



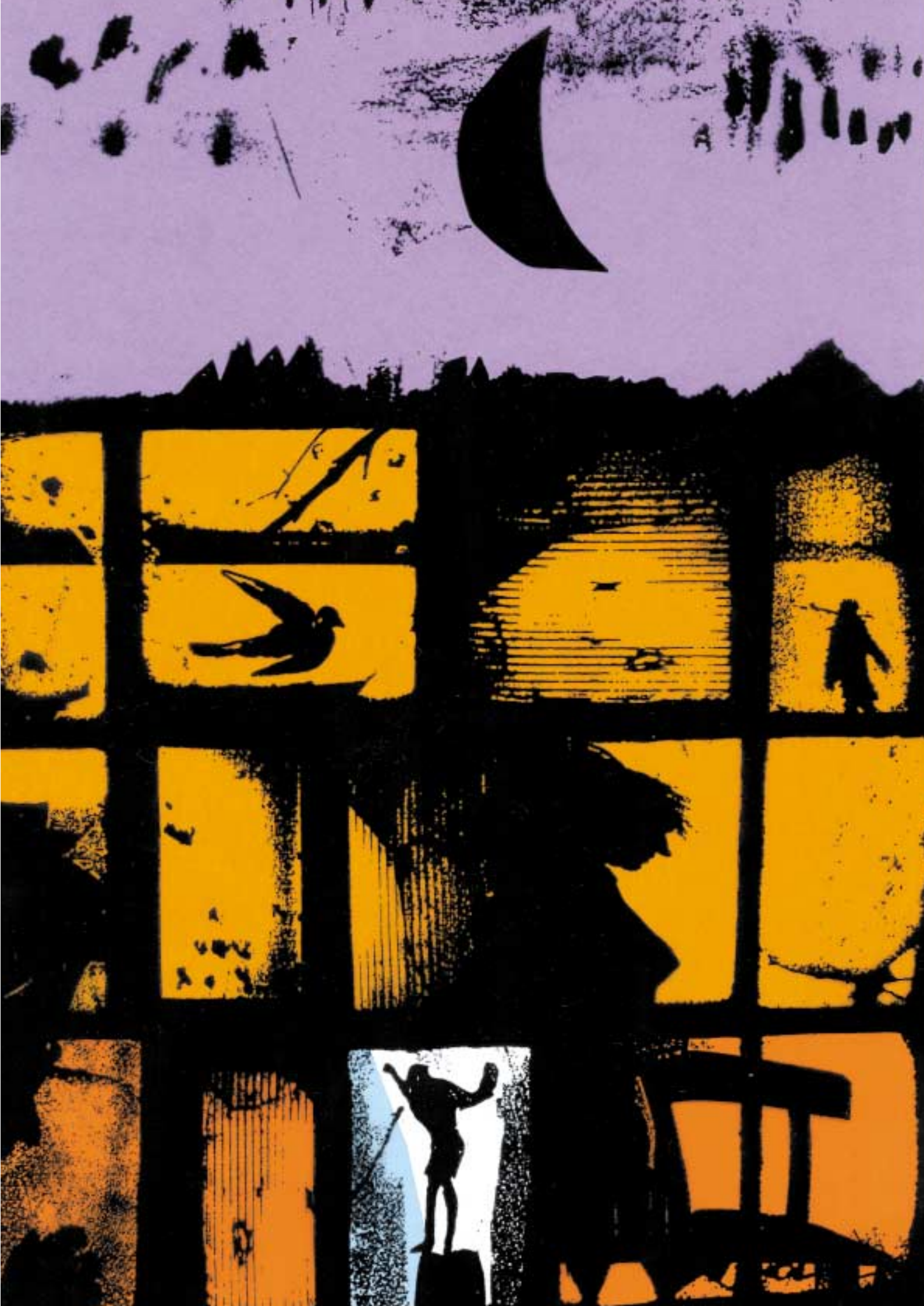
TILSYNSMELDING
2002

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

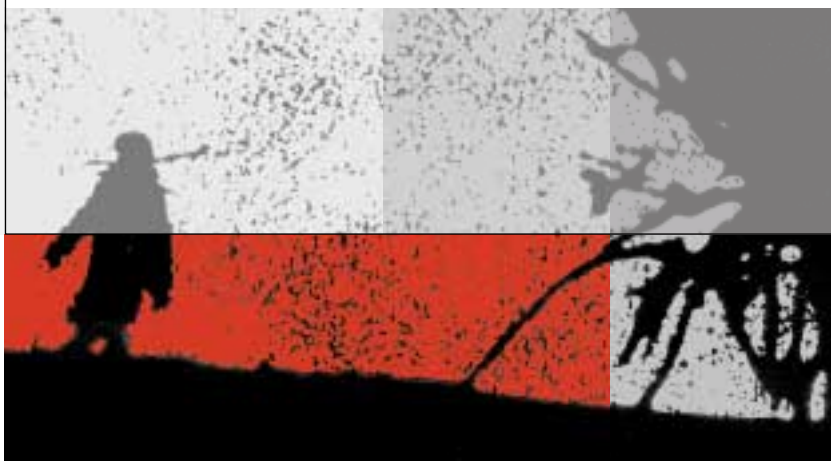
INNHold

Kjære leser	4
Statens helsetilsyn i samfunnet	6
Kronikker og tema-artikler	
Samarbeidsproblemer rammer barn og unge med psykiske problemer	8
Forventninger til Statens helsetilsyn	10
Rus, viktigste årsak til tap av autorisasjon	15
Helsepersonellnemnda – en uavhengig klageinstans	16
Telefonnummeret for dem med god tid	17
Arbeidsdelingen mellom Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet	18
Rohypnol og Flunipam – sovemedisiner på avveie	19
Den private fastlegen har ingen sjef	20
Sosialklienter og utfordringer for et framtidig sosialtilsyn	21
Helsetilsynets arbeid med Dent-O-Sept saken	24
Intensiv-smittevernet kan bli bedre	26
Fagråd for kvinnehelse: Vaktbikkje, ressursgruppe og diskusjonspartner	27
Færre korridorpasienter på indremedisinske avdelinger	30
Mangelfullt lovverk for dødssyke anorektikere	31
Hvordan har de eldre det egentlig?	32
Data og statistikk 2002	34

Redaksjonskomitéen har bestått av Per Helge Måseide, Sidsel Platou Aarseth, Anne Solberg og Elisabet Helsing. Kommentarer og spørsmål kan sendes tilsynsmelding@helsetilsynet.dep.no
Tilsynsmelding 2002 på internett: www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2768/ik-2768.pdf



KJÆRE LESER



Den årlige tilsynsmeldingen er Helsetilsynets viktigste publikasjon. Gjennom dette skriftet prøver vi å kaste lys over sider ved sosial- og helsetjenesten som vi mener fortjener offentlig oppmerksomhet og debatt.

Til grunn for vår tilsynsvirksomhet ligger det et ønske om at vi skal medvirke til at brukerne av sosial- og helsetjenestene blir møtt med respekt og solid faglig kompetanse. Helsetilsynet legger vekt på å utføre tilsynet i forhold til områder med høy risiko, det vil si med tjenester og tiltak der svikt kan ha alvorlige følger for enkeltpersoner, eller der svikt omfatter mange mennesker. Dette er det likevel langt enklere å si enn å gjøre i praksis. Vi forsøker stadig å prioritere våre arbeidsoppgaver ut fra begrunnede oppfatninger om risiko.

Viktige signaler om risiko får vi gjennom den utstrakte kontakten fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene (ny betegnelse på fylkeslegekontorene) har med sosial- og helsetjenestene. Behandling av klager og

meldinger om feil er en del av tilsynets arbeidsoppgaver. For oss har behandling av saker vedrørende enkelthendelser to formål: Først og fremst å ivareta rettssikkerheten til pasienter og pårørende i møte med sosial- og helsetjenesten. Dernt som indikator på områder hvor det kan være stor risiko for svikt. Vi tror at vår tilsynsvirksomhet medvirker til økt kvalitet.

Ikke bare i et rettssikkerhetsperspektiv, men også i et tilsynsperspektiv, gir det grunn til ettertanke at de klagemuligheter som er gitt befolkningen gjennom pasientrettighetsloven ennå ikke ser ut til å bli benyttet i den utstrekning som vi kunne forvente. Helsetilsynet regner med at tallet på slike saker vil kunne øke betydelig etter hvert som befolkningen blir kjent med sine rettigheter. Tilfanget av pasienterfaringer som slike saker gir, er en ressurs ikke bare for Helsetilsynet, men også for tjenesteyterne.

OM TILSYNSMELDINGEN

Tilsynsmeldingen inneholder en

rekke tematiske artikler som bygger på vårt eget arbeid. Disse tekstene gir tilkjenne Helsetilsynets vurderinger og synspunkter. Dessuten presenteres til slutt noen nøkkeldata om Helsetilsynets virksomhet.

I fjorårets melding introduserte vi artikler skrevet av inviterte eksterne forfattere. Dette gav mersmak. Vi tror at innspill fra personer som kan betrakte tilsynsarbeidet litt på avstand, både kan være nyttige for planleggingen av vårt arbeid og sette tilsynsarbeidet inn i et bredere perspektiv. Vi håper at årets tre kronikker kan stimulere leserne til ettertanke og fortsatt debatt både om innhold og omfang av sosial- og helsetjenestene og tilsynets oppgaver i samfunnet.

MILEPÆLER

I forrige års tilsynsmelding etterlyste vi muligheter for å kunne gjøre bruk av sterkere virkemidler overfor virksomheter som ikke etterkommer pålegg fra tilsynsmyndigheten. Vi er blitt hørt. Fra og med 2003 har vi fått mulighet til å illegge tvangsmulkt overfor virksomheter i spesialisthelsetjenesten, dersom pålegg ikke blir oppfylt. Vi håper at dette ikke skal bli et hyppig brukt virkemiddel, men vi tror at vissheten om at det finnes i seg selv har effekt.

Fra og med 2003 har vi fått et nytt, vesentlig redskap i tilsynsarbeidet. Forskrift om internkontroll i sosial-

HELSEDIREKTØRENS TILSYNSOPPGAVER HAR LANGE TRADISJONER

I kongelig resolusjon av 2. mai 1891 er følgende gitt som instruks til direktøren for det civile medicinalvæsen (medicinaldirektøren):

Han har at føre indseende med, at de om det offentlige sundhetsvæsen gjældende bestemmelser gennemføres, og at bistaa sundhetskommisionene med raad og veiledning, samt at føre tilsyn med apotekervæsenet og med lægenes, tandlægenes og jordmødrenes virksomhet. Han har at foreta de i den anledning fornødne inspektioner.



Foto: Werner Juvik

og helsetjenesten er fastsatt ved kongelig resolusjon av 20. desember 2002. Ikke bare gir dette oss et redskap for vårt tilsyn, minst like viktig er at forskriften fastsetter like krav til systematisk internkontrollarbeid i sosialtjenesten som i helsetjenesten. Det i seg selv bør gjøre oversikten over kvaliteten i kommunale tjenester bedre både for ansvarlige myndigheter, arbeidstakere og brukere.

Året 2002 fikk også jubileumspreg. Vi feiret 100-årsdagen for Karl Evangs fødsel med et vellykket seminar der vi aktualiserte *Mannen, makten og menneskesynet*. Ved jubileet ble det utgitt en bok med tittelen *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebegrepet* skrevet av idéhistorikeren Siv Frøydis Berg. Samtidig ble Karl Evangs helseopplysningspris for 2002 tildelt overlege Gerd-Ragna Bloch Thorsen, Stavanger, for hennes innsats innenfor opplysningsarbeid om psykisk helse. Det kunne ikke ha passet bedre med psykisk helse som tema for denne prisen ved 100-årsmarkeringen for den mest framtrædende sosialmedisineren i Norge noen sinne!

Dette året skal det gjøres stas på den offentlige helsetjenesten. Det skal markeres at den første offentlige lege ble tilsatt i Bergen for 400 år siden; i 1603. Kort tid etter kom de første offentlige reguleringer av helsetjenestens virksomhet. Tilsyn som virkemiddel for helsemyndighetene har også lange tradisjoner (se ramme side 4).

Gjennom sin behandling av *Ot.prp. nr. 105 (2001–2002)* i desember 2002 ga Stortinget sin tilslutning til at Helsetilsynets mandat ikke bare videreføres, men også utvides til å gjelde tilsyn med sosialtjenestene. Internt er vi nå i full gang med å ta inn over oss våre nye oppgaver i forhold til sosialtjenesten. Statlig tilsyn med sosiale tjenester er slett ikke noe nytt. Fylkesmennene har drevet med det i lange tider. Vår viktigste oppgave blir å støtte det arbeidet som gjøres av dem. Helsetilsynet skal også samordne arbeidet med landsomfattende tilsyn med sosialtjenesten slik vi i en årrekke har gjort innenfor helsetjenesten. Arbeidet med planlegging av slike tilsyn er i gang, og vil nok fullt ut kunne merkes fra 2004.

HELSETILSYNET I SAMFUNNET

Fylkeslegeembetene er fra 2003 innlemmet i fylkesmannsembetene. Fylkeslegen er leder av en helseavdeling hos Fylkesmannen. Stortinget har bestemt at Helsetilsynet skal ha en direkte linje dit i saker som handler om tilsyn med helsetjenester og helsepersonell. Helseavdelingen hos Fylkesmannen benevnes da Helsetilsynet i fylket. Tilsvarende linje fra Helsetilsynet i sosialtjenestesaker går derimot til Fylkesmannen. Dette er en utfordrende organisatorisk ordning.

Helsetilsynet er gitt samfunnets tillit. Det er derfor vesentlig for oss å få tilbakemeldinger om hvilke oppfatninger som finnes blant våre samhandlingspartnere og publikum

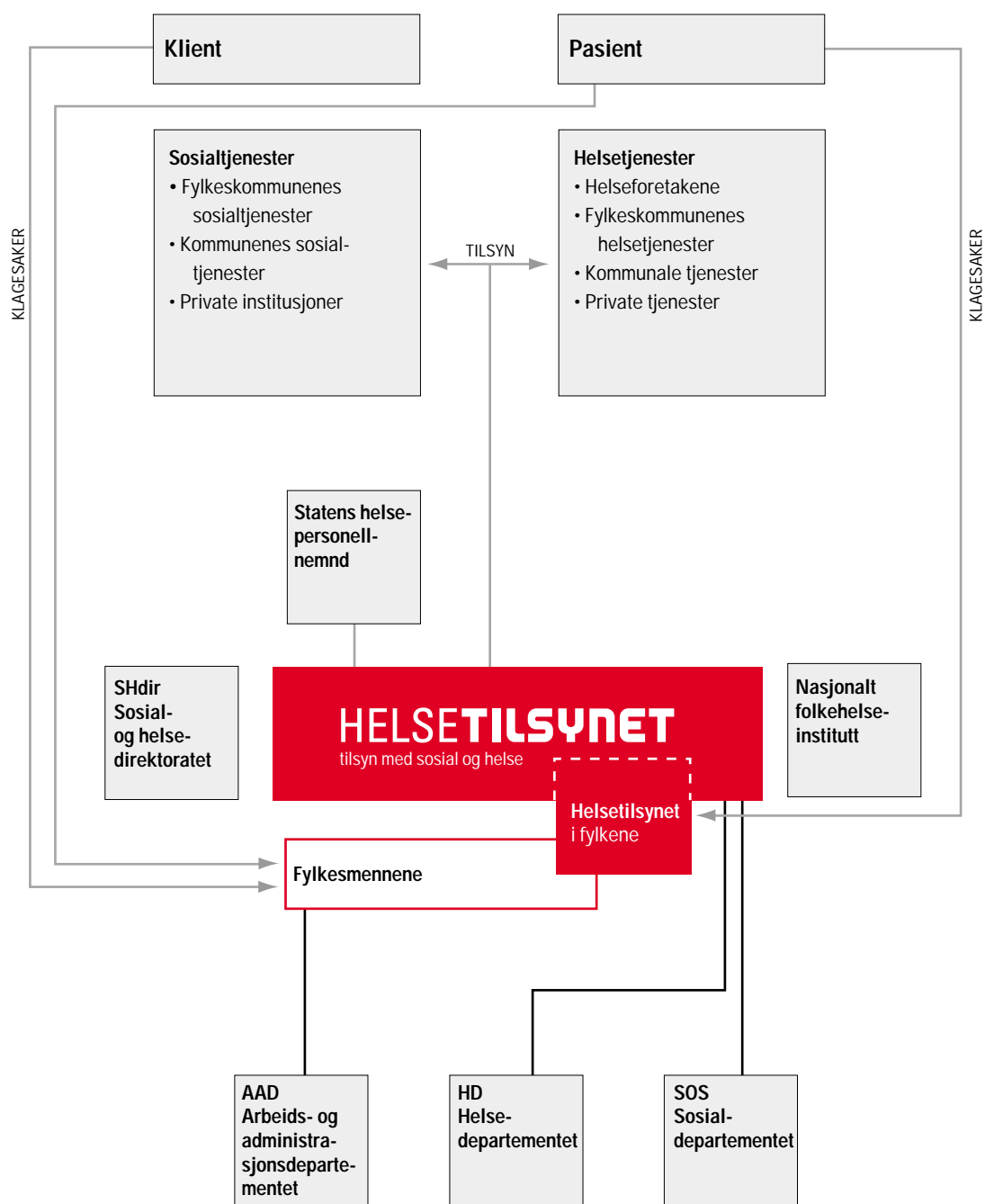
om vår virksomhet. Ved årsskiftet 2002/2003 gjennomførte vi derfor en brukerundersøkelse som har gitt oss viktige opplysninger å arbeide videre med. Vi ser at vi må gjøre våre kjerneoppgaver mer tydelige både i forhold til befolkningen, media og tjenesteyterne. Dette tror vi er en overkommelig oppgave, særlig fordi vårt oppdrag etter omorganiseringen er konsentrert omkring tilsynsarbeidet.

