

Systemrevisjon

Noen etiske refleksjoner etter et av fylkeslegens tilsynsbesøk

Av Ingrid Hauge Lundby

Tidligere ass. fylkeslege i Buskerud. Nå kommunelege i Bagn i Valdres. Hun har skrevet en oppgave ved Senter for helseadministrasjon ved UiO. Oppgaven problematiserer etiske og moralske sider ved gjennomføringen av systemrevisjon i pleie- og omsorgstjenesten i en kommune. Den gjengis i noe forkortet form i Utposten.

Møte med flere sterkt engasjerte personer under et revisjonsbesøk, løftet frem noen etiske refleksjoner som jeg ikke så lett kan kvitte meg med.

Det fikk meg til å stille spørsmål om systemrevisjon er den best egnede metode å møte pleie- og omsorgstjenesten på. Nå er systemrevisjon et fremmed begrep for mange helsearbeidere.

Denne metoden som brukes til å overvåke helse-tjenesten, er relativt ny sett i forhold til tilsynsetats tidligere besøk rundt om i kommunene.

Revisjonene følger en fastlagt prosedyre, for å sikre mest mulig ensartet gjennomføring av systemrevisjonene. Systemrevisjon er ganske enkelt en systematisk undersøkelse på om helsetjenesten er i samsvar med lover og forskrifter.

Besøket

Fylkeslegen ble ønsket velkommen til kommunen. Det lå en viss forventning i luften. Nå var det 10 år siden sist at øvrigheten var på besøk. På sykehjemmet tenkte de at de ville servere fylkeslegens team middag kl. 13.00. De andre pleide å spise da. Tidligere hadde fylkeslegen nærmest kommet innom for å høre hvordan det sto til med helsetilstanden i kommunen. Nå – hadde de mottatt varsel om systemrevisjon, og spesifikasjon på hva vi ønsket tilsendt før møtet. Vi hadde bedt om å få oversendt internkontrollpermen, organisasjonskart og annen dokumentasjon som hørte hjemme i deres internkontroll system.

Systemrevisjon var nytt og fremmed. Et meget stramt tidskema virket noe stressende, men profesjonelt. Fylkeslegen hadde mottatt det som sykehjemmet kunne fremskaffe av dokumenter til internkontrollsystemet, og de prosedyrer som var utarbeidet. Men hva var systemrevisjon?

De intervjuede personene svarte på alle spørsmål som var gitt oss fra Statens helsetilsyn. Vi ønsket å gjennomføre en «mest mulig ensartet gjennomføring av systemrevisjoner» i henhold til egne prosedyrer (1).

Spørsmål som ble stilt til de ansatte var da: Hva menes med tilsynslovens § 3 (2). Hvem hadde ansvar for internkontrollsystemene? Hva var status i dag? Hvordan ble de gamle «grunnleggende behov» dekket (3)? Hvordan var kommunens saksbehandling ved søknad om pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, både i henhold til forvaltningsloven (4) og lov om helsetjenesten i kommunene (5). Hvordan var vedtakene formulert?

Denne tenkning virket fremmed for de ansatte. Lov om statlig tilsyn var ukjent for de fleste. Tilsynslovens § 3, om plikten til å etablere internkontroll kjente bare de som satt «øverst i systemet». Kvalitetsforskriften hadde dukket opp på vaktrommet eller i stuen, dagen før fylkeslegen kom til sykehjemmet.

Alle foto er fra filmen «Dei mjuke hendene»
av Margret Olin/Speranza film

på sykehjem



Foto: Morten Krogvold

Vi spurte videre:

Hva da med de «grunnleggende behov»? Fikk de gamle nok tid og ro til å spise? Kunne de legge seg når de ville og holde sin egen døgnrytme? Hvordan var muligheten for skjermet privatliv der de bodde på dobbeltrom? Fikk de som bodde på sykehjemmet nødvendig medisinsk undersøkelse når de kom inn til hjemmet, eller minst en gang i året? Opplevde beboerne en trygg tilværelse?

