

Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern

Psykisk helsevern er regulert gjennom lovbestemmelser med omfattende konsekvenser for tilrettelegging av tjenestene. Både de enkelte tjenesteutøvere og ledelsen for institusjonene har ansvar for at virksomheten er faglig forsvarlig.

TEKST

John Agnar Johansen

Kristin Cordt-Hansen

PUBLISERT 1. juli 2006

Vi har tidligere beskrevet hvordan Statens helsetilsyn behandler brudd på de krav og plikter som ifølge helselovgivningen er pålagt helsepersonell (Cordt-Hansen & Johansen, 2004), og drøftet privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). Denne gang skal vi forsøke å konkretisere hvilke krav som ut fra helselovgivningen stilles til psykisk helsevern, og i hovedsak også tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

«Utgangspunktet for å innføre bruk av individuell plan er erkjennelse av at tjenestetilbudet i for stor grad er preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukeren selv»

Krav til faglig forsvarlig praksis

Et grunnleggende krav til helsepersonell er at hjelpen skal holde en viss faglig standard. I lovgivningen er dette operasjonalisert gjennom kravet om faglig forsvarlighet. Kravet er uttrykt i helsepersonelloven § 4:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.»

Tilsvarende krav gjelder overfor helsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten framkommer dette i lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2 – Plikt til forsvarlighet: «Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.»

For primærhelsetjenesten følger forsvarlighetskravet av kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

Kravet om faglig forsvarlighet omhandler all faglig virksomhet, både enkelttiltak og lengre behandlingsforløp. Helsetilsynets vurderinger i tilsynssaker tar utgangspunkt i hva som i fagfeltet anses å være god praksis på basis av relevante kunnskaper og de konkrete omstendighetene. God praksis kan være konkretisert i form av faglige instruksjoner utarbeidet av tjenestestedet, faglige retningslinjer fra myndigheter og/eller forskningsrapporter fra fagmiljøer. Uforsvarlig virksomhet kan defineres som praksis som klart avviker fra en god handlemåte, dvs. avvik fra det som kan forventes i det aktuelle tilfellet ut fra systematiserte erfaringer og vitenskapelige forskningsresultater. Eksempler på uforsvarlig virksomhet kan være manglende eller mangelfull kartlegging, manglende diagnose, manglende farlighets- eller suicidvurderinger, unnlate å handle på bakgrunn av foreliggende informasjon, unødvendige eller skadelige undersøkelser eller manglende viderehenvisning til relevant spesialist.

Ikke ethvert avvik fra god praksis er å anse som uforsvarlig virksomhet. Retningslinjer tar vanligvis utgangspunkt i optimal eller god standard. Brudd på slike retningslinjer vil ikke automatisk bli ansett som uforsvarlig. Virksomhet som i utgangspunktet representerer brudd på faglige standarder, kan, dersom avviket ikke er så stort at det setter sikkerheten til pasienten i fare, bli vurdert til ikke å være faglig uforsvarlige.

På bakgrunn av helselovgivningen må det forutsettes at pasientens behandlingsbehov blir *kartlagt* (undersøkelse/ utredning), at det stilles en *diagnose*, og at det utarbeides en *individuell plan* og *behandlingsplan*. All undersøkelse og behandling skal i henhold til journalforskriften *dokumenteres*. Det skal være samsvar mellom pasientens problem og de valgte behandlingsmetodene. Behandlingen skal være basert på *allment aksepterte metoder*. Dette innebærer at behandlingsmetodenes relevans og effekt skal være underlagt vitenskapelig etterprøving, og at behandleren skal ha gjennomgått *systematisk opplæring* i bruk av metoden.

Ved iverksetting av frivillig psykisk helsevern er det forutsatt at pasienten *informeres* om resultatet av undersøkelser og om alternative behandlingsopplegg, og at pasienten *samtykker* til det valgte behandlingalternativet.

Virksomheten i psykisk helsevern

Grunnstrukturen i behandlingsevne i psykisk helsevern er fremstilt i Tabell 1.

Tabell 1. Grunnstrukturen i behandlingsvirksomheten i psykisk helsevern.