Av og til får vi spørsmål om vår rolle er å være politi for helsetjenesten. Det er vi ikke. Politiet har som oppgave å etterforske hendelser, også innenfor helsetjenesten, for å kunne si om det som har skjedd i fortiden er straffbart. Vår oppgave når vi benytter opplysninger om hendelser i fortiden, er å bruke dem for å si noe om sikkerheten for framtidige pasienter. Vi har ikke som oppgave å felle en dom over hendelser, personer eller systemer. Vi skal vurdere om tjenestene som blir ytt kan antas å være forsvarlige og sikre.

Tilsyn er derfor ikke enveiskommunikasjon, selv om noen nok synes at våre tilsynsrapporter av og til bærer preg av det. Tilsyn er dialog mellom likeverdige parter med ulike roller. Vår rolle er å gi tilkjenne begrunnede synspunkter på om tjenestene som tilbys folk i Norge oppfyller de krav og forventninger som er fastsatt av våre styrende myndigheter.

Lars E. Hanssen
Helsedirektør

STATENS HELSETILSYN I SAMFUNNET



An aerial photograph of a forest with a wooden boardwalk path. The path is made of parallel wooden planks and runs through the trees. The trees are mostly dark green, with some lighter green patches. The lighting is bright, creating strong shadows and highlights on the path and the surrounding foliage.

**KRONIKKER OG
TEMA-ARTIKLER**

SAMARBEIDSPROBLEMER RAMMER BARN OG UNGE MED PSYKISKE PROBLEMER

Helsetjenestene til barn og unge med psykiske problemer er mange steder langt fra slik de burde være.



Bedre helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer er én av målsettingene i *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Det er også Helsetilsynets vurdering at en stor del av barn og unge som antas å ha behov for tjenester, ikke blir fanget opp og tilbudt et fullgodt behandlingstilbud. Det ble derfor gjennomført landsomfattende tilsyn med kommune- og spesialisthelsetjenester til denne gruppen i 2002. Tilsynet ble gjennomført i 83 kommuner og i 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Hensikten var å se på hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten samarbeider med andre kommunale etater og med poliklinikken.

SVIKTENDE SAMARBEID

Samarbeidet i kommunene varierer mye. I enkelte kommuner inngår aktuelle samarbeidsparter i et nettverk og har tydelig ansvarsdeling. Andre steder mangler formelle samarbeidsstrukturer, relasjonene mellom partene er dårlige, og ansvarsdelingen uklar. De fleste befinner seg mellom disse ytterpunktene.

Fastlegene er sjelden systematisk involvert i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer. I mange kommuner informeres ikke fastlegen når helsestasjons- og skolehelsetjenesten henviser til poliklinikken eller iverksetter andre tiltak. Det kan stilles spørsmål ved hvordan fastlegenes ansvar og oppgaver i for-

hold til disse barna kan ivaretas når informasjonsutvekslingen svikter.

Skolen, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernet ivaretar ofte tjenestene til disse barna uten at det skjer i et samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsetilsynet stiller spørsmål ved om barn og unge med psykiske problemer blir tilstrekkelig helsefaglig ivarettatt, når helsetjenesten mangler et strukturert samarbeid med barnevern og PPT. Dersom kommunene skal sikre at disse barna får et forsvarlig, individuelt tilrettelagt og helhetlig tjenestetilbud, må de sørge for at det etableres et samarbeid der helsetjenesten deltar.

Samarbeidet mellom poliklinikkene og kommunene dreier seg oftest om veiledning og oppfølging av enkeltpasienter. Mange poliklinikker har lav terskel for kontakt. Samarbeidet er i varierende grad formalisert. Det er imidlertid ikke alltid *helsetjenesten* i kommunene som er den viktigste samarbeidsparten for poliklinikken, men derimot PPT, barnevernstjenesten og eventuelt skolen. Helsetilsynet er bekymret over signalene om at poliklinikkene ikke ser helsetjenesten i kommunene som en viktig samarbeidspartner.

Tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse i behandlingsskjeden er en forutsetning for at barn og unge med psykiske problemer kan bli ivarettatt.

Kommunehelsetjenesten skal fange opp disse barna, undersøke dem og iverksette passende tiltak. Kravet til faglig forsvarlige helsetjenester innebærer at barna undersøkes av lege før tiltak iverksettes, som for eksempel henvisning til spesialisthelsetjenesten. Barn og unge med tegn til psykiske problemer fanges imidlertid ofte opp på andre arenaer enn i helsetjenesten. Når andre instanser, som for eksempel PPT, tar initiativ til henvisning til poliklinikken, viser imidlertid tilsynet at henvisningen ofte sendes – uten at lege faktisk har undersøkt barnet¹.

Medisinskfaglig kompetanse er også en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne sikre forsvarlig undersøkelse og behandling. Helsetilsynet ser derfor alvorlig på at flere av poliklinikkene er helt uten leger.

Risikoen for utilstrekkelige helsetjenester og feilbehandling blir svært stor når legene ikke involveres i kommunene og samtidig mangler i poliklinikkene.

Tilsynet avdekket mangelfull gjensidig kunnskap om samarbeidspartenes kompetanse, ansvar og myndighet. Dette kan føre til at kommunene ikke henviser alle aktuelle barn, at tilgjengelige ressurser ikke utnyttes, og at man ikke yter de rette tjenes-

¹ Barnevernet har dessuten adgang til å henvise uten at barnet er undersøkt av lege.

tene til de barna som har størst behov.

MANGELFULLT PLANARBEID

Mindre enn en femtedel av kommunene og poliklinikkene har satt i gang arbeidet med individuell plan (se faktaboks). Både avklaring av ansvar, myndighet, systematisk igangsetting og utarbeiding av individuelle planer svikter.

Noen steder er arbeidet med en mal kommet langt, uten at den er tatt i bruk eller kjent av alle i virksomheten. Det mangler også prosedyrer som skal sikre oppfølgingen. Tilsynet viste en nærmest total mangel på individuelle planer for barn og unge med psykiske problemer.

Både i kommunehelsetjenesten og i poliklinikkene er man kjent med at det finnes en bestemmelse om individuell plan. Hva som utløser retten og hva innholdet skal være, er mindre kjent. Ved noen poliklinikker vet man for eksempel ikke at retten gjelder alle pasienter under psykisk helsevern. Poliklinikkene har i liten utstrekning initiert samarbeid med kommunehelsetjenesten om utarbeidelse av individuelle planer.

Årsakene til at kommunene og poliklinikkene ikke ivaretar sine plikter i henhold til lovkravet om individuell plan, kan være mange. Kravet er ganske nytt, og behovet for opplæring stort. Den manglende oppfyllelsen av lovkravet illustrerer nok de store utfordringene som ligger i samarbeid mellom ulike kulturer.

I mange kommuner organiseres imidlertid samarbeidet rundt barn og unge med psykiske problemer gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltakelse. Poliklinikkene deltar i varierende grad. Dersom denne modellen videreutvikles på en systematisk måte, kan individuelle planer raskt komme i orden og samarbeidet sikres. Det kan igjen bidra til at barn og unge med psykiske problemer tilbys de helsetjenester de har krav på.

Dette tilsynet og oppfølgingen av de tilsette virksomhetene fra Helsetilsynet i fylkene, vil bidra til å få dette verktøyet på plass, og til at praksis hos disse blir i henhold til lovkravet. Helsemyndighetene må sørge for at helsetjenesten selv medvirker i arbeidet med å identifisere mulige årsaker til manglende individuelle planer og med å innarbeide disse i helsetjenesten for øvrig.

INDIVIDUELL PLAN

Alle barn og unge under psykisk helsevern har rett til individuell plan. Det samme gjelder ved behov for langvarige og koordinerte tjenester i kommunene. Planen skal bidra til å klargjøre ansvarsforhold og samordne tiltak og tjenester. Således skal planen angi blant annet hva slags behandling pasienten kan forvente å få, hvem som skal gi den og til hvilken tid.

En individuell plan kan være sammensatt av flere delplaner som ivaretar de behovene en pasient har. For eksempel kan behandlingsplan og opplæringsplan inngå i den individuelle planen.

FORVENTNINGER TIL STATENS HELSETILSYN



Aslak Syse (f.1946) er både lege og jurist. Syse er professor i rettsvitenskap ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo. Hans vitenskapelige arbeider er i hovedsak innen ulike velferdsrettslige emner.

Det er en ære å bli bedt om å bidra med noen synspunkter på og forventninger til virksomheten til Statens helsetilsyn. Helsetilsynet framstår i dag som noe «vingestekket» gjennom rendyrkingen av tilsynsaspektene ved virksomheten, sett i forhold til det tidligere Helsedirektoratet. Mange forvaltningsoppgaver og en stor del av den helsepolitiske rådgivningsvirksomheten er overført til det nye Sosial- og helsedirektoratet og til Helsedepartementet, inkludert den helsejuridiske spisskompetansen.

Helsetilsynet er altså neppe stedet for å styre det helsepolitiske Norge, slik Karl Evang kunne gjøre fra sin stilling som helsedirektør i viktige etterkrigsår. Selv betegnelsen «helsedirektør» er fjernet for framtidige ledere av Helsetilsynet. Symbolsk framstår dette som en nedtoning av Helsetilsynets formelle posisjon, selv om den reelle posisjonen kan synes usvekket når helsedirektør Hanssen bare ble slått av helseminister Høybråten ved en vurdering av hvem som har makt i helse-Norge (*Dagens Medisin* 19. desember 2002).

STATENS MANGE ROLLER

Staten har fått flere roller, særlig innen spesialisthelsetjenesten. Den eier sykehusene og er overordnet både pasientombudene og pasientskadeordningen, riktignok uten å kunne instruere i enkeltsaker. Staten har utviklet tre store og topptunge organer, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, for å overvåke den alminnelige sunnhetstilstanden og helsetjenestens funksjon. Den utøvende makten er

samlet i Helsedepartementet, og Helseministeren har det konstitusjonelle ansvaret for all helsetjeneste. I et lite land som Norge kan de mange instanser med delansvar føre til så vel grenseoppgangsproblemer som habilitetsproblemer. Det kan i denne situasjonen derfor være greit for Helse-tilsynet å ha klart avgrensede oppgaver dersom vinge-stekkingen ikke blir til hinder for en viss flygedyktighet.

KONSEKVENSER AV OMORGANISERING

Omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen har vært en tung prosess, bare å være vitne til. Tallrike ansatte må ha opplevd deler av prosessen og/eller sluttresultatet som påfallende. Det er en stor diskrepans mellom ønsket om å se sosial- og helseforvaltningen og tjenesteytingen som en koordinert og sammenhengende virksomhet, og de mange «kokker» som staten nå benytter for å lede, veilede, kvalitetssikre og kontrollere tjenesteproduksjonen, dens utøvere og brukere. Fra 1. januar 2003 ble fylkeslegene plassert hos fylkesmannen i sin alminnelighet, mens de ble underlagt Statens helsetilsyn i tilsynssaker og i klagesaker etter pasientrettighetsloven. Dette framstår etter mitt syn som en hybrid som lett kan føre til uklarheter i tjenestelinjer og kompetansevurderinger. Ut fra rettslige betraktninger hadde det vært en klarere og bedre løsning enten å beholde fylkeslegen som eget organ, eller å la den fulle kompetansen gå over til fylkesmannen.

Helsetilsynet må legge til grunn at vurderinger om eierskapsforhold, økonomiske rammer for virksomheten og plasseringen av selve driftsansvaret for helsetjenesten, er lagt til andre organer. I siste instans avgjør Stortinget politiske avveiningsspørsmål. Men dette fratår ikke Helsetilsynet en rett – og plikt – til også å forholde seg til institusjoner som er tillagt et slikt overordnet eier- og

driftsansvar. Helsetilsynet kan ikke fravelge seg å spille en politisk rolle med staten som «motpart». Dette blir særlig en konsekvens når selve virksomheten finnes å ikke bli drevet *forsvarlig*. Dette ble blant annet satt på spissen i konflikten om ambulansesvirkomheten i enkelte kommuner i Finnmark, en konflikt som fant sin slutt-løsning gjennom domstolsbehandling. Helsetilsynet har nå fått hjemmel til å følge opp pålegg overfor spesialisthelsetjenesten med tvangsmulkt, noe som styrker Helse-tilsynet i konfliktsituasjoner med andre grener av statens helseforvaltning. På den andre siden kan selve pålegget innklages av staten ved Helsedepartementet i egenskap av eier/driver av helseforetakene, til staten ved Sosialdepartementet som klageorgan etter spesialisthelsetjenesteloven § 7–1. Det kan vel ikke utelukkes at en slik nærhet mellom innklaget eier og departement kan føre til at staten beskytter eierinteressene for å unngå pålegg som medfører store økonomiske kostnader.

■ Helsetilsynet kan ikke fravelge seg å spille en politisk rolle med staten som «motpart»

PASIENTENES RETTSSIKKERHET

Begrepet «forsvarlighet» er blitt et mantra i forhold til krav til ansatte i tjenestene og til virksomhetene som sådanne. I helselovgivningen ble dette først et nøkkelord i lege-loven, særlig § 25 første ledd, og etter hvert ble de fleste reaksjoner mot leger begrunnet i brudd på det alminnelige forsvarlighetskravet. Nå er dette inntatt i de fleste nye helselover, og det blir redigert inn i eldre lover, se for eksempel kommunehelseloven § 6–3 første ledd. Et søk i norske lovtekster etter ordet «forsvarlig» gir 429 oppslag (herunder ett i pasientrettighetsloven, to i kommunehelsetjenesteloven, seks i helsepersonelloven), men om lag ti oppslag blant annet i vassdragsloven, petroleumsvirksomhetsloven, forsikringsavtaleloven, straffegjen-nomføringsloven, apotekloven og veterinærloven. Denne rettslige standarden er altså ikke «helsespesifikk».

Hvilke krav og forventninger kan så stilles til Helsetilsynets virksomhet? Det er hensynet til pasienters rettssikkerhet som var begrunnelsen for en fortsatt – og tydeliggjort – tilsynsmyndighet. Viktige rettssikkerhetsspørsmål kan oppstå både før, under og etter at helsehjelp er gitt.

I situasjoner *før hjelp* gis, er det spørsmål om lik geografisk og sosial tilgjengelighet til helsetjenestene, og riktig prioritering av pasienter, som bør være et hovedspørsmål for tilsynsmyndigheten. Her synes det som om tilsynsmyndigheten vil få styrket sin stilling ved at det frie sykehusvalget og «retten» til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal utbygges i pasientrettighetsloven kap. 2. Dette er beskrevet i Helsedepartementets *Høringsnotat om endringer i pasientrettighetsloven – Utvidelse av retten til nødvendig helsehjelp og til å velge sykehus*, datert november 2002. Derved blir Fylkeslegen klagemyndighet, og det i egenskap av tilsynsmyndighet underlagt Helsetilsynet. Undersøkelser foretatt ved fylkeslegekontorene viser at pasienter bare i en begrenset utstrekning har tatt i bruk dette klagesystemet. Mer uttalte rettigheter vil antakelig føre til en økning i antallet formelle klagesaker.

