåndtering og taushetsplikt mv.. Dette innebærer at det skal revideres både mot internkontrollkravet i tilsynsloven § 3 og mot spesifikke, materielle myndighetskrav (primærkrav) for de områdene det gjelder. Revisjonen av ik-systemet foretas gjennom dokumentgranskning, intervjuer og verifikasjoner. Revisjonen av ik-systemet skal primært omfatte fengselshelsetjenestens

- organisering,
- prosedyrer for oppfyllelse av de relevante primærkrav og
- avvikhåndtering.

Organisering av helsetjenester til innsatte er prioritert fordi dette gir opplysninger om hvorvidt tjenesten er en integrert del av kommunens helsetjeneste, hvor ansvar og myndighet er plassert, og om samarbeid med 2. linjetjenesten.

Internkontrollsystemet skal sikre at de helsetjenester som ytes er forsvarlige og bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten. På enkelte områder er risikoen for feil stor og dermed nødvendigheten av gode systemer spesielt viktig. Her må det etableres prosedyrer (ved behov skriftlige). I fengselshelsetjenesten anses det påkrevd med prosedyrer bl.a. på områdene nødvendig helsehjelp, legemiddelhåndtering og når det gjelder å sikre at taushetsplikten ivaretas overfor innsatte som er pasienter.

Nødvendig helsehjelp er valgt fordi fengselsinnsatte har en kjent oversykelighet når det gjelder både fysisk og psykisk sykdom. SHD har dessuten påpekt viktigheten av å påse at innsatte med psykiske lidelser får nødvendig helsehjelp. Temaet gir videre mulighet for å se nærmere på samhandlingen mellom behandlingsnivåene (kommune- og spesialisthelsetjenesten) og samhandlingen mellom helsetjenesten og fengselsvesenet.

Legemiddelhåndteringen oppleves som et problemområde hos både helsepersonell og fengselstjenestemenn. Stikkord her er det store legemiddelforbruket i fengsler, risikoaspekter, organisering, delegering av oppgaver innen legemiddelhåndtering til fengselstjenestemenn mv..

Helsepersonell som arbeider med fengselsinnsatte samarbeider ofte med fengselstjenestemenn og tolker. Disse fungerer til dels som helsepersonells medhjelpere og har da samme taushetsplikt som helsepersonell. Hvor bevisst er man seg at opplysninger om innsattes "legems- eller sykdomsforhold" ikke formidles til andre enn samarbeidende personell og bare når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp?

En god praksis for håndtering av avvik er sentralt i et internkontrollsystem. Ved å gjøre en revisjon på dette innen de utvalgte områdene, vil vi få en god indikasjon på om internkontrollsystemet i virksomheten fungerer.

Helsetilsynet har bestemt at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal være gjenstand for revisjon. Etter nærmere diskusjon er det avgjort at dette fellestilsynet pga. metodologiske uklarheter kun skal omfatte kommunehelsetjenesten. Dermed begrenses samhandlingstemaet til å etterse hvilke rutiner fengselshelsetjenesten har for samhandling med spesialisthelsetjenesten vedrørende innsatte med psykisk sykdom.

Mandatet slår fast at kjønnsperspektivet skal ivaretas i tilsynet. Blant de innsatte er det 95% menn og 5% kvinner. Kvinner er dermed; i likhet med eldre, svært unge og innvandrere mv. fra ulike land, en minoritetsgruppe i fengslene. De forskjellige gruppernes, og det enkelte menneskes, behov for helsetjenester og hvordan behovet kommer til uttrykk, vil variere. Både i fengslene og i samfunnet ellers kreves det at tjenesten organiseres på en slik måte at den imøtekommer de ulike brukernes forutsetninger, slik at tjenestetilbudene blir likeverdige for alle. Ved tilsynet skal det etterses at så er tilfelle.

Antall fengsler er begrenset til 43. For første gang ved fellestilsyn har fylkeslegene dermed mulighet til å tilse bortimot alle potensielle tilsynsobjekter. Dette gir tilsynsmyndighetene en unik mulighet til ved systemrevisjon å få en nasjonal oversikt over tilstanden på utvalgte områder innen en hel virksomhet. Antallet anstalter varierer fra fylke til fylke. Minimum to fengsler skal revideres i fylker med to eller flere fengsler. Har fylket flere enn to anstalter, mener arbeidsgruppen det er viktig at de største anstaltene blir tilsett. Det forutsettes at tilsynet kan gjennomføres på én dag.

## **7. VALGTE OMRÅDER OG LOVGRUNNLAG**

Helsetilsynet ønsker at etaten etter disse revisjonene skal ha oversikt over om fengselshelsetjenesten har etablert et internkontrollsystem for virksomheten, som sørger for at den drives i henhold til gitte krav og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at svikt forebygges.

Internkontrollplikten er hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3: *"Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjeneste planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift."*

*Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontroll-system og*

*fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten".*

Denne bestemmelsen bør ses i sammenheng med krav til organisering i helsepersonelloven § 16 . *"Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter."*

Ik-systemet er et system for å ivareta primærkrav (myndighetskrav i helselovgivningen). Det er altså tale om et lovpålagt styringssystem.