- Henvisning fra lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten til behandling i psykisk helsevern.
- Rettighetsavklaring (vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, fristfastsettelse, hjemling av behandlingen, eventuelt tvangsvedtak)
- Undersøkelser (strukturerte samtaler, testing, diagnose, symptombeskrivelser)
- Informasjons- og planleggingssamtaler (brukermedvirkning; utarbeiding av behandlingsmål, samtykke til behandling, evaluering av behandling)
- Psykoterapeutisk behandling (individ, gruppe, par, familie)
- Medikamentell behandling
- Miljøterapi (institusjonsinnleggelse, dagsentre)
- Ambulant behandling (i pasientens daglig-/hjemmemiljø)
- Annen behandling (arbeidsterapi, fysikalsk behandling, fysisk aktivitet)
- Pasientadministrative systemer (journalføring, rapporter, epikriser, MBD – Minste Basis Datasett, BUP-Data)

Alle ledd i behandlingsvirksomheten innen psykisk helsevern skal gjennomføres i samsvar med helselovgivningen og dermed ivareta krav om faglig forsvarlighet. I denne sammenheng vises det til plikten til å opprette internkontrollsystem, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4. Formålet med internkontrollforskriften er å bidra til at lovgivningens krav til faglig forsvarlige tjenester oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid ved tjenestestedene. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve kravene som er fastsatt i helselovgivningen

Pasienten skal motta både medikamentell og psykoterapeutisk behandling når det er dokumentasjon på at hun/han kan ha nytte av kombinasjonsbehandling. Både den medikamentelle og den psykoterapeutiske behandlingen skal være basert på diagnose og symptombeskrivelse som har blitt utarbeidet på bakgrunn av individuell undersøkelse.

Distriktpspsykiatrisk senter (DPS) skal være det sentrale behandlende og koordinerende ledd i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern (Statens helsetilsyn, 2001a). Som spesialisthelsetjeneste er det forutsatt at behandlingen gjennomføres på spesialistnivå. DPS gjennomfører enten behandlingen selv eller henviser pasienten til annen behandling. DPS følger opp pasienten etter at behandlingen er gjennomført ved andre behandlingsinstanser. For noen pasienter er det av avgjørende betydning at det er tilrettelagt kommunale tjenester etter utskrivning fra døgninstitusjon. Utarbeiding av behandlingsplan og individuell plan står sentralt i dette arbeidet. Utarbeiding av individuell plan skjer i samarbeid mellom involverte kommunale og statlige instanser. Helhetlige og samordnede tjenester er avgjørende for at pasienten får nødvendig

behandling og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienten får nødvendig oppfølging etter utskrivning. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et rundskriv som omhandler utskrivning fra døgninstitusjoner i psykisk helsevern (Rundskriv IS-17/2004). Rundskrivet inneholder en sjekklister bestående av spørsmål som skal vurderes før pasienten skrives ut.

Informasjon og brukermedvirkning

Behandleren skal gi pasienten informasjon om brukerrettigheter, klageadgang, individuell plan, taushetsplikt og journalføringsplikt. I privatpraksis skal det dessuten informeres om det økonomiske grunnlaget for praksisen. Dette innbefatter informasjon om driftsavtale og refusjonsavtale, egenandeler og frikort. Dersom praksisen drives uten driftsavtale, skal det så langt det er mulig informeres om de økonomiske konsekvensene for pasienten ved å gjennomføre et behandlingsforløp.

I lov om pasientrettigheter § 3-1 heter det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har rett til å medvirke ved valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. I § 3-2 heter det at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. I § 3-3 heter det at pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det.

Pasientrettighetsloven har også bestemmelser om at pasienten skal samtykke til den helsehjelp som gjennomføres (§§ 4-1 og 4-2). Samtykket skal være basert på at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det må anses sannsynliggjort at pasienten godtar helsehjelpen.

Behandleren er til enhver tid ansvarlig for behandlingen. Behandleren skal ikke la seg lede av pasientens ønsker, uten å foreta en vurdering av behandlingens forsvarlighet. Dersom pasienten har ønske om en behandling som ikke har dokumentert effekt, skal det journalføres at behandleren har informert pasienten om dette.

Et sentralt spørsmål er hvem som skal definere hva som er behandlingsbehovet: pasienten selv, pårørende eller behandleren. (I helsepolitisk forstand er det politikerne og helseadministrasjonen som stiller de nødvendige materielle ressurser til disposisjon for etablering og gjennomføring av ulike tjenesteområder.) Det kan være uenighet mellom pasienten, pårørende og behandlere om definisjonen av behandlingsbehov. For eksempel kan alvorlig psykisk syke på grunn av manglende sykdomsinnsikt, selv oppleve at de ikke har behov for hjelp. I vurderingen av behov bør det vektlegges både hva pasienter selv og pårørende melder som behov, samt hva behandlerne og helsetjenesten vurderer som behov. Det kan bli konflikt hvis det er stor forskjell på hva pasienten selv *ønsker*, og hva behandleren(e) mener pasienten *trenger* å gjøre noe med. Dette er problemstillinger som vil bli tydelig i løpet av en behandling. Slik uenighet kan

bidra til pasientens bevisstgjøring om sin egen situasjon og hvordan han/hun nyttiggjør seg behandlingen. Det skal journalføres hvilke overveielser som har vært gjort i forbindelse med gjennomføring av behandlingen.