Tilsynsmyndigheten kan imidlertid ikke bare basere sitt arbeid på erfaringer fra enkeltsaker, for å kunne føre et virksomt tilsyn med tilgjengelighet og prioritering. Helsetilsynet må forutsettes å drive et løpende overvåknings- og kartleggingsarbeid rettet mot områder med antatt høy risikoforekomst (overordnet faglig tilsyn).

Mens helsehjelp gis, er systemtilsynet av stor viktighet for å sikre forsvarlige tjenester. Dette gjelder særlig der personer har behov for helsehjelp over tid, noe som synes å ligge til grunn for Helsetilsynets valg av tema for lands-

omfattende tilsyn. Tilsynsmeldingene de siste årene gir en god oversikt over mangler i forhold til regeloppfyllelse. Dette gjelder i kommunesektoren i form av helsetjenesten for eldre (1998), miljørettet helsevern (1999), skolehelsetjenesten (2000) eller helsetjenesten i fengsler og for aldersdemente (2001), eller overfor (den nå statlige) spesialisthelsetjenesten. Her har det vært landsomfattende tilsyn med fokus på etterlevelse av (den tidligere) ventetidsgarantien (1998), smittevern i sykehus (1999) og med kvalitetsutvalgene (2000). Dette har etter mitt syn vært gode valg av tilsynsområder, og jeg imøteser også med spenning vurderingen av helsetjenesten til barn og

unge med psykiske problemer, og da særlig samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og allmennhelsetjenesten. Dette var temaet for Helsetilsynets landsomfattende tilsyn 2002 og blir presentert i denne Tilsynsmeldingen (se side 8–9).

Etter at helsehjelp er gitt, kan det komme spørsmål om reaksjoner på forhold som har resultert i uønskede behandlingsresultater eller kritikkverdige handlinger begått av helsepersonell. Her er oppgavene til Helsetilsynet avgrenset til en vurdering av om

helsepersonell eller virksomheter som sådanne har opptrådt i strid med gjeldende regelverk. Erstatningssaker skal bedømmes av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) etter pasientskadelovens regler, mens vurderinger av brudd på strafferettslige bestemmelser tilligger påtalemyndigheten. Etter mitt syn er det derfor uheldig at Helsedepartementet planlegger en samlokalisering av NPE og Helsetilsynet. Når ulike organer med ulike regelverk og ut fra ulikt formål skal vurdere til dels det samme faktum for å ta stilling til om det skal gis erstatning (til pasienten) eller reaksjoner (mot helsepersonell), gir samlokalisering uheldige signaler vedrørende organenes innbyrdes uavhengighet.

■ Helsetilsynet må drive et løpende overvåknings- og kartleggingsarbeid rettet mot områder med antatt høy risikoforekomst

Helsepersonell blir i dag oppfordret til å ha et åpent forhold til svikt i helsetjenesten og til å sikre pasientenes mulige erstatningskrav. Samtidig viser undersøkelser at de – noen gang med rette – har grunn til å frykte reaksjoner fra Helsetilsynet. Her må økonomiske interesser ved samlokalisering vike for at de to organene kan ivareta sine helt separate funksjoner. Det vil være uheldig dersom helsepersonell vegrer seg for å ivareta pasientenes interesser i erstatningssaker, fordi de frykter at dette kan resultere i en tilsynssak rettet mot dem selv.

Meldeplikten ved personskader og avvik er av stor betydning for å forebygge nye tilsvarende hendelser, og det er beklagelig at denne ikke alltid synes å bli overholdt, slik Dent-O-Sept saken så tydelig avdekket. Meldesystemet, brukt på intendert måte, er et godt virkemiddel for å sikre helsetjenesten mot å gjenta feil som skyldes systemsvikt. *Melderapporten for 2000* fra Helsetilsynet gir gode anvisninger i så måte.

MÅ UTFORDRE FAGMILJØENE

Helsetilsynet er som nevnt gitt sterke virkemidler i sitt kvalitets-sikringsarbeid. Helsepersonell kan møtes med inngripende administrative reaksjoner, mens virksomheter kan møtes med pålegg om å utbedre tjenestene. Helsetilsynet viktigste avgjørelser er enkeltvedtak som kan påklages, noe som i sin tur stiller krav til saksbehandlingen. Helsepersonell som blir ilagt ulike reaksjoner, har etter helsepersonelloven fått tydeliggjort sin klagemulighet til Statens helsepersonellnemnd. Her vil enkelte avgjørelser måtte gå Helsetilsynet imot. Om så ikke blir tilfellet, stiller Helsetilsynet for små krav til utøverne. Dersom ingen reaksjoner blir overprøvd, ligger listen for lavt. Om de fleste reaksjoner blir omgjort, vil Helsetilsynet måtte justere sin praksis. Pålegg som gis til virksomheter etter spesialisttjenesteloven, kan påklages til departementet

eller omgjøres uten klage. Helsetilsynets oppgave må være å utfordre fagmiljøene på vegne av pasientene, ikke å beskytte virksomheter og helsepersonell.

Med slike virkemidler, og med en stor grad av overprøvningsmulighet, må Helsetilsynet holde en høy faglig standard i saksbehandlingen. Dette er sikkert tilfellet i de fleste saker, noe også den gjennomgangen som Justisdepartementets lovavdeling foretok av den mediestyrte Bærum-saken, synes å vise. På den andre siden har rettskraftige domstolsavgjørelser underkjent sanksjoner mot helsepersonell, for eksempel suspensjon av forskrivningsrett, på grunn av ufullstendige vurderinger og mangelfull begrunnelse i Helsetilsynets suspensjonsvedtak.

■ Helsetilsynets oppgave må være å utfordre fagmiljøene på vegne av pasientene, ikke å beskytte virksomheter og helsepersonell

Tilsynsvirksomheten som gjennomføres etter eget tiltak og egne prioriteringer, må med nødvendighet være en høyt prioritert oppgave for Statens helsetilsyn og fylkeslegene. Til grunn for systemrevisjoner ligger et stort arbeid med å operasjonalisere krav, følge opp revisjonene og rapportere om funn. Aktivt tilsyn krever en systematisk metodeutvikling, sentralt og regionalt. Ikke minst må arbeidet med selve operasjonaliseringen være faglig utfordrende. Samtidig mottar fylkeslegene en rekke henvendelser både vedrørende helsepersonell og andre forhold i helsetjenesten. Dagsorden kan da bli satt av andre. Også mediepresset i enkeltsaker får lett en slik vridningseffekt på ressursbruken i tilsynsetaten.

Pasientombudene kan være en hensiktsmessig buffer for å løse mange enkeltsaker, uten at det blir igangsatt en tilsynssak. I en upublisert betenkning for landets pasientombud (avgitt august 2002), har jeg framhevet at en klok fylkeslege vil «se seg tjent med et godt fungerende ombud som både behandler pasientsaker, klargjør hva

som er «besværing» og hva som er egentlige klager, og som på en tjenlig måte både hører på og rådgir de personene som henvender seg til ombudet, og som videreformidler til fylkeslegen det som framstår som åpenbare og alvorlige pliktbrudd fra helsepersonells side. Ved siden av at mange klagemål derved blir ferdigbehandlet på et «lavt nivå» og gjennom bruk av direkte kommunikasjonsformer, et faktum som er godt dokumentert i ombudenes årsmeldinger, vil en slik sliingsprosess samtidig medvirke til at det i stor utstrekning blir de egentlige tilsyns- og klagesaker som til slutt havner hos fylkeslegen som tilsyns- og klageinstans. De vil samtidig være bedre opplyst enn dersom alle klagemål hadde blitt rettet direkte til fylkeslegen.»

Behandlingen av enkeltsaker er tidkrevende for tilsynsmyndigheten, både på fylkeslegenivå og ved de etterfølgende vurderingene i Helsetilsynet. Dette tilsier at det bare kan gis høy prioritet til saker hvor det er grunn til å mene at liv og helse står eller har stått i fare ved helsepersonells opptreden eller handlingsvalg, eller når virksomheter hvor det allerede er påvist høygradig svikt, ikke innretter seg etter anvisninger eller pålegg gitt av tilsynsmyndigheten. En hardhendt prioritering av Helsetilsynets virksomhet må bli den naturlige følgen. Helsetilsynet kan bare framstå som et viktig redskap i kvalitetssikringsarbeidet dersom det selv tar hånd om prioriteringen av egne arbeidsoppgaver, og selv trekker grensene for hva som er riktig ressursbruk i hver sak som blir forelagt, eller som Statens helsetilsyn tar fatt i av eget tiltak.

■ Helsetilsynet kan bare framstå som et viktig redskap i kvalitetssikringsarbeidet dersom det selv tar hånd om prioriteringen av egne arbeidsoppgaver

RUS VIKTIGSTE ÅRSÅK TIL TAP AV AUTORISASJON

I 2002 mistet 40 helsearbeidere retten til å praktisere. Misbruk av rusmidler var årsak til halvparten av autorisasjonstapene.

Sykepleierne utgjør den største gruppen: Av de 22 sykepleierne som mistet autorisasjonen, mistet 19 den på grunn av rusmiddelmisbruk.

Helsetilsynet i fylkene åpnet 1572 nye tilsynssaker i 2002, et antall som har vært nokså stabilt over noen år. Grunnlaget er klage fra pasienter og pårørende, og i en del tilfeller informasjon fra massemedia, erstatningssaker og meldinger om uhell eller skade fra arbeidsgivere eller andre kilder.

I de tilfellene der det kan være grunnlag for reaksjoner mot helsepersonellet eller virksomheten, sendes saken til Helsetilsynet sentralt som har myndighet til å gi formelle reaksjoner som å tildele advarsel eller frata helsepersonellet autorisasjonen. Helsetilsynet i fylkene har de siste årene oversendt færre saker til Helsetilsynet, men alvorlighets-

graden i de oversendte sakene er større enn tidligere år.

Helsetilsynet ferdigbehandlet 173 tilsynssaker i 2002. 60 prosent av sakene førte til en formell reaksjon, mot 40 prosent året før. Vel halvparten av tilsynssakene som ble avsluttet i 2002 er rettet mot leger: 28 leger har fått advarsel, hovedsakelig på grunn av uforsvarlig pasientbehandling. Ni leger mistet autorisasjonen. Totalt er det gitt 95 administrative reaksjoner med hjemmel i helsepersonelloven. 24 av disse ble påklaget til Statens helsepersonellnemnd (se side 16).

26 helsearbeidere mistet autorisasjonen på grunn av eget misbruk av rusmidler og sju helsepersonell mistet den på grunn av seksuell utnytting av pasient. De resterende sju autorisasjonstapene skyldes forskjellige alvorlige brudd på helsepersonellovens bestemmelser.

Helsetilsynet har i 2002 kun i fem tilfeller kritisert virksomhetens ledelse for utilstrekkelig organisering og styring av virksomheten, såkalt systemkritikk. Grunnen til dette er at Helsetilsynet i fylkene i økende grad avslutter de fleste sakene der det gis slik kritikk.

Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden har vært 8,2 måneder (2001: 9,6 måneder), medianen ca. 6 måneder. Antall tilsynssaker under behandling per 31. desember 2002 var 121.

TILSYNSSAKER OG REAKSJONER MOT HELSEPERSONELL I 2002 OG 2001

	Advarsel		Tap av autorisasjon		Begrensning av autorisasjon		Sum reaksjoner*		Ingen reaksjon	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Leger	28	22	9	15	3	0	44	58	46	111
Tannleger	6	2	0	3	0	1	7	6	2	12
Psykologer	2	2	1	1	0	0	4	3	3	9
Sykepleiere	6	8	22	12	2	0	31	22	11	13
Hjelpepleiere	1	1	5	4	1	0	8	5	2	2
Jordmødre	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0
Fysioterapeuter	1	1	1	0	0	0	2	1	1	2
Kiropraktorer	2	2	0	0	0	0	2	2	0	2
Vernepleiere	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0
Radiografer	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Ambulansearbeidere	1									
Omsorgsarbeidere			1							

* Sum reaksjoner kan være litt høyere enn antall personer, siden en person kan få flere reaksjoner.

HELSEPERSONELLNEMNDA – EN UAVHENGIG KLAGEINSTANS

I 2002 behandlet Helsepersonellnemnda 22 klager fra helsearbeidere. Fire av klagenes førte fram.

Statens helsepersonellnemnd er uavhengig av både Helsetilsynet og Helsedepartementet, og nemndas avgjørelser kan kun overprøves av domstolene.

I 2002 omgjorde Helsepersonellnemnda fire av Helsetilsynets vedtak. En klage gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon som sykepleier. Tre klager gjaldt vedtak om advarsel gitt til leger.

Helsepersonellnemnda behandlet også Helsetilsynets vedtak i den såkalte «Bærum-saken». En overlege ved Bærum sykehus var anmeldt for flere tilfeller av aktiv dødshjelp. Straffesaken ble henlagt av Riksadvokaten som intet straffbart forhold for en del pasienter, og på grunn av bevisets stilling i ett tilfelle. Helsetilsynet behandlet forholdet i en tilsynssak som ble avsluttet med en advarsel mot overlegen. Helsepersonellnemnda opprettholdt Helsetilsynets vedtak om advarsel.

Helsepersonellnemnda har kompetanse til å fatte vedtak i klagesaker fra helsepersonell som gjelder advarsel, tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning og rekvireringsrett, begrensning av autorisasjon samt avslag på ny søknad om ny autorisasjon og ny rekvireringsrett.

I 2001 omgjorde Helsepersonellnemnda fem vedtak. I tre av sakene uttalte nemnda at Helsetilsynets avgjørelse var riktig på vedtakstidspunktet, men at de faktiske forhold på tidspunktet for klagebehandlingen var endret i en slik grad at det ikke lenger var nødvendig å opprettholde vedtakene. Dette medførte at to leger fikk tilbake rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B, og at én fysioterapeut fikk tilbake sin autorisasjon.

Ved opprettelsen av Statens helsepersonellnemnd har man fra 1. januar 2001 fått et nytt nivå i den forvalt-

ningsmessige behandlingen av administrative reaksjoner mot helsepersonell. Det nye nivået er ment å være en ren klageinstans. Lovgiver ønsket ved opprettelsen av Statens helsepersonellnemnd å skape bedre rettssikkerhet for helsepersonell.

Statens helsepersonellnemnd består av sju faste medlemmer. Tre skal være jurister, hvorav én er leder av nemnda, og tre skal ha helsefaglig bakgrunn. Det siste medlemmet skal være en legrepresentant. I tillegg kan nemnda oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Helsetilsynet oppfatter det som svært nyttig å få vurderinger og konklusjoner i enkeltsaker vurdert av et overordnet klageorgan. Foreløpig er det omgjort for få saker til at det kan trekkes klare slutninger med hensyn til Helsetilsynets framtidige behandling av enkeltsaker.

SAKER BEHANDLET AV HELSEPERSONELLNEMNDA I 2001 OG 2002

	Tilbakekall av autorisasjon		Suspensjon av autorisasjon		Advarsel		Begrensning i rekvireringsrett		Avslag på søknad om ny autorisasjon		Sum	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Leger	5	2	1	–	4	1	2	4	2	1	14	8
Sykepleiere	2	10	–	–	–	–	–	–	2	–	4	10
Fysioterapeuter	–	1	–	–	–	–	–	–	1	1	1	2
Hjelpepleiere	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Psykologer	1	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1
Tannleger	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	1	1
Antall	9	14	1		5	2	2	4	5	3	22	23

TELEFONNUMMERET FOR DEM MED GOD TID

I et flertall av landets kommuner oppnår man ikke kontakt med lege når man ringer telefonkatalogens nummer «når hjelpen kan vente litt».

Mor til en student skriver i en klage til Helsetilsynet i et fylke:

«Mikal flyttet den høsten til byen for å begynne å studere. Da han en formiddag fikk voldsom hodepine, ringte han legevaktssentralen, men fikk ikke svar. Han ble dårligere, og samboeren ringte videre til fastlegene. Det ene legekortet etter det andre avviste problemet da han ikke hadde fastlege der. Han begynte å kaste opp. Det åttende kortet de ringte til, skjønte alvoret. Mikal ble hentet av ambulans og undersøkt. Han hadde hjerneblødning. Dette kunne gått helt galt dersom samboeren ikke hadde vært til stede.....»

Etter innføring av fastlegeordningen har det kommet fram at det i noen kommuner er problematisk å komme i kontakt med lege på dagtid, spesielt når det ikke er øyeblikkelig hjelp og samtidig stor grad av hast. Problemstillingen er aktuell for pasienter uten fastlege i den aktuelle kommunen, samt i de tilfeller hvor fastlegen av ulike årsaker ikke er tilgjengelig.