Et hovedkrav etter helselovgivningen er at tjenesteproduksjonen er faglig forsvarlig. For å sikre dette samt oppfyllelsen av andre krav i helselovgivningen skal virksomheten både planlegges, utføres og kontrolleres på en systematisk måte. Internkontrollsystemet skal innrettes på å forebygge svikt i tjenesten.

Da tilsynslovens ordlyd i § 3 ikke inneholder nærmere bestemmelser om hvordan internkontrollkravet skal oppfylles, må det utvises stor forståelse for ulike måter å gjøre dette på. Det er også viktig å huske at ik-systemet skal tilpasses de behov virksomheten har, og at kravet til skriftlighet i prosedyrer kun vil være absolutt dersom det er nødvendig for pasientsikkerheten og ellers avgjørende for en faglig forsvarlig helsetjeneste.

På bakgrunn av ordlyden i tilsynsloven § 3,1. ledd, forskrift fastsatt ved kgl. res. 6. des. 1996 om systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid og flere forskrifter gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven kap. 4 a om miljørettet helsevern, kan følgende seks punkter utledes som obligatoriske elementer i et ik-system:

1. beskrivelse av organisasjon, ansvar og myndighet,
2. målsetting for tjenesten,
3. oversikt over og kunnskap om hvilke myndighetskrav som stilles til tjenesten,
4. prosedyrer som sikrer de viktigste arbeidsprosessene, særlig der det er fare for svikt som kan innebære sikkerhetsrisiko for brukere av helsetjenesten.
5. sikring av tjenesteutøvernes kompetanse i forhold til oppgavene,
6. avvikshåndtering: Virksomheten skal aktivt og systematisk bruke feil/uhell/nestenuhell som ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet og gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes.

Hvor mye som skal kreves i hvert av punktene, må vurderes konkret og avgjøres skjønnsmessig ut fra virksomhetens kompleksitet, størrelse, organisasjonsstruktur, personellsammensetning og lignende.

Det hadde vært ønskelig å få en oversikt over alle de ovennevnte 6 elementene i fengselshelsetjenestens internkontrollsystem, men av hensyn til omfanget på tilsynet har vi prioritert punktene 1, 4 og 6.

Det er svært vanskelig å gi helt klare svar i veilederen når det gjelder vurdering av avvik etter tilsynsloven § 3,1. ledd, jf det som er sagt ovenfor. Vi mener imidlertid at konstatering av manglende eller inadekvate systemer for organisering og/eller avvikshåndtering som hovedregel danner grunnlag for avvik, fordi disse elementer som tidligere nevnt utgjør en bærende del i et ik-system. I tillegg må det foretas en konkret overveielse av om det etter en

Samlet vurdering av ett eller flere av de seks punktene kan være grunnlag for avvik. Det kan for eksempel være tilfelle at det eksisterer litt av alle seks elementer, men at dette ikke er implementert og forstått.

Dersom man finner at flere enkeltelementer for seg kvalifiserer til avvik fra tilsynslovens §3,1.ledd, skal det anføres kun som ett avvik. Det blir da avgjørende at de observasjonene som ligger til grunn for avviket beskrives konkret, slik at det fremgår om avviket er omfattende eller om det mangler et enkelt element.

I tillegg skal fylkeslegene vurdere avvik i forhold til de materielle krav som stilles på områdene nødvendig helsehjelp, legemiddelhåndtering og taushetsplikt mv.. Dersom et forhold (én eller flere observasjoner) gir grunnlag for avvik etter en spesiell regel, så velges denne som hjemmelsgrunnlag framfor en mer generell regel. For eksempel skal mangler ved legemiddelhåndteringen hjemles i legemiddelforskriften, evt. med henvisning til forsvarlighetskravet, framfor hjemling kun i forsvarlighetskravet. Dette gir mest konkret informasjon til virksomheten som har hatt tilsyn, og har derfor større nytteverdi i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Likevel ser vi for oss at følgende problemstilling kan oppstå:

Det er mangler ved legemiddelhåndteringen som kvalifiserer til avvik etter forskriften. Spørsmålet blir så om de observasjoner som dette avviket bygger på også kan brukes som observasjoner for å vurdere avvik etter tilsynslovens § 3,1. ledd. Slik vi ser det, vil nettopp slike observasjoner være av de viktigste i vurderingen av om ik-systemet er adekvat. Det faktum at de er brukt for å begrunne et avvik etter legemiddelforskriften, er ikke til hinder for at samme observasjon brukes i vurderingen av ik-systemets funksjon og oppbygging.

Som et grunnkrav til fengselshelsetjenesten ligger forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3, 3. ledd. Dette vil kunne vurderes som hjemmel for avvik. Dersom tilsynet avdekker graverende mangler ved tjenesten på flere områder, som hver for seg representerer avvik fra primærkrav, vil det være aktuelt å konkludere med avvik fra forsvarlighetskravet. Også i de tilfeller der det er vanskelig å henføre observasjoner direkte til en av spesialreglene, men der det etter en samlet vurdering av fengselshelsetjenesten likevel etter fylkeslegens vurdering ikke er forsvarlige tjenester, hjemles avviket i § 6-3, 3. ledd.

