



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

TILSYNSMELDING
2003

INNHALD

Produktet vårt er tillit!	3
Tilsynsorgana i statleg sosial- og helseforvaltning	4
Kronikkar og artiklar	
Oppstykk tilbod til alvorleg psykisk sjuke	6
Den brysomme fagligheten	8
Langt unna lik tilgang til spesialisthelsetenester	10
Portvakter i velferdsstaten	12
Psykisk sjuke får langt frå nok hjelp i pleie- og omsorgssektoren	14
Mindre tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming	15
Kosmetisk kirurgi – drøm, mareritt eller mulighet?	16
Ulik eigenbetaling for sterilisering er urettferdig	18
Amning i Noreg gjennom nokre tiår	19
Store forskjellar i offentleg tannhelseteneste til eldre og uføre	20
Myten om høla i tannhelsetenesta	21
Dent-O-Sept-saka avdekte store manglar i helsetenesta	22
Fleire korridorpatientar ved indremedisinske avdelingar	23
Bruk av reaksjonsforma åtvaring	24
Fleire mistar autorisasjonen, og sakene blir meir alvorlege	25
Seksuelle overgrep mot pasienten	26
Rusmiddelmissbruk blant helsepersonell truar tryggleiken	27
Helsepersonell med autorisasjon i fleire land	28
Legemiddelassistert rehabilitering – tilbod med urovekkjande skilnader	29
Sars og tilsyn med smittevernberedskapen ved flyplassar	30
Det burde smitte å ha smittevernplan	30
Manglar ved kommunale pleie- og omsorgstenester	31
Betre legedekning med fastlegeordninga, men ikkje i sjukeheimar	32
Tal og fakta	
Tal og fakta	34

Redaksjonsgruppa for Tilsynsmelding 2003: Sidsel Platou Aarseth, Anne Solberg, Elisabet Helsing, Nina Husom, Magnar Kleppe, Helge Høifødt.

Omsett til nynorsk av Språksmia AS, smia@spraksmia.no

Kommentarar og spørsmål kan sendast tilsynsmelding@helsetilsynet.no
Tilsynsmelding 2003 på Internett: www.helsetilsynet.no

PRODUKTET VÅRT ER TILLIT!



Foto: Werner Juvik

■ Overskrifta er vald for å stimulere til ettertanke: Kva nytte har vi av tilsyn? For nokre veker sia hadde Helse-tilsynet besøk frå Afrika. Gjestene våre arbeidde med å byggje opp ordningar for akkreditering i heimlanda sine. Dei ville derfor høyre meir om korleis vi kontrollerer sosial- og helsetenestene på vegner av det offentlege. Etter gjennomgangen var dei mektig forundra over at vi stolte så mykje på tenesteytaren. Det verka mest som om dei tykte at vi var naive.

Dei afrikanske gjestene oppdaga raskt kjernen i tilsynsfilosofien vår. Den går kort sagt ut på at tenesteytaren sjølv har heile ansvaret for å kvalitetssikre egne tilbod og tenester og oppfylle ulike kvalitative og kvantitative krav. Tilbod og tenester skal sikrast gjennom systematiske tiltak i form av internkontroll eller kvalitetsstyring. Begge styringskonseptene omfattar tiltak for å styre prosessar, kontrollere produkt og dessutan forbetre og utvikle tilbod og tenester.

Tilsynet blir da eit ekstra tryggingssystem – ei form for uavhengig ekstern kontroll – som kjem i tillegg til dei kontrolltiltaka verksemda har sjølv. Denne eksterne kontrollen har av ressursomsyn form av stikkprøver. Han byggjer på tillit når tilsynsorganet ser at verksemdene har etablert velfungerande interne styringssystem. At noko slikt kan fungere, hadde dei afrikanske gjestene vanskeleg for å tru. Det er dei ikkje aleine om. Men erfaringane med modellen er gode. Det viser seg stadig at organisasjonar som er avhengige av tillit for å overleve, tek ansvar og viser at dei har evne til å yte det som blir kravd.

Ei vesentleg brikke i internkontroll og kvalitetsstyring er dei ordningane ein har for å oppdage og korrigere svikt og manglar. Ein vesentleg føresetnad for at tilsynet kan ha tillit til ein tenesteytar, er at tenesteytaren syner seg i stand til nett dette. Avvik og feil skal bli oppdaga som ein del av den daglege verksemda og ikkje liggje der og vente på å bli oppdaga av tilsynet når det kjem på besøk. Poenget med det er sjølv sagt at den ansvarlege skal rette opp manglane så snart som råd.

Sosial- og helsetenesta i Noreg skal leve opp til høge politiske og faglege ambisjonar. Det er vanskeleg å tenkje seg at avvik og feil aldri skal skje. Men det er moegeleg å sjå for seg tenester som førebyggjer og taklar dette betre enn i dag. Mange av tekstane i denne meldinga syner at vi enno har ein veg å gå før sosial- og helsetenesta har utvikla styringssystem som er gode nok.

Auka tryggleik inngår i den nye nasjonale strategien for å betre kvaliteten i sosial- og helsetenesta. Dette trur Helsetilsynet er ei viktig påpeiking. Folk må ha tillit til at tenestene er trygge. Ei viktig side ved tillit til tryggleik er at folk kan vere sikre på at feil og manglar ikkje blir skjulte, men kjem fram i det offentlege rommet. Helsetilsynet meiner derfor at eit typisk trekk ved ein tryggleikskultur er evna til å vere open om svikt, feil og manglar som oppstår.

Vi ser at dette kan opplevast som ein trussel mot den einskilte arbeidstakaren i sosial- og helsetenesta. Utfordringa er da å sikre opne tryggleikssystem som plasserer ansvaret

på rett nivå, og som ikkje på urett grunnlag peiker på «folk på golvet» som dei ansvarlege. Her er det mykje å gjere enno, både hos oss på tilsynssida, men også hos tenesteytarane og leiarar på alle nivå. Ikkje minst må vi hugse at menneskelege omsyn talar for varsemd når ein skal ta stilling til korleis einskildhendingar blir publiserte i det offentlege rommet.

Ein tryggleikskultur må ikkje berre vere open for feil og manglar. Organisasjonen må også vere i stand til å arbeide systematisk med dei røynselene som både arbeidstakarar og brukarar får i det daglege. Helsetilsynet trur at ein ved å kople arbeidet med feil og manglar nærare til arbeidet med å gjere seg nytte av daglege erfaringar også kan vere med på å byggje ned frykta for å gjere skuggesidene av tenesteytinga synlege. Dette ligg til grunn for krava til eit internkontrollsystem slik desse er fastsette i § 4 i *forskrift om internkontroll i sosial- og helse-tjenesten*.

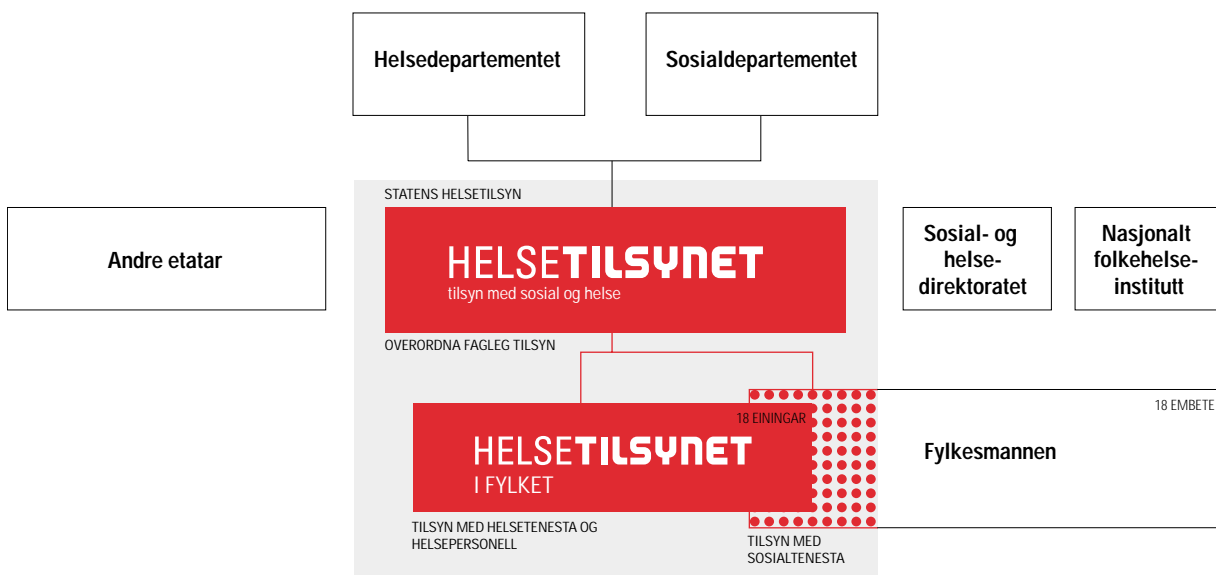
Eit internkontrollsystem er såleis ein reiskap for systematisk førebyggjande arbeid med tryggleik. Evna til å vere open om dette arbeidet er avgjerande for tilliten folket har til sosial- og helsetenesta. Helsetilsynet skal gjennom arbeidet sitt medverke til dette. Produktet vårt er derfor ikkje tilsyn, men tillit. Tilsyn er berre eit verkemiddel i dette arbeidet.

Mars 2004

Lars E. Hanssen
helsedirektør

TILSYNSORGANA I STATLEG SOCIAL- OG HELSEFORVALTNING

FAGLEGE STYRINGSLINER



■ Frå 1. januar 2003 blei fylkeslegane integrerte i fylkesmannsembeta. Statens helsetilsyn fekk frå same tidspunktet ansvaret for overordna fagleg tilsyn med sosialtenesta.

I tilsyn med helsetenesta og helsepersonell fungerer fylkeslegen som «Helsetilsynet i fylket», direkte underlagd Statens helsetilsyn. Denne ordninga blei innført i lov- og forskriftsverket med verknad frå 1. september 2003.

Oppgåvene for Statens helsetilsyn (med kortforma Helsetilsynet) omfattar å:

- overvake helsetenestene og sosialtenestene opp mot dei behova befolkninga har for tenester, og dei krava samfunnet har til tenestene
- styre tilsynet med sosialtenesta som fylkesmennene utfører, og tilsynet med helsetenesta og helsepersonell som Helsetilsynet i fylka (tidlegare fylkeslegane) utfører
- behandle enkeltsaker som dreier seg om alvorleg svikt i helsetenestene, og der det er aktuelt med reaksjonar mot helsepersonell eller pålegg mot verksemdar

- styre klagesaksbehandlinga om rettar til tenester som befolkninga har etter blant anna sosialtenestelova og pasientrettslova
- formidle tilsynserfaringar til forvaltninga og tenestene

Fylkesmannens tilsyn med sosialtenesta omfattar å:

- føre tilsyn med sosialtenesta gjennom systemrevisjonar, kartleggingar og andre metodar – dels som del av landsomfattande tilsyn fastsett av Helsetilsynet og dels valt ut frå tilhøva i fylket
- gi pålegg når ei verksemd blir driven på ein måte som kan ha skadelege følgjer for tenestemottakar eller på annan måte er uheldig eller uforsvarleg
- overprøve vedtak og behandle klager i samband med bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming
- ta del i områdeovervaking og formidle tilsynserfaringar til forvaltninga og tenestene

Fylkesmennene behandlar klagesaker som gjeld den retten befolkninga har til tenester etter sosialtenestelova.

Helsetilsynet styrer denne oppgåva som overordna styringsorgan, men oppgåva blir ikkje rekna som tilsyn.

Oppgåvene for Helsetilsynet i fylket omfattar å:

- føre tilsyn med helsetenesta gjennom systemrevisjonar, kartleggingar og andre metodar – dels som del av landsomfattande tilsyn bestemt av Helsetilsynet og dels valt ut frå forholda i fylket
- behandle enkeltsaker som dreier seg om svikt i helsetenestene, og som kjem til Helsetilsynet i fylket gjennom klager frå pasientar
- behandle klagesaker som gjeld retten befolkninga har til tenester etter blant anna pasientrettslova og kommunehelsetenestelova
- utføre ulike oppgåver i samband med smittvern m.m.
- ta del i områdeovervaking og formidle tilsynserfaringar til forvaltninga og tenestene

Meir informasjon på Helsetilsynets nye nettstad: www.helsetilsynet.no

KRONIKKAR OG ARTIKLAR



OPPSTYKKA TILBOD TIL ALVORLEG PSYKISK SJUKE

Det er store variasjonar i korleis det psykiske helsevernet i Noreg er organisert, og korleis det fungerer. Det kan sjå ut til at forskjellane er vel så store innanfor helseregionar og helseføretak som mellom dei.

■ Helsetilsynet er spørjande til om desse forskjellane er større enn det som kan sameinast med målet om likeverdig tenestetilbod til befolkninga. Viktige element må på plass før spesialisthelsetenestene til vaksne med psykiske problem fungerer som ei samanhengande kjede. Helseføretaka har det overordna ansvaret for dette.

SPECIALISTHELSETENESTER TIL VAKSNE MED PSYKISKE PROBLEM

I 2003 gjennomførte Helsetilsynet eit landsomfattande tilsyn med spesialisthelsetenestene til vaksne med psykiske problem (1). Helsetilsynet i fylka hadde tilsyn med eitt distriktpsikiatrisk senter (DPS) og ei akuttavdeling i det same opptaksområdet. Tilsynet var avgrensa til å gjelde tilboda til menneske som har sjukdommar med psykotiske symptom og menneske som har prøvd å gjere sjølv-mord, det vil seie dei alvorlegast sjuke. Kontinuitet og samanheng i tilboda har aller mest å seie for desse gruppene, og dette var derfor eitt hovudtema for tilsynet. I den samanhengen blei det òg undersøkt korleis verksemdene medverkar i arbeidet med individuell plan, og korleis spesialisthelsetenesta gir rettleiing til kommunane. Om verksemdene prioriterer og tek imot dei alvorlegast sjuke pasientane, om dei organisatorisk er tilpassa desse pasientgruppene, og om dei sikrar nødvendig kompetanse, blei også undersøkt for å vurdere om spesialisthelsetenesta fungerer som ei samanhengande kjede.

ANSVAR OG OPPGÅVER

Det er eit viktig fagleg krav at ein sikrar at pasientar som har sjukdommar med psykotiske symptom,

■ Det psykiske helsevernet (spesialisthelsetenestene til menneske med psykiske problem) er lagt om kraftig dei seinare åra. Sjukeheimar er bygde ned, det same er størstedelen av sengeplassane i dei psykiatriske sjukehusa. I staden er det etablert distriktpsikiatriske sentra (DPS) med ansvar for allmennpsykiatriske tenester som sjukehusa tidlegare tok hand om. Sjukehusavdelingane skal no yte meir spesialiserte tenester. Einingar som tidlegare var sjølvstendige, er mange stader slått saman i eit nytt DPS. Einingane kan vere lokaliserte saman, eller det kan vere stor geografisk avstand mellom dei. Ressurstilgangen, behandlingssideologien og kulturen kan vere svært ulik mellom for eksempel ein tidlegare poliklinikk og ein tidlegare sjukeheim. Slike forskjellar kan det også vere mellom DPS og sjukehusavdelingar som skal gi eit samordna tilbod til den same befolkninga, og som skal samarbeide om dei same pasientane.

og som har vore innlagde i ei akuttavdeling eller ein post, blir følgde opp også etter at dei er skrivne ut av akuttavdelinga. Dette føreset at det er ei tydeleg funksjonsdeling mellom akuttavdeling og DPS, og at det er lagt til rette for samarbeid og kommunikasjon på måtar som er godt kjende av alle paratar.

Det viktigaste ein fann i samband med tilsynet, var sviakt i samhandlina internt i spesialisthelsetenesta. I så mange som halvparten av alle verksemdene er ansvars- og oppgåvefordelinga mellom akuttavdeling og DPS anten ikkje avklart, ikkje skriftleg nedfelt eller ikkje formidla til alle det vedkjem. Mange stader



finst det heller ingen rutinar eller faste arenaer for kommunikasjon. Dette gjer det vanskeleg å overføre pasientar mellom akuttavdeling og DPS på ein smidig måte. Moglege følgjer kan vere at pasientar ikkje får nødvendig behandling, eller at dei ikkje får rett behandling fordi dei blir behandla på feil nivå. Det er eksempel på at pasientar som er for dårlege til å klare seg utan systematisk oppfølging, blir skrivne ut til heimen fordi DPS ikkje har plass. Det er også eksempel på at akuttavdelinga i mangel av andre tilbod, held tilbake pasientar som er klare for å skrivast ut. Dette fører til overbelegg. Det er vidare omtalt at akuttavdelinga tek imot pasientar med lettare psykiske lidningar som ikkje får behandlingstilbod andre stader; dette kan fortrenge dei alvorlegast sjuke. Ved fleire DPS-døgnavdelingar er det rapportert ein så stor mangel på lege- og psykologressursar at ein ikkje kan ta imot dei alvorlegast sjuke.

Helsetilsynet ser svært alvorleg på at distriktpsikiatriske sentra, fordi dei manglar kvalifisert personell, ikkje kan gi eit tilbod til alvorleg sjuke pasientar. Dette bryt med prioriteringsforskrifta. Helseføretaka har ansvar for å sikre store nok ressursar og høg nok kompetanse i sentra, og i døgnavdelingane så vel som i poliklinikkane, slik at dei kan ta godt nok hand om dei allmennpsykiatriske funksjonane som blant anna opptrappingsplanen for psykisk helse tiltenkjer dei.

INDIVIDUELL PLAN

Individuell plan er eit lovpålagt verkemiddel for å styrkje samhandlinga mellom pasient og tenesteytarar

og mellom ulike tenesteytarar. Alle pasientar i psykisk helsevern har rett til individuell plan, og alle pasientar under tvunge psykisk helsevern skal ha individuell plan, uavhengig av om dei sjølve ønskjer det. Individuell plan er ein svært viktig rett særleg for pasientar som får tilbod frå fleire tenester og nivå. Individuell plan er viktig spesielt fordi han er med på å sikre at pasientane får påverke val og utforming av løysingar. Berre eit fåtal av dei verksemdene der det har vore tilsyn, kan vise at dei har teke initiativ til eller aktivt har medverka til at pasientane får ein individuell plan. Fleire stader er det uvisse om eigne plikter og om pasientrettane. Konsekvensen av svikt på dette området er at pasientane mistar eit viktig høve til betre koordinerte tenester, som reduserer risikoen for å falle mellom stolar.

Det landsomfattande systemet med tenester for barn og unge med psykiske problem i 2002 avdekte ein tilsvarande situasjon. Helsetilsynet rådde i samband med dette til at ein arbeidde for betre samsvar i lov og rettleingsmateriell om ansvarsforholda knytte til individuell plan. Tilrådinga er følgd opp i framlegget frå Sosial- og helsedirektoratet om tiltak under opptrappingsplanen 2003–2006 (2). Tilsynet i 2003 gjer behovet for ei slik opprydding enda meir tydeleg. Tilsynet gir også grunn til å spørje om fagmiljøa ser på individuell plan som eit lite høveleg verktøy, og om kva som kan vere årsakene til det.

PASIENTOPPLYSNINGAR

Svært mange av dei alvorlegast sjuke pasientane treng både kommunale helse- og sosialtenester og spesialist-

helsetenester. Epikrisen formidlar viktige opplysningar om pasienten, og han er ein føresetnad for at neste ledd følgjer opp pasienten fagleg forsvarleg. I nær eitt av tre tilsyn avdekte ein at krava om at epikrisen skal sendast innan forsvarleg tid, og at han skal sendast både til tilvisande og oppfølgjande instans, ikkje blei følgde opp. Enkelte stader er det sett interne fristar som er i strid med regelverket. Ein har observert at det kan ta frå fleire veker til fleire månader før epikrisen blir send. Moglege følgjer av at epikrisen ikkje kjem innan forsvarleg tid eller ikkje kjem i det heile, er at pasientar risikerer at dei må vente unødige lenge på å bli følgde opp vidare, at dei får feil behandling, eller at behandlinga blir avbroten.