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1–3 skal kommunen blant annet sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, og legevaktordning. Kommunene skal sørge for at publikum har tilgang til helsepersonell på vakt hele døgnet, også i situasjoner som ikke er å betrakte som nødhjelp. På side 2 i alle landets telefonkataloger er det derfor oppgitt et telefonnummer for henvendelser til kommunens «legevaktssentral» til bruk når pasienter eller pårørende vurderer at «hjelpen kan vente litt», og det ikke er nødvendig å kontakte nødnummer 113.

Norsk Gallup gjennomførte høsten

2002 en kartlegging i alle landets kommuner etter oppdrag fra Helsetilsynet. Hensikten var å undersøke om de enkelte kommunene hadde et system som sikret kontakt med en vakthavende lege på dagtid, når dette «side-to-telefonnummeret» ble benyttet. Undersøkelsen ble utført som telefonintervjuer.

«HVOR ER JEG KOMMET NÅ?»

Resultatene fra de 432 kommunene som undersøkelsen omfattet, fordeler seg som følger:

- I 184 kommuner kom Gallup i kontakt med et legekantor som hadde vakt den dagen. Utkantkommuner synes i større grad enn sentrale kommuner å ha etablert denne type vaktordning.
- I 114 kommuner ble det henvist til fastlege eller annen lege i kommunen.
- I 134 kommuner fikk Gallup ikke bistand til å komme i kontakt med et legekantor som hadde vakt den dagen.
 - I 78 kommuner ble det ikke oppnådd kontakt etter tre forsøk av ett minuts varighet og med ett minuts mellomrom.
 - I de resterende 56 kommunene var det feil nummer og andre forhold.

Tallene viser altså at Gallup i under halvparten av kommunene fikk kontakt med et legekantor som hadde vakt. Dette betyr ikke nødvendigvis at befolkningen i de øvrige kommunene har problemer med å oppnå kontakt med lege på dagtid. Kartleggingen viser at personalet som betjener telefonen for nummeret «når hjelpen kan vente litt», i mange tilfeller er behjelpelig med telefonnummer til legekantor i kommunen.

Selv om undersøkelser som dette

har svakheter, ser Helsetilsynet det likevel som bekymringsfullt at resultatene indikerer at mer enn halvparten av landets kommuner mangler et system for å oppnå kontakt med en vakthavende lege på dagtid for dem som benytter telefonnummeret «når hjelpen kan vente litt». Dette innebærer at pasienter eller pårørende som søker hjelp på denne måten i disse kommunene, selv må ringe rundt til legekantor i kommunen for å finne ledig time. Ut fra kartleggingen vet vi imidlertid ikke om befolkningen har problemer med å komme i kontakt med en vakthavende lege på dagtid dersom de benytter andre måter, – for eksempel tar direkte kontakt med fastlege.

HELSETILSYNET VIL FØLGE OPP

Helsetilsynet vil drøfte resultatene fra kartleggingen med Helsetilsynet i fylkene og vurdere behovet for innhenting av ytterligere informasjon eller andre typer tiltak. Helsetilsynet vil også drøfte resultatet fra kartleggingen med Sosial- og helsedirektoratet for eventuell oppfølging innenfor direktoratets ansvarsområde.

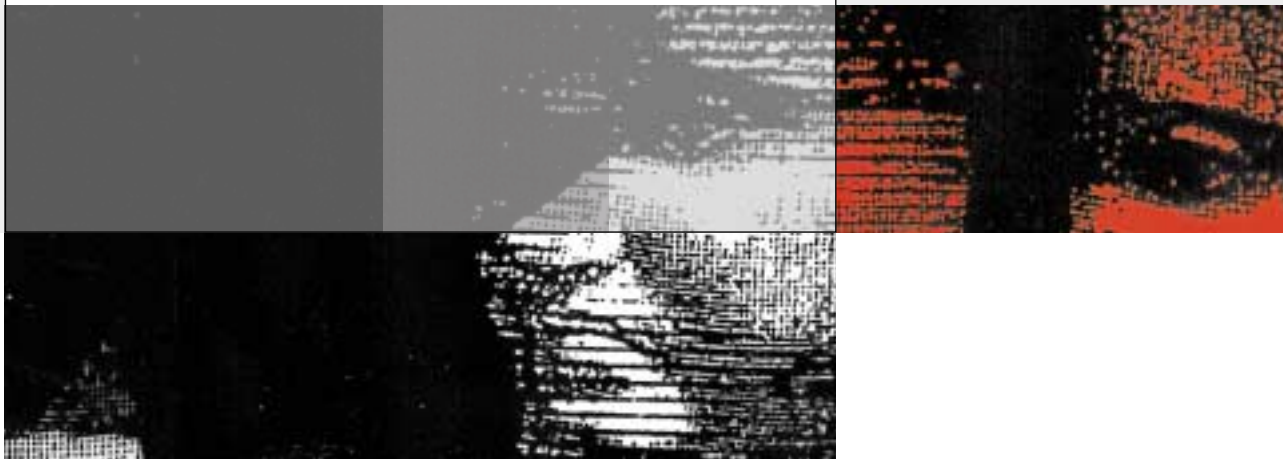
REFERANSE

Kartlegging av tilgjengeligheten til lege «når hjelpen kan vente litt».
Norsk Gallup 2003

TELEFONNUMMER TIL HJELP

- Medisinsk nødhjelp. Når liv og helse står på spill: ring 113.
- Når hjelpen kan vente litt: Ta kontakt med fastlege eller ring telefonnummeret på side 2 i telefonkatalogen.

ARBEIDSDELINGEN MELLOM HELSETILSYNET OG SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET



Omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen fra 1. januar 2002 fikk store konsekvenser.

Helsetilsynet skulle få en tydeligere tilsynsrolle og avlastes for oppgaver som kan skape rollekonflikter.

En stor del av oppgavene i det tidligere Helsetilsynet ble overført til Sosial- og helsedirektoratet som også fikk utøvende oppgaver som tidligere lå i Sosial- og helsedepartementet, Rusmiddeldirektoratet, Ernæringsrådet, Tobakkskaderådet, Folkehelse med flere.

GJENSIDIG NYTTEVERDI

Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet kan på mange områder dra nytte av hverandres arbeid. I mange av de oppgavene som direktoratet skal løse, vil Helsetilsynet bidra med erfaringer fra sine tilsyn. Dette gjelder blant annet utvikling av nye handlingsplaner og arbeidet med lover og forskrifter. Motsatt vil Helsetilsynet kunne dra nytte av de erfaringer som direktoratet får i sin kontakt med helse- og sosialtjenestene.

Begge etater arbeider med kravene til forsvarlige tjenester.

HELSETILSYNETS OPPGAVER OMFATTER:

- styring av tilsynet med virksomheter som utføres av
 - Helsetilsynet i fylkene (tidligere fylkeslegene) overfor helsetjenestene
 - fylkesmennene overfor sosialtjenestene
- behandling av saker som dreier seg om alvorlig svikt i helsetjenestene og der det er aktuelt med reaksjoner mot helsepersonell og/eller pålegg mot virksomheter
- overvåking av helsetjenestene og sosialtjenestene opp mot befolkningens behov for tjenester og samfunnets krav til disse
- styring av den klagesaksbehandlingen som gjelder befolkningens rett til tjenester etter blant annet pasientrettighetsloven
- formidling av tilsynserfaringer til forvaltningen og tjenestene

SOSIAL- OG HELSE- DIREKTORATETS OPGAVER OMFATTER:

- tolkning av det gjeldende regelverket og forberedelse av nye regelverk
- utvikling av indikatorer og retningslinjer for kvalitet i tjenestene
- koordinering av statistikkarbeidet i sosial- og helseforvaltningen
- utgivelse av veiledere til bruk i tjenestene
- godkjennings- og autorisasjonsordninger
- forvaltning av tilskuddsordninger
- statlige handlingsplaner, som for eksempel
 - opptrappingsplanen for psykisk helse
 - ny nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenestene
- kampanjer og rådgivning overfor befolkningen
- andre tiltak for å iverksette den statlige sosial- og helsepolitikken

ROHYPNOL OG FLUNIPAM – SOVEMEDISINER PÅ AVVEIE

Over 1 million Rohypnol-tabletter fra Øst-Europa er beslaglagt. Flunipam, den norskproduserte utgaven av Rohypnol, omsettes også illegalt.

I løpet av 2002 var det flere reportasjer i media om at Rohypnol forskrevet av leger ble omsatt på det illegale markedet. Det vakte særlig oppsikt da det ble påstått at pensjonister spedde på pensjonen ved å videreselge medisiner de hadde fått forskrevet av lege. Det ble gitt inntrykk av at denne typen lekkasje av Rohypnol var omfattende.

Som tilsynsmyndighet ønsker Helse-tilsynet å ha kunnskap om forskrivning av medikamenter som ender på det illegale markedet, inklusive indikasjoner på omfanget. Via Helse-tilsynet i fylkene ble det derfor i løpet av høsten 2002 innhentet informasjon om hvorvidt politiet har data som viser slik lekkasje. Fra Kriminalpolitisen ble det innhentet ytterligere informasjon om situasjonen på landsbasis.

ETTERSPURT RUSMIDDEL

Det virksomme stoffet i Rohypnol er flunitrazepam. Virkestoffet er beroligende, søvndyssende og vanedanende. Medikamentet er ettertraktet i rusmiljøer fordi det forsterker virkningen av ulike rusmidler. Flunitrazepam forskrives av leger enten som Rohypnol, som produseres i utlandet, eller som Flunipam, som lages i Norge.

Misbruket av flunitrazepam er sterkt økende. Politiets beslagstill viser en dramatisk stigning, og er en indikator på omsetningen. I 2002 ble det

beslaglagt over en million Rohypnol-tabletter i Norge, fordelt på 6000 beslag. Langt den største andelen av tablettene stammer fra illegal import av store kvanta fra Øst-Europa. I samme tidsrom ble det foretatt omtrent 600 beslag av norskprodusert Flunipam. Det er grunn til å anta at alle disse tablettene er forskrevet av leger på legalt vis. Disse beslagene er oftest i vanlige brukerstørrelser; det vil si mindre enn ti tabletter per beslag.

De fleste tablettene er ikke emballert når politiet beslaglegger dem. Med dagens rutiner kan ikke politiet med sikkerhet avgjøre hvor de beslaglagte tablettene kommer fra. Beslagene sendes til Kriminalpolitisen, som analyserer og destruerer dem. Dette blir grunnlaget for politiets landsdekkende oversikter.

SKJERPER REGELVERKET

Det finnes ingen fullstendig oversikt over hvor mange av beslagene som totalt sett stammer fra legers forskrivning. Antall tabletter som er legalt forskrevet av leger her i landet utgjør antakelig bare en brøkdel av den totale mengde beslaglagt virkestoff. Helsetilsynet ser likevel alvorlig på at legalt forskrevne legemidler havner blant rusmisbrukere. Helsetilsynet tilrådte derfor sammen med Statens legemiddelverk at forskrivningsrutinene for flunitrazepam ble innskjerpet ved at det ble overført fra reseptgruppe B til reseptgruppe

A. Dette ble gjennomført fra nyttår 2003 og innebærer strengere kontroll, samt at det blir lettere å spore forskrivning tilbake til den enkelte lege.

Legemiddelverket mener at den ulovlige omsetningen av Rohypnol ikke er en tilstrekkelig grunn til å trekke tilbake den eksisterende markedsføringstillatelsen for Rohypnol. Årsaken er at man mener at det ikke foreligger mangler ved selve legemidlets kvalitet, sikkerhet og effekt, eller brudd på markedsførers plikter i forhold til produktet. Et eventuelt forbud mot salg av Rohypnol har derfor ikke hjemmel i legemiddel-lovgivningen.

DEN PRIVATE FASTLEGEN HAR INGEN SJEF

Ingen institusjon er faglig overordnet fastlegen. Heller ikke kommunen kan stilles til ansvar for fastlegens medisinske virksomhet.

Lov om helsetjenesten i kommunene fastsetter kommunens ansvar for å tilby innbyggerne en allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning. Av kommunehelsetjenesteloven § 1–3 framgår at «Kommunen kan organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtale med personell om privat helsevirksomhet». De fleste kommuner løser dette ved å inngå fastlegeavtaler med privatpraktiserende leger.

Tilsynsmyndigheten er opptatt av hvordan vårt tilsyn kan innrettes med et systemperspektiv, slik at helsetjenesten kan benytte erfaringer og tilbakemeldinger i sitt eget kvalitetsarbeid.

Langt det største antall pasientkontakter skjer i møtet mellom pasient og dennes fastlege. Hvem er så fastlegens faglige overordnede? Har kommunen noe ansvar for kvaliteten av det arbeidet fastlegen gjør?

Svarene må søkes indirekte i spenningen mellom legens plikt etter helsepersonelloven § 4 til å drive sitt arbeid faglig forsvarlig og kommunens plikt etter kommunehelsetjenesteloven § 6–3 til å drive helsetjenesten forsvarlig. Fastlegene er i sitt konkrete pasientrettede faglige arbeid ikke underlagt noen kommunal instruksjonsmyndighet, men forholder seg til kommunen på avtalebasis gjennom henholdsvis Rammeav-

talen og individuelle avtaler for fastleger.

Av helsepersonelloven følger at legen opptrer faglig autonomt i forhold til behandlingen av den enkelte pasient. Rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen omhandler kun de praktiske forhold omkring arbeidstid og deltakelse i kommunale oppgaver. De fleste legene er i sin kurative virksomhet selvstendig næringsdrivende, og således ikke underlagt noen kommunal styringsrett. Det må derfor konstateres at det ikke er noen institusjon som kan ses som fastlegens faglige overordnede, og kommunen kan dermed heller ikke på noen formell måte stilles til ansvar for fastlegens medisinske virksomhet. Dersom det skulle oppstå generelle spørsmål knyttet til den faglige praksis som utøves av legene, har vi eksempler på at samarbeidsutvalget mellom legene og kommunen har vært et forum der slike spørsmål har vært drøftet.

SVIKT MÅ TAS OPP DIREKTE

Tilsynsmyndigheten som får melding fra pasienter om at en fastlege ikke opptrer slik hun/han bør i sin pasientrettede virksomhet, må ta forholdet direkte opp med fastlegen. Tilsynsmyndigheten kan ikke involvere kommunen, herunder kommunelege 1, som noen overordnet systemansvarlig i forhold til fastlegens faglige utøvelse av sin praksis. Etter

helsepersonelloven § 66 skal imidlertid kommunen informeres om eventuelle formelle reaksjoner legen får fra tilsynsmyndigheten. I svært alvorlige tilfeller av faglig svikt kan fastlegeavtalen også sies opp.

Det kan synes som om kommunens viktigste anledning til å sikre kompetanse og kvalifikasjoner hos avtalelegene ligger i deres prosedyrer for inngåelse av avtaler, jamfør kommunehelsetjenesteloven § 4–2. Gjennom en spørreundersøkelse i 2000, fant Helsetilsynet at halvparten av de undersøkte kommunene ikke innhentet referanser før tilsetting av leger. I 10 prosent av kommunene ble det sjelden gjennomført intervjuer. Ut fra gjeldende regelverk er det derfor betenkelig at enkelte kommuner synes å ta for lett på å undersøke kompetanse og kvalifikasjoner i forbindelse med rekruttering og tilsetting av fastleger. Når det gjelder myndighetenes godkjenning av utenlandske autorisasjonsdokumenter, inneholder disse ingen ytterligere kvalitetskontroll av utøveren. Det er vel også tvilsomt om firmaer som leier ut eller formidler helsepersonell, kan innestå for annet enn at disse har gyldig autorisasjon.

Helsetilsynet skal fra 2003 være faglig overordnet tilsynsorgan også for sosialtjenestene i landet. Tilsynsvirksomheten skal utformes med tilsvarende krav til kvalitet og metode som det som gjelder tilsynet med helsetjenesten. Sammen med fylkesmennene skal Helsetilsynet utarbeide landsomfattende tilsyn på utvalgte områder og systematisere erfaringene fra disse.