## **7.1 Organisering, ansvar og myndighet**

Helsetilsynet ønsker at etaten etter revisjonene skal ha oversikt over om ansvar og myndighet i fengselshelsetjenesten, forholdet til kommunes øvrige helsetjeneste og administrasjon, samt forholdet til 2. linjetjenesten er klart beskrevet i ik-systemet og om innholdet er kjent og lett tilgjengelig i organisasjonen.

### Myndighetskrav og drøfting av disse

Den ansvarlige for internkontrollen i kommunene vil normalt være rådmann/ administrasjonssjef som øverste leder. Pliktsubjekter i relasjon til internkontrollbestemmelsen er den eller de som har et organisatorisk ansvar for å dimensjonere og utforme tjenesten slik at de innsatte får nødvendig helsehjelp.

Beskrivelse av organisasjonen, ved organisasjonskart eller tilsvarende, er sentralt i et styringssystem. I komplekse organisasjoner bør dette være skriftlig. Vi har vurdert fengselshelsetjenesten til å være en integrert del av en kompleks organisasjon. Det viser seg



ofte at mangler ved tjenesten kan spores tilbake til uklarheter vedrørende organisasjonens ansvars- og myndighetsfordeling.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3, 2. ledd lister opp hvilke deltjenester kommunen skal sørge for, bl.a. slik at befolkningens rett til nødvendig helsehjelp blir ivaretatt. Ved tilsynet blir det viktig å etterspørre om deltjenestene allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie og evt. jordmortjeneste er organisert på en måte som sikrer de innsatte nødvendig helsehjelp.

Det er viktig å få klarhet i om de ansatte har samme forståelse av ansvarsfordeling og tildelt myndighet (evt. ved delegering), og hva dette innebærer for det daglige arbeid, som ledelsen har. Det er også sentralt å få klarhet i om det følger tilstrekkelig myndighet med ansvaret, og hvis ikke, hvilke konsekvenser det har for tjenesten, og hva som gjøres dersom dette er en erkjent problemstilling. Det er også aktuelt å etterspørre hvilket system som finnes for å gjøre organisasjonskart, ansvar og myndighetsfordeling kjent blant de ansatte.

#### Konstatering av avvik

Det må forventes at ansvar og myndighetsfordeling er klart beskrevet, og at det ved intervjuene framgår at ansvarslinjene er kjent. Uklarhet på dette punkt vil alene kunne kvalifisere til avvik ift. tilsynsloven § 3,1. ledd.

Det avgjørende er hvilken forståelse det er i organisasjonen på dette punkt, ikke den skriftlige beskrivelsen av organisasjonen i seg selv. Det betyr at skriftlighet uten forståelse lett blir avvik, mens motsatt vil det ikke være grunnlag for avvik dersom det mangler skriftlighet forutsatt at intervjuene viser at det er klarhet om ansvar og myndighetsfordeling. Da vil det være naturlig å vurdere å anbefale skriftlighet i form av en merknad.

Det skal imidlertid mye til for å kunne akseptere uskrevne retningslinjer på et så avgjørende punkt i tjenesteproduksjonen. Som et minimum må det kreves at det foreligger et skriftlig nedtegnet organisasjonskart.

## **7.2 Prosedyrer, retningslinjer, rutiner av betydning for helsetjenesten**

Fengselshelsetjenesten må ha nødvendige prosedyrer for å sikre de viktigste arbeidsprosessene. Det ideelle er om virksomheten gjennomfører risikoanalyser som i sin tur identifiserer arbeidsprosesser der det er nødvendig med skriftlige prosedyrer. Eksempler på slike arbeidsprosesser kan være legemiddelhåndtering, håndtering av pasientjournaler og samhandling mellom ulike aktører som ledd i å gi nødvendig helsehjelp. Kunnskap om krav i lovgivningen er en viktig forutsetning for å kunne identifisere slike arbeidsprosesser, og det er viktig at vi bidrar til at sammenhengen mellom myndighetskravene og faglig forsvarlig helsetjenester synliggjøres. I denne revisjonen har vi gjort et utvalg av områder der vi mener det må finnes prosedyrer, og at disse bør være skriftlige. Er prosedyrene kun muntlige, må virksomheten, på samme måte som ved skriftlige prosedyrer, kunne dokumentere at disse er kjent, forstått og etterlevd i organisasjonen for å oppfylle tilsynslovens krav. Hvis det ikke eksisterer prosedyrer, eller disse ikke er kjent og etterleves, er det et avvik fra tilsynsloven § 3,1. ledd.

### **7.2.1 Nødvendig helsehjelp**

- Helsetilsynet ønsker at etaten etter revisjonen har oversikt over om virksomheten har etablert et system som sikrer fengselsinnsatte nødvendig helsehjelp. Det er kun

primærhelsetjenestens tilbud, inklusive rutiner for henvisning til psykiatrisk 2. linjetjeneste, som skal revideres.