Dette tilsynet har avdekt at det i psykisk helsevern er for dårleg kjennskap til og forståing for delar av regelverket. Det er derfor eit stort behov for å betre kunnskapen om kva lover som gjeld, slik at ein tek vare på viktige pasientrettar og slik sikrar forsvarleg helsehjelp til befolkninga.

LITTERATUR

1. *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenesten til voksne med psykiske problemer.* Rapport fra Helsetilsynet 4/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
2. *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003.



*Jan Fridthjof Bernt (f.1943), professor dr. juris,
Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen*

DEN BRYSSOMME FAGLIGHETEN

Noen refleksjoner om forholdet mellom faglig integritet og politisk lederskap i offentlig forvaltning

■ Ett tema som stadig vender tilbake i faglig og politisk debatt, er forholdet mellom på den ene siden styrende folkevalgte organer og deres administrative hjelpere og på den andre siden profesjonene. Kamp mot «ekspertokrati» og «profesjonsvelde» blir stadig oftere fremhevet som en hovedoppgave for et demokratisk samfunn. Jurister, helse- og sosialarbeidere, lærere og miljøeksperter blir sett på med stadig mer kritisk blikk, til dels under entusiastisk applaus fra visse politiske miljøer.

I Danmark har denne skepsisen blant annet ført til at man har opprettet et eget institutt skreddersydd rundt en statistiker med en sterkt kritisk holdning til den etablerte miljøforskningen, og man var meget nær ved å foreta en reell nedleggelse av landets uavhengige menneskerettsinstitutt. I Norge har liknende tendenser kommet til uttrykk ved en utfasing eller svekkelse av faglig lederskap både i undervisnings- og forskningssektoren og i helse- og sosialtjenestene, og nå tar den nye maktutredningen opp igjen kritikken fra 1940- og 1950-årene mot juristene som en trussel mot demokratiet.

Vi ser også energiske forsøk på å marginalisere fagligheten i den politiske debatten. Offentlig tilsatte blir dels pålagt munnkurv av sin arbeidsgiver, dels søkt utelukket fra å delta i lokalpolitikken og dels mistenkeliggjort. Vi ser konturene av et nytt – politisk – inhabilitetsbegrep: Den som har fagkunnskap på et område bør ikke delta i eller prøve å påvirke politiske beslutningsprosesser annet enn langs en velstrukturert hørings- eller tjenestevei. Professorer i etikk som prøver seg med en faglig kritikk av regulering av forskning og bruk av bioteknologi, får grei beskjed: «Dette har Stortinget bestemt, gå tilbake til studerkammeret ditt!» De eneste fagfolk som ikke er mer eller mindre inhabile, er økonomer og profesjonelle administratorer. De andre skal styre trikken sin og ellers holde munn.

Denne skepsisen til faglighet er ikke nødvendigvis ubegrunnet. Vi har sett – og vil stadig se – at eksperter står fram med en vitenskapelig pondus som ikke nødvendigvis avspeiler en tilsvarende ubestridelig og sikker faglig kunnskap, eller at ideelle faglige kjepphester ris med suveren forakt for de økonomiske og politiske rammebetingelsene offentlig forvaltning må operere innenfor. Den jublende og selvbevisste

vitenskapspositivismens tid er forbi, og reflekterte og oppdaterte fagfolk innser i større grad enn tidligere sin egen og sitt eget fags begrensninger. Paradokset er at i en situasjon hvor vi vet mer, er vi også blitt mer tilbakeholdne med å fremholde betydningen av det vi vet. Når storsamfunnet har mindre tiltro til oss enn tidligere, skyldes det kanskje også at vi har mindre tiltro til oss selv.

Men dermed står vi i fare for å svikte det samfunn som vi i ulike roller er satt til å tjene. Den som vet på faglig grunnlag, men tier om at en organisasjonsmessig reform eller innstramming av økonomiske rammebetingelser vil medføre en alvorlig svekkelse av standarden på den utdanning som gis barn og unge, av levevilkårene og den sosiale tilpasning for mennesker som er avhengige av offentlige tjenester og stønad, eller av muligheter for adekvat helsehjelp for den som trenger det, påtar seg alvorlig etisk ansvar for de feil og de lidelser som følger av slike omorganiserings- eller innstrammingstiltak. Dette gjelder enten man er saksbehandler i den offentlige forvaltning, tjenesteyter i privat eller offentlig virksomhet, eller utenforstående fagekspert, for eksempel ved universitetene. Hvis den som vet, tier, kan han eller hun ikke bebreide de som ikke vet for at de handler – eller ikke handler.

I en forvaltningsrettslig sammenheng angir dette en grunnleggende referanseramme for tilsatte og forvaltningsorganer med faglige oppgaver. Ved overlevering av vitnemål lover juristen aldri vitende å vike fra rett og rettferdighet. Tilsvarende etiske forpliktelser ligger klart nok under fagutdanning og autoriseringsordninger innenfor helse- og sosialfag. Like lite som en ingeniør kan pålegges å konstruere en bro som under gitte forhold vil bryte sammen, eller å godkjenne en klart brannfarlig bygning, kan tilsatte med ansvar for å påse at det blir gitt et lovlig og faglig forsvarlig tjenestetilbud innenfor undervisning, barnevern eller helse- og sosialtjenester, pålegges å iverksette eller se mellom fingrene med tiltak som vil medføre at de ytelsene som gis, ikke holder den faglige minimumsstandard som lovgiver har forutsatt. Om nødvendig vil den enkelte tilsatte ha rett – og etter omstendighetene også en etisk plikt – til å gå ut med sin kunnskap om hun eller han ikke får gjennomslag for denne innenfor systemet. Intet politisk vedtak kan legitimt sette lokk på faglig kritikk, heller ikke

fra dem som er tilsatt hos det offentlige.

I praksis vil terskelen for at offentlig tilsatte går ut med kritikk av sin arbeidsgiver, være altfor høy til at dette kan fungere som en effektiv faglig garanti for de beslutningene som tas, og de tjenestetilbudene som gis. Skal faglig kontroll kunne fungere som en effektiv kvalitetssikring av politiske og administrative beslutninger, må det etableres egne organer som har slik kontroll som sin uttrykkelige arbeidsoppgave. Denne kontrollfunksjonen må da være klart atskilt fra forvaltningsfunksjonen; kontrollorganet må ikke ha oppgaver som medfører at det møter seg selv i døren fordi det har medvirket ved de beslutninger som skal kontrolleres, eller har hatt et løpende forvaltningsmessig tilsynsansvar for den aktuelle virksomheten.

Det er også grunnleggende viktig at kontrollorganet har en klart uavhengig forvaltningsmessig status. Det er ikke nødvendig at organet i alle deler skal være unndratt styring fra overordnede politiske og forvaltningsmessige organer, men det må ikke kunne gis instruksjoner om innholdet i de faglige vurderingene som foretas og uttalelsene som avgis, og heller ikke om hvilke saker som tas opp innenfor rammene som er trukket opp for organets virksomhet.

Dette er utgangspunkter som de aller fleste vil være enige om i prinsippet. Men her som i mange andre fagpolitiske sammenhenger er det grunn til å huske på at «man skal ha meget god moral for å selge gummistrikk som metervare». Det vil oppstå situasjoner hvor den øverste politiske eller administrative ledelse på ulike måter vil prøve å formidle til tilsynsorganet at nå er det tatt en politisk beslutning, og at det ikke er tilsynsorganets oppgave å gå på tvers av denne. Spørsmålet blir da hvorvidt tilsynsorganet kan eller bør bøye nakken lojalt overfor et slikt utsagn, eller til og med uoppfordret utøve selvsensur.

■ De eneste fagfolkene som ikke er mer eller mindre inhabile, er økonomer og profesjonelle administratorer. De andre skal styre trikken sin og ellers holde munn

Et tilsynsorgan har ikke noen alminnelig vetorett overfor avgjørelser truffet av kompetente forvaltningsmessige eller politiske organer. Men hvor et tilsynsorgan ved lov er tillagt et selvstendig ansvar for lovlig og faglig forsvarlighet, kan man ikke – verken rettslig eller etisk – sette kikkerten for det blinde øyet hvis det man ellers ville få se, var et lovstridig vedtak eller en lovstridig utøvelse av ansvar for tjenester til borgerne.

Det er grunnleggende viktig at de organene – og de medarbeiderne der – som har et ansvar for rettslig og annen faglig kontroll med offentlige og private velferdstjenester, ikke lar seg kneble av ønske fra politisk og administrativ ledelse om å unngå «støy» i beslutningsprosessene og ønske om lojalitet overfor trufne vedtak. Velferdsstatens legitimitet avhenger ikke bare av dens evne til å gi og fordele goder til borgerne på en forsvarlig måte innenfor de til enhver tid gitte økonomiske rammer. Like viktig er den tilliten borgerne har til at systemet fungerer som et troverdig sikkerhetsnett og administreres på en måte som ikke utsetter borgerne for alvorlig kvalitetssvikt i de ytelsene som gis. Faglige tilsynsorganer er helt nødvendige for å etablere og opprettholde denne tilliten. Et tilsynsorgan som ikke sier klart og sterkt ifra ved rettslig eller faglig svikt, vil ikke bare svikte sin faglige og etiske forpliktelse i forhold til allmennheten, det vil også bidra til å undergrave respekten for faglighet og rasjonalitet i offentlig forvaltning.

LANGT UNNA LIK TILGANG TIL SPESIALISTHELSETENESTER

Helsetilsynet er tilfreds med at ein i den somatiske spesialisthelsetenesta i stor grad ser ut til å halde seg innanfor fristen når ein vurderer tilvisingar frå lege, og er også nøgd med at dei sjukaste pasientane raskt får hjelp.

■ Helsetilsynet konstaterer at desse funna snarare kjem av det etablerte faglege skjønnet, og ikkje av kjennskap til nytt regelverk. Helsetilsynet er uroa over at ein innanfor spesialisthelsetenesta i liten grad kjenner til og bruker regelverket for prioritering mellom pasientar. Tenestene har eit stort betringspotensial når det gjeld å følgje opp sine egne prioriteringar av pasientar. Når tenestene ikkje følgjer opp regelverket, får ikkje pasientane den nødvendige innsikta dei treng for å ta vare på rettane sine. Ventelistene er i svært mange tilfelle lite haldbare som informasjon for å styre ressursane dit dei trengst mest. Tilsynet viser at det er mange utfordringar å ta tak i før ein kan seie at folk har lik tilgang til jamgode spesialisthelsetenester same kvar dei bur i landet.

I 2003 gjennomførte Helsetilsynet i fylka eit landsomfattande tilsyn med pasientane i somatiske poliklinikkar for å undersøkje korleis spesialisthelsetenesta tek vare på rettane til pasientane (1). Ein gjennomførte tilsyn i 50 poliklinikkar som var spreidde på alle dei fem helseregionane. Helsetilsynet valde å sjå nærare på:

- om spesialisthelsetenesta sikrar at pasientane som blir viste dit, får den vurderinga dei har krav på,
- korleis spesialisthelsetenesta følgde opp resultatet av vurderinga,
- korleis spesialisthelsetenesta sikrar at pasientar som har rett til helsetenester, får informasjon om kva helsehjelp dei kan vente seg, kor lang ventetida er, og kva sjukehus dei kan velje.

Målet med *lov om pasientrettigheter* er å sikre folk lik tilgang til spesia-

listhelsetenester av god kvalitet same kvar dei bur i landet. Lova skal vere med på å setje sterkare søkjelys på pasienten og betre koordineringa av ressursbruken i helsetenesta. Pasienten skal få betre høve til å velje tiltak og behandling, og kvar og når dei skal gjennomførast. Spesialisthelsetenesta står overfor nye utfordringar når det gjeld korleis ho skal innrette seg for å oppfylle lovkrava.

VURDERING AV TILVISINGAR FRÅ LEGE

Pasientar som blir viste til spesialisthelsetenesta, har rett til å få helse-situasjonen sin vurdert innan 30 arbeidsdagar etter at tilvisinga blei gitt, eller raskare dersom det er mistanke om alvorleg eller livstruande sjukdom. Tilsynet viste at dei aller fleste poliklinikkane vurderte tilvisingane samanhengande, og at dei i hovudsak heldt fristane i pasientrettslova. Dei pasientane som trong helsehjelp raskt, fekk det. Ved enkelte poliklinikkar var systemet for å vurdere tilvisingane sårbart i samband med avvikling av ferie og anna fråvær. Berre ved få poliklinikkar tok ein regelmessig utskrift frå lista over mottekne tilvisingar for å vere sikre på å halde trettidagarsfristen. Funna viste også at tilvisingane, med få unntak, blei vurderte av spesialistar med rett kompetanse på det aktuelle området, slik lova krev.

INNHALDET I VURDERINGA

Det at pasienten får helsetilstanden sin vurdert, vil ikkje nødvendigvis seie at han eller ho får ein diagnose. Å fastslå ein diagnose kan vere ein prosess som tek lang tid. Pasienten har likevel rett til å få vurdert kva ho eller han kan vente seg av vidare utgreiing eller behandling. Ein skal

■ Pasientar med lidningar som er omfatta av prioriteringsgruppene I og II etter Lønning II-utvalet, har rett til *nødvendig helsehjelp* etter pasientrettslova § 2-1. Desse pasientane skal prioriterast framfor andre pasientar.

også vurdere om pasienten har rett til *nødvendig helsehjelp* eller ikkje. Pasientar som har rett til det, skal prioriterast framfor andre pasientar. Dei skal ha tilgang til helsehjelp innanfor den tida som helsetenesta vurderer som fagleg forsvarleg; det gjeld også helsehjelp ved poliklinikkar eller sjukehus utanfor den helseregionen dei høyrer til. Dei pasientane som etter ei vurdering får rett til nødvendig helsehjelp slik ho er skildra i pasientrettslova og i forskrift om prioritering og rett til helsehjelp, er dei same som er omfatta av prioriteringsgruppene I og II i Lønning II-utvalet (2). Når ein vurderer om ein pasient har rett til nødvendig helsehjelp, vurderer ein om pasienten høyrer til under desse gruppene. Det er heilt avgjerande for å kunne prioritere rett mellom pasientane at ein gjer ei slik vurdering. Spesialisthelsetenesta skal på denne måten sikre at dei gruppene som i størst grad treng helsehjelp, får slik hjelp.

Tilsynet viste at omgrepet *nødvendig helsehjelp* blei oppfatta som nytt ved mange poliklinikkar. Mange av dei verken kjende til eller hadde teke i bruk forskrifta om prioritering, og i mange tilfelle avgjorde ein ikkje om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje. Ein prioriterte etter fagleg forsvarleg skjønn, og enkelte poliklinikkar nytta også omgrep som ventetidsgaranti og garantipasient. Kravet om å skilje ut prioriteringsgruppe I og II frå dei andre prioriteringsgruppene gjennom å gi dei rett til nødvendig helsehjelp, blei i liten grad følgt opp.

TILBAKEMELDING TIL PASIENT OG LEGE

Etter at spesialisthelsetenesta har vurdert tilvisinga frå lege, har pasi-

LITTERATUR

1. *Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatisk spesialisthelsetjeneste*. Rapport fra Helsetilsynet 3/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
2. *Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering i norsk helsetjeneste*. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.

enten og legen rett til å få informasjon om resultatet av vurderinga. Ei slik vurdering skal opplyse om pasienten har rett til *nødvendig* helsehjelp, om han eller ho kan klage på vedtaket, om kva helsehjelpa går ut på, og om tidspunktet for eventuell oppfølging.

Tilsynet viste at i den grad helsetenesta gav tilbakemelding, var det pasienten som fekk det. Ved dei aller fleste poliklinikkane fekk pasienten ikkje informasjon om han eller ho hadde fått rett til nødvendig helsehjelp eller ikkje, og ikkje informasjon om høvet til å klage. Brevet med tilbakemelding inneheldt først og fremst informasjon om tidspunkt for vidare oppfølging, eventuelt melding om at pasienten skulle få vite tidspunkt seinare. Legen som hadde vist pasienten vidare, fekk sjeldan tilbakemelding om utfallet av vurderinga, og hadde derfor lita oversikt over om det var nødvendig å følge opp pasienten i ventetida. Dette var eitt av områda der det var størst forskjell mellom lovkrav og praksis.

Når spesialisthelsetenesta ikkje følger opp regelverket godt nok, får det konsekvensar for pasienten. Pasienten får ikkje den innsikta i eigen helse-situasjon som han eller ho treng for å kunne vurdere å klage på vedtak eller å søkje helsehjelp ein annan stad.

Prioriteringa ein pasient får etter at spesialisthelsetenesta har vurdert tilvisinga frå legen, er knytt til forståinga av kva som er medisinsk forsvarleg tid for sjukdommen eller plaga som pasienten har søkt om helsehjelp for. Den tidsfristen pasienten har fått, er ikkje juridisk bindande, men poliklinikkane har sjølve ansvar for å følge opp dei

prioriteringane dei har gitt pasientane.

Tilsynet viste at poliklinikkane forholdsvis greitt klarte å halde fristane dersom dei ikkje hadde for mange pasientar. I mange verksemder har ventelistene auka monaleg det siste året, og erfaringane viser at mange pasientar måtte vente vesentleg lenger enn det poliklinikken hadde oppgitt. Ein stad der pasientane hadde fått prioritet *innan tre månader* eller *innan seks månader*, fekk dei samtidig eit standardbrev som fortalde at reell ventetid var høvesvis sju månader og eitt år. Svært mange poliklinikkar mangla rutinar for å sjå til at ein klarte å følge opp den ventetida som var oppgitt.

Manglande styring utgjør ein fare for at enkelte pasientar ikkje får forsvarlege helsetenester. Tilsynet viste at poliklinikkane i liten grad var merksame på at dei sjølve hadde ansvar for å sikre at pasientar med rett til nødvendig helsehjelp, fekk hjelp i ein annan helseregion dersom verksemda sjølv ikkje hadde høve til å hjelpe innan medisinsk forsvarleg tid. Det kan sjå ut til at mange verksemder såg på si eiga venteliste som ein ordresreserve og ein positiv ressurs, og dei unngjekk å sjå på behandlingsskapiteten i spesialisthelsetenesta som heilskap.

Observasjonar viste at ein ikkje registrerte ventelister systematisk, at det var store feilkjelder på ventelistene for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp, at datasystemet ikkje blei utnytta til å ta ut relevant styringsinformasjon og at ventelistene ikkje gav ei realistisk oversikt over ventelistesituasjonen. Det er

nærliggjande å spørje om prioriteringane som blir følgde opp, er reelle.

RETTE TIL FRITT SJUKEHUSVAL

Pasientar har rett til å velje kva offentleg sjukehus eller distriktspsykiatrisk senter som skal undersøkje eller behandle dei. Fritt sjukehusval gjeld ikkje i barne- og ungdomspsykiatrien. For landet sett under eitt skal fritt val av sjukehus bidra til at ressursar og kapasitet blir betre utnytta. For å kunne velje må pasientane ha oversikt over kvar i landet behandlingstilboda finst, og kor lang ventetid dei kan rekne med.