I løpet av intervjurunden svarte de ansatte på disse spørsmål og enda flere. Svarene ga uttrykk for en nydelig holdning til de gamle. Sykehjemmet var de gamles hjem.

Vi fant ingen låste dører der på institusjonen. Det var ingen senil demente der, bare «eldre med spesielle behov». Der- som de gamle «med spesielle behov gikk ut», ja da hentet man dem bare inn igjen. Gikk de på riksveien eller i elven, javel så gjorde de det. Det var ikke noe spesielt vakthold rundt dem eller elektronisk brikke festet til dem. De ble oppsporet så snart de var forsvunnet.

De spiste når de ville innefor en rimelig serveringstid, la seg når det passet dem, og sto opp etter sin egen døgnrytme. Rommene hadde sitt personlige preg, betjeningen oppholdt seg sammen med pasientene, eller beboerne som de het. På flere avdelinger fantes ikke vaktrom der personalet kunne stikke seg vekk. De som var på jobb var på besøk i de gamles hjem. Tilværelsen virket forutsigbar og trygg.

Legevaktsentral

Personalet gjorde mer enn det ble krevet av dem. Ved siden av at det var mager bemanning i helgene og på nattetid, var legevaktsentralen for denne og nabokommunen lagt til det ene vaktrommet som var på sykehjemmet. Telefonen ble betjent mellom kl 16.00–09.00 av sykepleier. Det krever forskriften for AMK sentraler (7). Denne telefonen kunne bli hyppigere brukt av utenforstående enn av beboerne internt som ringte etter hjelp. Hva ringte legevaktbesøkende for?

I ferier når bemanningen er lavere enn ellers, kan denne kommunen som flere andre småkommuner, bli invadert av

«byfolk». Spesielt i ferier og helger blir de allerede overbelastede sykepleierne ringt opp av byfolk som skal ha tak i lege, fordi da har «byfolk» tid til å konsultere legen. Sykepleier på vakt ble belastet med «friske» byfolk, fremfor å kunne avhjelpe sine egne på sykehjemmet. Betjeningen strakk seg i alle retninger, fra det å stelle sine egen gamle til å gi service overfor tilfeldige tilreisende.

Min opplevelse av holdninger og personaladferd av stell av de gamle og også av omgivelsene gjorde at jeg tenkte: «Dette sykehjemmet kunne jeg gjerne sendt mine egne til om nødvendig, eller velge å bo her selv som gammel».

Slike forhold er vi ikke alene om å finne. Også andre fylkesleger finner dette: underbemanning, dobbeltrom og utslitt personalet. Vi finner sykepleiere og hjelpepleiere som ikke har tid til å sitte nedpå og som «brenner ut». De sliter kontinuerlig for å holde oppe kvaliteten på tjenestene. Hvordan kan kvalitetsforskriften være til hjelp i denne situasjonen? Hva er kvalitet?

Fylkeslegen fant her fem avvik, som er det samme som fem brudd på myndighetskrav, dvs brudd på helselovgivningen gitt i regler og forskrifter. Avvik som betegnelse virker dramatisk. Rapporten er i tillegg offentlig og legges ut på internett. Hver og en kan lese om kommunen som etter hvert summeres opp i Helsetilsynets rapport om «Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjeneste for eldre» (8). Alle i hele landet kan lese om kommunen NN som ikke følger regelverket.

Etter sluttmøtet gikk en av de overarbeidede sykepleierne ut og gråt.

Sentrale dokumenter som skal sikre trygge helsetjenester

I 1997 fikk vi «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» (3) som rettighetsfestet pasientenes «grunnleggende behov». De er feks:

- å få tilstrekkelig mat og drikke
- å oppleve trygghet



Foto: Svein Krøvel

- å vise forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
 - å få ivarettatt personlig hygiene og naturlige funksjoner
 - å få tilpasset hjelp ved på og avkleddning
 - å få mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
 - å få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Til disse og flere «grunnleggende behov» forventet vi å finne nedskrevne prosedyrer.