Helsehjelp til innsatte skal være likeverdig med helsehjelpen den øvrige befolkning får. Dette innebærer at fengselshelsetjenesten skal yte de innsatte de samme helsetjenester som den øvrige befolkning normalt får i tilsvarende situasjoner, eller andre forsvarlige helsetjenester som ivaretar hensynet til den innsattes helse minst like godt.

Myndighetskrav og drøfting av disse:

Utgangspunktet for revisjonen er, i tillegg til tilsynsloven § 3,1. ledd, kommunehelsetjenesteloven § 2-1: *"Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp vedkommende trenger for å ivareta sin rett.... "*

I henhold til pasientrettighetsloven § 2-1 gis pasienten rett til nødvendig helsehjelp, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Vi har her valgt å revidere mot kommunehelsetjenesteloven.

Med nødvendig helsehjelp menes både forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende tiltak, jfr. khl § 1-3. I dette tilsynet avgrenses nødvendig helsehjelp til kun å omfatte diagnostiske og behandlende tiltak.

Hva som kommer inn under begrepet nødvendig helsehjelp, vil være en skjønnsmessig vurdering, men det finnes en minstestandard kommunen ikke kan gå under, jfr. Fusadommen.

Følgende punkter anses relevante i vurderingen av om fengselsinnsatte får nødvendig helsehjelp:

- om tjenesten er kjent
- om tjenesten er tilgjengelig, herunder hvordan tjenesten samhandler med fengselet vedr. innsattes formidling av behov for helsehjelp
- om det tilbys kontakt/ undersøkelse ved innsettelse,
- hvilken kompetanse de ansatte i tjenesten har (finnes de helsepersonellgrupper virksomheten anser nødvendig?)
- hvilke rutiner man har for øyeblikkelig hjelp
- hvilke rutiner man har for samhandling med 2. linjetjenesten, herunder henvisningsrutiner ved psykisk sykdom
- om det finnes et system for dialog mellom kommune og fengsel vedr. organisering av helsetjenester til innsatte, herunder "kjøreregler" for det daglige samarbeid, for eksempel ved bruk av fengselstjenestemann som helsepersonells medhjelper

Kjønnsperspektivet skal ivaretas ved tilsynet. Det betyr ikke at man må velge fengsler med innsatte av begge kjønn, men dersom begge kjønn er representert blant de innsatte, skal man ved tilsynet også ha fokus på om de tjenester som tilbys og ytes, er likeverdige for kvinner og menn.

Både i fengslene og i samfunnet ellers kreves det at tjenesten organiseres på en slik måte at den imøtekommer de ulike brukernes forutsetninger, slik at tjenestetilbudene kan bli likeverdige for alle. For å kunne yte nødvendig helsehjelp på en forsvarlig måte, må det bl.a. tas hensyn til den innsatte pasientens kjønn, språk, etniske og kulturelle bakgrunn.

I en slik sammenheng vil fengselets praksis for behovsformidling være viktig. Stikkord her vil være språkferdigheter muntlig/skriftlig, den enkeltes problemer med å benytte seg av helsepersonell av det motsatte kjønn utifra religiøse normer og påbud, overgrepserfaringer, behov for tolk av samme kjønn m.v (jfr.7.2.3)

Ofte er det fengselstjenestemennene som informerer og varsler helsetjenesten om at innsatte har behov for tjenester. For å gjøre dette, trenger de kompetanse og informasjon om hva de skal reagere på og når. Dette vil variere fra person til person, men generelt vet vi at sykdom og plager ofte har ulik uttrykksform hos menn og kvinner. Denne problematikken bør kommuniseres i samhandlingen mellom helsetjenesten og fengselet.

Likeså er det av betydning at ansatt helsepersonell har kompetanse og ressurser til å behandle syke innsatte, og at de, hvis så ikke er tilfelle, sørger for henvisning til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

For at den innsatte skal kunne ivareta sin rett til nødvendig helsehjelp, må vedkommende kjenne til at man har denne retten. Det blir ved tilsynet dermed viktig å etterspørre hvilke rutiner som finnes for å gjøre helsetjenesten kjent og tilgjengelig for alle innsatte, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 2-1, 1. og 2. ledd. Man bør også sjekke hvilken informasjon som gis om klageretten etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4.

#### Konstatering av avvik:

På dette området mener vi det ikke kan settes absolutte krav om skriftlige prosedyrer. Samtidig er helsetjenesten i en del fengsler preget av stor utskifting på personellsiden, hvilket øker behovet for gode skriftlige systemer. I vurderingen av hvorvidt de innsatte faktisk får nødvendig helsehjelp i det enkelte fengsel vil mye nødvendigvis være overlatt fylkeslegenes skjønn.

Dersom fengselshelsetjenesten ikke sørger for at innsatte, som er en ressurs svak gruppe, gis informasjon om helsetjenesten og hvordan denne kan kontaktes, vil dette alene være en så betydelig svikt i internkontrollsystemet at det kvalifiserer for avvik i henhold til tilsynsloven § 3,1. ledd. Samtidig vil det være et avvik i forhold til kommunehelsetjenesteloven § 2-1, 2. ledd.