Mange verksemder oppdaterte ikkje ventelistene systematisk, og dei registrerte heller ikkje om pasienten hadde rett til nødvendig helsehjelp. Andre stader hadde ein ikkje rutinar for å kontakte pasientar som hadde stått på venteliste i meir enn seks månader. Fleire poliklinikkar hadde erfart at da dei kalla inn pasientar som hadde venta lenge, var dei ikkje lenger aktuelle for behandling. Dette førte til urealistiske ventelister, og såleis til at val av sjukehus skjedde på feil grunnlag.

Observasjonane tyder på at det blei gjort lite for å informere pasientane om retten dei har til å velje sjukehus, og om kor lang ventetida ved poliklinikken er. Berre unntaksvis tok ein med slik informasjon når ein gav tilbakemelding til pasienten. Somme verksemder har ein brosjyre med informasjon om fritt sjukehusval, men denne blei sjeldan lagd ved i brevet til pasienten.



FOTO: SIW ELLEN JAKOBSEN

Lars Inge Terum (f.1952), professor og forskningssjef ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.

PORTVAKTER I VELFERDSSTATEN

■ Velferdsstaten har mange portvakter. De forvalter offentlige goder, som helse- og sosialtjenester og økonomiske ytelser. Portvakter ivaretar særdeles viktige og verdifulle oppgaver i velferdsstaten. Oppgavene de er satt til å ivareta, er av en slik art at sentrale myndigheter bare i begrenset grad kan forutbestemme hva som konkret skal gjøres. Dette er i stor grad delegert til portvakten å bestemme. De stilles her ofte overfor vanskelige avveininger og valg. På den ene siden skal de foreta individuelle vurderinger, og på den annen side skal de oppfylle rettsstatens norm om ikke å handle vilkårlig. Det er imidlertid sterkt problematisk hvis mer private normer og verdier er avgjørende for de anbefalinger og vedtak portvaktene gjør. Portvaktens arbeid handler med andre ord også om både rettssikkerhet og velferdsstatens legitimitet.

HANDLINGSGRUNNLAGET

Det er portvaktens handlings- og beslutningsgrunnlag som drøftes i denne kronikken. På den ene siden er handlingsgrunnlaget empirisk kunnskap, som kan være mer eller mindre vitenskapelig fundert, og på den andre siden lover, rundskriv og retningslinjer, som kan være mer eller mindre klare og entydige. Både den empiriske kunnskapen og anvendelse av lover forutsetter fortolkning og utøvelse av skjønn. Teoretisk kunnskap gir sjelden klare handlingsangivelser, og lover inneholder ofte begreper og kriterier som er flertydige. I tillegg må det enkelte tilfelle fortolkes, og det skjer selvfølgelig i lys av både vitenskapelig kunnskap, erfaring og kriteriene i loven – men ikke bare det. Fortolkningen farges også av portvaktens mer private oppfatninger om hvilke plikter og rettigheter som bør gjelde i samfunnet.

Studier av leger og sosialarbeidere, i rollen som portvakter, har avdekket at deres vurderinger og beslutninger ikke bare styres av faglige og juridiske hensyn, men de preges også i betydelig grad av utenomfaglige premisser (1, 2, 3).

LEGER

Legens oppgave ved krav om uførepensjon er å skrive erklæringer om den enkelte fyller de medisinske vilkårene i loven. De skal bl.a. vurdere om det er snakk om varig sykdom, om den fører til nedsatt funksjonsevne og til redusert inntektsevne. Legene skal med andre ord ta stilling til komplekse spørsmål, som ikke bare handler

om tilstanden til pasienten, men også om pasientens muligheter på arbeidsmarkedet. Ved hjelp av tenkte tilfeller (vignetter), der psykiske problemer og diffuse lidelser stod sentralt, fikk mer enn 300 allmennleger i oppgave å vurdere «pasientene» i lys av vilkårene for uførepensjon. Legene måtte også ta stilling til en del mer generelle påstander om uførepensjonister, uførepensjonen og måten denne ordningen ble administrert på (1).

Studien viste at det blant legene var stor uenighet om hvorvidt pasienten tilfredsstilte de medisinske vilkårene. Mer interessant var det at disse vurderingene varierte systematisk med legenes mer private normer og verdier. Blant annet viste det seg at leger som gav uttrykk for generell skepsis både til uførepensjonistens livsførsel og uførepensjonen som ordning, oftere mente at pasienten ikke oppfylte de medisinske vilkårene, enn leger som hadde et mer positivt syn på pensjonistene og ordningen. Studien indikerte med andre ord at legenes vurderinger av diffuse lidelser ved krav om uførepensjon ble påvirket av deres implisitte verdier og politiske normer. Det betyr at utenomfaglige premisser virket styrende på deres beslutninger.

SOSIALARBEIDERE

Ved tildeling av sosialhjelp skal sosialarbeiderne vurdere hvem som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid. Igjen skal portvakten vurdere den enkeltes ressurser og muligheter på arbeidsmarkedet. En studie av sosialarbeidere ved mer enn 40 sosialkontor viser at vurderingen av like tilfeller (vignetter) resulterer i ulike vedtak (3). Disse forskjellene avspeiler ikke først og fremst faglig uenighet – altså uenighet i fortolkning av sosialloven eller av sosialfaglige teorier. Forskjellige beslutninger var snarere uttrykk for uenighet om hvilke verdier som bør vektlegges, og hva som oppfattes som rettferdig. Det var uenighet blant sosialarbeiderne om bl.a. livsførsel og hvilke krav som skulle stilles til dem som søkte økonomisk stønad. Studien avdekket at sosialarbeiderne hadde uklare forestillinger om fagets grenser og om mer private verdi- og rettferdighetsoppfatninger hadde en legitim plass i vurderingen. Nesten ingen gav uttrykk for at det var betenkelig at utenomfaglige premisser påvirket deres beslutninger.

VERDIFORANKRET FAGLIGHET

Innen flere profesjonsfag blir det understreket at faget

Litteratur

1. Terum LI, Nergård TB. *Medisinsk skjønn og rettstryggleik*, Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2192–6.
2. Terum LI, Nergård TB. *Uførepensjon og likebehandling*. I: Bay AH, Hvinden B, Koren C, red.: *Virker velferdsstaten?* Oslo: HøyskoleForlaget, 2001.
3. Terum LI. *Portvakt i velferdsstaten*. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten. Oslo: Kommuneforlaget, 2003.
4. Westin S. *Ervervsmessig uførhet – et forhold mellom individets ressurser og arbeidslivets krav*. I: Bruusgaard D, Hatland A, Syse A, red. *Et nødvendig gode*. Folketrygdens plass i velferds-Norge. Oslo: AdNotam, 1994.

ikke bare består av teoretisk kunnskap og yrkesmessige ferdigheter, men at det også har en verdiforankring. Det tales om «verdiforankret faglighet». Bak dette ligger det en oppfatning om at *yrkesutøvelsen* må gis et personlig uttrykk. I pakt med dette hevdes det mer generelt at det ikke er mulig å unngå at portvaktens skjønnsutøvelse blir preget av mer implisitte verdier, og at dette også kan bidra til å sikre gode beslutninger (4). Dette er utvilsomt riktig, men likevel problematisk.

For å kunne handle adekvat må portvakter i sitt arbeid ta sin egen *subjektivitet* i bruk. Med det mener jeg *både* at de må møte «den andre» med en viss grad av innlevelse og nærvær, og at yrkesutøvelsen tematiserer normative spørsmål og involverer derfor også portvaktens egne verdier og normer. Det store spørsmålet blir derfor hvordan portvaktens subjektivitet kan holdes i sjakk – hvordan en i yrkesutøvelsen både kan gjøre bruk av egne verdier og normer og samtidig etablere en viss distanse til egne verdi- og rettferdighetsoppfatninger.

Dette blir særlig påtrengende når det er offentlige tjenester som utøves, og kollektive goder som fordeles. Beslutningene må da kunne rettferdiggjøres i forhold til interessene til alle borgere, ikke bare den enkelte klient som portvakten står ansikt-til-ansikt med. Det stilles krav om å følge optrukne politiske retningslinjer, de rettsnormene som gjelder på området, og at man er forberedt på å kunne forsvare sine handlinger overfor ekstern kritikk og offentlig gransking. Det er ikke nok å handle rettsriktig, handlingene må også kunne legitimeres i det offentlige rom. Portvakten må opptre nøytralt og likebeholdende i forhold til ulike personlige oppfatninger av det gode liv og i forhold til partikulære verdier og moraloppfatninger. Deres omsorgs- og solidaritetsnormer må ikke stride mot allmenne prinsipper for *rettferdighet*. Dette utgjør den standard som konkrete beslut-

ninger og prosedyrer skal evalueres mot.

TØYLE SUBJEKTIVITETEN

Ulike typer tiltak kan bidra til å tøyne subjektiviteten og sikre mest mulig riktige beslutninger. I noen grad handler det om tiltak som kan bidra til mer kritisk refleksjon hos den enkelte portvakt, men først og fremst handler det om å utvikle prosedyrer og institusjonelle ordninger som skal bidra til riktige beslutninger.

Det er viktig å problematisere og kritisk drøfte hva som menes med «verdiforankret faglighet». Det trengs mer åpenhet rundt portvaktens vurderinger og beslutninger, for bl.a. å få fram at det gjøres bruk av ulike typer kunnskap, som krever ulike typer begrunnelser. Rettslige prosedyrer som alt er etablert, må benyttes, og i tillegg bør det drøftes om ikke nye institusjonelle ordninger bør utvikles; ordninger som både etterspør begrunnelser og bidrar til større åpenhet rundt portvaktens vurderinger og avgjørelser i enkelt saker. Lokalt kan dette skje gjennom større grad av kollegial åpenhet, ulike ombudsordninger bør utprøves mer systematisk, og forslaget om å etablere en sosialdomstol bør drøftes nærmere. Mer generelt trengs det en debatt om institusjonelle tiltak som kan bidra til å sikre kvaliteten på portvaktens vurderinger og beslutninger. Dette handler ikke bare om interessene til den enkelte klient eller pasient, men om velferdsstatens legitimitet.

■ Portvaktens arbeid handler om både rettsikkerhet og velferdsstatens legitimitet

PSYKISK SJUKE FÅR LANGT FRÅ NOK HJELP I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

Dei fleste som får pleie- og omsorgstenester, får tilstrekkeleg hjelp, men menneske med psykiske lidingar kjem dårlegast ut på alle område i Helsetilsynets nasjonale kartlegging.

■ Den nasjonale kartlegginga i pleie- og omsorgstenesta som Helse-tilsynet utførte våren 2003, omfatta 13 240 tenestemottakarar i eit representativt utval av 73 kommunar (1). Målet var å sjå på ulike sider ved forholdet mellom dei behova tenestemottakarane har, og det tenestetilbodet dei får. Kartlegginga er med på å gi kunnskap om sentrale trekk ved den kommunale pleie- og omsorgstenesta i heile landet.

UNDERSØKINGA VISER:

- Dei fleste tenestemottakarane får tilstrekkeleg hjelp i høve til hjelpebehov.
- Det er ein systematisk samanheng mellom hjelpebehov og tilbod, det vil seie at dei som er skrøpelegast, får mest hjelp, og dei sprekaste får minst.
- Samanlikna med andre tenestemottakarar får menneske med psykiske lidingar langt frå nok hjelp på alle område som er undersøkte.
- Dei som bur i eigen bustad og er sterkt avhengige av hjelp, får eit meir avgrensa tenestetilbod både i innhald og omfang enn dei med same behov som bur i kommunale pleie- og omsorgsbustader.
- Berre åtte prosent av dei som var i sjukeheimar, var der på korttidsopphald.
- Berre 40 prosent av tenestemottakarane hadde eit tilstrekkeleg tilbod om sosial kontakt og aktivitet.

Gjennom eitt definert døgn blei bemanningssituasjonen i sjukeheimar og heimesjukepleie registrert. Registreringa viste at 3,7 prosent av stillingane i sjukeheimane og 9,2 prosent av stillingane i heimesjukepleia var utan personale den aktuelle dagvakta. I sjukeheimane mangla

det sjukepleiar i éin av fire sjukepleiarstillingar, i heimesjukepleia mangla det sjukepleiar i éin av fem stillingar. Hjelpepleiarstillingane var betre dekte. I sjukeheimen mangla det hjelpepleiar i éin av 20 stillingar, og i heimesjukepleia mangla det hjelpepleiar i éin av 15 stillingar. Kartlegginga viser at kommunane dekkjer personalbehovet med ufaglært personell, særleg gjeld det i heimesjukepleia.

Helsetilsynet ser det som svært uheldig at enkelte brukargrupper ikkje får dekt behovet for pleie- og omsorgstenester. Det er ei særleg utfordring for kommunane å sjå dei som ikkje blir sedde, og å høyre dei gruppene som i mindre grad enn andre formidlar behova sine; anten fordi det kan dreie seg om vanskelege og ømtolige forhold, eller fordi dei ikkje er i stand til å ta vare på sine egne interesser og behov og vurdere konsekvensane av sine egne val. Leiinga i kommunen har ansvar for å planleggje og styre verksemda slik at knappe helsefaglege og medisinske personellressursar blir brukte til beste for dei tenestemottakarane som treng slik kompetanse mest.

LITTERATUR

1. *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.* Rapport fra Helse-tilsynet 10/2003. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2003.

MINDRE TVANG OG MAKT OVERFOR PERSONAR MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma i kommunane er i dei fleste tilfella i tråd med vedtak som er gjorde. Men somme stader blir det framleis brukt makt utan at det er fatta vedtak om det, eller utan at det er sendt melding.

■ Dette kjem fram i fleire av rapportane frå tilsyn med tenester til psykisk utviklingshemma som fylkesmennene utførte i 2003.

Rapportane frå fylkesmennene gir Helsetilsynet inntrykk av at tenestetilbodet til personar med psykisk utviklingshemming utviklar seg positivt i mange kommunar. Dei rapporterer at alternative tiltak blir brukte i større grad, at det blir satsa meir på å førebyggje, og at bruk av tvang og makt mot den enkelte tenestemottakaren er redusert.

Ein del rapportar informerer om at det framleis skjer uheimla maktbruk. Det vil mellom anna seie at tenestemottakarar blir utsette for tvang utan at det er fatta vedtak, at tidlegare vedtak ikkje er fornya, eller at tilsette ikkje har sendt melding om skadehindrande tiltak i enkelttilfelle.

Lov om sosiale tjenester heimlar bruk av tvang og makt overfor enkelte psykiske utviklingshemma for å hindre at dei utset seg sjølv eller andre for vesentleg skade. Med tvang og makt reknar ein tiltak som tenestemottakaren motset seg, eller

tiltak som grip så sterkt inn at dei utan omsyn til motstand må reknast som bruk av tvang og makt. Ein reknar også inngripande varslingsystem som bruk av tvang og makt. Ein kan bruke tvang og makt for å hindre skade i naudssituasjonar, når slike situasjonar tek seg opp att, eller som tiltak for å dekkje grunnleggjande behov for mat og drikke, påkledding, kvile, søvn, hygiene, personleg tryggleik, opplæring og trening.

Føresetnaden for å bruke tvang og makt er at det er heilt nødvendig for å hindre eller avgrense vesentleg skade. Lov og forskrift inneheld derfor klare kriterier for kva som er fagleg og etisk forsvarleg bruk av tvang og saksbehandlingsreglar for å sikre rettstryggleik for brukaren.

Saksbehandlingsreglane sikrar mellom anna at fleire personar og instansar skal vurdere eventuell tvangsbruk, og at ein skal unngå å bruke tvang, eventuelt redusere bruken til eit minimum. Tenestemottakar har også krav på kvalifisert personale når planlagde tvangstiltak skal gjennomførast, samt at det er to til stades dersom det ikkje

er til ulempe. Det blir stilt ulike kompetansekrav for ulike tiltak. Når ein gjennomfører planlagde skadehindrande tiltak, skal ein tenesteytar minst ha relevant utdanning på høghøgskolenivå, ved tiltak for å dekkje grunnleggjande behov skal den eine minst ha relevant utdanning frå vidaregåande opplæring.

Kommunane pliktar å leggje til rette for minst mogleg bruk av tvang og makt for å førebyggje og å prøve andre løysingar før dei tek i bruk tvang og makt. Kommunen må også sikre nødvendig opplæring og fagleg rettleiing og oppfølging av tilsette når dei gjennomfører slike tiltak.

Rapportane er relativt ulike i form og innhald og gir derfor ikkje grunnlag for detaljerte kvantitative oppsummeringar. I somme kommunar fungerer opplæring av tilsette, kompetanseutvikling og rettleiing bra, mens andre har vanskar med å tilby dei tilsette tilstrekkeleg opplæring og rettleiing. Mange kommunar har søkt dispensasjon frå utdanningskrav for å gjennomføre åtferdsendrande tiltak og omsorgstiltak. Tal frå årsrapporteringa frå fylkesmennene for 2002 viser at det er gitt dispensasjon frå utdanningskrav i 266 av 377 godkjende vedtak.

Statens helsetilsyn vil i 2004 følgje med på tilsynserfaringar og andre kjelder til kunnskap om tenesta til psykisk utviklingshemma.

KVA SEIER LOVA OM TVANG OG MAKT?

Kapittel 4A i *lov om sosiale tjenester* (www.lovdatab.no) heimlar bruk av tvang og makt overfor enkelte psykisk utviklingshemma for å hindre at dei utset seg sjølv eller andre for vesentleg skade. Kommunen pliktar å leggje til rette for minst mogleg bruk av tvang og makt, det vil seie tiltak som tenestemottakaren motset seg, eller tiltak som grip så sterkt inn at dei utan omsyn til motstand må reknast som bruk av tvang og makt.

Mellombels reglar om bruk av tvang og makt, tidlegare kapittel 6A, som kom i 1999, blir frå 1.1. 2004 erstatta med eit nytt kapittel 4A, *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming*.



Ida Samuelsen (f.1974), cand.polit. med hovedfag i sosialantropologi. Ansatt ved Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.

KOSMETISK KIRURGI – DRØM, MARERITT ELLER MULIGHET?

■ Kroppen har aldri vært en konstant størrelse. Livet setter sine spor på våre kropper, gjennom aldring, svangerskap, sykdom og livsførsel. Kroppen har til alle tider og i alle kulturer vært utsatt for manipulering av menneskene; gjennom ulike kulturelle praksiser har vi forsøkt å forme kroppen i tråd med de kulturelle normene for hvordan kroppen skal være. Kosmetisk kirurgi føyer seg inn i rekken av praksiser som konkret former kroppen. Kosmetisk kirurgi er en del av plastikkirurgien og beskriver hovedsakelig inngrep som er ment å forbedre utseendet. Motsatt brukes termen rekonstruktiv kirurgi for å beskrive kirurgiske inngrep der formålet er å reparere skader som er medfødte, eller følger av sykdom eller ulykker.

Kosmetisk og estetisk kirurgi betegner den samme typen kirurgi, men mange plastikkirurger foretrekker ordet estetisk fremfor kosmetisk for å unngå assosiasjoner til sminke og skjønnhetssalonger (1).

Ved hjelp av kosmetisk kirurgiske inngrep kan man i økende grad fjerne det uønskede eller legge til det ønskede. I kjølvannet av utviklingen innen medisinsk teknologi og viten blir den mer ekstreme formforvandlingen ikke bare en drøm (eller mareritt), men en mulighet. Samtidig tvinger denne utviklingen oss til å sette spørsmålstegn ved hva som er naturlig og normalt ved kroppen. Utviklingen reiser politiske, økonomiske, kulturelle og moralske spørsmål. Det dreier seg om i hvilken grad kosmetisk kirurgi skal ses som en frigjørende versus en undertrykkende praksis, og videre, hvilket syn man skal ha på dem som ønsker å få utført kosmetiske inngrep på egen kropp – tar de frie valg eller styres de av falsk bevissthet? Som ytterpunktene på en skala kan man si at mens noen gleder seg over fremskrittet, vil andre synes at det tukles for mye med kroppen.