Forskriften bygger på Regjeringens satsning på eldre, St.melding 50 1996-97, Trygghet-respekt-kvalitet (9). Kvalitet er tidligere definert i Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i Helsetjenesten (10). Kvalitet er: «Helhet av egen-skaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov».

Kvalitetsutvikling i helsetjenesten legger til grunn «filosofien om de kontinuerlige forbedringer». Da er det viktig med brukerfokus, forankring i ledelsen og involvering av alle medarbeiderne. Videre er man opptatt av at kjeden av aktiviteter utgjør en helhet.

Kvalitetsstyringen ønsker å sette brukeren i sentrum. I Nasjonal Strategi for Kvalitetsutvikling i Helsetjenesten står det at «I Norge er brukerens krav og behov i stor grad ivarettatt gjennom kravene i lover og forskrifter».

Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten for eldre 1998, gikk ut som pressemelding fra Statens helsetilsyn den 04.05.99 (11). Her oppsummeres rapporten:

«Rettstryggleiken for eldre pasientar er svekt som følgje av at eit fleirtal av norske kommunar ikkje følgjer forvaltningslova i samband med søknad om tildeling av helsetenester. I ein tredel av kommunane får eldre pasientar ikkje ivareteke grunnleggjande behov. I 75% av dei undersøkte kommunane vart ikkje forvaltningslova følgt ved sakshandsaminga av sønad om tildeling av helsetenester.»

Prosedyrer for systemrevisjon (1) har notert et avsnitt om «Fortrolighet og etikk»:

«Systemrevisjoner gjennomføres for å se om systemer sikrer lovpålagt kvalitet, ikke for å utpeke synderbukker. Rapporten skal være en oppstilling av avvik og merknader som går på sak og ikke på personer eller hvem som har sagt hva. Mottatte opplysninger

skal så langt det er mulig behandles med fortrolighet i forhold til kilden.»

Ut over disse kommentarene er det ikke gitt flere etiske refleksjoner til systemrevisjon som metode.

Etiske refleksjoner over tilsynsordningen

Som innledning til noen etiske refleksjoner, er det behov for å definere begrepene moral og etikk. Definisjonene er her hentet fra Svein Aage Christoffersen (12):

«Etikk dreier seg om de regler og kjennetegn vi bruker i de moralske vurderingene. Den kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi tenker. I etikken tar vi stilling til om de reglene og kjennetegnene vi bruker er riktige eller gale. Det er grunnlaget for de moralske vurderingene vi interesserer oss for. Vi spør hvorfor noe er riktig eller galt, og om de reglene vi har kan begrunnes»

«Moral kommer først og fremst til uttrykk gjennom det vi gjør. Sier vi at en handling er moralsk forsvarlig, betyr det at den stemmer med det vi mener er rett og riktig. Vi har bestemte regler eller kjennetegn for det som er rett, og vurderer handlingene ut fra disse. Når vi gjør en moralsk vurdering, spør vi om noe er riktig eller galt.»

Hva var grunnen til at en sykepleier gikk gråtende ut fra «sluttmøtet»? Pleiepersonalet gjorde alle ting «riktig» over for de gamle, men de kunne ikke dokumentere det.

Systemrevisjon er en metode som retter oppmerksomheten mot systemets rammer og vilkår, og vil ansvarliggjøre de som har reell myndighet og ansvar for virksomheten. Men metoden utøves på institusjonsplan med personintervju overfor ansatte som ofte kan ha lang avstand til de som har det reelle ansvaret. Derfor kan det være naturlig å problematisere anvendelsen av systemrevisjon til fire nivå:

De ansatte

Hva gjør revisjonsmetodikken med de ansatte, deres arbeidsglede, stolthet og arbeidsmoral?

Har «staten» noen form for empati med de utslitte ansatte?