I forhold til samarbeidet med pårørende kan det for behandlere være nyttig å ta utgangspunkt i at de pårørende på grunn av pasientens langvarige eller akutte sykdom, selv befinner seg i en krise. Kommunikasjonen med de pårørende må i slike tilfeller tilrettelegges ut fra dette, slik at de pårørende blir møtt på en forsvarlig måte.

Individuell plan og behandlingsplan

I pasientrettighetsloven § 2-5 heter det:

«Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.»

I psykisk helsevernloven § 4-1 heter det:

«Når en pasient er under psykisk helsevern, skal institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungent psykisk helsevern, skal det søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen.

Den individuelle planen skal kartlegge behovet for psykisk helsevern, angi hva som er målet med vernet samt hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle og omfanget av disse.

Den individuelle planen skal beskrive gjennomføringen av vernet og det nødvendige samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester.»

Utgangspunktet for å innføre bruk av individuell plan er erkjennelse av at tjenestetilbudet i for stor grad er preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukeren selv. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har, og gi mulighet for reell innflytelse i hvordan behovene skal dekkes. Personen som planen skal utarbeides for, må ha en sentral rolle i planarbeidet, slik at vedkommende opplever at det er hans/hennes plan. Det forutsettes en prosess som sikrer at den person som har rett til en individuell plan, får all aktuell informasjon. Planen skal være et resultat av et forpliktende samarbeid mellom den det utarbeides en plan for, en koordinator og de instanser som leverer tjenester.

I forskrift om individuell plan § 5 heter det at individuell plan ikke skal utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke. Uavhengig av dette skal det utarbeides individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Dersom samtykke ikke

foreligger, skal det likevel søkes å oppnå et samarbeid med pasienten om planleggingen.

I psykisk helsevern er det dessuten behov for mer konkretiserte *behandlingsplaner* som beskriver gjennomføring av behandlingen for den enkelte pasient ved det enkelte tjenestested. Utarbeiding av behandlingsplanen er å forstå som en del av forsvarlighetskravet i spesialisthelseloven og helsepersonelloven, og kan utarbeides uavhengig av pasientens samtykke.

Kunnskapsbasert praksis

I St.meld. nr. 25 ble det gitt klare politiske signaler om at fagmiljøene i større grad må bygge på behandlingsformer som har dokumentert virkning. Dette er i tråd med internasjonal utvikling av kunnskapsbasert praksis. En skal ta i bruk de behandlingsmetoder som en til enhver tid har best kunnskap om virker. I psykisk helsevern har det i de siste årene pågått en diskusjon om kunnskapsbasert («evidensbasert») praksis. Erfaringsbasert praksis settes ofte opp som en motsetning til en teoribasert praksis. Det har eksistert to separate forskningstradisjoner (Bickman, 1999). «Effekt»-forskningen har vært gjennomført i form av kontrollerte studier med avgrensede målsettinger, mens «effektivitet»-forskningen har vært gjennomført i kliniske sammenhenger med uselekterte pasientgrupper. Begge disse forskningstradisjonene har bidratt med verdifull utprøving av nye behandlingsmetoder, og etterprøving og sammenligning av ulike behandlingstilnærminger. Kunnskap om behandlingseffekt fra behandlingsforskning er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne bedømme hvilken behandling som er best for den enkelte pasient. I hvilken grad generell forskningsbasert kunnskap er relevant for den enkelte pasient, er i betydelig grad avhengig av klinisk skjønn. Det må tas hensyn til det generelle og individuelle ved hver enkelt pasient. I tillegg må pasientens ønsker om behandlingsform trekkes inn. Kunnskap om hvorvidt en behandlingsform har dokumentert virkning, må hentes fra eksisterende behandlingsforskning (Statens helsetilsyn, 2001c). I vurderingen av om praksis er faglig forsvarlig, tar en i tilsynssammenheng utgangspunkt i faglige veiledninger utarbeidet av offentlige myndigheter eller representative kompetansemiljøer, og i de faglige metoder det drives systematisk undervisning i ved universiteter, høyskoler og videreutdanningsinstanser. I vurdering av enkeltsaker har tilsynet som etablert praksis å innhente sakkyndig vurdering dersom tilsynet ikke selv besitter den relevante spesialistkompetansen.