UNDERTRYKT BEVISSTHET

For motstandere av kosmetisk kirurgi vil praksisen fremstå som grunnleggende problematisk, eller nærmest som en uting. Det oppfattes som skremmende at stadig flere får utført denne typen inngrep på egen kropp, og det er ubehagelig at slike inngrep synes å få større aksept i samfunnet. Det kan hevdes at den kosmetiske kirurgien selv er med på å skape mindreverdighetskomplekser hos folk gjennom reklame og

annonsering i aviser og blader. Kirurgene søker på sin side å rettferdiggjøre sin egen lukrative praksis. Den kosmetiske kirurgien er en del av et skjønnhetstyranni, en undertrykkende praksis som undergraver individets mulighet til å være seg selv eller akseptere seg selv som den man er. Faren ved et slikt perspektiv blir at man tillegger dem som ønsker å få utført et kosmetisk inngrep på egen kropp, en form for falsk bevissthet. Det blir opp til andre å beskytte disse menneskene mot seg selv, for de vet tydeligvis ikke sitt eget beste. Også som forsker kan man lett ende opp med et slikt syn på dem som vil endre kroppen sin ved hjelp av kosmetisk kirurgi.

FRIGJØRENDE VALG

Ønsket om å ta dem som får utført denne typen inngrep på alvor, har ført til at forskere innen feltet har rettet oppmerksomheten mot dem som er engasjert i kosmetisk kirurgi. Fra dette perspektivet tas det særlig utgangspunkt i hva kosmetisk kirurgi betyr for dem som ønsker å få utført denne typen inngrep på egen kropp. (2, 3, 4). Heller enn å se dette som selvsagt underkastelse har man fokusert på identitet som et nøkkelord for å forstå mer av hva praksisen betyr for dem som ønsker å få utført kosmetiske inngrep på egen kropp. Mens økt tilgjengelighet, større aksept og utviklingen av medisinsk teknologi og kunnskap blir viktige faktorer for å skape et rom for det kroppsformende prosjektet, rettes fokus mot hvordan kosmetiske inngrep kan være et ledd i en identitetskonstruksjon der man skaper seg selv. Fra et slikt perspektiv vil kosmetisk kirurgi ikke bare være en undertrykkende praksis, men kan være en frigjørende prosess. I samtaler med dem som har fått utført et kosmetisk inngrep, er det nettopp dette som fremheves; de har tatt skjeen i egen hånd. De har aktivt gått inn for å skape sitt eget liv, sin egen kropp. Det er deres eget valg, og de har først og fremst gjort det for seg selv (3, 4). Det dreier seg om en gjenerobring av egen kropp.

Å SKAPE SEG SELV

På hvilke måter kan kosmetisk kirurgi sies å være et redskap i et identitetsprosjekt? *Hvem* ønsker de å være? Flesteparten av dem som har blitt intervjuet om dette, sier at de ikke ønsker å være noen andre enn seg selv (2, 3, 4). Tvert imot synes det som om man blir *mer* seg selv etter et kosmetisk inngrep. Samtidig framheves

Litteratur

1. Regnault P, Daniel RK. *Aesthetic Plastic Surgery: Principles and Techniques*. Boston/Toronto: Brown and Company, 1984.
2. Davis K. *Reshaping the Female body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York and London: Routledge, 1995.
3. Samuelsen IL. *Selv, skalpell og skjønnhet*. En studie av estetisk kirurgi som kroppspraksis i Paris. Hovedfagsoppgave i sosialantropologi. Bergen: Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen, 2001.
4. Samuelsen IL. *Problemet er at du er kvinne*. Om estetisk kirurgi og den «post-gravide» kvinnekroppen. Tidsskrift for kvinneforskning 2002; 4/01: 2–20.

frykten for å bli en annen, for i tillegg til de ulike risikoene forbundet med et hvert kirurgisk inngrep, kan man også ende opp med å miste seg selv. Men, hvem er dette selvet, hvordan ser det ut? Det kan synes som om det er flere måter man kan komme i utakt med seg selv på, men oftest vil aldri være en hovedårsak. Det synes å herske en oppfatning om at når du blir eldre – noe som vanskelig kan unngås – så er du ikke lenger deg selv. Det aldrende ansiktet blir en maske som det ungdommelige og egentlige selvet skjuler seg bak. Ved hjelp av kosmetiske inngrep kan man finne tilbake til seg selv, man kan holde seg naturlig ung til man dør.

PROBLEMATISKE KROPPER

For kvinner kommer i tillegg de kroppslige endringene som følger av ett eller flere svangerskap. Den «post-gravide» kroppen er en ødelagt kropp (3, 4). Den både kan og bør føres tilbake til sin opprinnelige «pre-gravide» tilstand. I Frankrike synes det å være et offentlig anliggende å reparere morskroppen. En kvinne som har født to barn eller flere, vil få dekket en mageløftoperasjon av det offentlige helsevesenet (3, 4). Hvilket signal gir dette med hensyn til hva som oppfattes som normalt og naturlig ved kvinnekroppen? Er det slik at kvinnekroppen grunnleggende sett er problematisk? For uavhengig av alder og bakgrunn er det jo fremdeles flest kvinner blant dem som ønsker å få utført kosmetiske inngrep. Det kan virke som om problemkroppen stadig favner videre, mye av det som tidligere fremstod som naturlig og normalt ved kroppen, fremstår nå som unaturlig og unormalt. Samtidig rammer det stadig flere kropper, også mannskroppen synes i dag å være et potensielt objekt for kroppsprosjektet. Dette forteller oss i alle fall at den kosmetiske kirurgen er med på å forme våre kulturelle standarder og normer for hva en kropp er, og hva en kropp bør være.

■ Det aldrende ansiktet blir en maske som det ungdommelige og egentlige selvet skjuler seg bak

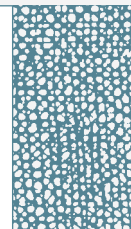
KOSMETISK KIRURGI

– ET DILEMMA

I debatten om kosmetisk kirurgi ser man ofte hvordan praksisen preges av en ambivalens, den både skremmer og fascinerer. Forskning på feltet har også vist at kosmetisk kirurgi oppleves som et dilemma for dem som er engasjert i praksisen, både for dem som ønsker å endre på egen kropp og for dem som leverer tjenestene og utfører dem. Den kosmetiske kirurgien representerer dessuten et dilemma i videre forstand.

En sentral problemstilling er hvem som fortjener medisinsk oppmerksomhet, hva som bør være et offentlig helsetilbud og hvilke tilbud som skal finansieres privat. Mens det synes å være bred politisk enighet om at den rekonstruktive kirurgien hører hjemme i den offentlige helsetjenesten, vil den kosmetiske kirurgien ofte oppfattes som en skjønnhetspraksis. Dette er inngrep som bør betales av egen lomme. Men når grensen mot den rekonstruktive kirurgien blir utydelig, tvinges vi til å sette spørsmålsteget ved hvem som fortjener medisinsk oppmerksomhet og kanskje også økonomisk støtte. Det handler om å skille de «verdige trengende» fra dem som kun er «forfengelige». Også fra et medisinsk synspunkt representerer den kosmetiske kirurgien et dilemma, for uavhengig av årsak og hvem som betaler – hvordan kan det forsvares at kirurgene skjærer i friske kropper?

– ULIK EIGENBETALING FOR STERILISERING ER URETTFERDIG



– Når ei kvinne vel bort sterilisering på grunn av høg eigenbetaling, vil det seie at dei rettane kvinna har til å kontrollere om og når ho vil ha barn, blir redusert.

■ Liv Haugen, leiar av Fagråd for kvinne- og kjønsspørsmål i tilsyn, meiner at Fagrådet har støtte for synet sitt i FNs internasjonale menneskerettskonvensjon (CEDAW) (1). Der står det i artikkel 12 blant anna at ein for å sikre likestilling mellom menn og kvinner når det gjeld helse-tenester, må setje i verk alle eigna tiltak for å avskaffe diskriminering av kvinner. Familieplanlegging blir nemnd spesielt.

I 2002 blei det innført eigenbetaling for lågt prioriterte helsetenester. Sterilisering er oppført som ei lågt prioritert teneste. Det vil seie at pasienten av eiga lomme må dekkje heile eller delar av inngrepet. Kvinner må betale 6089 kroner for sterilisering, det vil seie halve kostnaden, mens menn må ut med 1268 kroner. Tidlegare betalte både menn og kvinner omkring 250 kroner for inngrepet. Konsekvensen av at eigenbetalinga har auka så dramatisk, har vore at talet på inngrep har gått ned med nærare 80 prosent blant kvinnene. Talet på menn som vel å sterilisere seg, er omtrent det same som før.

– Fagrådet er kritisk til at sterilisering er kategorisert som ei lågt prioritert helseteneste. Rådet meiner at inngrepet bør vere ein del av det offentlege helsetilbodet for at vi

som nasjon skal ta vare på reproduktive rettar som ein del av menneskerettane, seier Liv Haugen.

Den store prisforskjellen mellom menn og kvinner har vekt sterke reaksjonar blant brukarane. Mange har vendt seg til helsestyresmaktene. Likestillingsombodet bad Helsedepartementet om å endre reglane, men oppmodinga førte ikkje fram. I mars 2003 fastslo klagenemnda for likestilling at forskjellsbehandlinga er i strid med likestillingslova. Det var Helsedepartementet som hadde klaga saka inn for nemnda, og departementet grunn gav prisforskjellen med at det er eit mykje meir komplisert inngrep å sterilisere kvinner enn å sterilisere menn. Klagenemnda svarte at målet med steriliseringa er det same uavhengig av kjønn. Derfor må inngrepet ha lik pris for kvinner og menn. Også klagenemnda bad Helsedepartementet om å endre regelverket, men ingenting har skjedd.

Fagråd for kvinne- og kjønsspørsmål i tilsyn, som er eit rådgivande organ for Helsetilsynet, har engasjert seg i saka med same syn som Likestillingsombodet. Rådet meiner at sterilisering er ein reproduktiv rett på linje med annan prevensjon, fødselshjelp, barselpermisjon og fødselspengar.

– I eit slikt perspektiv er det innlysende at ein må behandle menn og kvinner likt. Det skal ikkje vere slike forskjellar i det offentlege helsetesenet vårt, seier Liv Haugen.

– Å ha kontroll over reproduksjonen er viktig for kvinnehelsa. For mange er sterilisering den einaste måten dei kan få slik kontroll på, fordi andre prevensjonsmetodar har for store biverknader.

Fagrådet har skriftleg rådd Helsetilsynet til å påverke Helsedepartementet til å fjerne den uønskte forskjellen i dei høva menn og kvinner har til å unngå graviditet.

LITTERATUR

1. *International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*, vedteken i 1979. Office of the High Commissioner for Human Rights. www.unhcr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm

■ Grunnlaget for dei pliktene Noreg har på området helse og menneskerettar, finst blant anna i Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar (ØSK) frå 1966. ØSK er frå det perspektivet som ligg til grunn for intervjuet, spesielt viktig, fordi Noreg som det første landet i verda innlemma denne konvensjonen i nasjonal lov. Det skjedde først ved ei generell grunnlovsendring om menneskerettane i 1994, og seinare blei det vidareutvikla for blant anna ØSK i den såkalla menneskerettslova frå 1999.

Kvinnekonvensjonen frå 1979 er førebels ikkje innlemma i norsk lov.



AMMING I NOREG GJENNOM NOKRE TIÅR

Endringar i rutine ved fødeavdelingane kan ha vore med på å fremje den høge ammefrekvensen i Noreg. Gjennom ein stille revolusjon har norske fødeavdelingar lagt om rutine. Det har ført til at mor og barn no har vesentleg meir tid saman frå fødselen til heimreisa.

■ I 1973 hadde mor og barn mindre enn fem timar dagleg samvær ved 58 prosent av fødestadene, i 2000 var mor og barn saman frå 20 til 24 timar ved 85 prosent av avdelingane. Å mate etter skjema, opphavleg konstruert for å mate med kumjøl, slik dei gjorde tidlegare, er historie. Mens 92 prosent av avdelingane i 1973 svarte at dei alltid følgde ein slik bestemt måltidsrytme, var det i 2000 ingen som gjorde dette. I dag er det behovet til barnet som stort sett regulerer matemønsteret. Den positive utviklinga er dokumentert i fire landsdekkjande undersøkingar av materutinar ved norske fødeavdelingar. Undersøkingane er gjennomførte i 1973, 1982, 1991 og sist i 2000 (1). Undersøkingane er utførte med støtte frå Helsetilsynet. Svarprosenten har vore 100 prosent kvar gong.

Forfatarane av *Ammeundersøkelsen år 2000* gjer seg nokre tankar om kva grunnen til dei mange endringane kan vere. Tidsalderen med den industrielle revolusjonen var sterkt prega av tru på nytteverdien av naturvitskaplege oppdagingar. Dette førte med seg entusiasme for alt som verka «vitskapleg» fundert, og ei tilsvarende forakt for gammaldagse framgangsmåtar. Av ulike grunnar gjaldt dette i særleg grad fødsels- og spedbarnskulturen. Mødrene lærte at dei måtte ta seg saman og kjempe mot den uvitskaplege trongen dei hadde til å trøyste barnet med brystet. Dette førte til stadig søkkjande ammefrekvens i alle landa i verda. I Noreg tok mødrene sjølve opp kampen med helsebyråkratiet, som i staden for å avvise dei, lytta til fram-

legga deira om endringar. Rapporten dokumenterer ein del av desse endringane.

Dessverre er ammefrekvens i Noreg lite dokumentert. Det kan sjå ut til at merksemda som har vore retta mot den suksessen som amminga har vore, har ført til eit mindre behov for å dokumentere fenomenet. I dag blir årlege svingingar i ammefrekvens og kor lenge amminga varer, nøye overvaka i Danmark og Sverige. Det er ikkje planar om liknande overvaking i Noreg.

LITTERATUR

1. Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape KP. *Ammeundersøkelsen år 2000. Mor, barn og materutiner ved norske fødeavdelingar i perspektiv 1973–2000*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

FAGRÅD FOR KVINNE- OG KJØNNSSPØRSMÅL I TILSYN

Helsedirektøren oppnemnde i 2003 eit eige Fagråd for kvinne- og kjønsspørsmål i tilsyn. Fagrådet skal sikre at Helsetilsynet får råd frå fagpersonar om kvinne- og kjønns-perspektiv i dei sakene tilsynet arbeider med. Målet er at fagrådet skal vere med på å skape eit betre grunnlag når Helsetilsynet gir råd og tilrådingar til departementa, andre myndigheiter og aktørar i sosial- og helsetenesta.

Aktuelle område for arbeidet i fagrådet kan vere: Kva bør merksemda rettast mot i overordna fagleg tilsyn, kva bør ein undersøkje ved tilsyn i sosial- og helsetenesta, kva særlege omsyn må ein ta når ein behandlar tilsynssaker, kva følgjer får sosial- og helsepolitiske reformer på tenestene, treng ein å endre regelverk? I tillegg er høyringssaker også eit aktuelt område for fagrådet.

Fagrådet for 2003–2005 er rekruttert frå forskings-, forvaltings- og praksisfeltet, og har desse medlemmene:

- Liv Haugen, lege, Helsebygg Midt-Noreg (leiar)
- Arnhild Taksdal, kriminolog, Rokkansenteret, Universitetet i Bergen
- Gunhild Hagestad, sosiolog, Høgskolen i Agder
- Kjell Erik Øie, sjukepleiar, Kirkens Bymisjon
- Krishna Chudasama, sosionom, Fredrikstad kommune
- Berit Schei, lege, Institutt for samfunnsmedisin, Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
- Alice Kjellevoid, jurist, Høgskolen i Stavanger
- Marius Råkil, psykolog, Alternativ til Vold
- Åge Wifstad, filosof, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

STORE FORSKJELLAR I OFFENTLEG TANNHELSETENESTE TIL ELDTRE OG UFØRE



LITTERATUR

1. *Tannhelsetjenesten i Norge*. Rapport fra Helsetilsynet. Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

I Vest-Agder får halvparten av alle som mottek tenester frå heimesjukepleia, tilsyn av offentleg tannlege, mens berre éin av fem i Nord- og Sør-Trøndelag.

■ Etter *lov om tannhelsetjenesten* skal den offentlege tannhelsetenesta gi eit regelmessig og oppsøkjande tilbod til fem prioriterte grupper (sjå ramme). Ei av desse gruppene er eldre, langtidssjuke og uføre som anten bur i institusjon eller er mottakarar av heimesjukepleie. Ein rapport frå Helsetilsynet (1) viser at det er store forskjellar mellom fylka når det gjeld kor mange mottakarar av heimesjukepleie som får tilsyn i den offentlege tannhelsetenesta.

I Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag er det berre 20 prosent av desse som får tilsyn, og det er monaleg lågare enn i andre fylke. Til samanlikning er halvparten av mottakarane av heimesjukepleie i Vest-Agder under tilsyn. Å vere under tilsyn vil seie at tannlege eller tannpleiar skal undersøkje personen, at personen skal få nødvendig tannbehandling, og at personen

skal få opplæring i førebyggjande tiltak og tilbod om oppfølging.

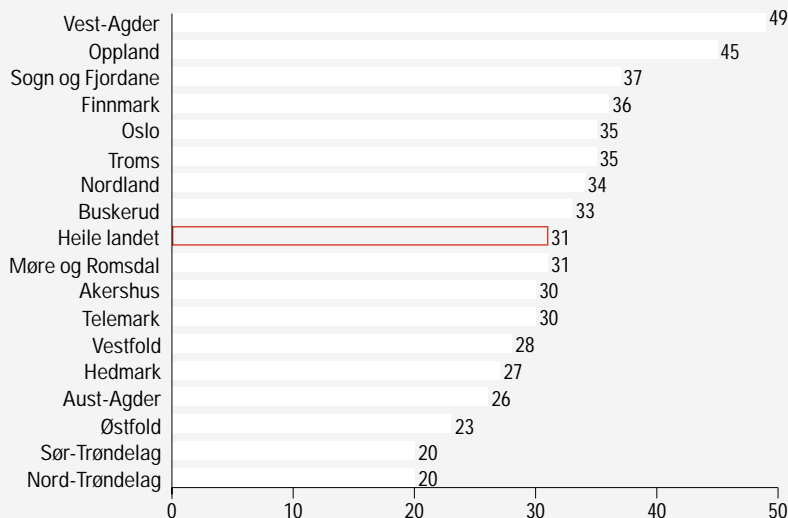
Statistikken gir ikkje noko eintydig svar på om den offentlege tannhelsetenesta i kvart fylke har oppfylt lovkravet for denne gruppa. Statistikken gjer ikkje greie for kor mange personar som får eit tilbod, men kor mange personar som *tek imot* eit tilbod frå den offentlege tannhelsetenesta. Det vil seie at dei som ikkje er under tilsyn av offentleg tannhelseteneste, anten ikkje har fått eit tilbod, eller så har dei valt å ikkje bruke tilbodet dei har fått.

Eit interessant spørsmål som rapporten ikkje gir svar på, er kor mange eldre, langtidssjuke og uføre blant mottakarane av heimesjukepleie det er som aldri har fått eit tilbod om offentleg tannhelseteneste, men som ville ha brukt eit slikt tilbod?

Helsetilsynet reknar med at det er størst fare for at fylkeskommunen ikkje gir eit forsvarleg tilbod til eldre, langtidssjuke og uføre i heimesjukepleia i fylke der delen av dei som er under tilsyn, er under landsgjennomsnittet.