Beboerne

Vil systemrevisjon føre til tryggere helsetjenester for beboerne?

Systemet

Hvilken etisk refleksjon ligger bak bruken av systemrevisjon?

Er de pedagogiske metodene for slik revisjon gode nok?

Samfunnet

Hva har sviktet i helsetjenesten, når vi får detaljerte krav fra staten om det som skulle være «alles rett»?

Hvilket samfunn har vi fått som nødvendiggjør en kvalitetsforskrift?

Hvem har egentlig bruk for kvalitetsforskriften?

Som revisorer er vi både jurister og helsepersonell som iakttar institusjonen ut fra lover og forskrifter gitt i helselovgivningen. Vi vurderer hvordan vi mener institusjonen/kommunen oppfyller myndighetskravene. Men vi ser mye mer. Alt det positive som skjer ved virksomheten gir prosedyren per i dag ikke særlig grunnlag for å rapportere. Vi prøver derimot å samle det opp i hovedkonklusjonen.

Hva de tenkte den gangen metoden ble vurdert introdusert i helsevesenet, er ikke godt å vite. Etter min mening burde det vært gitt rom for like mye positiv omtale som der gis plass for avvik og anmerkninger. Vår «dom» bør i rettferdighetens navn ta like mye hensyn til flere sider av virksomheten.

Dette gir assosiasjoner til tre setninger fra 11 bud for foreldre med små barn:

- «Hvis et barn lever med oppmuntring, lærer det tillit.
- Hvis et barn lever med lovord, lærer det å verdsette.
- Hvis et barn lever med kritikk, lærer det å fordømme»

Vi er avhengig av et helsevesen som skaper tillit og respekt. Den pedagogiske metode i systemrevisjonen skulle hatt rom for en langt større grad av dialog enn det er gitt mulighet for i dag. Sluttet møtet har noen få slike komponenter i seg, men disse er for svake til å gi møtet en reell dialog.

Betegnelsen «sykehjem»

Ordet er sammensatt av «syke» og «hjem». Et hjem er pr definisjon det mest private sted en person kan ha. Her råder individet, ingen kan trenge seg inn på området uten aksept fra eieren selv.

Ved opphold i sykehjem er personen umiddelbart trukket inn under en maktkonstellasjon der andre bestemmer. Sykehjem kan sees på som en kombinasjon av makt og avmakt. For å komme inn «på hjemmet» fattes det vedtak etter forvaltningsloven og helseloven. Mer enn noe sted kan sykehjemmet bli et sted for opplevd avmakt hos beboeren. Gudmund Hernes som var maktutreder og helseminister, definerte makt som: «kontroll over andres interesser». Han så kanskje nødvendigheten av å rettighetsfeste «grunnleggende behov» for de som oppholdt seg på sykehjem? Men blir det riktigere å vedta en kvalitetsforskrift, og å gjøre navneending på sykehjemmet til «Bo og behandlingssenter», fremfor å la være og forskriftsfeste de pleie- og omsorgstrengendes behov?

Når Nasjonal strategi bygger på filosofien om å sette brukeren i sentrum, ligger det noe uforløst i forholdet mellom

individ og samfunn når staten skal opptre som «garantist» for beboernes mest private liv. Dette erfarer vi ved at vi som tilsynsmyndighet prøver å sikre de pleietrengendes behov, ved å rapportere manglende prosedyrer og rutiner knyttet til driften.

Når det dreier seg om at vi vil kvalitetssikre «menneskelige behov», stilles det spørsmål om dette kan lykkes ved systemrevisjon da helsetjenesten til syvende og sist er avhengig av den enkelte utøvers holdninger, verdier og moral.

Da blir det igjen et spørsmål om denne metodikk er egnet til å vurdere kvaliteten av helsetjenesten til eldre. Kan både problemene og kvaliteten ligge helt andre steder enn der systemrevisjonen retter søkelyset?