Helsetjenesten skal være tilgjengelig for de innsatte. Da innsatte ikke på samme måte som mennesker i samfunnet for øvrig selv kan ta direkte kontakt med helsetjenesten, må det etableres et system for behovsformidling, ikke minst i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Europarådets torturkomité mener alle nyinnsatte bør tilses av helsepersonell ved innsettelse, ref. Helsetilsynets brev av 3. juni 1994 til Fylkeslegen i Oslo (sak 94/05977).

Dersom det konstateres at de innsatte ikke får nødvendig helsehjelp, for eksempel ved at tilgjengeligheten til sykepleier eller fengselslege er svært dårlig, vil det være et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Manglende henvisning til spesialisthelsetjenesten, selv om innsatte anses å ha behov for slik hjelp, vil også være et avvik fra khl § 2-1. Det kan også separat være et avvik fra tilsynsloven § 3,1. ledd, og vil under alle omstendigheter være en observasjon som sammen med andre gir avvik fra tilsynsloven § 3,1. ledd.

Finnes ingen rutiner for samhandling med 2. linjetjenesten, spesielt henvisningsrutiner, vil det være et avvik fra tilsynslovens krav om internkontroll.

Mangler virksomheten kunnskap om eller forståelse for ulike gruppers uensartede måte å formidle behov for helsehjelp på, vil det være en observasjon som gir en merknad i forhold til internkontrollkravet i tilsynsloven § 3,1. ledd.

### 7.2.2 Legemiddelhåndtering

Helsetilsynet ønsker at etaten etter disse revisjonene skal ha oversikt over:

- om det medisinskfaglige ansvaret for legemiddelforsyningen er klart definert og kjent
- om legemiddelutdelingen skjer på en måte som sikrer at legemiddelet blir gitt til den pasient det er forskrevet for, og at utdelingen foretas av de personer som har fått myndighet til det
- om oppbevaringen av legemidler er forsvarlig og i samsvar med gjeldende lov og forskrift.

#### Myndighetskrav og drøfting av disse

Utgangspunktet for denne delen av revisjonen er lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift av 18.11.87 om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste.

Forskriften nytter betegnelsen "sykehjem mv" som samlebetegnelse, og forskriften gjelder så langt den passer for øvrig helsetjeneste som kommer inn under den kommunale helsetjeneste. Dette innebærer at forskriften er gjeldende for fengselshelsetjenesten.

Ansvarsforhold er omtalt i forskriftens § 2: *"Kommunen skal sørge for at legemiddelforsyningen til kommunens helsetjeneste blir organisert og drevet i samsvar med lover, forskrifter og andre bestemmelser..... Ved sykehjem mv. har den legen som har ansvaret for å organisere legetjenesten også det medisinsk-faglige ansvaret for legemiddelforsyningen ved institusjonen."*

I § 2 sies det at kommunen har det overordnede ansvar for at legemiddelforsyningen er i tråd med regelverket, mens legen har det medisinskfaglige ansvaret for legemiddelforsyningen i fengslene. Denne ansvars plasseringen skal være kjent både i helsetjenesten, i virksomheten og i kommunen.

Forskriften § 6.2: *"Legemidler skal oppbevares i særskilte låsbare skap eller rom. Legemidler som ikke tåler lagring ved værelsestemperatur, skal oppbevares i eget låsbart kjøleskap."* og § 6.4 omhandler tilgangen til medisinskapene: *"Til skapene og rommene skal det være så få nøkler som mulig. (...) Det skal settes opp skriftlige retningslinjer i den enkelte deltjeneste for rutinene vedrørende medisinskaps- eller medisinromsnøklene. Når andre enn offentlig godkjent sykepleier/ vernepleier har nøkler skal det foreligge skriftlig fullmakt."*

§ 6.8 *"Legemidler ferdig oppdelt i doser til den enkelte pasient kan oppbevares i særskilt låsbare vogner, traller eller lignende eller hos den enkelte pasient når det er forsvarlig."*

§ 8.2. *"Utdeling av legemidler skal skje på en måte som sikrer at legemidlet blir gitt til den pasient det er forskrevet for."* I dette ligger at det i fengselet skal finnes rutiner på hvordan utdelingen skal foregå, slik at riktig pasient får riktig legemiddel til riktig tid, og at dette dokumenteres skriftlig.

Utdeling til pasient bør bare skje etter skriftlig ordinasjon fra lege eller etter generelle skriftlige retningslinjer fastsatt av lege.