SOSIALKLIENTER OG UTFORDRINGER FOR ET FRAMTIDIG SOSIALTILSYN



Knut Halvorsen

Steinar Stjernø

***Knut Halvorsen** (f. 1941) er siviløkonom og sosiolog. Han er professor i sosialpolitikk ved Høgskolen i Oslo. Halvorsen arbeider med sosiale problemer, arbeidsløshet og sosial eksklusjon.*

***Steinar Stjernø** (f. 1945) er høgskoledosent i sosialpolitikk og sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo. Hans arbeidsområder er sosialhjelp, fattigdom og sammenlignende studier av sosialpolitikken i Norge og i andre land.*

Sosialhjelpen er en individuell og behovsprøvet ytelse og et kommunalt ansvar. I 2001 mottok 127 900 personer økonomisk sosialhjelp. Nærmere 45 prosent av disse hadde sosialhjelp som sin hovedinntektskilde ved stønadstidspunktet. Gjennomsnittlig stønadstid var fem måneder og gjennomsnittlig utbetalt beløp var kroner 6700 per måned.

Et godt statlig tilsyn med den økonomiske sosialhjelpen vil derfor få betydning for mange mennesker. Velferdsstatens idealer er å sikre alle grunnleggende materiell trygghet, og behandle alle med lik omtanke og respekt. Borgerne skal også sikres valgfrihet, selvbestemmelse og autonomi, slik at de kan velge mellom ulike tjenester, og ikke som tidligere bare bli tilbudt en standardisert tjeneste. En forsvarlig saksbehandling er derfor grunnleggende. Det finnes ikke i dag krav til den faglige virksomheten som sådan overfor sosialklienter, bortsett fra at det er henvist til yrkesfaglige og yrkesetiske normer (Kjellebold 1999).

TRUSSEL FOR SELVRESPEKTEN

Mottak av økonomisk sosialhjelp kan true selvrespekten fordi en ikke er selvforsørget, men tvert i mot understøttes av andre. Det er moralske kostnader forbundet med å være sosialklient. En kan bli mistenkeliggjort som arbeidssky og tape selvrespekt. En undersøkelse viste at to tredjedeler av de spurte mente at folk ofte ser ned på dem som får sosialstøtte (Halvorsen 2003). Det

er derfor viktig at sosialklienter møtes med respekt, og at rettighetspreget ved hjelpeordningene blir styrket.

Utvalgsundersøkelser tyder på at sosialklienter ikke er sikret et forsvarlig livsopphold. Situasjonen preges av stor økonomisk utrygghet målt både med økonomiske og subjektive mål (Hansen 1998). En undersøkelse fra 1996 viste at 14 prosent av sosialhjelpsmottakerne var fattige, definert som at de hadde under halv medianinntekt. Etter enslike minstepensjonister skilte sosialhjelpsmottakerne seg ut med de dårligste samlede levekårene (St.meld. nr. 50 (1998–1999)). De kommunale sosialhjelpssatsene varierer sterkt, uten at det kan påvises saklige grunner til denne variasjonen (Osmunddalen 1999). Undersøkelser har også vist at klienter som er i samme situasjon ofte mottar ulike ytelser av ulike sosialarbeidere ved samme sosialkontor.

Utfordringen for det statlige tilsynsorganet er at sosialhjelpen både skal gi økonomisk trygghet med et forsvarlig livsopphold og bidra til at klienten blir selvhjulp. En regner med at vilkårsfastsettelse er et effektivt virkemiddel som ledd i rehabiliteringen, i tillegg til råd, veiledning og behandling. Vilkårskrav skal være begrunnet i rehabiliteringsformålet og ikke være uforholdsmessig tyngende for den enkelte klient. Vekten på rehabilitering kan imidlertid komme i motstrid til vern om personlig frihet og integritet når klienten er uenig i de tiltakene som settes inn. Hvis klienter ikke oppfyller de vilkår som settes, kan deres økonomisk trygghet trues (Kjellevoll *ibid.*).

PRINSIPPER UNDERMINERES

Klientenes individuelle behov skal legges til grunn for beslutningen om type og omfang av hjelp eller ytelse. Sosi-

altjenesten har ikke anledning til å legge vekt på tjenestens eller kommunens budsjett eller økonomi. Dette prinsippet blir underminert ved at kommunen vedtar et budsjett for tjenesten som denne forventes å holde. Sosialtjenestens ledelse blir pålagt å finne dekning for eventuelt merforbruk innenfor andre poster som ledelsen har ansvaret for. Dette innebærer at en leder for sosialtjenestene vil være bevisst at merforbruk i sosialhjelpen kan måtte medføre innstramninger i hjemmehjelp, eldreomsorg og/eller i assistanse til funksjonshemmede. En forventning fra ledelsen om å tenke på etatens overordnede økonomi, forplanter seg lett til de underordnede. Det er derfor sterke interne meka-

nismer som kan føre til at sosialhjelpsytelsene blir mer restriktive enn det som er forutsatt i lovens formulering om at «den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (§1–1). Det påligger da tilsynsmyndigheten dels å se til at de kommunale retningslinjer og satser for sosialhjelpen ligger på et nivå som kan sikre dette, dels å sikre rutiner og drøftinger for at utøvelse av det individuelle skjønnet er i samsvar med lovens formulering.

Ved siden av klager på at ytelsene er for restriktive, er brukerne ofte misnøyd med informasjonen, tilgjengeligheten og den personlige behandling de får. Det er vanskelig å ha noen begrunnet oppfatning av hvor omfattende problemene er på disse områdene. Relevante undersøkelser er ofte gamle eller har stort frafall blant brukerne, i følge Gallups brukerundersøkelse ved sosialtjenesten i Oslo, våren 2002. Her sier 39 prosent seg svært eller delvis misnøyd med informasjonen, mens 35 prosent er misfornøyd med ventetiden på samtale og 25 prosent med den respekt de var blitt møtt med. Tilsynsmyndigheten bør se til at kommunene har skriftlig og vevbasert informasjonsmateriale om sosi-

■ Et første steg til å forbedre klageadgangen bør være å gi sosialhjelpssøkere samme klageadgang som ellers er vanlig i forvaltningen

REFERANSER

- Halvorsen, K. (2003): «Solidarity and Legitimacy of the Welfare State», i J. Goul Andersen, H. Ervasti og K. Halvorsen (red.) *Unemployment and Citizenship. Marginalisation and Integration in the Nordic Countries*. Under utgivelse.
- Hansen, J. (1998): *Sosialhjelpen – forsvarlig livsopphold eller fattigdom i kommunal regi*. Hovedoppgave i sosialt arbeid. Trondheim: NTNU.
- Kjellevold, A. (1999): «Verdier og verdikonflikter i sosialtjenesten», i A. Kjønstad og A. Syse: *Velferdsrett II*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjønstad, A. og Syse A. (1999): *Velferdsrett II*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- St.meld. nr. 50 (1998–1999): *Utjæmningsmeldinga*.
- Osmunddalen, Å. (1999): *Kommunal variasjon i sosialhjelpsnivå, inntektsnivå blant sosialhjelpsmottakere og langtidsbruk av sosialhjelp*. Notater 99/34. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

alhjelpsytelsene og jevnlig skaffer seg informasjon om ventetid og saksbehandlingstid i sosialtjenesten.

Tilsyn med den sosialfaglige personlige behandling som klientene får ved sosialkontorene, er en større utfordring. Loven pålegger kommunen ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell, men det finnes ingen informasjon om hvordan kommunene følger opp dette ansvaret. Kompetansen i økonomisk veiledning er nok blitt styrket, men det er i dag liten kunnskap om kvaliteten i det sosialfaglige arbeidet overfor dem som mottar økonomisk sosialhjelp. Tilsynsmyndighetens rolle på dette området må avklares.

FÅ KLAGER FØRER FRAM

Det ligger i dag sannsynligvis mye erfaring og potensiell kunnskap i klagebehandlingen hos fylkesmannen og hos de ombud for sosialtjenesten som er etablert lokalt. I 1995 var det 4900 klagesaker på fylkesmennenes bord. Klagesaksbehandlingen førte til at 13 prosent av vedtakene ble omgjort, mens fem prosent ble henvist til ny behandling (Kjønstad og Syse 1999). Andelen som ble omgjort varierte sterkt fra fylke til fylke, uten at det er mulig å se noen forklaring på dette. Andelen som klager er svært liten. De hyppigste klageårsakene er at klienten får mindre enn de har søkt om, at de nektes nødhjelp eller at hjelpen kommer for sent. Dessuten klages det over saksbehandlingstiden, over vilkår som oppleves som ulovlige, urimelige eller tyngende, og over umulige krav til dokumentasjon.

Siden 1998 har det årlige tallet på nye mottakere vært på rundt 45 000 personer. Av dem som mottok sosialhjelp i 2001, var 39 prosent ikke arbeidssøkere – hvorav de fleste på trygd, mens 28 prosent var arbeidsløse. Enslige menn utgjorde 39 prosent, enslige forsørgere 16 prosent, mens par med barn utgjorde bare 10 prosent av sosialhjelpssøkerne. 15 prosent hadde utenlandsk statsborgerskap.

I klagen finnes det mange eksempler på dilemmaer som sosialtjenesten møter i sin skjønnsutøvelse. Tilsynsmyndigheten bør ha et ansvar for at de erfaringene med skjønnsutøvelse som ligger her blir hentet fram i dagen, systematisert og drøftet. Det vil kunne bidra til læring og kompetanseutvikling i sosialtjenesten, samtidig som det vil kunne gi større likhet og rettssikkerhet for sosialtjenestens brukere. Det kan for eksempel skje ved at prinsipielt viktige ankesaker som er noenlunde identiske, men som er blitt behandlet ulikt hos fylkesmennene, tas opp til samlet vurdering i Statens helsetilsyn. Helsetilsynet kan så avgi uttalelse om hvordan den aktuelle saken forstås. Dette kan føre til større likebehandling mellom fylkene. Skyldes ulikt resultat av ankebehandlingen at lov, forskrifter eller retningslinjer er uklare, må det påpekes overfor Sosialdepartementet.

Samtidig bør tilsynsmyndigheten se til om den gjeldende klageadgangen er tilstrekkelig. Fylkesmannens adgang til å overprøve kommunens vedtak er begrenset, og gir ikke samme mulighet til omgjøring som forvaltningsloven. Begrensningen er gjort av hensyn til det kommunale selvstyret, men innebærer at rettssikkerheten for sosialklienter er svakere enn for mottakere av kommunale helsetjenester. Et første steg til å forbedre klageadgangen bør være å gi sosialhjelpssøkere samme klageadgang som ellers er vanlig i forvaltningen. Det vil innebære å oppheve begrensningen i § 8.7 i lov om sosiale tjenester som sier at fylkesmannen bare kan oppheve vedtak som er «åpenbart urimelig». Denne begrensningen finnes ikke når det gjelder for eksempel byggetillatelse og andre kommunale vedtak, og det er påfallende at den skal gjelde dem som er mest vanskeligstilt i samfunnet.

HELSETILSYNETS ARBEID MED DENT-O-SEPT SAKEN

Den smittefarlige munnpenselen Dent-O-Sept har tatt mye av Helsetilsynets tid i 2002. Det gjenstår fortsatt mye arbeid for å komme til bunns i saken.

Den 9. april 2002 fortalte Folkehelseinstituttet på en pressekonferanse at det hos 78 pasienter ved ni sykehus var funnet helt like bakterier av typen *Pseudomonas aeruginosa*. Bakterien finnes overalt i naturen, men det er kjent at den kan føre til alvorlig sykdom hos personer som fra før er alvorlig syke eller svekkede.

Det viste seg at bakterier med nøyaktig samme genetiske «fingeravtrykk» både var funnet i prøver fra pasienter og i uåpnede pakker med Dent-O-Sept munnpensler. Munnpenselen besto av en bit skumplast tredd på en plastpinne og fuktet med vann, sprit, Vademecum og glyserol. Den var i daglig bruk ved munnstell hos pasienter ved sykehus og institusjoner over hele landet. Nå var det klart at penselen var en smittekilde. Noen pasienter var blitt alvorlig syke med blodforgiftning og enkelte var døde. Hvor stort omfanget av epidemien kunne være, var det ingen som visste. Helseminister Dagfinn Høybråten ba allerede neste dag om rapporter fra Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet.

VIKTIG INFORMASJONSARBEID

Erfaringene fra andre saker med stor pågang fra massemedia tilsa at hemmelighold og underskudd på informasjon fra landets helsemyndigheter kunne føre til ryktespredning og ubegrunnet angst i befolkningen. På den annen side vil myndighetene selvsagt ikke bidra til å blåse opp og

dramatisere en lite alvorlig sak unødig.

I NOU 1986:19 *Informasjonskriser* ble det daværende Helsedirektoratet kritisert for å ha undervurdert befolkningens informasjonsbehov i forbindelse med Tsjernobyl-ulykken. Utredningen konkluderte med at Helsedirektoratet burde få en egen informasjonsmedarbeider. Helsetilsynet ønsket i Dent-O-Sept saken å bidra med saklig informasjon innenfor sitt ansvarsområde i størst mulig grad. Etaten var tilgjengelig for pressen og Helsedirektøren besvarte selv alle intervjuforespørsler. Dokumentene som ble utarbeidet i saken ble utlevert uten opphold til de presseorganer som ba om dem, så sant dette lot seg gjøre av hensyn til personopplysninger eller annen taushetsbelagt informasjon.

Det var tett kontakt med direktørene for Sosial- og helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for å koordinere det videre arbeidet med de tre etatenes rapportering til Helseministeren. Helseministeren brukte senere disse rapportene som basis for en redegjørelse for Stortinget.

Helsetilsynet inviterte helsepersonell og spesialister innen mikrobiologi, infeksjonsmedisin, tannhelse og intensivmedisin til flere improviserte fagmøter. Det ble tidlig klart at et omfattende kartleggingsarbeid ville være nødvendig for å få oversikt over antall smittede i hele utbrudds-

perioden og i tiden etter at penselen ble trukket tilbake fra markedet. Det kom fram at helsepersonell ved flere tilfeller hadde observert misfargede pensler uten å melde fra om dette. Helsetilsynet arrangerte et møte med fagforeningene for de ulike personellgruppene i helsesektoren der ulike måter å forbedre helsepersonells meldekultur på, ble diskutert.

Noe senere oppnevnte Helsetilsynet Folkehelseinstituttet som sakkyndig for å kartlegge hvilke pasienter som siden 1999 har fått alvorlige infeksjoner (hjernehinnebetennelse og «blodforgiftning»), forårsaket av pseudomonasbakterier fra infiserte munnpensler, og hvilke konsekvenser dette har hatt for pasientene. Denne kartleggingen har involvert mange av landets mikrobiologiske laboratorier og sykehus, og den er en del av et svært tidkrevende og omfattende arbeid. Det har vært nødvendig å be sykehusene tine opp en rekke nedfrosne blodprøver.

ALLE TILFELLER SKAL MELDES

Helsedirektøren bestemte ut fra det aktuelle utbruddets karakter, at meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om betydelig skade på pasient skulle gjelde *alle* tilfeller der utbruddsstammen av *Pseudomonas aeruginosa* var påvist. Dette ble meddelt Helsetilsynet i fylkene og sykehusene få dager etter at sammenhengen mellom utbruddet og

Dent-O-Sept munnpenselen ble kjent. Dessverre har denne oppfordringen i varierende grad blitt fulgt opp. Fortsatt mangler tilsynsmyndigheten § 3-3 meldinger på mange av pasientene som omfattes av Dent-O-Sept utbruddet. Helsedirektøren har ved flere anledninger understreket overfor Helsetilsynet i fylkene og sykehusene betydningen av at denne meldeplikten fungerer. Dette er nødvendig for å kunne vurdere om sykehus eller helsepersonell har opptrådt forsvarlig, og for å sikre en forbedring av kvaliteten i helsetjenestene.

Arbeidet med å få oversikt over hvordan det er gått med dem som ble smittet med *Pseudomonas*-bakterien fra Dent-O-Sept munnpensel er ikke avsluttet. Ennå er det for tidlig å si med sikkerhet hvor mange pasienter som døde, som ble alvorlig syke eller som fikk komplikasjoner.

INTENSIV-SMITTEVERNET KAN BLI BEDRE

Standarden ved intensivavdelingene er stort sett bra. Dårlig håndhygiene, uhensiktsmessige lokaler og liten interesse for smittevern hos sykehusledelsen trekker ned.

Vinteren 2001 og våren 2002 ble det konstatert utbrudd av sykehusinfeksjoner med bakterien *Pseudomonas aeruginosa* ved en rekke norske sykehus. Utbruddet var særlig knyttet til intensivavdelinger. Helt uventet ble smitekilden identifisert til å være Dent-O-Sept munnpensel. Denne består av en bit skumplast som er påtredd en plastpinne og fuktet med vann, sprit, Vademecum og glyserol. Munnpenselen har vært brukt til munnstell på pasienter over hele landet.