Fra disse generelle betraktninger vil jeg stoppe opp ved fire konkrete forhold og belyse noen etiske problem ved systemrevisjon sett i forhold til de ansatte, beboerne, systemet og samfunnet.

De ansatte

Hva gjør revisjonsmetodikken med de ansatte, deres arbeidsglede, arbeidstolthet og arbeidsmoral?

Ved å anvende systemrevisjon som metode, uten å kreve at de som er politisk ansvarlige for systemet er tilstede under revisjonen, kan det føre til at de som har det egentlige ansvaret går fri. Personalet som står midt oppe i arbeidet og føler en forpliktelse til å ta ansvar, kan komme til å kjenne kritikken på en måte som «knekker dem».

Systemtilsynet kan bli en metode som «retter baker for smed». Det vil alltid være noen personer som burde kjenne seg forpliktet på å ta ansvar for at de eldre skal kjenne seg som «hjemme». Slike personer finnes gjerne i ledelsen som pleie-, omsorg- eller avdelingsledere. Deres funksjon i kommunen begrenses av at politikerne ikke bevilger tilstrekkelige midler eller av andre grunner ikke dekker opp for de reelle behov driften av institusjonen representerer. Det som er et systemproblem overføres på pleiepersonalet, som opplever det moralske ansvaret som et personlig anliggende. Den ansatte går inn i oppgavene med stort engasjement, følelser og mot, og gir av sine krefter inntil han/hun «brenner ut».

Foto:
Svein Krøvel



Hva kan tilsynsmyndighetene si til en slik adferd? Så lenge tilsynet velger å være mest tro mot myndighetskrav og regelverket, distanserer vi oss fra den altruistiske omsorgsrollen som det samme tilsynet ønsker skal bli praktisert overfor beboerne på sykehjemmet.

«De gjorde alt som var rett». Hvem var det da vi ansvarliggjorde ved vårt nærvær? Kommunen ved politikerne, rådmannen som kom til sluttet, eller de ansatte som bar de reelle byrdene i omsorgen?

I det «ytterste ledd» i eldreomsorgen fant vi en hel stab som var gjennomsyret av følelsesmessig sensitivitet for andre mennesker. Og så kommer vi med vårt regelverk som den ansatte selvsagt ikke har mye til overs for. Det gir bare merarbeid i en situasjon de behersker.

Jeg tolket sykepleierens reaksjoner dithen, at da hun gikk ut og gråt, var det fordi hennes lojalitet var forankret i omsorgsetikken. Det er en etikk som setter det enkelte menneske i sentrum for oppmerksomheten. Den lot seg ikke forene med den rettighetstenkningen som vi kom for å se etter.

«En helsetjeneste der rettigheter får en stor plass, vil kunne gi enda et trumfkort i hendene på dem som trenger det minst» skriver legeforeningen i sitt svar til verdikommisjonen (15). Tilsynsbesøket ga meg en beklemmende opplevelse av at det var fylkeslegen som ble sittende igjen med trumfkortet – 5 avvik. Men hva skulle vi med det?

Det er ikke underlig at sykepleieren gikk ut og gråt, kanskje det var det mest naturlige som kunne skje i et møte mellom to kulturer med helt forskjellige etiske rammer som ikke ble gjort tydelig for noen av partene.

Beboerne

Vil systemrevisjon føre til tryggere helsetjenester for beboerne? Det sier ikke fylkeslegens rapport noe om. Fylkeslegene har krevd forholdene endret innen en viss tid.

Kvalitetsstyring ønsker å sette brukeren i sentrum. Samtidig er brukerens krav og behov i stor grad ivare tatt gjennom kravene som er gitt i lover og forskrifter. På den måten har storsamfunnet uttrykt individets behov. Vi kan ha for-

ståelse for at lover og forskrifter er en samlet erfaring fra det virkelige liv. Men det virker underlig det Nasjonal Strategi sier, at «brukernes behov er uttrykt i våre forskrifter». Det er brukeren som «vet hvor skoen trykker». Kvalitetsforskriften rettighetsfester grunnleggende behov, og representerer ved det en type filosofi der individet skal underkaste seg fellesskapets forståelse av «grunnleggende behov». Det gir grunn til å spørre hvem som egentlig har behov for en kvalitetsforskrift?