*§ 8.4 "I sykehjem mv. bør utdeling av legemidler til pasient bare skje etter skriftlig ordinasjon fra lege eller etter generelle skriftlige retningslinjer. Utdelingen skal foretas av de personer som har myndighet til det. Lege kan unntaksvis gi myndighet til andre enn offentlig godkjent sykepleier/ vernepleier. Før slik myndighet gis, skal sykehjemmet ha skriftlige retningslinjer for hvem som kan utføre dette arbeidet og for hvilken opplæring disse må ha i legemiddelhåndtering."*

I fengslene er det ofte behov for legemiddelutdeling når helsepersonell ikke er tilstede. Helsepersonell kan i henhold til helsepersonelloven § 5 overlate bestemte oppgaver til annet personell dersom han/ hun vurderer det forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Av loven følger at helsepersonell også kan bruke andre enn autorisert helsepersonell som sin medhjelper, forutsatt at det etter en helhetsvurdering tilfredsstillende kravene til forsvarlighet (helsepersonelloven § 4). En lege kan velge å tildele oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering til fengselstjenestemenn, dersom vedkommende innehar nødvendig kompetanse og de øvrige forutsetningene etter helsepersonelloven § 5 er oppfylt.

Hva som skal inngå i opplæring av fengselstjenestemenn som skal forestå legemiddelutdeling, er ikke nedfelt i regelverket. Det er opp til ansvarlig lege å vurdere hva som anses som nødvendig opplæring for at oppgaven skal kunne utføres forsvarlig.

I forarbeidene til helsepersonelloven gjøres det klart at tildelingen av oppgaver til medhjelpere forutsettes å være personlig, i denne sammenheng til navngitt fengselstjenestemann.

Risikoen for feil og faren for uheldige konsekvenser av feil er stor når det gjelder håndtering av legemidler. Det må tas med i vurderingen av hva som er forsvarlig virksomhet på dette felt. Dette vil i de fleste tilfeller tilsi at avtalen mellom legen og den aktuelle tjenestemann må være skriftlig. Avtalen skal gjelde navngitt tjenestemann og hvilke oppgaver myndigheten omfatter, samt være tids- og stedsbegrenset.

Vedlagte referanser: Helsetilsynets brev av  
22. april 1998 til Odd Ivar Seth (sak 96/6285)  
08. februar 2000 til Oslo kretsfengsel (sak 99/2356)  
12. januar 2001 til Justis- og politidepartementet (sak 98/6589)

#### Konstatering av avvik

Primærkravene i legemiddelforskriften oppfattes å være så klare at det ikke er nødvendig å omtale nærmere hva som skal defineres som avvik fra denne, jfr. drøftingen ovenfor.

Forskrift om legemiddelforsyningen mv stiller en rekke systemkrav. Den kan ses som en konkretisering av en del av de krav man må stille til innhold i ik-systemet på dette området. Har fengselshelsetjenesten ingen prosedyrer for legemiddelhåndtering, er dette et avvik fra tilsynsloven § 3,1. ledd.

For øvrig vil man måtte foreta en skjønnsmessig vurdering av grensen mellom avvik og merknad, jfr. det som er skrevet tidligere i veilederen.

## Verifikasjoner

- kontrollere at medisinene oppbevares i låsbart skap/-rom som ikke brukes til andre formål
- etterse at det finnes retningslinjer og evt skriftlige fullmakter vedrørende medisinskapnøkler
- sjekke om det er laget skriftlige avtaler der ikke-autorisert helsepersonell foretar legemiddeutdeling
- etterspørre prosedyrer for uttak av legemidler fra skap/rom, for istandgjøring av pasientdoser og for administrering av legemiddeldosene til den enkelte pasient

### **7.2.3. Taushetsplikt mv.**

Helsetilsynet ønsker at etaten etter tilsynet skal ha oversikt over om fengselshelsetjenesten har etablert rutiner som sikrer de innsattes rett til vern mot spredning av opplysninger.

Området skal begrenses til å fastslå om virksomheten har rutiner (ikke nødvendigvis skriftlige) for å:

- ivareta taushetsplikten
  - når fengselstjenestemenn og tolker er helsepersonells medhjelper
  - i samarbeidsrelasjoner mellom helsepersonell på samme nivå og mellom nivåene
- håndtere meldinger fra de innsatte til helsetjenesten
- oppbevare journalen, inkl. medisinkardex, forsvarlig

#### Myndighetskrav og drøfting av disse:

Hovedregelen finnes i den nye pasientrettighetsloven § 3-6. Her gis pasientene en rett til vern mot spredning av opplysninger: *"Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder."*

Motsvarende er helsepersonells plikt til å verne om taushetsbelagte opplysninger hjemlet i helsepersonelloven § 21: *"Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell."*

Begrensninger i taushetsplikten omtales i § 23 i samme lov.

Helsepersonelloven § 25 1.ledd regulerer hvordan man håndterer opplysninger i forhold til samarbeidende personell: *"Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp."*

Også helsepersonells medhjelper får samme plikt til å verne om taushets-belagte opplysninger. Dette vil da for eksempel gjelde for fengselstjenestemenn og tolker når de opptrer som helsepersonells medhjelper. Det vises til Ot.prp. nr 13 (1998-99) s. 229.

Det må være gode rutiner for når noen opptrer som helsepersonells medhjelper. Dette må være avtalt med for eksempel fengselsvesenet og tolketjenesten. Fengselstjenestemenn og

tolker er ikke helsepersonells medhjelper før dette er avtalt, og har i utgangspunktet ikke taushetsplikt i henhold til helsetjenestens lovverk, men sitt eget. Det bør være rutiner for underskriving av helsetjenestens taushetserklæring.