Etter smittevernforskriften skal alle helseinstitusjoner gjennomføre systematiske tiltak for å forebygge at pasienter smittes i sykehus. På oppdrag fra Statens helsetilsyn gjennomførte Helsetilsynet i fylkene, med bistand fra en svensk og en dansk sykehushygieniker, i september 2002 tilsyn med det generelle smittevernet i intensivavdelinger ved følgende sykehus: Ullevål universitetssykehus Helseforetak (HF), Rikshospitalet universitetsklinikk HF, Sykehuset Buskerud HF, Sentralsjukehuset i Rogaland Helse Stavanger HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Ålesund sjukehus Helse Sunnmøre HF.

Smittevernet ved intensivavdelingene i de seks sykehusene tilsynet omfattet, er i hovedsak av samme faglige standard som i våre naboland. Sykehusene har utviklet omfattende programmer for sykehushygiene, men

programmene er ikke fullstendige eller fullt ut iverksatt ved alle sykehus. Sykehusene har for eksempel retningslinjer for håndhygiene, men retningslinjene følges ikke like godt av alle.

MANGLENDE ENGASJEMENT

God sykehushygiene er i stor grad avhengig av ledelsens medvirkning. Uten ledelsens engasjement blir smittevern og sykehushygiene lett noe ved siden av den daglige drift – noe som «bare enkelte sykepleiere stiller med». Helsetilsynet mener derfor at ledelsen ved alle landets sykehus bør vurdere om de engasjerer seg nok innen smittevern og sykehushygiene.

Intensivbehandling er ressurskrevende når det gjelder utstyr, personell og kompetanse. I tillegg har antallet pasienter økt. Intensivavdelingene har i varierende grad arealer som er tilpasset dagens situasjon. Dette gjelder pasientrom, isolat, lager og skyllerom. Helsetilsynet anbefaler sykehuseierne å vurdere om de bygningsmessige forholdene ved alle typer intensivavdelinger er tilfredsstillende.

Under tilsynene er det ikke påvist uforsvarlige forhold når det gjelder bemanningen ved intensivavdelingene, selv om arbeidsbelastningen i perioder er stor og tempoet høyt. Alle sykehusene hadde ansatt hygiene-sykepleier(e). Disse spiller en nøkkelrolle for sykehushygiene.

Ingen av sykehusene gir systematisk opplæring i smittevern og sykehushygiene til leger under utdanning. Helsetilsynet mener legeutdanningen bør styrkes på dette feltet.

KAST BRUKT ENGANGSUTSTYR!

Ved sykehusene er det ulike syn på det å bruke sterilt medisinsk engangsutstyr til flere pasienter for å spare penger, dersom utstyret kan rengjøres. Oppfatningene varierer fra klar avstandstaken til høy grad av aksept for gjenbruk. Funnene ved tilsynet tyder på at ikke alle med ansvar for utstyr i sykehusene har forstått at de ved gjenbruk trer inn i produsentrollen med de forpliktelser og ansvar dette innebærer. Etter Helsetilsynets oppfatning bør alle sykehus slutte med gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr.

NASJONAL STANDARDISERING

Det utarbeides færre nasjonale faglige standarder innen helsetjenesten i Norge enn i våre naboland. Etter Helsetilsynets skjønn er smittevern og sykehushygiene et område som egner seg godt for nasjonal standardisering. Vi tror utvikling av nasjonale faglige standarder vil kunne bidra til at helsetjenesten som helhet velger enklere, mer enhetlige og kanskje også mer effektive løsninger for smittevernarbeidet.

FAGRÅD FOR KVINNEHELSE: VAKTBIKKJE, RESSURSGRUPPE OG DISKUSJONSPARTNER



Professor, dr.med. Inger Njølstad (f. 1954) er ansatt på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, og har epidemiologi og forebyggende medisin som markerte kompetanseområder. Hun har vært leder for Helsetilsynets Fagråd for kvinnehelse fra 2000 til 2002.

Fagråd for kvinnehelse ble opprettet i 2000 som ledd i Helsetilsynets oppfølging av NOU 1999:13 *Om kvinners helse i Norge*. Fagrådet skulle bistå Helsetilsynet i vurdering av helse-tjenestetilbud, vurdere konsekvenser av helsepolitiske reformer, planer og utspill for kvinners helse og gi anbefalinger om pågå-ende aktiviteter og saker i Helsetilsynet. De 13 kvinner og menn i rådet representerte ulike profesjoner og fagområder – fra medi-sinsk forskning og praksis inkludert fysioterapi og jordmor-fag, til sosiologi og filosofi. Medlemmene har drøftet saker som spenner fra distriktpsykiatri til legemiddeldosering. Helsetilsynet har brukt de fremlagte argumenter og synspunkter etter ønske i den videre saksbehandlingen.

Begrepet kvinnehelse rommer forhold som er særegne for kvinner; sykdommer og ikke-sykelige tilstander knyttet til svangerskap og fødsel, prevensjon og abort, men også helse og sykdom på alle andre områder, der det dels er likheter, dels forskjeller i forhold til menn. Kvinners – som menns – helse påvirkes av biologi, allmenne levekår og selvvalgt livsstil, men også av priorite-ringer og organisering av helsevesenet, behandlingstilbud og trygdeordninger. Å bedre kvinners helse omfatter derfor så vidt forskjellige tiltak som røykeforebygging, maktstyrking av unge jenter, god kreftbehandling og økt kompetanse hos helsepersonell om legemiddelinteraksjoner.

ULIKHET VED SYKDOM

I 2000 utgjorde kvinner 50,4 prosent av befolkningen i Norge. Kvinner lever lengre enn menn. I gruppen over 70 år var 60,3 prosent kvinner og dette ga et kvinneoverskudd på 100 000 personer i denne aldersgruppen. Kjønnforskjellen i levealder og befolkningsstruktur får konsekvenser siden sykdommer og helseplager ikke er matematisk fordelt. Noen tilstander rammer utelukkende ett kjønn. Enkelte revmatiske sykdommer forekommer hyppigst hos menn (Bekhterevs sykdom), andre hos kvinner (leddgikt). Benskjørhet og tilhørende brudd øker med alderen og er vanligst blant kvinner.

Hjerteinfarkt rammer kvinner og menn i like stor grad, men med den viktige forskjellen at sykdommen opptrer 10–15 år seinere i livet hos kvinner. Kvinner med hjerteinfarkt har derfor oftere aldersbetingede tilleggssykdommer, for eksempel diabetes og hjertesvikt, som medfører behov for flere legemidler og kan komplisere infarktbehandlingen. Derimot er dødeligheten (og sykeligheten) av hjerneslag omtrent lik blant kvinner og menn over 75 år. Det betyr igjen at mange flere kvinner enn menn i denne aldersgruppen får hjerneslag. Dersom slagrammede eldre blir stående i behandlingsskø, vil dette i større grad ramme kvinner enn menn – ikke fordi kvinner blir diskriminert ut fra kjønn, men fordi de tallmessig er flere. En tilsynelatende kjønnsnøytral prioritering som å la sykmeldte gå foran andre i behandlingsskøen, vil ramme kvinner og menn ulikt fordi flere menn er i lønnet arbeid i arbeidsfør alder, samtidig som det lever flere eldre kvinner i Norge. Eldre kvinners helse bør derfor få særlig oppmerksomhet.

Politiske og forvaltningsmessige beslutninger om prioriteringer og tiltak i helsetjenesten må være basert på kunnskap om nåværende fordeling og framtidige behov. Kunnskapsgrunnlaget må omfatte kjønns- og aldersspesifikke rater og antall personer i gruppene. Først da kan en avklare årsaker til eventuelle kjønnsulikheter i helsetilbud og behandlingseffekt og ha grunnlag for å vurdere tiltak som gir likeverdighet i helsetjenestene.

MANGLER KUNNSKAP

Flere studier viser at kvinner er inkludert i medisinske forskningsprosjekter i like stor grad som menn. Noen ganger påviser statistiske analyser kjønnsforskjeller der man i utgangspunktet ikke forventer at slike fins. Kjønnspesifikke analyser mangler ofte i forskningsprosjektene. Det betyr at vi fortsatt mangler vesentlig kunnskap om kvinners – så vel som om menns – helse og sykdommer.

Fagrådet har måttet konstatere at kjønnsperspektiv er fraværende i flere nye offentlige dokumenter, blant annet i *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005*, St.meld. nr. 6 (2002–2003) *Tiltaksplan mot fattigdom*, St.meld. nr. 31 (2001–2002) *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen* og St.meld. nr. 28 (1999–2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*. I tekst, statistiske tabeller og figurer over demografiske forhold er opplysninger gjort kjønnsnøytrale. Dokumentene omhandler helseforhold og sosiale forhold der man vet eller må anta at store kjønnsforskjeller eksisterer, og der det derfor kan være grunn til å gjennomføre særtiltak for ett kjønn. Dokumentene ble utgitt etter at det tidligere Sosial- og helsedepartementet vedtok å ivareta likestilling og kjønnsperspektiv i planer og utredninger, og viser at det fremdeles kan være behov for en «vaktbikkje» for kjønnsperspektiv i forvaltningsapparatet.

FORSKJELLSBEHANDLING?

Dagsavisen hevdet 3. november 2002 at «Menns helse blir høyest prioritert». Bakgrunnen var en spørreundersøkelse utført av Norsk Gallup for Norske kvinners sanitetsforening. En firedel av de spurte var helt eller delvis enig i at helsevesenet, politikere og medisinsk forskning i Norge prioriterer menns sykdommer og helse. Avisoppslaget refererer ikke svarfordelingen blant de resterende tre firedeler, og presenterer heller ingen helsetjenesteforskning som kunne støtte påstanden i overskriften. Verken Nova-rapporten *Kvinnens møte med helsetjenesten* (26/98) eller NOU 1999:13 eller St.meld. nr. 16 (2002–2003) om folkehelse, avdekker noen systematisk forskjellsbehandling i kvinners disfavør, men peker på at vi mangler kunnskap om kjønnsaspekter ved behandlings-

tilbud og -resultater på mange områder. Noen studier har imidlertid vist at kvinner med «ubestemte» muskelpager i større grad enn andre oppfatter kontakten med helsevesenet som problematisk, men dette utgjør en liten andel av alle kontakter. I en undersøkelse det tidligere Institutt for sosialforskning (INAS) har gjort, oppga fem prosent omfattende konflikterfaringer med legen. Bare kvinner deltok i studien. Benskjørhet nevnes ofte som eksempel på en lite prioritert tilstand, men vi mangler systematisk kunnskap om hvordan ulike lidelser prioriteres.

Personidentifiserbare sykdoms- og medikamentregistre er nyttige og nødvendige verktøy for å undersøke kjønnsaspekter ved helsetjenestetiltak og behandling. Som Fagrådet har påpekt, må man følge personer over lang tid og kunne koble opplysningene mot dødsårsaker for å avdekke eventuelle kjønnsforskjeller i behandlingsresultater.

På mange felt som angår kvinners helse fins ingen fasit om hva som er en god ivaretaking av kvinne- og kjønnsperspektiv. Et eksempel er mammografiscreening. Noen ser dette som et viktig helsemessig tilbud som skal tilbys alle uavhengig av geografi og egen betalingsevne. Andre ser dette tilbudet som en uønsket medikalisering av kvinnekroppen og kvinners liv, eller endog som eksempel på et paternalistisk helsevesens kontrolltiltak overfor kvinner. Samtidig er uenigheten stor blant forskere og helsepersonell om den helsemessige gevinst av slik screening. Synet på screening kan være både politisk og faglig betinget, uten at noen kan påberope seg et fasitsvar. I slike saker kan Fagrådet være et viktig diskusjonsforum som bakgrunn for Helsetilsynets tilrådinger. I andre saker fungerer Fagrådet som vaktbikkje som påpeker mangler og bidrar til at kjønnsperspektiv blir ivare tatt i utredninger og rapporter. I kraft av sin kompetanse kan også Fagrådet

være en faglig ressursgruppe for Helsetilsynet ved utarbeiding av strategier for behandling og helsefremmende tiltak.

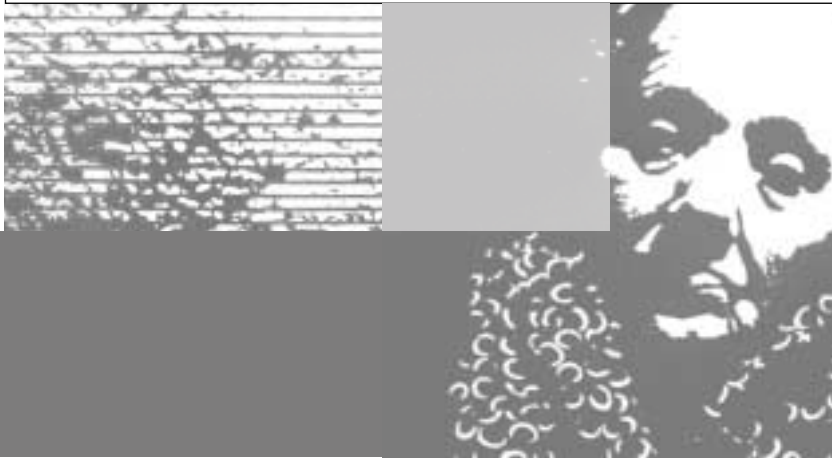
TILGANG TIL HELSETJENESTER

Faglig tilsyn med helsetjenestetilbudene er ett av Helseilsynets viktigste funksjonsområder. Å sikre at begge kjønn får lik tilgang til helsetjenester, er en sentral del av oppgaven. Det foreligger ikke dokumentasjon på systematisk forskjellsbehandling av kvinner og menn i norsk helsevesen i dag. Dette er det viktig å få frem, slik at befolkningen ikke på feil grunnlag tror at kvinner får dårligere behandling ved kontakt med helsevesenet. Samtidig må Helsetilsynet kreve at helsevesenet undersøker om forskjellsbehandling foregår, og bidra til kartlegging av forsømte befolknings- og sykdomsgrupper. Et minstekrav for å kunne vurdere eventuelle kjønnsforskjeller ved helsetjenestetilbud og behandlingsresultater, er at rutinestatistikk og utvalgsundersøkelser oppgir kjønns- og aldersspesifikke data. Helsetilsynet og Fagrådet må fortsatt stimulere til at eksisterende kunnskap om kjønnsaspekter og kvinnehelse løftes fram i lyset.

Fagrådet har måttet konstatere at kjønns- perspektiv er fraværende i flere nye offentlige dokumenter

Kompetanseoppbygging blant helsepersonell som muliggjør kjønnsstilpasset tilnærming ved behandling og omsorg er en annen utfordring for Helsetilsynet. Målet må være at Fagråd for kvinnehelse blir gjort overflødig ved at helsemyndighetene og helsevesenet selv får kompetansen, viljen og ressursene til å gi kvinner og menn likeverdig behandling ut fra et adekvat og konkret kunnskapsgrunnlag.

FÆRRE KORRIDORPASIENTER PÅ INDREMEDISINSKE AVDELINGER



En kartlegging av alle landets sykehus viser at det nå ligger færre pasienter i gangene enn for tre år siden.

En landsomfattende kartlegging utført ved landets indremedisinske avdelinger i 2002 viser at det har vært en reduksjon både i antall korridorpasienter og i antall utskrivningsklare pasienter siden 1999. Reduksjonen er størst for regionsykehusene.

Tabellen viser antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter per 1000 effektive senger, det vil si antall senger i drift. Kartleggingen omfattet 34 helseforetak, og svarprosenten var 100. Alle landets offentlige og private somatiske sykehus fylte ut og returnerte kartleggingskjemaet! Totalt omfattet kartleggingen 4261 effektive senger i indremedisinske avdelinger, med 3994 innlagte pasienter per dag i kartleggingsuken.

STORE ENDRINGER

Flere store endringer har skjedd innenfor helseforvaltningen i løpet av de siste årene. Sykehusreformen er den endringen som har hatt mest betydning i forhold til tolkning av trender fra 1999 til 2002. For å

kunne sammenligne, ble derfor 1999-data aggregert i forhold til helseforetakstruktur i 2002. Viktige spørsmål er om kartleggingsukene, som var uke 36 i 2002 og uke 23 i 1999, er sammenliknbare og representative for hele året. Helsetilsynet har ikke grunn til å tro at dette har påvirket resultatene. Disse må likevel tolkes med forsiktighet.