Vi skal kort nemne omfanget av offentleg tannhelseteneste for to andre prioriterte grupper: I gjennomsnitt for heile landet får 94 prosent av barn og ungdom tilsyn av den offentlege tannhelsetenesta. Under 90 prosent får tilsyn i Nord-Trøndelag, Telemark og Vest-Agder. Landsgjennomsnittet for psykisk utviklingshemma vaksne er 89 prosent, men det er store forskjellar mellom fylka. I Vest-Agder, er berre 75 prosent under tilsyn.

PROSENTDELEN ELDTRE, LANGTIDSSJUKE OG UFØRE SOM FÅR HEIMESJUKEPLEIE OG SOM VAR UNDER TILSYN AV DEN OFFENTLEGE TANNHELSETENESTA I 2002



* Tal manglar for Rogaland og Hordaland, da dei rapporterer berre samla tal for eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon og heimesjukepleie.

FEM PRIORITERTE GRUPPER I TANNHELSETENESTA

Etter *lov om tannhelsetjenesten* (§ 1-3) skal den offentlege tannhelsetenesta gi eit regelmessig og oppsøkjande tilbod til prioriterte grupper og yte tenester til vaksne klientar som betaler, i samsvar med vedteken plan for fylket.

- Dei fem prioriterte gruppene er:
- Barn og ungdom frå fødsel til det året dei fyller 18 år
 - Psykisk utviklingshemma i og utanfor institusjon
 - Grupper av eldre, langtidssjuke og uføre i institusjon og heimesjukepleie
 - Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
 - Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

MYTEN OM HØLA I TANNHELSETENESTA

Dei tre nordlegaste fylka har den høgaste bemanninga i landet i den offentlege tannhelsetenesta og hevdar seg godt i statistikken for samla tannlegeressursar, viser ein fersk rapport frå Helsetilsynet.

■ Dei siste åra har den geografiske fordelinga av tannlegar og bemanningssituasjonen i den offentlege tannhelsetenesta fått stor merksemd. Det gjeld særleg dei spesielle problema i dei nordlegaste fylka, med mange ledige stillingar, stor utskifting av tannlegar og rekrutteringsproblem (1).

Rapporten frå Helsetilsynet (2) viser at situasjonen i Nord-Noreg ikkje er så negativ som vi før har trudd. Av alle fylka i landet kjem Finnmark, Troms og Nordland på første, andre og tredje plass over fylke med høgast bemanning i den offentlege tannhelsetenesta. Bemanninga er målt som talet på personar i dei prioriterte gruppene per tannlegeårsverk (sjå tabell).

Nord-Noreg kjem heller ikkje dårleg ut når vi ser på den samla be-

manningssituasjonen for tannlegar, det vil seie summen av tannlegar i den offentlege tannhelsetenesta og privatpraktiserande tannlegar. Bemanninga totalt i Troms i 2002 var fem prosent høgare enn landsgjennomsnittet. Berre Oslo og Hordaland hadde fleire tannlegar i forhold til folketalet enn Troms. Bemanningsnivået totalt i Nordland og Finnmark var i 2002 høvesvis 12 prosent og 11 prosent lågare enn landsgjennomsnittet. Tannlegemangelen er mest akutt i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

Ein må sjølv sagt ta omsyn til geografiske tilhøve når ein vurderer bemanningsnivået. Fylke med spreidd busetnad har andre utfordringar enn dei med tett busetnad når det gjeld å bruke dei tilgjengelege ressursane på ein gagnleg måte.

LITTERATUR

1. *Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor.* Oslo: Helsedepartementet, 2003.
2. *Tannhelsetjenesten i Norge.* Rapport fra Helsetilsynet 5/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

BEMANNINGSSITUASJONEN I TANNHELSETENESTA FORDELT PÅ FYLKA I 2002

Fylke	Talet på personar i dei prioriterte gruppene per utført tannlegeårsverk i offentlig tannhelseteneste	Talet på personar 21 år og eldre per tannlegeårsverk for privatpraktiserande tannlegar	Talet på personar i heile befolkninga per tannlegeårsverk for alle tannlegar
Østfold	1 769	1 106	1 203
Akershus	1 747	990	1 121
Oslo	2 014	791	909
Hedmark	1 339	1 429	1 357
Oppland	1 129	1 329	1 216
Buskerud	1 235	1 214	1 184
Vestfold	1 989	1 005	1 143
Telemark	1 252	1 163	1 152
Aust-Agder	1 089	1 268	1 173
Vest-Agder	1 554	1 144	1 216
Rogaland	1 574	1 162	1 245
Hordaland	1 035	1 047	1 022
Sogn og Fjordane	1 129	1 568	1 282
Møre og Romsdal	1 254	1 231	1 202
Sør-Trøndelag	1 431	1 574	1 497
Nord-Trøndelag	1 134	1 831	1 492
Nordland	950	1 622	1 299
Troms	814	1 360	1 106
Finnmark	692	2 167	1 283
Heile landet	1 317	1 142	1 158

DENT-O-SEPT-SAKA AVDEKTE STORE MANGLAR I HELSETENESTA

LITTERATUR

1. *Tilsynsmelding 2002*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
2. *Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept-saken*. Rapport fra Helsetilsynet 11/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

Sjølv om ein ikkje kan klandre helsepersonell for å ha handla uforsvarleg ved å bruke munnpenselen Dent-O-Sept, er det avdekt store manglar på fleire nivå når det gjeld styring og leiing.

■ Helsetilsynet meiner at produsent, styresmakter og helseleiarar bør ta lærdom av Dent-O-Sept-saka, der det blei påvist at mange pasientar var smitta av bakterien *Pseudomonas aeruginosa* etter at munnpenselen Dent-O-Sept var brukt på dei. Bakterien *Pseudomonas aeruginosa* finst overalt i naturen. Han er ufarleg for dei fleste, men kan gi alvorleg infeksjon hos personar som er alvorleg sjuke eller svekte.

Utbrotet råka 27 sjukehus vinteren 2000–2001, og 71 pasientar døydde mens dei var innlagde. Alle hadde opphavleg ein alvorleg sjukdom. Det er derfor vanskeleg å seie i kva grad infeksjonen var med på å framskunde døden.

Helsetilsynets Tilsynsmelding 2002 (1) gjer greie for korleis første fasen av Dent-O-Sept-saka blei handtert. Arbeidet med å klargjere omfanget av sjukdomsutbrotet, sjølv hendinggangen og korleis noko slikt kunne skje, heldt fram til Helsetilsynet sende den endelege rapporten sin til Helsedepartementet 28. oktober 2003 (2).

KONKLUSJONANE I RAPPORTEN

- Helsetilsynet meiner at helsepersonell og helseteneste ikkje har handla uforsvarleg ved å skaffe og bruke Dent-O-Sept munnpenslar til munnstell fram til produktet blei trekt frå marknaden 9. april 2002. Praksisen med å bruke same pensel fleire gonger, som også var i strid med bruksrettleiinga frå produsenten, må ein likevel sjå på som fagleg uforsvarleg. Men dette har etter Helsetilsynets mening ikkje hatt noko å seie for sjølv infeksjonsutbrotet.
- Helsetilsynet meiner at smitte-

vernsystema i norske helseinstitusjonar ikkje har vore uforsvarlege. Det er dermed ikkje grunnlag for å hevde at uforsvarleg smittevern gav grunnlag for det aktuelle pseudomonasutbrotet, eller at dette var grunnen til at det blei så omfattande.

- Helsetilsynet vurderer det slik at ein heller ikkje kan laste helsetenesta for ikkje å ha erkjent at Dent-O-Sept-penslane var ureina. Penslane var ureina hos produsenten, som ifølgje Sosial- og helsedirektoratet urettmessig hadde CE-merkt utstyret, og som heller ikkje følgde opp svikt ved utstyret på ein tilfredsstillande måte. Helsetilsynet meiner at hovudårsaka til det omfattande pseudomonasutbrotet er at ein infisert munnpensel blei introdusert i helsetenesta.

- Helsetilsynet i fylka konkluderer at enkeltpasientane har vore forsvareleg behandla og følgde opp i samband med utbrotet, og at kvalitetsutval og sjukehusleiing har handtert utbrotet på ein tilfredsstillande måte. Dei har heller ikkje avdekt forhold av ein art som har ført til at saker er sende over frå tilsynsorganet i fylket til Helsetilsynet sentralt for at det skal vurdere om ein eventuelt skal reagere administrativt mot helsepersonell eller verksemd.

- Saka har likevel avdekt manglar på fleire område der det er grunn til å vurdere om ein treng å setje i verk tiltak for å betre tryggleiken i helsetenesta. Helsetilsynet meiner at det er behov for at helsetenesta går gjennom rutineane på fleire område i tråd med krava i internkontrollforskrifta.

- Det verkar som om kunnskapane om kva munnhola har å seie i smittevernsamanheng, er for lite imple-

mentert i helsetenesta. Dels kan det sjå ut til at det ikkje har vore ei fastsett semje om kva som er god praksis ved munnstell.

- Det verkar også som om verksemdene berre i lita eller inga utstrekning har vurdert Dent-O-Sept hygienisk/medisinsk-fagleg da produktet blei kjøpt inn. Helsetilsynet ser på desse opplysningane som urovekkjande. Det er grunn til å gå ut ifrå at desse forholda gjeld generelt for helsetenesta, sjølv om vi ikkje kan sjå bort frå at forsvarelege rutinar har vore på plass somme stader.
- Helsetilsynet ser det som heilt grunnleggjande at verksemdar definerer kva krav produktet skal tilfredsstillende, når dei kjøper inn medisinsk utstyr. Dersom slike vurderingar manglar når ein skaffar seg medisinsk utstyr som skal brukast i munnhola, meiner Helsetilsynet at det er i strid med kravet om at dei helsetenestene som blir tilbydde, skal vere forsvarelege. Samtidig vil vi stille spørsmål om styresmaktene bør gjere krava til korleis helsetenesta skal styre innkjøp og kontroll av innkjøpte produkt tydelegare.
- Helsetilsynet vurderer det slik at enkeltpersonell vanskeleg kan gjerast ansvarleg for at helsetenesta tilsynelatande har hatt lite medvit omkring farane ved å bruke Dent-O-Sept-penslar. Det same gjeld opplysningar om at meldeplikta ikkje har vore halden når helsepersonell har oppdaga misfarga penslar og utette posar. Ansvar må leggjast til verksemdene, som ikkje har sett til at personellet har fått gode nok retningslinjer i samband med bruken av penslane. Det er også ei plikt for verksemdene å sjå til at lovpålagde meldingsrutinar fungerer.

FLEIRE KORRIDORPASIENTAR VED INDREMEDISINSKE AVDELINGAR

I 2003 har talet på korridorpatientar og utskrivningsklare pasientar auka, og sjukehusa er tilbake på 1999-nivå.

■ Ei ny landsomfattande kartlegging som blei utført ved indremedisinske avdelingar i 2003, viser at den positive trenden frå 1999 til 2002 har snudd (1).

Den gode nyheita er at situasjonen ved tre av dei fem store sjukehusa har betra seg, det vil seie ved Ullevål universitetssjukehus HF, Rikshospitalet HF og Helse Bergen HF (Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus). Ved St. Olavs hospital HF og Universitetssjukehuset i Nord-Noreg HF slit dei framleis med eit betydeleg tal korridorpatientar.

Kartlegginga omfatta 27 helseføretak og tre private sjukehus. Alle dei aktuelle offentlege og private sjukehusa svarte på skjemaet. Data for 1999 og

2002 blei justerte i høve til helseføretaksstrukturen i 2003, slik at tala kunne samanliknast. Kartlegginga blei gjort i veke 38 både i 2002 og 2003 (2).

LITTERATUR

1. *Korridorpatienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Utviklingen 1999-2003.* Rapport fra Helsetilsynet 2/2004. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

2. *På feil sted til rett tid? Korridorpatienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2002 og utviklingen 1999-2002.* Rapport fra Helsetilsynet 1/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

KORRIDORPASIENTAR OG UTSKRIVINGSKLARE PASIENTAR PER 1 000 SENGER, GJENNOMSNITT PER DAG I KARTLEGGINGSVEKENE I 1999, 2002 OG 2003

	Tal på korridorpatientar per 1 000 senger			Tal på utskrivningsklare pasienter per 1 000 senger		
	1999	2002	2003	1999*	2002	2003
Regionale helseføretak						
Helse Aust	29	28	33	91	68	90
Helse Sør	43	36	35	91	52	83
Helse Vest	73	56	71	61	52	37
Helse Midt-Noreg	96	35	73	72	49	62
Helse Nord	25	22	29	76	56	61
Regionsjukehus						
Ullevål universitetssjukehus HF	110	43	45	122	70	66
Rikshospitalet HF	17	2	0	287	86	0
Helse Bergen HF (Haukeland og Voss)	150	77	62	45	34	48
St. Olavs Hospital HF	155	89	161	77	68	72
Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF	60	61	81	55	36	19
Heile landet	48	36	46	75	57	65

* onsdagen i kartleggingsveka

BRUK AV REAKSJONSFORMA ÅTVARING

Statens helsetilsyn har høve til å reagere overfor helsepersonell som handlar i strid med dei reglane som gjeld for å utøve yrket. Lovgivar har på denne måten gitt klart uttrykk for at det er viktig at samfunnet kontrollerer slik yrkesutøving.

■ Tilsynsorganet kan gi uformelle tilbakemeldingar i form av å påpeike pliktbrøt, jamfør helsepersonellova § 55, ein kan gi åtvaring, jamfør § 56, eller ein kan kalle tilbake autorisasjon eller rekvisiteringsrett, jamfør §§ 57 og 63. I somme tilfelle kan det vere aktuelt å avgrense ein autorisasjon i staden for å kalle han tilbake, jamfør § 59.

Føremålet med å gi helsepersonell tilbakemeldingar mellom anna i form av åtvaring er å endre forhold som ein vurderer som uforsvarlege. Dersom ein meiner at det ikkje er nok å gi åtvaring, kan ein vurdere å kalle tilbake autorisasjonen.

Helsetilsynet har i 2003 gitt åtvaring til helsepersonell i 59 saker. Dette er saker som er svært ulike i innhald. Vilkåra for å gi åtvaring følgjer av § 56 første ledd, som lyder:

«Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.»

Når Helsetilsynet vurderer om ein skal gi åtvaring, må tilsynet slå fast at plikter etter helsepersonellova er brotne. I tillegg vurderer ein graden av aktløyse/skuld og om det forholdet som er vurdert, er ein risiko for tryggleiken. Ein må også etter skjønn vurdere om det er nødvendig og tenleg å reagere med åtvaring i den konkrete saka.

Det er ofte vanskeleg å vurdere etter skjønn. Ofte er det avgjerande for

vurderinga om åtvaring i den aktuelle situasjonen er i samsvar med føremålet. Vidare er det ei overordna målsetjing å behandle like saker likt.

Det er umogleg å stille opp ei komplett liste over skjønnsmoment når ein vurderer om ein skal gi åtvaring. Kva reaksjonsmåte ein vel, byggjer på det inntrykket tilsynsorganet sit att med etter å ha gått gjennom alle forholda som på ein eller annan måte kan vere viktig for kva reaksjon ein vel.

Tida som er gått sia pliktbrøtet skjedde, er viktig når ein vel reaksjonsform, særleg dersom tilsynsorganet i tillegg har informasjon om at kritikkverdige forhold er endra. Vidare blir det lagt vekt på kva slags rammevilkår aktuelt helsepersonell har hatt for yrkesutøvinga si. Derfor kan det etter ei konkret vurdering tale mot å gi åtvaring dersom arbeidsgivar ikkje har lagt godt nok til rette for forsvarleg yrkesutøving. Eit element i vurderinga kan også vere om helsepersonellet tidlegare har fått administrative reaksjonar, og i kva grad personellet erkjenner avviket eller på annan måte viser sjølvinnsett med omsyn til den aktuelle hendinga. At saker også er behandla av NPE (Norsk pasientskadeerstatning), arbeidsgivar og andre, skal som regel ikkje ha noko å seie for korleis tilsynssaka blir vurdert. Ein straffedom kan ha noko å seie for avgjerda i tilsynsorganet dersom det ser ut til at dommen dekkjer dei omsyna tilsynsorganet skal ta.

Eksempel der det ikkje blei gitt reaksjon: I samband med eit mindre kirurgisk inngrep blei to pasientar forveksla slik at kirurgen gjorde feil

inngrep, og pasienten måtte opererast ein gong til i same seansen. Det blei vist til at kirurgen har plikt til å gjere seg viss på kven pasienten er, men det blei ikkje gitt åtvaring mellom anna fordi sjukehuset ikkje hadde rutinar som sikra at personellet på operasjonssalen fekk melding om endringar i operasjonsprogrammet som var sett opp. Som ledd i totalvurderinga blei det også opplyst at legen klart hadde erkjent avviket og teke lærdom av hendinga, at han var under opplæring, og at heller ingen andre i operasjonsteamet var gjorde kjende med at operasjonsprogrammet var endra.

Eksempel der det blei gitt åtvaring: Ei kvinne oppsøkte legevakta etter to veker med magesmerter. Legen oppfatta tilstanden som influensa og valde å sjå korleis det utvikla seg. Seks dagar seinare var situasjonen forverra med luft smerter og mageknip, og ho var øm over nedre del av magen. Blodprosenten var låg. Legen gav jerninjeksjon og antibiotikum og bestilte røntgenundersøking av tarmen. Etter at kvinna kontakta anna lege, blei ho lagd inn på sjukehus og operert for svangerskap utanfor livmora. Helsetilsynet fann at legen hadde handla uforsvarleg ved å ikkje vurdere tilstanden som alvorleg. Forsøminga var også med på å påføre pasienten stor belastning, og legen fekk åtvaring for dette.

Dersom ein påviser uakseptabel åtferd som ikkje knyter seg til yrkesutøvinga, for eksempel tjuveri, bruk av vald og anna, har Helsetilsynet ikkje høve til å gi åtvaring. Med mindre slike forhold er så alvorlege at dei fører til tap av autorisasjon, har Helsetilsynet ikkje høve til å reagere.

FLEIRE MISTAR AUTORISASJONEN, OG SAKENE BLIR MEIR ALVORLEGE

Statens helsetilsyn behandla 172 tilsynssaker i 2003, og sakene er alvorlege. Halvparten av tilsynssakene er retta mot legar. Ein tredel av alle saker blei avslutta utan formelle reaksjonar.

■ Talet på reaksjonar auka frå 103 i 2002 til 125 i 2003. Det var 56 som mista autorisasjonen som helsepersonell i 2003, mot 40 året før. Bakgrunnen for at autorisasjonen blir kalla tilbake, er i dei fleste tilfella misbruk av rusmiddel, eller andre personlege forhold. Sjukepleiarar utgjer den største gruppa. 21 av dei 28 sjukepleiarane som mista autorisasjonen, gjorde det på grunn av rusmiddelmisbruk.

Grunnlaget for tilsynssakene er oftast klager frå pasientar og pårørande, men i somme tilfelle også informasjon frå pressa, erstatningsaker og meldingar frå arbeidsgivarar eller andre kjelder om uhell eller skade. Når Helsetilsynet i fylka meiner at det er grunnlag for å reagere mot helsepersonell, blir saka send til Statens helsetilsyn, som har avgjerdsmynd til å reagere formelt ved for eksempel å gi åtvaring eller ta autorisasjonen frå helsepersonellet.

Statens helsetilsyn behandla ferdig 172 tilsynssaker i 2003. Det blei gitt 125 administrative reaksjonar etter helsepersonellova. Det blei berre klaga over 19 av desse til Statens helsepersonellnemnd. Omkring halvparten av tilsynssakene som blei avslutta med reaksjon i 2003, er retta mot legar: 37 legar fekk åtvaring, dei fleste på grunn av uforvarleg behandling, mens 16 legar mista autorisasjonen. Av desse var det sju legar som først hadde mista autorisasjonen i eit anna nordisk land, og som ein konsekvens av dette også mista den norske autorisasjonen sin.