Hvorfor måtte det to ministre til for å undertegne denne forskriften. Både daværende helseminister Gudmund Hernes og daværende sosialminister Hill-Marta Solberg undertegnet kvalitetsforskriften. Det er ikke så ofte vi ser at to ministre gjør det i samme dokument.

La oss gå tilbake til sykehjemmet. De ansatte forsto hvilket fellesskap de skapte sammen med beboerne. De viste beboerne en solidaritet som vi ikke finner så ofte i dagens samfunn. De hadde en fellesforståelse av hva som var «grunnleggende behov», og derfor hadde de ikke nedskrevet dette i noen prosedyrer. Hva så den dag de fleste av disse kulturbærerne ikke møter på jobb? Hvem ville da være bærer av solidaritetstanken?

Da vil jeg stille spørsmålet tilbake? Er det slik at frykten for å miste et gode har skapt troen på at nedfelte prosedyrer skal redde dydene?

Systemet

Gir bedre systemer nødvendigvis bedre tjenester? Hvilken etisk refleksjon ligger bak bruken av systemrevisjon? Hvem har egentlig bruk for kvalitetsforskriften?

Det kan synes som om den etiske refleksjon er spinkel i hvert fall i forhold til den rolle systemrevisjon som metode har fått i tilsynet av pleie og omsorgstjenestene. Representerer metoden en umoralsk tilnærming til problemene, ved det at de reelt ansvarlige ikke møter til revisjonene? Er metoden moralsk problematisk?

Det må være grunnlag for å stille slike spørsmål, når det ikke står noe sted i prosedyren om at de systemansvarlige (politikere) skal møte frem til revisjonen. Oftest er det representanter for administrasjonen som møter. Men det er personalet som tar ansvaret.

Samfunnet

Hvilket samfunn har vi fått som nødvendiggjør en kvalitetsforskrift?

Hva har sviktet i helsetjenesten, når vi fra staten får detaljerte krav om det som skulle være «alles rett»?

Foto:
Svein Krøvel



Inge Lønning problematiserer rettigheter og forventninger i artikkelen «Individets rettigheter – samfunnets plikter i Omsorg nr 3/1994 (16). Han sier:

«Antallet innvilgede rettigheter blir simpelthen så stort at en glemmer den elementære erfaringssannhet at det til enhver rettighet hører en plikt, og at rettigheten er innholdstom inntil det er definert hvem som har plikt til å innfri den – når, hvor, under hvilke omstendigheter og til hvilken pris.»

Systemrevisjonen kan komme i den situasjon at når vi som tilsynsmyndighet bare ønsker å plassere ansvaret, blir vi en del av de politiske frustrasjoner over ikke innfridde forventninger. Hvis vi ikke melder tilbake til oppdragsgiverne våre om både etiske, økonomiske og politiske inkonsekvenser ved rettighetssamfunnet, kan vi selv bli en del av disse.

Tilsynsetaten skal ikke opptre politisk. Samtidig er det slik at det er de politiske vedtatte styringsredskapene vi hele tiden bruker, som lovpålagte oppgaver, ol. Hvis de forventningene som skapes til helsetjenesten skal kunne innfris, må forventningene være realistiske. Når det gjelder profesjonelt baserte helsetjenester, vil det si at det må finnes nødvendig kompetanse, og den nødvendige kapasitet til å innfri dem. Hvis ikke må en enten sanere rettighetene, eller ruste opp tjenesten. Når det gjelder de eldre og pleietrengende, så er det siste alternativet Regjeringen har valgt å satse på. Det er bevilget over 20 milliarder til eldreomsorgen i en 4-5 årsperiode. Dette bevilges via Handlingsplan for eldreomsorgen og følges opp av fylkeslege og fylkesmann.