"Andres" tilgang til journalen er beskrevet i helsepersonelloven § 45, 1.ledd (overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger):

*"Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum."*

Helsepersonelloven retter primært fokus mot den enkelte helseprofesjonsutøver, men har også et innebygd systemkrav, for eksempel i §§ 16, 32, 33 og 39, hvilket påpekes i Ot.prp. 13 (1998-99). Vi mener allikevel det er ryddigst å hjemle eventuelle avvik fra kravet om ivaretagelse av pasientens personvern i pasientrettighetsloven, hvis det da ikke er aktuelt å bruke tilsynsloven. Se nærmere om dette senere.

Kravene til oppbevaring av pasientjournal er beskrevet i § 14, 1. ledd i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000: *"Pasientjournaler skal oppbevares slik at de ikke kommer til skade eller blir ødelagt, og at uvedkommende ikke får tilgang til dem."*

Både §§ 4 og 10 i samme forskrift omhandler vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger. Den nye journalforskriften er bl.a. hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Det foreslås at avvik fra journalforskriften vedr. oppbevaring av og tilgang til taushetsbelagte opplysninger ved dette tilsynet hjemles i pasientrettighetsloven § 3-6 (evt. tilsynsloven § 3,1. ledd), jfr. aktuell paragraf i journalforskriften, da det er system for vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger som er tema ved denne delen av revisjonen.

Spesielt om håndtering av meldinger fra de innsatte til helsetjenesten:

En betjent som mottar en slik melding om behov for helsehjelp er ikke automatisk helsepersonells medhjelper med medfølgende taushetsplikt. Virksomheten må derfor ha et system som sikrer at skriftlige meldinger fra innsatte til helsetjenesten kan håndteres konfidensielt, for eksempel ved at den legges i lukket konvolutt. Dette må være å anse som et krav i forhold til internkontroll, og vil ved mangel på sådan gi observasjon i henhold til § 3 i tilsynsloven.

#### Konstatering av avvik:

Virksomheten må ha et system som sikrer vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger når den innsatte får behov for helsetjeneste. Formålet er å verne om personlig integritet. Systemet må virke i praksis. Det kan ikke utledes et absolutt krav om skriftlige prosedyrer.

Betydelig mangel på rutiner eller totalt manglende kjennskap til eksisterende rutiner vil være et avvik fra § 3,1. ledd i tilsynsloven. Dersom det finnes en del prosedyrer, men systemet ikke fullt ut sikrer vern mot spredning av taushetsbelagte opplysninger, kan det være én blant flere observasjoner som samlet gir et avvik fra tilsynsloven. Samtidig må man ta stilling til om forholdet medfører et avvik fra pasientrettighetsloven.

Dersom fengselstjenestemenn/tolker ikke er kjent med taushetsplikten som helsepersonell - når de opptrer som helsepersonells medhjelper, vil dette primært være et systemavvik, altså en

observasjon som vil gi avvik i forhold til tilsynsloven § 3,1. ledd. Medhjelper utfører oppgaver på delegert myndighet fra helsepersonell. Det er dermed helsetjenestens ansvar å sørge for at nødvendig informasjon om taushetsplikten blir gitt.

Hvis enkeltpersoner ikke forholder seg til rutinene som finnes, er dette avvik fra helsepersonelloven som håndteres videre utenfor systemrevisjonen.

Dersom helsepersonell eller dets medhjelpere regelmessig drøfter forhold rundt den innsatte - enten internt eller eksternt, med annet personell, uten at den innsatte har samtykket eller det dekkes av § 23 i helsepersonelloven, er det å anse som avvik fra pasientrettighetsloven § 3-6.

Det vil være et avvik fra pasientrettighetsloven § 3-6, jfr. journalforskriften § 14, dersom journalen ikke oppbevares slik at det hindrer at uvedkommende får tilgang til den. Også samarbeidende helsepersonell her kan være å forstå som uvedkommende. Forholdet kvalifiserer samtidig for å påpeke avvik fra tilsynslovens internkontrollkrav.

#### Verifikasjoner:

- Oppbevaring av journal
- Oppbevaring av medisinkardex
- Håndtering av meldeblankettene

### **7.3 Avvikshåndtering.**

Helsetilsynet ønsker at etaten etter tilsynet skal ha oversikt over hvorvidt de reviderte virksomhetene har et fungerende avvikshåndteringssystem.

#### Myndighetskrav og drøfting av disse

Begrepet avvik benyttes om flere forhold, forhold på forskjellige nivåer. Enkelthendelser som skader/ uhell i forbindelse med helsehjelp omtales ofte som avvik, avvik fra eget internkontrollsystem defineres som avvik og fylkeslegene konstaterer avvik både fra myndighetskravet om etablering av ik-system og andre myndighetskrav i helselovgivningen. I denne sammenhengen betyr avvikshåndteringssystem prosedyrer for å håndtere avvik fra eget ik-system.