29 mista autorisasjonen som helsepersonell på grunn av rusmiddelmisbruk, fire på grunn av seksuell utnytting av pasient, tre på grunn av eigen sjukdom og åtte på grunn av at dei på førehand hadde mista annan nordisk autorisasjon som låg til grunn for den norske. Dei resterande autorisasjonstapa kom av

ulike alvorlege brot på helsepersonellova.

Berre sju verksemdar i 2003 fekk kritikk frå sentralt hald for utilstrekkeleg organisering og leiing. Det låge talet kjem av at Helsetilsynet i fylket avsluttar saker der det ikkje er grunnlag for å reagere mot helsepersonell. Dersom det er grunnlag for å rette kritikk mot leiinga for svikt ved organisering eller styring, er det Helsetilsynet i fylket som gir denne kritikken i dei fleste sakene.

Den gjennomsnittlege saksbehandlingstida for tilsynssaker var 8,9 månader, medianen er seks månader. I 2002 var gjennomsnittleg behandlingstid 8,2 månader. Per 31. desember 2003 var 132 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn.

TABELLEN VISER HELSETILSYNETS REAKSJONAR OVERFOR HELSEPERSONELL I 2001, 2002 OG 2003

	2003	Åtvaring			Tap av autorisasjon			Avgrensing av autorisasjon		
		2002	2001	2003	2002	2001	2003	2002	2001	
Lege	37	27	22	16	9	15	3	3		
Tannlege	2	6	2	2		3			1	
Psykolog	6	2	2	3	1	1				
Sjukepleiar	6	6	7	28	22	12		2		
Hjelpepleiar	2	1	1	3	5	5	1	1		
Jordmor	1	2	1							
Fysioterapeut	2	1	1	2	1					
Kiropraktor		2	2							
Vernepleiar				1	1				1	
Radiograf		1								
Ambulansarbeidar		1								
Omsorgsarbeidar					1					
Apotekteknikar				1						
Helsesekretær	1									
Uautorisert	2									
SUM	59	49	38	56	40	36	4	7	1	

SEKSUELLE OVERGREP MOT PASIENTEN

I åra 2001–2003 var det 17 saker der helsepersonell – alle menn – mista autorisasjonen etter å ha innleidd eit seksuelt forhold til ein pasient. Åtte saker førte til åtvaringar. Kvifor reagerer Helsetilsynet med strenge reaksjonar når helsepersonell går inn i seksuelle forhold til pasientar?

■ Pasient-behandlar-relasjonen er prega av at han ikkje er i likevekt. Kor stor mangelen på likevekt er, avheng av kva slags behandling det dreier seg om. Han er for eksempel større i psykoterapi enn ved tannbehandling. Men felles for mange behandlarrelasjonar er at pasienten har problem som behandlaren skal hjelpe til med å løyse, og at pasienten er i ein situasjon der han eller ho legg sider av seg sjølv opne; sider som vanlegvis er skjulte for andre. Dette gjer pasienten spesielt sårbar og avhengig, og behandlaren må ikkje utnytte situasjonen til eigne personlege føremål, uavhengig av om pasienten ønskjer ei slik utvikling.

Det er ikkje uvanleg at ein pasient ønskjer å gjere om ein terapeutisk relasjon til ein personleg, intim relasjon. Det er ei oppgåve for behandlaren å ha innsikt i at dette skjer, og setje i verk tiltak for å verne pasienten og seg sjølv. Dersom behandlaren går med på «invitasjonen» frå pasienten, er det eit uttrykk for manglande dømmekraft.

Helsepersonell må kunne skilje mellom det viktige i å vise pasienten nærleik, støtte og omsorg, og det å bruke behandlingsrelasjonen til å tilfredsstille kjenslebehova og/eller

dei seksuelle behova som pasienten og behandlaren har.

Helsepersonellet må kunne setje nødvendige grenser og ta opp og gjere noko med sine eigne kjensler og dei kjenslene pasienten har i handlinga, utan å gå inn i ein personleg relasjon til pasienten.

Når ein etablerer ein behandlarrelasjon, fører det med seg at behandlaren pliktar å vise respekt for rettane og integriteten til pasienten, og at pasienten skal føle seg verdig. I dette ligg også at ein skal respektere dei private grensene til pasienten. Kvar enkelt behandling skal vere modell for korleis ein tek vare på denne respekten. Behandlaren representerer såleis ikkje berre seg sjølv, men ein må sjå på han eller ho som representant for profesjonen, og for korleis pasientar forstår verksemda. Når ein behandlar etablerer intime personlege relasjonar, er det ikkje berre øydeleggjande for kvar enkelt pasient, det svekkjer også den allmenne tilliten til helsetenesta.

Dersom ein behandlar går inn i eit seksuelt forhold til ein pasient, er det eit grovt tillitsbrot og eit svik mot pasienten. Slik uforsvarleg verksemd og grov mangel på fagleg innsikt kan gjere helsepersonell

REAKSJONAR MOT HELSEPERSONELL ETTER SEKSUELL UTNYTTING AV PASIENT

	2001	2002	2003
Åtvaring	4	2	2
Tap av autorisasjon	6	7	4

ueigna til å drive forsvarleg i yrket sitt, slik at ein må kalle tilbake autorisasjonen eller gi åtvaring. Det som er avgjerande for kva reaksjon tilsynsorganet vel, er blant anna omfanget av behandlingskontakten, kva type behandling det dreier seg om, kor langt tilbake i tid misgjerdar ligg og liknande.

Helsetilsynet stør seg til kravet om forsvarleg verksemd i § 4 og reglane om åtvaring og tap av autorisasjon i §§ 56 og 57 i helsepersonellova når det arbeider med saker som dreier seg om seksuelle overgrep mot pasient. Føremålet med tilsynet er blant anna å ta vare på rettstryggleiken for pasienten, og medverke til tryggleik og nødvendig kvalitet i helsetenesta og tillit hos pasientane. Det kan vere nødvendig å gi åtvaring eller kalle tilbake autorisasjonen for å fremje desse måla. I førearbeida for tilsynslova er det ein føresetnad at Helsetilsynet skal melde straffbare misgjerdar som vi blir kjende med i tilsynsverksemda vår. Å skaffe seg

For meir enn 2400 år sia sa Hippokrates i eiden sin: «Overalt der eg kjem inn i huset, vil eg verke til det beste for pasienten, halde meg frå all medviten urett, og særleg unngå kjønnsleg omgang med dei kvinnene og mennene, slavane og frie som bur der.» Det er altså ikkje noko nytt at ein ser på det som uansvarleg å gå inn i eit seksuelt forhold til pasienten. Legar står ikkje i noka særstilling her. Det same gjeld også anna helsepersonell.

RUSMIDDELMISBRUK BLANT HELSEPERSONELL TRUARTRYGGLEIKEN

seksuell «omgang ved misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold» er straffbart etter § 193 i straffelova, og det kan straffast med fengsel inntil fem år. Helsetilsynet melder derfor slike misgjerdar til politiet.

Personell som yter tenester etter lov om sosiale tenester, og som ikkje er autorisert helsepersonell, fell ikkje inn under reglane i helsepersonellova. Desse yter i mange tilfelle tenester overfor brukarar som sjølve ikkje er i stand til å ta vare på egne behov, og som ikkje er i stand til å melde frå om overgrep. Personellet yter ofte tenestene i heimane til brukarane. Dette er ei stor utfordring for tilsynsorganet. At det ikkje er mogleg å gi denne gruppa personellreaksjonar etter helsepersonellova, vil ikkje seie at tilsynsorganet ikkje vil gripe fatt i tilfelle der vi er blitt kjende med at brukarar er seksuelt utnytta. Dette er straffbart på lik linje med saker der helsepersonell utnyttar pasientane, og slike saker blir melde. Både i sosial- og helsetenesta er det eit arbeidsgivaransvar å sikre at dei tilsette ikkje utset pasientane eller klientane for overgrep frå dei tilsette.

Helsepersonell som misbruker rusmiddel, er eit alvorleg tryggleiksproblem i helsetenesta.

■ I 2003 behandla Helsetilsynet 51 saker om misbruk av rusmiddel blant helsepersonell. 26 av dei 51 sakene gjaldt sjukepleiarar, 14 gjaldt legar, 4 gjaldt hjelpepleiarar, 2 gjaldt psykologar, 1 gjaldt apotekteknikar, 1 gjaldt vernepleiar, og 3 gjaldt saker med uautorisert helsepersonell. Det var nokre fleire kvinner enn menn som blei tekne for rusmiddel-misbruk, omkring halvparten av dei arbeidde i spesialhelsetenesta, dei andre i primærhelsetenesta eller på begge nivå.

I åtte av ti saker gjaldt misbruket vanedannande legemiddel, aleine eller saman med alkohol. I ein av fire saker gjaldt misbruk berre alkohol. Det var relativt sett fleire sjukepleiarar enn legar som misbrukte nerveroande middel, mens det var fleire legar som misbrukte alkohol. Funnet samsvarer med misbruksmønsteret i heile befolkninga, viser rusmiddelstatistikk frå Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

I åtte av ti saker hadde helsepersonell vore rusa i tenesta, eller det var sterk mistanke om dette. Kjønn eller yrke hadde ikkje noko å seie for dette funnet. Tjuveri av legemiddel var ein del av problemkomplekset i seks av ti saker, oftare i saker mot sjukepleiarar enn mot legar. Dette heng truleg saman med at mange sjukepleiarar disponerar nøklar til medisinskåp, mens legane kan skaffe

seg legemiddel direkte frå apotek.

Helsetilsynet avgjorde å kalle tilbake autorisasjonen i sju av 10 saker. 22 sjukepleiarar og 9 legar mista autorisasjonen, mens 2 sa han frå seg frivillig. Helsetilsynet gav åtvaring i 6 saker. Tjuveri av legemiddel er truleg årsaka til at fleire sjukepleiarar enn legar mista autorisasjonen.

Dei tilsynssakene som Helsetilsynet årleg reiser på grunn av rusmiddelmisbruk, står for ein svært liten del av yrkesaktivt helsepersonell; 0,9 promille av alle legar, 0,4 promille av alle sjukepleiarar og 0,05 promille av alle hjelpepleiarar. Likevel meiner Helsetilsynet at misbruk av rusmiddel er eit kvalitetsproblem i helsetenesta fordi det set livet og helsa til pasientane i fare. Helsetilsynet trur at rusmiddelmisbruk blant helsepersonell er underrapportert. Mange tilsynssaker viser at helsepersonell tidlegare har vore mistenkte for rusmiddelmisbruk utan at arbeidsgivarane har rapportert dette til tilsynsorgana.

HELSEPERSONELL MED AUTORISASJON I FLEIRE LAND

«En 27 år gammel svensk sykepleier ved Rikshospitalet mistet allerede i 2002 sin svenske autorisasjon til å arbeide som sykepleier. Sist lørdag skal hun i ruset tilstand ha satt en giftsprøyte i armen på en nyoperert kvinne,» skreiv Aftenposten 15. mai 2003.

■ Spørsmålet mange stilte etter at saka kom på trykk i Aftenposten, var korleis det kunne skje at sjukepleiaren i 2003 framleis hadde norsk autorisasjon og dermed kunne arbeide i Noreg.

Saka førte til at Helsetilsynet blei klar over at informasjon frå dei andre nordiske landa om tilbakekalling av autorisasjonar ikkje var følgt godt nok opp. I den aktuelle saka hadde Socialstyrelsen i Sverige, som svarer til Statens helsetilsyn, som rutine orientert nordiske helsestyresmakter om tapet av autorisasjon. Det blei likevel ikkje undersøkt om sjukepleiaren også hadde norsk autorisasjon, noko ho hadde. Helsetilsynet vurderte derfor aldri om tap av svensk autorisasjon skulle få noko å seie for den norske autorisasjonen. Sjukepleiaren kunne derfor arbeide i Noreg, sjølv om ho ikkje hadde autorisasjon i Sverige.

Som ei følge av denne saka gjekk Helsetilsynet gjennom all informasjonen tilsynet hadde fått om helsepersonell som var fråtekne autorisasjonen sin i dei andre nordiske landa. Det førte til at sju personar mista den norske autorisasjonen sin, og at tre sa han frå seg frivillig. Helsetilsynet har no endra rutine sine slik at ein heile tida kan følgje opp informasjon om helsepersonell som ikkje lenger har autorisasjon i andre nordiske land.

Samarbeidet mellom dei nordiske landa på dette området byggjer på ein avtale mellom landa (1). Avtalen går mellom anna ut på at dei nordiske landa skal orientere kvarandre om autorisasjonar som blir trekte tilbake. Dersom det er nødvendig, skal dei

også informere om grunngivinga for å kalle autorisasjonen tilbake. Dessutan går det fram av avtalen at godkjenning som seinare er gitt i ein annan stat, skal kallast tilbake dersom godkjenninga er trekt tilbake av den staten som opphavleg gav henne. I andre situasjonar kan ein berre kalle tilbake godkjenninga i samsvar med reglane i den staten som har gitt henne.

Som illustrasjon av problemet vil vi bruke eit eksempel der ein lege med opphavleg autorisasjon frå Noreg seinare får autorisasjon i Sverige, Danmark og Finland på grunnlag av den norske autorisasjonen. Dersom den svenske autorisasjonen blir kalla tilbake, kan Danmark, Finland og Noreg berre kalle autorisasjonen tilbake i samsvar med reglene som gjeld i det respektive landet. Dersom den norske autorisasjonen blir kalla tilbake, skal Sverige, Danmark og Finland kalle autorisasjonen tilbake utan nærare saksførebuing (dvs. innhenting av informasjon m.v.) fordi grunnlaget for autorisasjonen da er falle bort.

Trass i at det finst ein nordisk avtale om dette området, avdekte saka med den svenske sjukepleiaren at det er ulik praksis for når informasjon blir gitt, og kva slags informasjon som blir levert ut. Ei årsak til dette kan vere at landa har ulike reglar for når dei kan levere ut opplysningar som er bundne av teieplikt.

Helsetilsynet har teke initiativ overfor dei andre nordiske landa for å få etablert ein einsarta praksis for å utveksle informasjon mellom landa. Problemstillinga blei blant anna drøfta i eit møte hausten 2003.

For helsepersonell frå EØS/EU-land, Europa elles og land i andre verdsdelar finst det ingen avtalar om informasjonsutveksling på dette området. I praksis er det arbeidsgivar som har ansvar for å sikre kvalifikasjonar og kompetanse når ho tilset helsearbeidarar frå desse områda.

LITTERATUR

1. *Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1993.

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING – TILBOD MED UROVEKKJANDE SKILNADER

Helsetilsynet er uroleg over skilnadene i ventetid og kapasitet, skilnad i behandlingsopplegg og prioritering, og den sterke auken i metadonrelaterte dødsfall dei siste åra.

■ Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller metadonassistert rehabilitering (MAR) blei landsdekkjande i 1998. Talet på klientar har auka raskt i alle regionane, og LAR har gitt gode resultat for nokre av dei tyngste narkotikamisbrukarane. Behandlinga fører med seg langvarig substitusjonsbehandling med morfinstoff som metadon eller buprenorfin, tett psykososial oppfølging og ulike støttetiltak. Målet er å gi klientane eit rusfritt tilvære og eit mest mogleg ordna liv utanfor rusmiljøa, akseptabel livskvalitet og hjelp eller behandling for sosiale, psykiske og somatiske problem, eventuelt også rehabilitering til yrkeslivet.

Sosial- og helsetenester til narkotikamisbrukarar er eitt av dei tema Helsetilsynet prioriterer for områdeovervaking. Helsetilsynet har for eksempel vore oppteke av om det er geografiske forskjellar på korleis behandlinga er forma ut, og kor tilgjengeleg LAR er, og om dette har fått noko å seie for kvaliteten på tenestetilbudet til pasientane. Vidare er Helsetilsynet oppteke av om tryggleiken rundt føreskriving og utlevering av metadon er god nok.

Ut frå kunnskap og erfaringar som Helsetilsynet har fått, er det nokre område som gir særleg grunn til uro (1, 2, 3, 4).

- Det er alvorlege manglar i behandlingsskapiteten. I somme landsdelar er det lange ventelister og ventetider. I dag blir ca. 2400 personar behandla. Det udekte behovet for behandlingssjansar er stort. På landsbasis vurderer ein at 70 prosent av 10 000 aktuelle narkotikamisbrukarar bør få eit slikt

tilbud. Ventetida, som har vore opp til tre år, er redusert i somme landsdelar mens ho aukar i andre. Framleis må somme vente inntil to år for å få plass.

- Regionane har til dels ulik grad av struktur og kontroll når behandlinga startar opp. Det same gjeld også mens pasientane blir behandla. Det kan verke som dei praktiserer rehabiliteringsmålet ulikt, ved at somme ikkje alltid krev full rusmeistring og fråhald frå heroin og andre rusmiddel under behandlinga. Data tyder på at det er ulike behandlingresultat når det gjeld sidemisbruk og ulik praksis i forhold til pasientar som ikkje oppnår dei ideelle målsetjingane.
- Kommunane prioriterer ulikt kven som skal få behandling og har fleire stader «uoffisielle ventelister». Det kan vere vanskeleg å rekruttere legar, og det er varierende grad av samarbeid mellom sosialtenesta og legane.
- Det har vore ein sterk auke i metadonrelaterte forgiftingsdødsfall; frå fem dødsfall i 1999 til 44 i 2002. Talet på dødsfall heng saman med korleis mengda av legalt omsett metadon har utvikla seg, men det er berre eit mindretal av dei døde som ser ut til å ha vore med i LAR. Dei andre må derfor ha fått metadon på annan måte, truleg illegalt. Ein enkeltdose metadon kan vere dødeleg for ein som ikkje er tilvand, særleg dersom metadon blir teke i tillegg til andre stoff. Det er sannsynleg at somme av dei som går på metadon, omset eller gir stoffet vidare illegalt til andre. Vi kan derfor sjå på den illegale lekkasjen som ein samfunnsmessig biverknad av LAR-tiltaket ved at skaden råkar



LITTERATUR

1. Waal H, Haga E. *Maintenance Treatment of Heroin Addiction*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2003.
2. *MAR i Norge: Utvikling, utfordringer og perspektiver*. Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR-regionene. Bergen 29.–30.11.2002.
3. Kornør H, Waal H. Metadondose, behandlingsvarighet og heroinbruk i medikamentassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 332-4.
4. *Metadon – et tveegget sverd*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003. www.fhi.no

brukarar som ikkje går på metadon, og i liten grad pasientgruppa.

Når det gjeld behandling av rusmisbrukarar generelt, er Helsetilsynet uroa over at mangel på opprusting av tilbudet og mangel på tilbud om kompetanseutvikling framleis kan gi køar og uakseptable ventetider. Frå 1. desember 2004 har dei regionale helseføretaka fått ansvar for akutttiltak, utgreiing, helsefaglege og sosialfaglege behandlingstilbud i institusjon. Samtidig har rusmiddel-misbrukarane fått rettar etter pasientrettslova. Helsetilsynet vil følgje utviklinga i dei regionale helseføretaka nøye med tanke på geografiske skilnader i tenestetilbudet og korleis dei tek hand om pasientrettane. I tillegg skal fylkesmennene gjennomføre eit landsomfattande tilsyn med dei kommunale sosialtenestene til rusmiddel-misbrukarar i 2004.