Hvem har så behov for kvalitetsforskriften? Hva er det ved vårt felles verdigrunnlag som gjør at vi nedtegner «grunnleggende behov» i en forskrift?

Er det kommunenadministrasjonen, er det utdanningsinstitusjonene, er det vårt politiske liv som vil «forsikre seg» at vi har en slik moralsk opprustning av stell av de gamle?

På det sykehjemmet vi var, var det i utgangspunktet ikke behov for noen kvalitetsforskrift. Den lå «i veggene» som en del av kulturen.

Som tidligere fengselslege i flere år er det min erfaring at: Slik som vi behandler våre gamle og fanger, vil det være den beste indikator på våre humane verdier.

Konklusjon

Systemrevisjon er en metode som systematisk undersøker om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav som er fastsatt i lov eller forskrift. Det er plikten som er vesentlig å understreke ved en slik revisjon. Plikten til å

handle, melde, og følge opp konsekvensene. Kvalitetsforskriften har mye av «plikten» i seg. Den kan derfor bli meningsløs for mange da den kan ta gleden og motet fra folk som arbeider i «siste ledd». Arbeidet med denne kan også bli innholdsløst hvis tilsynet ensopret fastholder at du skal gjøre din plikt, og ikke hva du skal gjøre eller hvordan du kan vite hva som er din plikt. Nasjonal strategi som understreker plikten den enkelte har til å skaffe seg kunnskap om krav til tjenestestedet en er ansatt ved, er et dokument som ikke er godt nok kjent blant helsepersonell.

Ved tilsynsbesøk, møter vi ofte personene som utgjør «siste ledd i kjeden». Ingen kjeder er sterkere enn det svakeste ledd. Men når det ytterste ledd er mer opptatt av omsorgsetikk og dyder, enn pliktetikk da kan det være grunnlag for tilsynet å revidere sin pedagogikk for systemrevisjon av pleie og omsorgstjenesten.

Vi reviderer systemene, men snakker med personalet som primært er opptatt av relasjoner. Da blir det et spørsmål om vi som tilsynsetat opptrer umoralsk med vår metode overfor dette fagfeltet?

Haslum 31.05.99.

Litteratur

- 1) Statens helsetilsyn, saksnummer: 99/4, Tilsyn utført som systemrevisjon – prosedyre,
- 2) Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30.03.1984, nr. 15.
- 3) Sosial og helsedepartementet, Oslo mars 1997, Kvalitet i pleie – og omsorgstjenesten, I-13/97
- 4) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10.02.1967
- 5) Lov om helsetjenesten i kommunene (khl), 19.11.1982, Nr.66
- 7) AMK forskriften
- 8) Statens helsetilsyn 26.04.99; «Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjeneste for eldre.»
- 9) St meld nr 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen, Trygghet- respekt-kvalitet, Sosial og helsedepartementet.
- 10) Statens helsetilsyn, Nasjonal Strategi for Kvalitetsutvikling i Helsetjenesten, IK-2535.
- 11) Statens helsetilsyn 10/99 HIV 4.mai 1999, Pressemelding Store manglar i helsetenesta for eldre.
- 12) Svein Aage Christoffersen, Handling, Person, Samfunn, Tano Aschehoug, Oslo 1997.
- 14) Referansene er:
Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, (5)
Forvaltningsloven, (4)
Lov om Offentlighet i forvaltningen 19.06.1970, nr 69.
NS-ISO 8402, NS-ISO 10011-1, Samordning av myndighetenes tilsyn – internkontroll (P-0833) og helselovgivningen.
- 15) Legeforeningens svar til Verdikommisjonen, Tidssk Nor Lægefor. nr 8. 1999; 119,128-23.
- 16) Inge Lønning, «Individets rettigheter – samfunnets plikter, Omsorg nr 3/1994 s 5-15.