Forekomst av korridorpasienter er et tegn på overbelegg. Overbelegg er et fenomen som er påvirket av flere forskjellige forhold, blant annet andelen øyeblikkelig-hjelp-innleggelser, utskrivningspraksis, samarbeid mellom sykehusavdelinger og forekomst av utskrivningsklare pasienter. Godt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, blant annet utvikling av gode rutiner og en god kultur for samhandling og dialog, er viktig for at pasienter som er utskrivningsklare får et kommunalt tilbud når de trenger det.

For at den positive trenden med et

minkende antall korridorpasienter skal fortsette, trengs det oppfølging av situasjonen fra flere ledd: staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene og de indremedisinske avdelingene. Helsetilsynet i fylkene har også en viktig rolle når det gjelder å følge opp situasjonen lokalt. Helsetilsynet skal fortsette å overvåke kapasiteten på indremedisinske avdelinger ved å gjennomføre en ny kartlegging høsten 2003.

REFERANSER

På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus. Kartlegging 2002 og utviklingen 1999–2002. Statens helsetilsyn. Oslo 2002. IK-2767.

Gjennomgang av landets sykehus – Delrapport 1. Kartlegging av korridorpasienter og beleggspersent ved indremedisinske, kirurgiske- og ortopediske avdelinger. Statens helsetilsyn. Oslo 1998.

Korridorpasienter i Norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unn-taket? Statens helsetilsyn. Oslo 1999.

Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge. Er det sammenheng mellom sengekapasitet og korridorpasienter? Statens helsetilsyn. Oslo 2001. IK-2742.

For det var ikke plass til dem i herberget. Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus. Utviklingen 1997–2002. Statens helsetilsyn. Oslo 2002. IK-2764.

KORRIDORPASIENTER OG UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.

Gjennomsnitt per dag i kartleggingsukene 1999 og 2002

	Antall korridorpasienter per 1000 effektive senger		Antall utskrivningsklare pasienter per 1000 effektive senger	
	1999	2002	1999	2002
Regionsykehus	110	64	113	55
Andre sykehus	33	29	67	56
Landsgjennomsnitt	47	36	76	56

MANGELFULLT LOVERK FOR DØSSYKE ANOREKTIKERE

Lowerket er ikke godt nok for anorektikere som må mates med tvang for ikke å dø av sult. Disse pasientene trenger også spesialtilpassede behandlingsplasser.

Anoreksi tar livet av flere yngre mennesker hvert år. De som overlever risikerer å få alvorlige, varige helseskader i form av beinskjørhet, hjerneskade, hjertesvikt og for tidlig aldring.

Regelverket omkring behandling av disse tilstandene er uklart, uoversiktlig og åpner for vide skjønnsmessige vurderinger. Dette fører til usikkerhet og ulik praksis. Både somatiske og psykiatriske institusjoner tvinges til en form for systematisk misbruk av nødrettsbestemmelser.

Helsetilsynet ønsker et klarere lovverk på området, som også sikrer pasientenes mulighet til å påklage tvangsvedtak på en bedre måte. For å bedre behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, er det også behov for et tilstrekkelig antall behandlingsplasser med samordnet psykiatrisk og somatisk behandling. Basert på situasjonen i Akershus, er det anslagsvis behov for 40–50 slike plasser på landsbasis.

UOVERSIKTLIG REGELVERK

De rettslige rammene for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser finnes dels i helselovgivningen, dels i straffelovgivningen.

Anoreksi er vanligvis ikke å anse som en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. I noen tilfeller vil imidlertid kroppoppfatningen, selvbildet og virkelighetsoppfatningen hos en anorektiker være så fordreid at en kan

tale om vrangforestillinger av psykotisk art. I en del tilfeller vil tilstanden falle inn under begrepet «alvorlig sinnslidelse».

Reglene om tvangsbehandling etter psykisk helsevernlov gjelder bare pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern. Psykisk helsevernlov § 4–4 hjemler bare tiltak som kan påvirke pasientens psykiske helse, i første rekke legemiddelbehandling. Det kan reises spørsmål ved om loven også åpner for tvangsbehandling av mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser. I så fall må det skilles mellom de fysiske tiltakene som har til formål å hindre at pasienten sulter i hjel, og de psykiske tiltakene som har til formål å endre pasientens forhold til matinntak og egen kropp.

Iverksetting av tvangsmating kan kreve andre bestemmelser enn dem som følger av psykisk helsevernlov. Dersom en anorektiker nekter å ta til seg næring og dette medfører fare for hans eller hennes liv og helse, vil man i visse tilfeller kunne gjennomføre tvangsmating med hjemmel i helsepersonelloven § 7 om helsepersonellens hjelpeplikt. Adgangen til mating med tvang kan også være hjemlet i straffeloven § 47 om nødrett.

PASIENTER SULTER IHJEL

Det har vært oppslag i mediene både om anoreksipasienter som har sultet i hjel og om pasienter som holdes tvangsinnlagt og tvangsmatet i uke-

vis på indremedisinske avdelinger under såkalt nødrett. Helsetjenesten er i flere tilfeller blitt innklaget til Helsetilsynet i fylket og truet med politianmeldelse.

I Akershus fylke er anslagsvis to til fire pasienter til enhver tid innlagt fordi sykdommen har kommet i en livstruende fase.

Psykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus (AHUS) iverksatte i ett tilfelle sondeforing med hjemmel i psykisk helsevernlov § 4–4 om behandling uten eget samtykke. Pasienten påklaget vedtaket, og Helsetilsynet i Akershus kjente avdelingens vedtak ugyldig med begrunnelsen at psykisk helsevernlov ikke ga hjemmel for somatisk behandling, selv om det kan argumenteres for at svært svekkede anoreksipasienter må ha kaloritilførsel for å bli mottakelige for psykiatrisk behandling. Å tvangsmate pasienten ble vurdert å falle utenfor paragrafens virkeområder. Avdelingen måtte selv ta stilling til om de var i en nødrettssituasjon, og hvor lenge en slik nødrettssituasjon forelå dersom man lyktes med å behandle pasientens livstruende tilstand.

HVORDAN HAR DE ELDRE DET EGENTLIG?

Det er grunn til å bekymre seg for de eldres situasjon. Derfor skal det gjennomføres en nasjonal kartlegging innen pleie- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet har mottatt rapporter fra flere hold som uttrykker bekymring både for om personelløkningen er tilstrekkelig og varig, og om kommunene vil ha nok institusjonsplasser i tiden framover.

For å få et bredere vurderingsgrunnlag ønsker Helsetilsynet å gjøre en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten i et tilfeldig representativt utvalg av norske kommuner. Kartleggingen skal gi oversikt over tjenestemottakernes behov og kommunenes ressursbruk, samt belyse sider ved oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Resultatene fra undersøkelsen som blir avsluttet juni 2003, vil inngå i Helsetilsynets vurderinger av behovsdekning og tilbudsutforming i sektoren.

OMFATTENDE OMSTILLING

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er inne i en omfattende omstillingsprosess som vil prege sektoren i tiår framover. *Handlingsplan for eldreomsorgen* har gitt et bygningmessig løft som historisk sett er uten sidestykke. I handlingsplanperioden har antallet omsorgsboliger økt fra 5350 i 1997 til 16 150 i 2002. Når alle byggeprosjektene er avsluttet i 2005, vil det totale antallet omsorgsboliger være 23 900 (Sosialdepartementet 2002). Personelldekningen har også økt. Derimot har ikke dekningsgraden av institusjonsplasser økt i forhold til andelen eldre i befolkningen.

Behovet for spesialisert medisinsk kompetanse er økende for alle aldersgrupper. Pasienter med sammensatte helsemessige og sosiale problemer blir raskere utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til egen hjemkommune enn tidligere. For eksempel er det ikke uvanlig at pasienter som er alvorlig syke og har behov for avansert medisinsk behandling, blir skrevet ut til eget hjem med kommunalt tjenestetilbud.

KORTTIDSPLASSE VIKTIG

Det kan se ut som om antall korttidsplasser i sykehjem har betydning for liggetid i sykehus. Pasienter over 80 år som kommer fra kommuner med høyere dekningsgrad av korttidsplasser, er innlagt kortere tid i sykehus. Korttidsplassene bidrar dermed til flyt i tiltakskjeden mellom 1. og 2. linjetjenesten. I tillegg til tilstrekkelig kapasitet fungerer tiltakskjeden godt når kommunene har gode systemer, gode ledere samt kompetente og engasjerte fagpersoner (Gautun et al. 2001).

BEST FOR DEM UNDER 67 ÅR

Den forskningsbaserte evalueringen av *Handlingsplan for eldreomsorgen* viser at handlingsplanen først og fremst har kommet dem under 67 år til gode, både når det gjelder et bedret botilbud og bedre tilgang på kvalifisert personell (Toresen 2002). En detaljert studie fra 23 kommuner i Nord-Trøndelag viser at de fleste som bor i omsorgsboligene er relativt selvhjulpne eldre. Tendensen så langt

er også at omsorgsboligene i liten grad overtar den funksjonen syke- og aldershjemmene har hatt i pleie- og omsorgstjenesten hittil. Dette kan innebære at presset på sykehjemsplasser vil fortsette (Romøren 2002).

Dermed kan det se ut som noen av problemstillingene som lå til grunn for iverksetting av *Handlingsplan for eldreomsorgen* i 1997, fortsatt er uløst når de siste sløyfene til nye eller renoverte pleie- og omsorgs-sentra er klippet over i 2005.

REFERANSER

Gautun, H., Kjerstad E. og Kristiansen, F. (2001): *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 57/01. Bergen.

Romøren, TI. (2002): «Oppsummering og konklusjon». Manus til foredrag ved konferansen Evaluering av Handlingsplanen for eldreomsorgen. 26. november 2002. Norges Forskningsråd. Oslo.

St.meld. nr. 31 (2001–2002) *Fra hus til hender*. «Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen.» Sosialdepartementet. Oslo.

Toresen, J. (2002): «Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk.» Manus til foredrag ved konferansen Evaluering av Handlingsplanen for eldreomsorgen. 26. november 2002. Norges Forskningsråd. Oslo.



DATA OG STATISTIKK

DATA OG STATISTIKK 2002

Statens helsetilsyn fører tilsyn med helsetjenester og helsepersonell, og skal medvirke til at helseressursene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte. Årlig føres det statistikk over en rekke av innsatsområdene.

Mer utførlig statistikk i Helsetilsynets årsrapport, se

www.helsetilsynet.no/trykksak/arsrapp2002/arsrapp2002.pdf

PASIENTRETTIGHETSKLAGER

Klager etter pasientrettighetsloven avgjøres endelig på fylkesnivå. Pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2001.

Det er pasienter og representanter for pasienter som har klagerett. Klagen har i 2002 fått helt eller delvis medhold i 80 saker (29 prosent). Saksbehandlingstiden har vært lengre enn to måneder i 87 av sakene.

Til sammen kom det inn 189 nye saker i 2002, flest i Oppland med 39. Helsetilsynet kjenner ikke antallet saker som er løst etter at klageren har vært i kontakt med helsetjenesten. Antall klager i forhold til helsetjenestenes omfang er så lite at det er grunn til å anta at pasientrettighetsloven ikke fungerer etter intensjonen (jmfør side 4–5).

RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP

Klagesaker som gjelder rett til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2–4, jfr. § 2–1, er først behandlet i kommunenes klageorgan. De sakene der klageren ikke får fullt medhold kan klages videre. Helsetilsynet i fylkene avsluttet i 2002 162 slike saker, mot 178 i 2001. Av de 162 klagesakene gjaldt 118 sykehjemsplass, 54 hjemmesykepleie, 23 legetjeneste og retten til å stå på liste hos fastlege.

I 69 av sakene (43 prosent) fikk klager helt eller delvis

medhold. I 36 av sakene var saksbehandlingstiden lengre enn to måneder. (Se tabell øverst neste side)

Helsetilsynet utfører hvert år ett eller flere landsomfattende tilsyn (felles tilsyn). Disse foretas av Helsetilsynet i fylkene etter en bestemt metode. Gjennom en såkalt systemrevisjon blir ulike forhold undersøkt for å se om lover og forskrifter overholdes. I 2002 ble det utført 122 tilsyn etter denne metoden som ledd i det landsomfattende tilsynet med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte systemrevisjoner i 193 kommuner og bydeler i 2002. Dette utgjør 40 prosent av landets 478 kommuner og bydeler. I tillegg til det landsomfattende tilsynet ble det ført tilsyn med

- pleie- og omsorgstjenester
- skolehelsetjenesten
- kommunenes håndtering av utskrivning av alvorlig syke fra sykehus
- miljørettet helsevern
- helsetjenester til flyktninger
- helsetjenester i fengsler
- legemiddelhåndtering
- legevakt
- samfunnsmedisinske oppgaver
- habilitering/rehabilitering
- internkontroll generelt

KLAGESAKER ETTER PASIENTRETTIGHETSLØVEN AVSLUTTET AV HELSETILSYNET I FYLKENE I 2002

Bestemmelse	Bestemmelsen gjelder	Antall saker avsluttet	Medhold for klageren
§ 2-1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten	74	20
§ 2-1 annet ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	37	11
§ 2-2	rett til vurdering innen 30 dager	6	2
§ 2-3	rett til fornyet vurdering	6	0
§ 2-4	rett til valg av sykehus	6	0
§ 2-5	rett til individuell plan	16	6
kap. 3	rett til medvirkning og informasjon	20	6
kap. 4	samttykke til helsehjelp	9	3
§ 5-1	rett til innsyn i journal	48	19
§ 5-2	retting av journal	14	3
§ 5-2	sletting av journal	22	4
§ 5-3	overføring og utlån av journal	18	6
kap. 6	barns særlige rettigheter	0	0
	SUM	276	80

NB! Tallmaterialet fra fylkene på side 34–35 kan i noen tilfeller være beheftet med en viss usikkerhet grunnet ulik registreringspraksis.

TILSYNSSAKER – HELSETILSYNET I FYLKENE 2002

	Nye saker mottatt 2002	Per 100 000 innbygger	Saker avsluttet 2002	Saksbehandlingstid (dager)		Avvist
				Median	Gjennomsnitt	
Østfold	118	47	130	134	190	52
Akershus	108	23	126	167	243	4
Oslo	222	43	250	310	344	13
Hedmark	122	65	148	140	173	4
Oppland	40	22	40	106	142	2
Buskerud	45	19	44	187	179	0
Vestfold	65	30	83	118	128	14
Telemark	88	53	65	126	126	3
Aust-Agder	59	57	63	61	95	1
Vest-Agder	64	41	73	231	262	2
Rogaland	98	26	82	99	150	3
Hordaland	96	22	107	170	197	0
Sogn og Fjordane	51	48	60	62	72	1
Møre og Romsdal	65	27	76	122	197	6
Sør-Trøndelag	94	35	105	125	143	10
Nord-Trøndelag	46	36	32	154	159	3
Nordland	46	19	72	145	165	0
Troms	62	41	80	109	132	29
Finnmark	19	26	17	-	-	-
Sum	1508		1653			147

I alt 64 systemrevisjoner gjaldt spesialisthelsetjenesten. Det ble også ført tilsyn med:

- intensivavdelinger
- røntgenavdelinger
- fødestuer
- kvalitetsutvalg
- diagnostisering av psykiatriske pasienter
- samarbeid med kommuner i forbindelse med utskrivning

I tillegg ble det utført 13 tilsyn med helsetjenesten i petroleumsvirksomheten, opptreningsinstitusjoner, allmennlegepraksiser, tannlegepraksiser og én optikerpraksis.

Per 31. desember 2002 var det til sammen registrert 32 brudd på lov og forskrift (avvik) påpekt i systemrevisjoner i 2001 og tidligere, der forholdene ikke var brakt i orden. Ett år tidligere var tilsvarende tall for gamle avvik 55.

PÅLEGG GITT I 1998–2002

Ved systemrevisjoner eller i konkrete tilsynssaker der Helsetilsynet i fylkene avdekker brudd på lover eller forskrifter, følges den aktuelle virksomheten opp inntil forholdene er bragt i orden.

Dersom den som er ansvarlig for virksomheten, det vil normalt si kommune eller helseforetak, ikke retter opp avviket, kan Helsetilsynet gi pålegg med hjemmel i § 5 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Fra 2003 kan Helsetilsynet i tillegg også gi dagbøter.

VARSEL OM PÅLEGG, OG PÅLEGG GITT AV HTIL 1998–2002

År	Varsel om pålegg	Pålegg
2002	0	1
2001	3	1
2000	3	1
1999	5*	77**
1998	4	1

* varsel til kommuner og fylkeskommuner om år 2000-arbeidet er ikke inkludert i tallet.