SARS OG TILSYN MED SMITTEVERNBEREDSKAPEN VED FLYPLASSAR

Helsetilsynet meiner at det ikkje var tilfredsstillande smittevernberedskap i halvparten av flyplasskommunane da tilsyn blei gjennomført under sars-epidemien våren 2003.

■ Sars-epidemien (alvorleg akutt luftvegssyndrom) og invasjonen av Irak var bakgrunnen for at Helsedepartementet gav Helsetilsynet i oppdrag å føre tilsyn med smittevernberedskapen ved Oslo Lufthavn Gardermoen i mars 2003. Helsedirektøren utvida seinare tilsynet også til andre flyplassar med utanlandstrafikk. I perioden frå mars til mai blei det gjennomført tilsyn med kommunane Bergen, Kristiansand, Sandefjord, Sola, Stjørdal og Ullensaker (1).

Tilsyna viste at éin kommune mangla oppdatert smittevernplan. I denne kommunen var det også tvil om beredskapsressursane innanfor smittevern var tilstrekkelege. Tre

kommunar hadde basert seg på at ein legevaktlege skulle varslast og rykke ut til flyplassen for å handtere situasjonar med mistanke om alvorleg allmennfarleg smittsam sjukdom om bord i fly. Ingen av desse kommunane hadde utarbeidd prosedyrar, gitt opplæring til legane eller halde øvingar der smittevern var tema. I tre kommunar skulle ikkje kommunelegen varslast i slike situasjonar. Ingen av kommunelegane hadde beredskapsordning for smittevernoppgåvene, trass i at det berre er kommunelegen som har rett til å fatte hastvedtak etter smittevernlova. To kommunar hadde ikkje peikt ut avløyser for kommunelegen.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylka samarbeidde om tilsyna i dei seks flyplasskommunane. Temaet for tilsynet var dei planane og ressursane kommunane hadde for å handtere situasjonar der det var mistanke om alvorleg allmennfarleg smittsam sjukdom blant passasjerar eller besetning om bord i fly som kom til flyplassen. Sjølv om talet på kommunar som blei undersøkte, er lågt, går Helsetilsynet likevel ut ifrå at tilsyna gir bra innsikt i kva utfordringar vertskommunane for flyplassane har på området. Helsetilsynet i fylka følgjer opp at kommunane rettar på dei avvika som blei påpeikte under tilsynet.

LITTERATUR

1. Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Rapport fra Helsetilsynet 1/2004 Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.

DET BURDE SMITTE Å HA SMITTEVERNPLAN

Smittsam hjernehinnebetennelse i barnehagen, nye legionellatilfelle, «kvitt pulver» på postkontoret, sars-dødsfall ... Kva slags beredskap har kommunen når det kjem slike meldingar?

■ Ei kartlegging som Helsetilsynet utførte i alle kommunane sommaren 2003, uroa tilsynsorgana. Kartlegginga byggjer på svar frå 83 prosent av kommunane. Ho viste at ein firedel av desse kommunane enno ikkje hadde utarbeidd ein smittevernplan, sjølv om dette blei lov- festa allereie i 1994.

- Ein tredel av kommunane som hadde smittevernplanar, mangla rutinar for å oppdatere dei.
- Halvparten av kommunane hadde ikkje ferdige planar for helseberedskap og sosial beredskap.
- Ni av ti kommunar hadde utnemnt smittevernlege, men éin av fire hadde ikkje oppnemnt avløyser.
- Berre eitt av dei fem regionale

helseføretaka hadde vedteke ein smittevernplan. Dei fire som stod att, rekna med å ha planane klare ved årsskiftet 2003–2004.

Kartlegginga viste at planarbeidet på smittevernområdet er i god gjen- ge i mange kommunar. Men Helsetilsynet er svært kritisk til at så mange som éin av fire kommunar

MANGLAR VED KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTENESTER

ikkje har innfridd lovkravet frå 1994 om smittevernplanar. I desse kommunane kan det vere vanskeleg å setje i verk nødvendige tiltak i ein akutt situasjon, og det kan vere vanskeleg å få tak i dei rette instansane og personane. Derfor må smittevernplanane komme på plass, presiserer Helsetilsynet. Helsetilsynet meiner at det er kritikkverdig at meir enn éin av tre kommunar som har smittevernplanar, manglar rutinar for å oppdatere desse.

Det er viktig at ein avløyssar kan gå inn i funksjonen som smittevernlege ved feriar og anna fråvær. Det er ikkje godt nok at berre 75 prosent av kommunane har oppfylt dette kravet. Det er også grunn til å uroe seg over at halvparten av kommunane ikkje blei ferdige med beredskapsplanane innan fristen 1. juli 2003. Både i ein akutt situasjon og når beredskapen varer over tid, er det nødvendig at kommunen har ein strategi for korleis desse utfordringane skal taklast, ikkje minst for å skape tryggleik i befolkninga.

Helsetilsynet i fylka følgjer opp funna frå kartlegginga og er særleg merksame på kommunar som ikkje har svart, kommunar som ikkje har smittevernplan, og kommunar som ikkje har teke hand om funksjonen som smittevernlege. Helsetilsynet i fylka kjem i samråd med fylkesmannen til å følgje opp arbeidet med planane for helseberedskap og sosial beredskap.

LITTERATUR

1. *Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003*. Rapport fra Helsetilsynet 7/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

Kommunane manglar ofte system for internkontroll i pleie- og omsorgssektoren, dei har ofte ikkje rutinar for å sikre at ein tek hand om dei grunnleggjande behova til brukarane, og det er påvist manglar i saksbehandlinga når kommunane tildeler tenester.

■ Det kjem fram i Helsetilsynets oppsummering av erfaringar frå tilsyn med kommunale helsetenester i perioden 1998–2003 (1). Dei fleste tilsyna er gjennomførte i helsetenester til eldre og aldersdemente, men nokre også blant personar med psykisk utviklingshemming og personar med psykiske lidingar.

Helsetilsynet i fylka formidlar svært varierte inntrykk av kvaliteten på tenestene og i kva grad brukarane får dekt dei grunnleggjande behova sine. Helsetilsynet er uroa over at mange kommunar ikkje kan dokumentere rutinar som sikrar at brukarane får dekt desse behova. Mange peiker på at gode rapporterings- og dokumentasjonsrutinar gjer det lettere å avdekkje fare for svikt.

Rutinar for saksbehandling er i ferd med å bli betre, men tilsyna har påvist store manglar i dei kommunale rutinane for saksbehandling når dei skal tildele tenester, når dei skal endre tenester, eller når tenester fell bort. Helsetilsynet er uroa over at mange kommunar ikkje oppfyller lovkrava til saksbehandling. Det svekkjer rettstryggleiken for brukarane og kan føre til at mange ikkje får dei tenestene dei har krav på.

Helsetilsynet har inntrykk av at kompetanse-, opplærings- og bemanningssituasjonen i kommunane varierer. Samla blir det teikna eit bilete av ein sektor der personellsituasjonen er «på strekk». Mange nok tilsette med nødvendig kompetanse er avgjerande for at brukarane skal få eit forsvarleg og fullgodt tenestetilbod. Helsetilsynet er uroa

over at auken i personell og kompetanse ikkje er stor nok til å dekkje behova.

Samla viser erfaringane frå Helsetilsynet i fylka at dei fleste kommunane har planar for å utvikle eller vidareutvikle system for internkontroll (styringssystem). Det er likevel få som har innført systematiske tiltak som sikrar fullgod styring og kontroll med tenestene. Kommunane manglar ofte systematiske tiltak for å handtere avvik, dei har ikkje gode nok system for å følgje opp internkontrollen, og dei gjennomfører ikkje risiko- og sårbarheitsanalyser.

LITTERATUR

1. *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren, tilsynserfaringer 1998–2003*. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

BETRE LEGEDEKNING MED FASTLEGE-ORDNINGA, MEN IKKJE I SJUKEHEIMAR

Etter vel to år med fastlegeordning konkluderer Helsetilsynet at ordninga har ført til betre dekning av kurative tenester, men det ser ut til at legeoppgåver i sjukeheimar, i skolehelsetenesta og innanfor førebygging ikkje har høg nok prioritet i kommunane.

■ Tilbakemeldingar frå Helsetilsynet i fylka i 2003 viser at fastlegeordninga er i god gjenge i dei fleste kommunane, og at legedekninga i kommunane er blitt monaleg betre (1). I desember 2003 var 110 lister utan lege (i juni 2001 var talet 277). Dette vil seie at rundt 68 000 innbyggjarar var utan eit reelt fastlegetilbod. Helsetilsynet er tilfreds med den positive utviklinga, men vil framleis overvake legetenesta i kommunane med særleg vekt på kommunar med dårleg legedekning. Berre 0,5 prosent av befolkninga har aktivt reservert seg mot å ta del i fastlegeordninga (2).

Rapportar frå fylka viser at innbyggjarane bruker retten til å bytte fastlege. Det er likevel store geografiske variasjonar. Skal ein kunne bytte lege, må det vere ledig kapasitet. Det er flest legebytte i Oslo. Her er også den høgaste delen lister med ledig kapasitet (73,4 prosent). På landsbasis har 52,7 prosent av listene ledig kapasitet (2).

Talet på kvinnelege fastlegar har auka svakt etter at ordninga blei innført. Fleire fylke peiker likevel på at etterspørselen etter kvinnelege fastlegar er større enn tilgangen.

Kommunane kan krevje at fastlegane tek del i offentleg helsearbeid, det vil seie legetenester i sjukeheimar, fengsel, skolar, helsestasjonar, smittevern og miljøretta helsevern. Rapportar frå Helsetilsynet i fylka i 2003 viser at ikkje alle kommunar har brukt dette høvet. Helsedirektøren seier seg lei for dette. Det blir for eksempel rapportert om sjukeheimar der mange legar deler på legetenesta. Helsetilsynet vil peike

på at dette kan gå ut over kontinuiteten i tenesta.

I rapportane kjem det også fram fleire eksempel på at fastlegerolla som koordinator for helsetenester til menneske med samansette behov ikkje blir teken godt nok vare på. Tilsynserfaringar viser at fastlegen ikkje alltid blir kopla inn eller informert om kva tiltak andre kommunale aktørar set i verk for barn og unge med psykiske lidningar.

Kommunane har ansvar for å etablere legevaktordning på dagtid for situasjonar som ikkje er akutte, men der pasienten ikkje kan vente på legehjelp til neste dag eller over helga. Ei undersøking i 432 kommunar i 2002 kan tyde på at under halvparten av kommunane hadde eit system som sikra pasientane tilgjenge til lege på dagtid. Undersøkinga tok utgangspunkt i telefonnummeret som er oppført under rubrikken «Når hjelpa kan vente litt» på side 2 i telefonkatalogane. Resultata er presentert i Tilsynsmeldinga for 2002 (3).

Helsetilsynet i fylka blei i 2003 bede om å følgje opp kommunar med mangelfullt system for tilgjenge til lege på dagtid og rapportere til Statens helsetilsyn. I Rogaland blei for eksempel kartlegginga gjort på nytt i dei åtte kommunane som ikkje hadde system på plass. Fire av desse hadde framleis ikkje tilfredsstillande ordningar. Desse kommunane er bedne om å gjere skriftleg greie for korleis dei følgjer opp dette vidare. I Vest-Agder bad Helsetilsynet i fylket om tilbakemelding frå seks kommunar. Rapportane viste at det stort sett dreidde

seg om tekniske problem som dei arbeidde med å løyse. Også i andre fylke blir kommunar følgde opp på denne måten.

Statens helsetilsyn sende i desember 2003 brev til Helsetilsynet i Oppland med kopi til Helsetilsynet i fylka. Brevet presiserte krav til korleis kommunane skal organisere akutthjelptilbodet innan for allmennlegetenesta. Her blir det blant anna gjort greie for kva ansvar kommunen har, og kva ansvar fastlegen har, for å få systemet til å fungere.

LITTERATUR

1. *Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen*. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
2. *Styringsdata for fastlegeordninga 4. kvartal 2003*. Oslo: Rikstrygdeverket, 2004.
3. *Tilsynsmelding 2002*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.



TAL OG FAKTA

TAL OG FAKTA

Her er taloversikter over dei viktigaste oppgåvene som tilsynsorgana (Statens helsetilsyn, fylkesmennene, Helsetilsynet i fylka) gjennomfører. Meir utførleg statistikk kan ein finne på nettstaden www.helsetilsynet.no

KLAGESAKER OM RETTAR I SOSIALTENESTA I 2002

Fylkesmannen er klageinstans for enkeltvedtak gjorde av sosialtenesta, jamfør sosialtenestelova § 8–6. Etter § 8–7 kan fylkesmannen prøve alle sider av vedtaket, men når ein skal prøve det frie skjønnet, kan ein berre endre vedtaket når skjønnet er klart urimeleg.

Talet på klagesaker etter sosialtenestelova avslutta hos fylkesmennene i 2002

Lovregel/ kapittel	Lovregelen/ kapittelet gjeld	Talet på avslutta saker
§ 4–2 a	Praktisk bistand og opplæring, under dette brukarstyrt personleg assistanse	324
§ 4–2 b	Avlastingstiltak	162
§ 4–2 c	Støttekontakt	170
§ 4–2 d	Plass i institusjon eller bustad med omsorgstenester heile døgnet	39
§ 4–2 e	Omsorgsløn	325
§ 4–3	Kven som har krav på hjelp	20
§ 4–4	Tiltak for å lette omsorgsbør	3
kap. 5	Økonomisk sosialhjelp	4421
§ 6–1	Behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukarar	91
§ 7–6	Plass i bustad med omsorgstenester heile døgnet	39
§ 11–2	Eigenbetaling frå brukarane	169
	Anna	226
	Sum	5989

Klagesaker etter sosialtenestelova i 2002 – utfall av vedtak hos fylkesmannen

Utfall	Talet på saker	Prosent av alle saker
Vedtaket i kommunen gjort om (medhald for klagar)	628	10
Tilbakesende til kommunen for ny behandling	710	12
Vedtaket i kommunen stadfesta	4653	78
Sum	5991	100

16 prosent av klagesakene om tenester (kap. 4 i lova) og 9 prosent av klagesakene om økonomisk sosialhjelp (kap. 5 i lova) blei gjorde om. Grunnane til at sakene blei gjorde om, var feil saksbehandling (70 saker), klart urimeleg skjønn (314 saker), feil lovbruk (233 saker) og andre grunnar (11 saker). Delen av saker som blei gjorde om, varierer frå 3 til 20 prosent mellom fylka, delen av saker som blei sende tilbake, varierer frå 8 til 27 prosent.

Talet på klagesaker som kjem til fylkesmannen per 1000 innbyggjarar, varierer mellom 0,9 i Hedmark og 2,4 i Finnmark. Landsgjennomsnittet er 1,4.

Ved utgangen av 2002 var 1220 saker under behandling hos fylkesmennene.

Saksbehandlingstida i kommunane var i gjennomsnitt ca. 2 månader for landet, og varierte mellom 1 og 3,5 månader i fylka. Saksbehandlingstida hos fylkesmennene var ca. 2 månader og varierte frå 1 til 5 månader mellom fylkesmannsembeta. I 137 saker var behandlingstida hos fylkesmannen lengre enn 6 månader.

KLAGESAKER OM RETTAR I HELSETENESTA I 2003

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når dei rettane befolkninga er gitt i pasientrettslova og nokre andre lovreglar, ikkje blir oppfylte. Før ein kan fremje klagesak for Helsetilsynet i fylket, skal den som har ansvar for tenesta (kommunen osv.) ha vurdert saka på nytt. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saka. Avgjerda frå Helsetilsynet i fylket er endeleg.

Klagesaker om rettar i helsetenesta avslutta ved Helsetilsynet i fylka 2003

Lovregel	Lovregelen gjeld	Talet på avslutta saker der den aktuelle retten er vurdert	Talet der klagaren har fått medhald
Pasientrettslova			
§ 2–1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå kommunehelsetenesta	30	9
§ 2–1 andre ledd	rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	29	9
§ 2–2	rett til vurdering innan 30 dagar	4	1
§ 2–3	rett til fornya vurdering	1	0
§ 2–4	rett til val av sjukehus	4	3
§ 2–5	rett til individuell plan	16	13
Kap. 3	rett til medverknad og informasjon	11	3
Kap. 4	samtykke til helsehjelp	4	3
Kap. 5	rett til innsyn, retting og sletting i journal	30	13
Kommunehelsetenestelova			
§ 2–1	rett til nødvendig helsehjelp	89	27
Tannhelsetenestelova			
§ 2-1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	4	2
Anna – ikkje kategorisert		13	6

I saksmengda på 199 saker avslutta i 2003 er det gitt heilt eller delvis medhald i 70 saker, noko som tilvarer 35 prosent. Talet på klager knytte til rettar gjekk ned med 77 i høve til 2002, da talet var 276. Tala tyder på at pasientrettslova framleis er lite kjend. Saksbehandlingstida var lengre enn 2 månader i 57 prosent av sakene og lengre enn 6 månader i 13 prosent av sakene.

TILSYN MED SOSIALTENESTA I 2003

Det er ikkje gjennomført landsomfattande tilsyn med sosiale tenester i 2003 sia dette var første året da Helseilsynet har hatt overordna fagleg ansvar for dette området. I samarbeid med representantar for fylkesmennene er det førebudd landsomfattande tilsyn med sosiale tenester til rusmiddelmissbrukarar i 2004.

Oversikt over tilsyn fylkesmennene har gjort med sosiale tenester i 2003

Fylke	System-revisjonar sosial	Felles system-revisjonar helse og sosial	Tilsyn på staden 6A	Rusinstitusjonar
Østfold	3	1	7	20
Oslo og Akershus	6		25	33
Hedmark	3		8	11
Oppland		4	12	22
Buskerud	4		5	23
Vestfold	2	3	9	18
Telemark		4	5	11
Aust-Agder	4		7	4
Vest-Agder	3	1	12	18
Rogaland	1	1	33	10
Hordaland	6		39	10
Sogn og Fjordane	4		2	4
Møre og Romsdal	4		31	6
Sør-Trøndelag		6	10	10
Nord-Trøndelag	3		0	4
Nordland	14		10	5
Troms	5		13	6
Finnmark	4		1	7
Heile landet	66	20	229	222

Tabellen gir ei oversikt over systemrevisjonar og anna tilsyn. Systemrevisjonane er fordelte på tilsyn med sosialtenester og tilsyn med både sosial- og helsetenester (felles tilsyn). Rundt halvparten av systemrevisjonane dreier seg om saksbehandlingsreglar. Somme stader er opplæring og den kompetansen tenesteytaren har, tekne med i slike tilsyn. Den andre halvdel av systemrevisjonane handlar om tema under kap. 6A: saksbehandling, bruk av tvang, eigenkontroll ved meldingar og skadehindrande tiltak.

Tilsyn på staden etter kapittel 6A i sosialtenestelova er tilsyn med korleis vedtak om å bruke tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma blir gjennomførte. Desse tilsyna er ikkje gjennomførte som systemrevisjonar.

Tilsyn med rusinstitusjonar er heller ikkje gjennomførte som systemrevisjonar, men ved å besøkje institusjonar og å intervjuje tilsette og dei som bur i institusjonane. I tillegg går ein eventuelt gjennom tvangsprotokollar eller annan dokumentasjon.

Når det gjeld tilsyn med rusinstitusjonar og tilsyn på staden med heimel i kap. 6A, er det sannsynlegvis ei enderrapportering, sia oversikta byggjer på talet på innsende rapportar til Helseilsynet. Den endelege oversikta skal ligge føre i rapporten om klagesaker og tilsyn.

Troms har gitt 2 pålegg til ein kommune. Utover dette er det ikkje registrert pålegg.