I en virksomhet er det et mål at man gjør det man sier, retter de feilene som oppstår og sikrer seg mot at feilene oppstår en gang til. Prosedyren for avvikshåndtering i et internkontrollsystem bør vise hvordan de ansatte

- registrerer avvik
- rapporterer avvik
- retter avvik
- bruker erfaringene i organisasjonen for å lære av feilene og forebygge framtidig svikt

#### Av dette kan vi avlede følgende sentrale elementer i avvikshåndteringen i et internkontrollsystem:

- avklaring av kilder til avvik i virksomheten
- prosedyre for registrering av avvik
- prosedyre for saksbehandling



- definere det meldte avviket
- finne årsaken
- fremsette forslag til tiltak av forebyggende og/ eller korrigerende art
- gjennomføre tiltakene

Forebyggende tiltak er tiltak for å fjerne årsakene til potensielle avvik, feil eller annen uønsket situasjon i den hensikt å hindre at de oppstår. Korrigerende tiltak er tiltak for å fjerne årsakene til eksisterende avvik, feil eller annen uønsket situasjon i den hensikt å hindre at de gjentas. Spørsmål om dette skal knyttes til de sentrale delene av revisjonen som går på legemiddelhåndtering, nødvendig helsehjelp og taushetsplikt. Det vil også være viktig å få oversikt over hvorledes erkjente problemstillinger vedrørende punktet organisering håndteres. Erfaringsmessig ligger her en viktig nøkkel til forbedring.

Fengselshelsetjenesten må ikke nødvendigvis utarbeide en egen prosedyre for håndtering av avvik fra ik-systemet. Kommunens eller kommunehelsetjenestens generelle prosedyre for avvikshåndtering kan gjerne benyttes.

Et fungerende system for avvikshåndtering er helt vesentlig for å forebygge svikt, og det er et viktig redskap i bestrebelsen på å videreutvikle tjenesten og derved sikre kvaliteten.

#### Konstatering av avvik

Ved revisjonen skal fylkeslegen gjenfinne de sentrale elementer i et avvikshåndteringssystem, og det må være et absolutt krav at fylkeslegen får slått fast at det i virksomheten er en felles forståelse og praksis for avviksbehandling. En viss grad av skriftlighet som dokumentasjon på at systemet fungerer forventes. Dersom virksomheten ikke har en skriftlig prosedyre for avviksbehandling, må det finnes andre skriftlige spor ( f.eks skriftlige meldinger, nedskrevne beslutninger for oppfølging el.l) som gir etterrettelighet. Manglende praksis for avvikshåndtering vil alene gi avvik fra tilsynslovens § 3,1. ledd.

#### Verifikasjoner

- avviksmeldinger
- oversikt/ statistikk over feil, skader, nestenuhell mv

### **8. FORBEREDELSE**

Revisjonsvarsel sendes i følge gjeldende prosedyre. Kopi av revisjonsvarsel sendes fengselsledelsen, og følgende dokumentasjon anbefales innhentet:

Oversikt over ik-systemet

Deler av ik-systemet, så som organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, prosedyrer vedr. legemiddelhåndtering, nødvendig helsehjelp, personvern og avvikshåndtering

Årsmelding og plan for tjenesten

Personelloversikt

### **9. GJENNOMFØRING**

Det vises til prosedyren.

Valg av intervjuobjekter vil bl.a. være avhengig av ansvars- og myndighetsplassering slik dette fremgår av organisasjonskart og/ eller stillingsbeskrivelser. 5-7 personer bør intervjues, herunder minst én sykepleier og én fengselstjenestemann, fengselslege og helse- og sosialsjef/

kommunaldirektør. Videre kan det være aktuelt å snakke med ytterligere en sykepleier (i større fengsler) eller fengselsbetjent, psykolog i førstelinjetjenesten eller kommunelege I. I forbindelse med at en ønsker å intervju fengselsbetjenter skal en henvendelse om dette gå til fengselsledelsen.

## **10. RAPPORTERING**

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt Fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000.

I prosedyren står det under pkt 5.7.5: Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områder der det ikke er påpekt avvik eller merknader.

Rapportmalen skal revideres, men Helsetilsynet vil allerede nå komme med noen utdypinger. Helsetilsynet ber om at sammendraget i rapporten skal gi svar på hovedspørsmålene (kap.4). Rapporten skal gjøre rede for hva man har sett på, og skal inneholde de observasjonene som bekrefter at virksomheten etterlever kravene, og de observasjoner som gir grunnlag for merknad og avvik. Rapporten skrives til den reviderte, men må også kunne forstås av allmennheten.

Kopi av rapporten og oversendelsesbrevet, varslingsbrevet og andre dokumenter som er nødvendige for å få oversikt over hele revisjonsprosessen skal sendes til Helsetilsynet. Tilsynsrapporten skal samtidig sendes Helsetilsynet til e-postadresse [leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no](mailto:leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no) for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på internett og på Losen, etatens intranett. Fylkeslegen har ansvar for å følge opp de påpekte avvik.

Helsetilsynet vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en felles rapport for det felles tilsynet.