** alle 77 gjelder pålegg i tilknytning til ekstraordinært tilsyn med helsetjenestens beredskap mot svikt ved overgangen til år 2000.

ETT PÅLEGG I 2002

Helse Bergen HF ved Sandviken sykehus fikk vedtak av 7. mai 2002 pålegg om å rette opp forholdene knyttet til betydelig overbelegg og korridorpasienter. Overbelegget hadde vedvart gjennom flere år, men var i 2002 kommet helt ut av kontroll. Det var opptil 180 prosent belegg, dels med tvangsinnlagte pasienter i senger på korridorene. I henhold til etterfølgende rapportering fra Helse Bergen har belegget ved avdelingen senere gått ned til 100–110 prosent. Det er dessuten iverksatt tiltak for bedret rekruttering, omdisponering av ressurser, økt antall langtidsplasser ved andre institusjoner og bedret samarbeid med distriktskykiatriske sentra.

TILSYNSSAKER – HELSETILSYNET I FYLKENE 2002

Tilsynssaker behandlet i Helsetilsynet sentralt og reaksjoner mot helsepersonell og virksomheter er omtalt på s. 15.

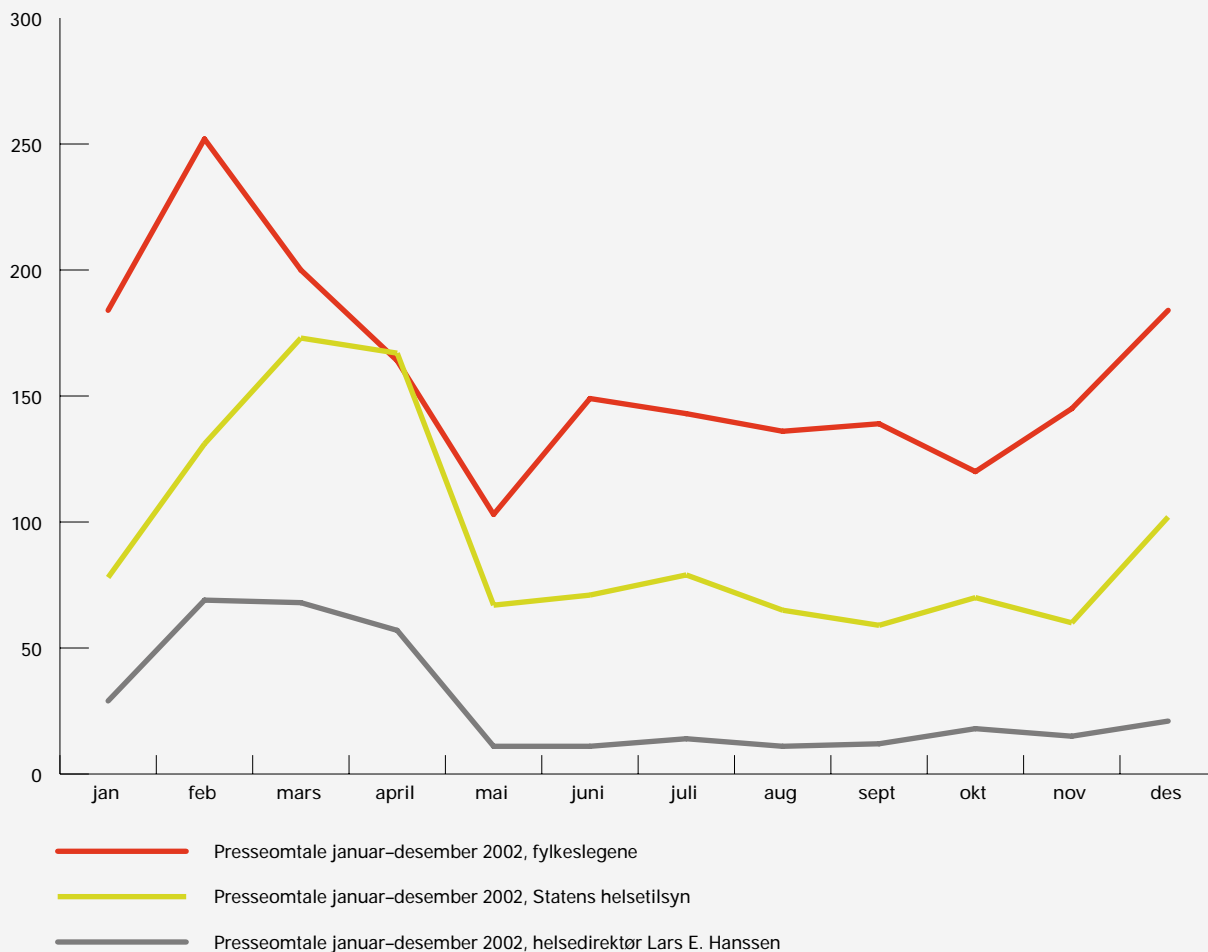
Antallet nye saker som har kommet til Helsetilsynet i Fylkene har vært nokså stabilt de siste årene, mellom 1400 og 1800 i årene 1998–2001. Av sakene som ble avsluttet i 2002 hadde 858 eller 58 prosent en saksbehandlingstid lengre enn fire måneder.

KARTLEGGINGER I FYLKENE

I tillegg til systemrevisjoner gjør Helsetilsynet i fylkene undersøkelser av forholdene i helsetjenesten, normalt ved spørreskjema.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2002 til sammen 20 kartlegginger. Temaene var blant annet

- overbelegg på sykehusavdelinger og på sykehjem
- ventelister og ventetider
- helseprofil for barn og unge
- samfunnsmedisinske ressurser i kommunehelsetjenesten
- status for individuelle planer
- status for etablering av internkontroll- og kvalitetssystemer
- miljørettet helsevern i skoler og barnehager



- status for kommunenes tilbud til mennesker med psykiske problemer
- helsetjenester i videregående skoler
- helsetjenester i asylmottak
- smittevernpplaner i kommunene
- akuttmedisinsk nødmeldetjeneste

MEDIESTATISTIKK FOR 2002

Til tross for halvert stab og reduksjon i antall oppgaver er «medietrøkket» mot Helsetilsynet fortsatt stort. Helsetilsynet abonnerer på en elektronisk nyhetsovervåking som døgnet rundt registrerer omtale i landets nettaviser. Statistikk fra denne tjenesten viser at Fylkeslegene ble omtalt i 1914 nyhetsoppslag i 2002, Helsedirektøren ble omtalt i 1261 nyhetsoppslag, mens Statens helsetilsyn eller kortversjonen Helsetilsynet er omtalt i 1112 oppslag. Til sammenlikning er Helseministeren nevnt i 2867 oppslag og Sosial- og helsedirektoratet er nevnt i 947 oppslag.

Da Dagens Medisins jury 19. desember kåret helse-Norges 100 aller mektigste menn og kvinner, kom helsedirektør Lars E. Hanssen på 2. plass bak Helseministeren. Samtidig oppnådde Hanssen en 3. plass i kategorien «gjennomslagskraft i media», bare slått av Helseministeren og lederen i Stortingets sosialkomité, John I. Alvheim (Fr.p).

Antall medieoppslag er relativt jevnt fordelt over hele året, men med klare topser i februar/mars, april og

desember. Den seks uker lange sykepleierstreiken som startet 22. januar satte sitt preg på nyhetsbildet vintertid. Helsetilsynets årsstatistikk for reaksjoner mot helsetilspersonell ble offentliggjort 25. februar og Tilsynsmelding 2001 ble framlagt på en godt besøkt pressekonferanse 7. mars. De landsomfattende tilsynene for aldersdemente, fengselshelsetjenesten og regionsykehusene ble omtalt i samme tidsrom.

Rekordmåneden april kan dels forklares med Helsetilsynets sluttstrek for den såkalte Bærums-saken 5. april, men skyldes i all hovedsak Dent-O-Sept-saken som startet fire dager senere (se side 24–25). Utover høsten skapte misbruk, smugling og videresalg av det vanedannende legemidlet Rohypnol (se side 19) stor debatt. Årets tredje travleste måned var desember. Helsetilsynets brev til Helsedepartementet om at en rekke strålebehandlede pasienter var blitt innlemmet i medisinske forsøk uten å få vite om dette på 80-tallet, ble toppsak i Aftenposten 18. desember. I kjølvannet av en aviskronikk om legemiddelhandtering, ble det fornyet interesse rundt feilmedisinering.

ELEKTRONISK POSTJOURNAL

Pressen benytter seg i stor utstrekning av Elektronisk Postjournal i regi av Statskonsult for å bestille offentlige dokumenter til og fra Helsetilsynet sentralt. Totalt mottok Helsetilsynet 1329 pressebestillinger i 2002, mot 2286 året før. Justisdepartementet topper listen med fire ganger så mange bestillinger som Helsetilsynet.

Gjennomsnittlig mottar Helsetilsynet 111 dokumentbestillinger i måneden. Til sammenlikning mottar Helsedepartementet 131 bestillinger i måneden og Sosialdepartementet 51. I tillegg ble drøyt 200 pressebestillinger i årets første måneder registrert samlet på de to departementene.

I løpet av 2002 opprettet Helsetilsynet en egen beredskapsordning via mobiltelefon for henvendelser fra pressen. Disse kanaliseres i stor grad gjennom pressekontakten. I all hovedsak er det medlemmer av ledergruppen og enkelte mellomledere som avgir policyuttalelser på vegne av etaten, mens saksbehandlerne bidrar med saksopplysninger.

PRESSEMELDINGER

Helsetilsynet sendte ut 10 pressemeldinger i 2002.

Nr.10/2002 Ufullstendig lovforslag om demens

Nr. 9/2002 Karl Evang – mannen, makten og menneskesynet: Helseopplysningspris, seminar og bokutgivelse

Nr. 8/2002 «For det var ikke plass til dem i herberget»: Lavere belegg ved indremedisinske avdelinger

Nr. 7/2002 Fare for svekket tilsyn med smittefarlige stoffer

Nr. 6/2002 Rapport til helseministeren – Dent-O-Sept. Felles pressemelding fra Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet

Nr. 5/2002 Avgjørelse i Bærum-saken

Nr. 4/2002 Tilsynsmelding 2001

Nr. 3/2002 Invitasjon til pressekonferanse om Tilsynsmelding 2001

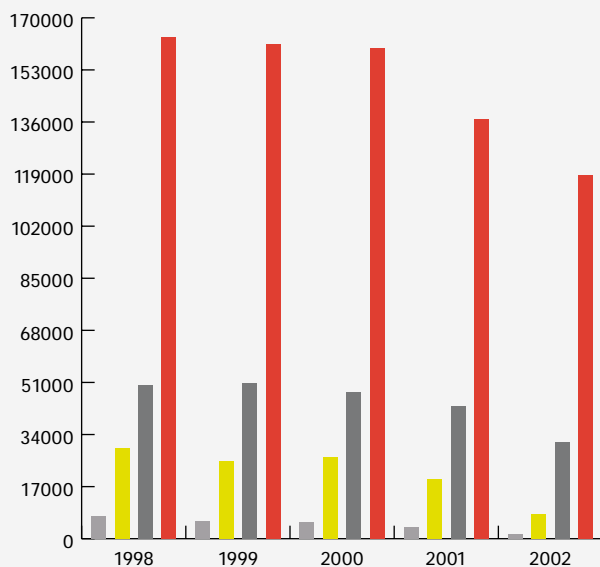
Nr. 2/2002 36 helsepersonell mistet autorisasjonen

Nr. 1/2002 Helsetilsynet sier «tja» til sprøyterom

BESØK PÅ WWW.HELSETILSYNET.NO

Nettstedet ble besøkt ved ca 1,7 mill. dokument-visninger i 2002. De mest populære menyene var:

Helsetilsynet i fylkene:	578 000
Trykksaker:	338 000
Regelverk:	244 000
Statens helsetilsyn:	136 000
Publikumsinfo:	105 000
Nyheter:	92 000
Pressemeldinger:	84 000
Bibliotek:	42 000



■ Antall nye saker – Helsetilsynet
 ■ Antall journalførte dokumenter – Helsetilsynet
 ■ Antall nye saker – fylkene
 ■ Antall journalførte dokumenter – fylkene

SAKS- OG DOKUMENTTALL FOR HELSETILSYNET SENTRALT OG I FYLKENE 1998–2002

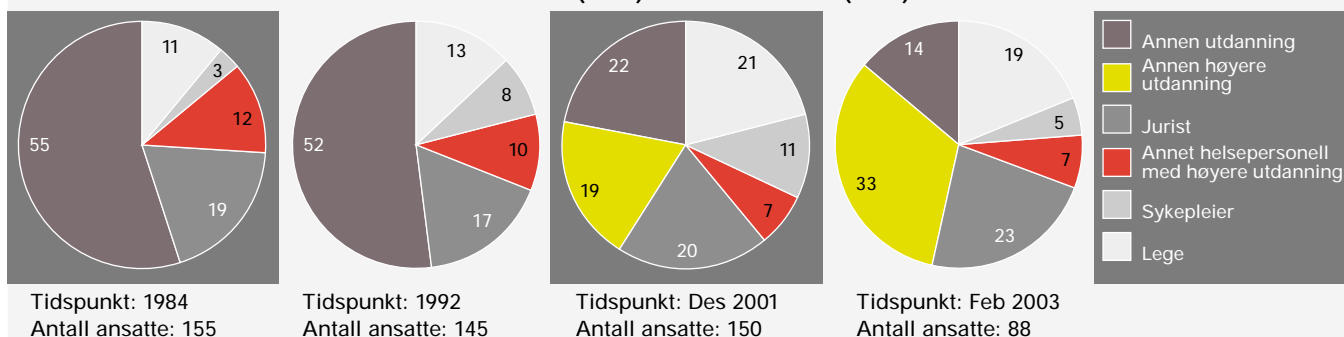
Av fylkenes saks- og dokumenttall gjelder mer enn halvparten oppgaver der Sosial- og helsedirektoratet er overordnet organ fra 2002.

Reduksjonen i Helsetilsynet skyldes i det vesentlige overføringen av legemiddelfeltet til Statens legemiddelverk fra 2001 og omorganiseringen av den statlige sosial- og helseforvaltningen fra 2002. Mye av reduksjonen for fylkene 2001–2002 skyldes opprettelsen av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). I 2001 utgjorde førerkortsaker en særlig høy andel av dokumenttallet i fylkene med ca 48 100 dokumenter (2002: 34 200).

Reduksjonen i antallet saker i 2002 kan delvis forklares med omorganiseringen av sosial- og helseforvaltningen.

Av annet helsepersonell med høyere utdanning i 1984 og 1992 var 6–7 prosent farmasøyter. De fleste farmasøyter ble overført til Statens legemiddelverk fra 2001. Tall for annen høyere utdanning finnes ikke for 1984 og 1992. I gruppen Annen høyere utdanning i februar 2003

PROFESJONER BLANT ANSATTE I HELSEDIREKTORATET (–1993) OG HELSETILSYNET (1994–) I PROSENT



REGNSKAPSRESULTAT 2001 OG 2002

Regnskap budsjettkapittel 708 Helsetilsynet og Helsetilsynet i fylkene (i 1000 kroner)

År	2001			2002		
	Tildelt	Regnskap	Avvik	Tildelt	Regnskap	Avvik
Helsetilsynet						
Utgifter	93 523	97 616	-4 093	52 871	58 740	-5 869
Inntekter	0	8 160	8 160	0	7 330	7 330
Fylkene						
Utgifter	134 179	146 662	-12 483	143 409	157 500	-14 091
Inntekter	793	17 972	17 179	800	16 485	15 685
Resultat (overskudd)		8 763			3 055	

var de største utdanningsgruppene samfunnsfag, sosialfag, bibliotekfag og IT-fag.

Per februar 2003 var 57 prosent av de ansatte kvinner. Av de spesifiserte gruppene er menn i flertall blant leger og annen høyere utdanning.

RUNDSKRIV FRA HELSETILSYNET 2002

IK-1/2002 Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse.

PUBLIKASJONSSERIEN RAPPORT FRA HELSETILSYNET

Serien ble opprettet i 2002. Utgivelsene skjer kun elektronisk ved publisering på www.helsetilsynet.no.

- 1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker
- 2/2002** Fylkeslegenes felles tilsyn ved regionsykehuse i 2001 – oppsummeringsrapport
- 3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport
- 4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – Rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet
- 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

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health
Pb 8128 Dep
0032 OSLO

Tel.: (+47) 22 24 88 88
Faks: (+47) 22 24 95 90
E-post: tilsynsmelding@helsetilsynet.dep.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse: Calmeyers gate 1

IK 2768 – 2003