Rapporten frå fylkesmennene om tilsyn og behandling av klagesaker har frist til våren 2004. Det kjem da til å bli laga ein eigen rapport. Statens helsetilsyn tek sikte på å samordne rapporteringsrutinane slik at vi frå 2004 skal kunne gi ein samla fullstendig aktivitetsrapport.

TILSYN MED VERKSEMDER I HELSETENESTA (SYSTEMREVISJONAR M.M.) I 2003

Fylke	Sum tal på tilsyn	Av desse i kommunehelsetenesta	Av desse i spesialisthelsetenesta
Østfold	7	2	5
Oslo og Akershus	33	22	11
Hedmark	12	6	6
Oppland	8	4	4
Buskerud	11	6	5
Vestfold	11	7	4
Telemark	15	8	7
Aust-Agder	7	3	4
Vest-Agder	9	5	4
Rogaland	11	6	5
Hordaland	19	10	9
Sogn og Fjordane	10	5	5
Møre og Romsdal	4	0	4
Sør-Trøndelag	15	9	6
Nord-Trøndelag	4	1	3
Nordland	19	14	5
Troms	18	12	6
Finnmark	6	1	5
Sum	219	121	98

I dei 121 tilsyna med kommunehelsetenesta er det teke med 20 fellestilsyn mellom Fylkesmannen og Helseilsynet i fylket og 7 tilsyn med smitteberedskapen i kommunar som har flyplassar med internasjonal trafikk.

Helseilsynet i fylka utførte i 2003 landsomfattande tilsyn etter rettleiar fastsett av Helseilsynet med

- helsetenesta til vaksne med psykiske problem: 39 enkelttilsyn
- pasientrettar i den somatiske spesialisthelsetenesta: 50 enkelttilsyn

Helseilsynet publiserer oppsummeringsrapport frå kvart av dei landsomfattande tilsynsområda i serien Rapport frå Helseilsynet i mars 2004.

Verksemd og tema for dei 119 tilsyna som ikkje er tekne med i landsomfattande tilsyn, er valde ut frå den informasjonen Helseilsynet i fylka har. I 2003 er det blant anna gjennomført 69 tilsyn med pleie- og omsorgstenesta i kommunane, 13 tilsyn med skolehelsetenesta, 8 tilsyn med kommunale helsetenester til menneske med psykiske problem og 7 tilsyn med den kommunale legetenesta. Dei andre tilsyna har vore retta mot miljøretta helsevern, fengselshelsetenesta, helseplanlegging, habilitering og rehabilitering, psykiatriske institusjonar, ambulansetenesta, fødeinstitusjonar og akuttinntak i sjukehus.

Helseilsynet i Rogaland gjennomførte 27 tilsyn med petroleumsvirksomda. Desse er ikkje tekne med i tala ovanfor.

Avvik som er meir enn eitt år gamle

Per 31. desember 2003 var det 75 tilsyn utførte i 2002 eller tidlegare som framleis hadde opne avvik (brot på lov eller forskrift påpeikt i tilsynet der det ikkje er ordna opp i forholda). Dette er ein auke frå 32 eitt år tidlegare. Av dei 75 gjeld

- 27 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP) og dei kommunale helsetenestene til barn og unge med psykiske problem (landsomfattande tilsyn i 2002)
- 27 pleie- og omsorgstenester/helsetenester til eldre, av dette 6 spesielt retta mot tenester til aldersdemente
- 6 skolehelsetenester
- 6 andre spesialisthelsetenester enn BUP

Helsetilsynet i fylka følgjer opp avvik overfor eigarar og ansvarlege drivarar av tenestene inntil avvik er retta opp.

Pålegg

Helsetilsynet har ikkje gitt pålegg i 2003, jamfør lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5 m.fl. Det er gitt varsel om pålegg i to saker:

- til Fet kommune og Oslo kommune i samband med Lucia-stiftelsen (desember 2003)
- til Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo, i samband med journalinnsyn (september 2003)

TILSYNSSAKER (ENKELTSAKER) I HELSETENESTA I 2003

Dette er saker som Helsetilsynet i fylka behandlar på grunnlag av klager frå pasientar og pårørande og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene.

Saksmengd tilsynssaker – Helsetilsynet i fylka 2003

Fylke	Saker avslutta	Saker per 100 000 innb.
Østfold	47	18
Oslo og Akershus	258	26
Hedmark	81	43
Oppland	35	19
Buskerud	88	36
Vestfold	66	30
Telemark	72	43
Aust-Agder	62	60
Vest-Agder	93	58
Rogaland	104	27
Hordaland	144	33
Sogn og Fjordane	39	36
Møre og Romsdal	51	21
Sør-Trøndelag	80	30
Nord-Trøndelag	61	48
Nordland	107	45
Troms	42	28
Finnmark	16	22
Sum	1446	32

Saksmengda heng ikkje saman med at byane er store, eller at landdistrikta er mange.

Det er vanskeleg å forklare kvifor det er så store forskjellar i talet på tilsynssaker i ulike delar av landet. Helsetilsynet skal analysere dette materialet vidare og vere merksam på slike forskjellar.

Saksbehandlingstid

Resultatmål i 2003 var at gjennomsnittleg saksbehandlingstid skulle vere 5 månader. For 2004 er målet at median

saksbehandlingstid skal vere 5 månader. Faktisk gjennomsnittleg saksbehandlingstid i 2003 var vel 7 månader. Halvparten av sakene har kortare saksbehandlingstid enn 5,5 månader. I 9 fylke er gjennomsnittleg saksbehandlingstid 5 månader eller kortare, i 2 fylke lengre enn 10 månader.

Fordelingar

Nedanfor gir vi informasjon om kjeldene for tilsynssakene, kva og kven dei handlar om, og dei vurderingane og konklusjonane sakene har resultert i. Somme enkelt saker er sette saman på ein måte som gjer at meir enn éi helseverksemd og/eller eitt helsepersonell er vurderte. I dei 1446 sakene er det i alt vurdert 1678 helseverksemdar og helsepersonell.

Fordeling på kjelde for saker

Dei kjeldene som finst oftast, er (talet på gonger kjeldene er opphav til ei sak i parentes):

- pasientar og deira pårørande og fullmaktshavarar (856)
- pasientombod (116)
- meldingar om skade, uhell og nestenuhell etter *lov om spesialhelsetjenesten* § 2–3 (91)
- arbeidsgivar (79)

Fordeling på tenester

Dei deltenestene som oftast er vurderte i tilsynssakene, er (talet på vurderingar i parentes):

- offentlig spesialisthelseteneste (604)
- allmennlege-/fastlegeteneste (635), av desse legevakt (191)
- sjukeheimar (109)
- privat spesialisthelseteneste (75)

Fordeling på helsepersonellkategoriar

Dei helsepersonellkategoriane som oftast er vurderte, er (talet på vurderingar i parentes):

- legar (838)
- sjukepleiarar (96)
- psykologar (39)
- tannlegar (35)
- hjelpepleiarar (18)
- fysioterapeutar (15)

Det er til saman 32 vurderingar knytt til dei 22 andre helsepersonellkategoriane.

Fordeling på medisinsk område

Dei medisinske områda som flest tilsynssaker er vurderte mot, er:

- psykiatri (177)
- kirurgi (109)
- indremedisin (86)
- fødselshjelp og kvinnesjukdommar (62)
- ortopedisk kirurgi (25)
- anesthesiologi (22)
- barne- og ungdomspsykiatri (20)
- nevrologi (17)
- barnesjukdommar (17)
- nevrokirurgi (15)
- onkologi (15)
- radiologi (14)

Talet på vurderingar totalt er 640 fordi berre vurderingar av spesialisthelsetenesta blir kategorisert etter det medisinske området som ligg nærast.

Fordeling på rettsleg grunnlag

Rettsleg grunnlag (lovregel i helsepersonellova)	Talet på vurderingsgrunnlag
Forsvarleg verksemd: oppførsel (§ 4)	183
Forsvarleg verksemd: undersøking (§ 4)	270
Forsvarleg verksemd: behandling (§ 4)	646
Forsvarleg verksemd: diagnostikk (§ 4)	292
Forsvarleg verksemd: medisinerer (§ 4)	159
Forsvarleg verksemd: anna (§ 4)	240
Hjelp med ein gong (§ 7)	58
Informasjon (§ 10)	74
Organisering av verksemd (§ 16)	119
Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	83
Pasientjournal (§§ 39-44)	205
Kravet til å vere eigna: rusmiddelmissbruk (§ 57)	35
Kravet til å vere eigna: andre forhold (§ 57)	51

Ei sak har ofte meir enn eitt vurderingsgrunnlag. Gjennomsnittet for dei 1446 sakene var ca. to vurderingsgrunnlag per sak.

Tabellen viser at dei fleste tilsynssakene som venta er knytte til spørsmål om forsvarleg verksemd, men det er også eit stort tal som gjeld informasjon og dokumentasjon. Sakene som gjeld rusmiddel og andre spørsmål knytte til det å vere eigna, er ofte alvorlege og endar i mange tilfelle med reaksjonar frå tilsynsorganane.

Fordeling på utfallet av sakene

Ei sak kan ende både med kritikk mot helsepersonell eller oversending til Helsetilsynet og kritikk mot verksemda (systemkritikk). Utfallet av behandlinga i Helsetilsynet i fylka fordelte seg slik (talet på saker i parentes):

- oversende til Helsetilsynet (195)
- påpeikt pliktbrøt overfor helsepersonell (213)
- råd eller rettleiing gitt til helsepersonell (443)
- systemkritikk retta til direktør/rådmann (33)
- systemkritikk retta til fagleg leiar (17)
- ingen merknad (763)

Misbruk av trygdemidlar

I 2001 blei det oppretta fem stillingar for å ta hand om tilsynssaker knytte til misbruk av trygdemidlar. Denne aktiviteten er ført vidare i samarbeid med trygde-etaten.

Tilsynssaker i Helsetilsynet

Behandlinga av dei alvorlegaste tilsynssakene i Helsetilsynet er omtalte i ein eigen artikkel på side 25, der det er statistikk for reaksjonar mot helsepersonell og kritikk mot verksemdar.

MELDESENTRALEN I 2003

Tabellen viser fylkesvis fordeling av meldingar om hendingar for perioden frå 1. januar til 6. november 2003. Talet på meldingar om pasientskade er dei siste tre år redusert i høve til tidlegare år. Ein reknar med at reduksjonen i hovudsak heng saman med at meldeplikta no omfattar forhold som har ført til eller kan føre til monaleg pasientskade, mens det tidlegare også blei meldt om nestenuhell og hendingar utan pasientskade.

Helsetilsynet meiner at hendingar som fører til fare for pasientskade, er underrapporterte. Det kan sjå ut til at underrapporteringa kjem både av at helsepersonell ikkje melder frå til sine overordna, og at helseinstitusjonar ikkje følgjer opp meldeplikta til tilsynsorganane. Ein kan derfor ikkje seie at talet på melde hendingar er representativ for denne typen hendingar i spesialisthelsetenesta.

Helsetilsynet meiner at underrapporteringa av meldepliktige forhold er urovekkjande. Uroa gjeld i særleg grad at underrapporteringa kan indikere at helseføretaka manglar systematisk kvalitetsarbeid når dei handterer uønskete hendingar. Det å lære av feil, nestenuhell m.m. er eit viktig verkemiddel for å førebyggje svikt og skal vere ein sentral del av internkontrollen i tenesta. Dei fleste tilfella av pasientskade, uhell og nestenuhell skal ein handtere lokalt i tenesta, og dei er ikkje meldepliktige. For Helsetilsynet er tilsyn med at den lokale

Meldingar om nestenuhell og betydeleg skade på pasient

Fylke	Meldingar		Betydeleg personskaade		Unaturleg dødsfall	
	Talet på meldingar	Meldingar per 100 000 innbyggjarar	Talet på meldingar	Meldingar per 100 000 innbyggjarar	Talet på meldingar	Meldingar per 100 000 innbyggjarar
Østfold	152	60	43	17	3	1
Oslo og Akershus	304	30	115	12	23	2
Hedmark	23	12	14	7	3	2
Oppland	21	11	10	5	4	2
Buskerud	55	23	16	7	6	3
Vestfold	30	14	14	6	7	3
Telemark	46	28	18	11	10	6
Aust-Agder	68	66	19	18	6	6
Vest-Agder	41	26	18	11	3	2
Rogaland	19	5	16	4	2	1
Hordaland	105	24	58	13	11	3
Sogn og Fjordane	13	12	7	7	1	1
Møre og Romsdal	25	10	13	5	5	2
Sør-Trøndelag	128	48	21	8	3	1
Nord-Trøndelag	56	44	5	4	6	5
Nordland	45	19	10	4	4	2
Troms	47	31	15	10	1	1
Finnmark						
Sum	1178	26	412		98	2

kvalitetssløyfa går rundt, og at kvalitetsutvala spelar ei viktig rolle i forbetningsarbeid, det vesentlege.

MEDIEOMTALE OG INNSYN I DOKUMENT I 2003

Omfang av medieomtale

Media har stor interesse for Helsetilsynets saker. Samanlikna med året før har det likevel vore ein nedgang i talet på oppslag i elektroniske nyheitsmedium på mellom 10 og 15 prosent, frå 3381 i 2003 til 2912 i 2002.

Helsetilsynet blei omtalt 1372 gonger i 2003 mot 1261 gonger året før. Helsetilsynet omfattar også Helsetilsynet i fylka, som er den nye nemninga på fylkeslegekontora. Fylkeslege, som frå september 2003 berre er ei stillingsnemning, var nemnd i 1381 nyheitsoppslag, mot 1914 året før.

Helsedirektør Lars E. Hanssen blei omtalt ved namn i 159 elektroniske nyheitsartiklar i 2003, mot 206 året før.

Innsyn i dokument frå Helsetilsynet

Helsetilsynet fekk i 2003 i alt 1700 tingingar på innsyn i dokument frå dei presseorgana som tek del i Elektronisk postjournal (EPJ). Dette er ein auke på 28 prosent frå 2002. Auken kjem av at Helsetilsynet ikkje leverte offentleg postjournal til EPJ i januar og delar av februar 2002.

Større saker i massemedia

Årsstatistikken for tilsynssaker (enkelsaker) vekkjer alltid interesse i media. Eit eksempel er statistikken over talet på og typen reaksjonar frå Helsetilsynet. Den blir brukt i nyheitssaker både lokalt og nasjonalt.

Tilsynsmelding 2002 blei lagd fram på ein pressekonferanse 10. mars saman med det landsomfattande tilsynet retta mot barn og unge med psykiske problem. Media festa seg ved smugling og illegal omsetjing av legalt føreskrivne sovemiddel. Same dagen som Tilsynsmeldinga blei presentert, sette VG i gang ein artikkelserie om eldreomsorga med utgangspunkt i ei dagbok skriven av ei kvinne om den siste tida hennar på ein sjukeheim. Planane om ei nasjonal kartlegging av forholda i eldreomsorga i regi av Helsetilsynet fekk derfor større merksemd enn venta.

I mai tok media opp at helsepersonell kan ha mista den utanlandske autorisasjonen sin utan at norske helsestyresmakter reagerer. Det viste seg at både rutine internt i Helsetilsynet i slike saker hadde svikta, og at kommunikasjonen mellom dei nordiske landa om slike forhold ikkje var god nok. Helsetilsynet sa seg lei for rutinesvikten samtidig som det byrja arbeidet med å betre desse.

Da Helsetilsynet la fram ei kartlegging av smittevernplanane i kommunane i august, viste ho at éin av fire kommunar ikkje hadde lovpålagde smittevernplanar. Helsedirektøren sa at han var uroleg over tala. Saka blei presentert i riksmidia, men i liten grad følgd opp i lokalmedia.

Hausten 2003 presenterte Helsetilsynet to rapportar som kastar lys over og oppsummerer forholda i pleie- og

omsorgssektoren i Noreg. Da den nasjonale kartlegginga av forholda i pleie- og omsorgssektoren blei lagd fram i oktober, var ho med på å balansere den intense debatten som hadde vore under valkampen ein månad tidlegare. Rapporten som oppsummerer tilsynserfaringane våre, avdekkjer eit monaleg betringspotensial. Den nasjonale kartlegginga er ei representativ undersøking om korleis det står til, og det er meir positivt enn den allmenne oppfatninga om forholda i pleie- og omsorgssektoren.

I oktober arrangerte Helsetilsynet det årlege Karl Evang-seminaret. Temaet var hiv/aids i 20 år – ein grenselaus trussel. Seminaret fekk stor merksemd i pressa. Karl Evangs helseopplysningspris blei delt ut til legen Anders Seim.

Helsetilsynet har frå 2003 fått overordna ansvar for tilsyn med delar av sosialtenesta. Dette arbeidet er førebels i ein oppbyggingsfase og har i liten grad ført til omtale i media.

PRESSEMELDINGAR I 2003

- 11/2003 Anders Seim fikk Karl Evangs helseopplysningspris 2003 (20. oktober)
- 10/2003 Mest hjelp til skrøpelige i sykehjem – minst til psykisk syke og hjemmeboende (16. oktober)
- 9/2003 Presseinvitasjon: Karl Evang-seminaret 2003 – Hiv/aids i 20 år: en grenseløs trussel (16. oktober)
- 8/2003 Ledelse og systematisk styring – en forutsetning for gode pleie- og omsorgstjenester (7. oktober)
- 7/2003 Presseinvitasjon: Tilsyn i endring – Den 6. nordiske tilsynskonferansen (12. september)
- 6/2003 Bedre legedekning med fastlegeordningen, men ikke i sykehjem (4. september)
- 5/2003 1/4 av norske kommuner har ikke lovpålagte smittevernplaner (18. august)
- 4/2003 Manglende smittevernberedskap på Gardermoen (15. april)
- 3/2003 Tilsynsmelding 2002 (10. mars)
- 2/2003 Invitasjon til pressekonferanse – Tilsynsmelding 2002 (7. mars)
- 1/2003 Reaksjoner mot helsepersonell 2002 (22. januar)

RUNDSKRIV FRÅ HELSETILSYNET I 2003

Helsetilsynet har ikkje gitt ut rundskriv i 2003.

REKNESKAPRESULTAT 2003 (tusen kroner)

Helsetilsynet – budsjettkap. 708	Budsjett	Rekneskap	Avvik
Faste lønsutgifter	35 476	34 622	854
Variable lønsutgifter	2 304	3 455	-1 151
Drift av bygningar etc. (husleige, straum, reinhald, vakthald)	12 100	12 289	-189
Andre driftsutgifter	19 209	16 774	2 435
Sum utgifter	69 089	67 140	1 948
Inntekter	5 110	5 886	776
Netto utgift/mindreforbruk	63 979	61 254	2 724

PUBLIKASJONSSERIEN RAPPORT FRA HELSETILSYNET

I serien formidler vi resultat frå tilsyn i sosial- og helsetenesta. Serien blei etablert i 2002. Alle utgivingane i serien er lagde ut i fulltekst på www.helsetilsynet.no

UTGIVINGAR 2002

- 1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker
- 2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport
- 3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport
- 4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport
- 5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet
- 6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren
- 7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001
- 8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway
- 9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002
- 10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001
- 11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester

UTGIVINGAR 2003

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

- 2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – «Når hjelpen kan vente litt»
- 3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002
- 4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002
- 5/2003 Styrket smittevern i kommunene – sluttrapport fra prosjektet
- 6/2003 Der det er hjerterom ... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002
- 7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003
- 8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen
- 9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998–2003
- 10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud
- 11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept-saken

UTGIVINGAR 2004

- 1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk
- 2/2004 Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Utviklingen 1999-2003
- 3/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med pasientrettigheter i somatisk spesialisthelsetjeneste
- 4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer
- 5/2004 Tannhelsetjenesten i Norge