Behandlingsforskning foregår både med kvantitative og kvalitative metoder. Kunnskap om virksomme behandlingsmetoder og dokumentasjon om dette forutsetter at helsepersonell til enhver tid holder seg oppdatert om utviklingen innenfor deres aktuelle fagfelt. Internasjonale databaser over litteratur er det flere av, og alle fag- og profesjonsområder har internasjonale tidsskrifter med enkeltstudier og oversiktsartikler. En økende andel av disse er det mulig å hente ned i fulltekst via søk i MEDLINE og PsycINFO.

I sin redegjørelse til Stortinget 11.05.05 om situasjonen innen psykisk helsevernområdet uttalte daværende statsråd Ansgar Gabrielsen at han så det som «avgjørende for å lykkes med forbedringer i behandlingen av psykisk syke at fagligheten i tjenesten styrkes, og at betydningen av ledelse vektlegges. Det er derfor viktig å sørge for både riktig arbeidsdeling mellom nivåene og sette et kraftigere fokus på faglig kvalitet. Det er i dag altfor store variasjoner på kvaliteten på arbeidet i DPS-ene. Det er derfor under ferdigstilling en rekke faglige retningslinjer som skal understøtte det faglige innholdet i behandlingene. Slike normer må ha god forankring i de kliniske miljøene og stiller krav til ledelse.»

Valg av behandlingsform kan altså ikke ensidig overlates til den enkelte behandler. Valg av behandlingsform og gjennomføringen av behandlingen må også være basert på tilrettelegging av tjenestetilbudet og på lederavgjørelser (Statens helsetilsyn, 2001b). I denne prosessen står den enkelte medarbeiders reelle kompetanse sentralt. Pasientenes behandling må være basert på kartlegging av behandlingsbehovet, og behandlerne må representere spesifikk kompetanse sett i forhold til behandlingsbehovet. Det er lederens oppgave å sørge for at det er samsvar mellom de behandlingsbehovene pasientene har, og de behandlingstjenester som ytes ved tjenestestedet.

Dokumentasjon av behandlingen

Journalføringsplikten er begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen, og til etterprøvbarhet av den helsehjelp som er gitt.

Journalopplysningene er viktige for å sikre pasienter forsvarlig behandling ved å gi oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort. Journalen skal bidra til å dokumentere at helsepersonellet har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet. Kravene til form og innhold i pasientjournalen framgår av journalforskriften. Pasientjournalen skal som minimum inneholde kartlegging av pasientens problemer og situasjon, testresultater, prøvetaking, vurderinger av pasientens psykiske helse, pasientens problemer og ressurser, behandlingsplan og vurderinger av hva slags problemer som pasienten har samtykket til å arbeide med i terapien (journalforskriften § 8). Journalen skal føres slik at den kan fungere som kommunikasjon med annet helsepersonell, f.eks. samarbeidende eller etterfølgende behandlere. Pasientrettighetsloven § 5-1 gir pasienter rett til innsyn i sin egen journal (jf. helsepersonelloven § 41). Journalen må føres i en form som gjør den tilgjengelig for samarbeidende helsepersonell. I forbindelse med avslutning av behandlingen er det en del av journalføringsplikten å oversende epikrise til henvisende instans.

«Det kan være nødvendig med en revurdering av at en medarbeider selv skal velge hvilke kurs vedkommende skal gå på»

I vurderingen av faglig forsvarlighet står journalføringen sentralt. I saker der det er klager på behandlingen, finner Helsetilsynet ofte manglende journalføring. Ved avdelinger der team- eller personalmøter utgjør viktige fora for planlegging og evaluering av behandlingen, er det viktig at beslutningene fra denne typen møter blir dokumentert.

I tillegg til journalføring har tjenesteområdene etablert pasientadministrative datasystemer som MBD («minste basis datasett») og BUP-Data. Registrering av behandlingen i MBD/DIPS eller BUP-Data er nødvendig for at de regionale helseforetakene og helsemyndigheter skal kunne evaluere og tilrettelegge tjenesteområdet.

Forbedringsvirksomhet og Kompetanseoppbygging

I internkontrollforskriften heter det at de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og gjør bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 pålegges alle helseinstitusjoner å ha et kvalitetsutvalg som skal stimulere til forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid. Kvalitetsarbeidet skal ikke bare rettes mot avvik, men må ta sikte på å forebygge avvik og å heve det generelle kvalitetsnivået. I det landsomfattende tilsynet som Statens helsetilsyn gjennomførte overfor psykisk helsevern 2004, ble det avdekket manglende systemer for erfaringsbasert kvalitetsforbedring.

For å sikre at de ulike ledd i behandlingsskjeden har den bredde i kompetanse som kreves for å løse pålagte oppgaver, er det behov for styring av kompetanseutviklingen. Det kan være nødvendig med en revurdering av den praksis som tilsier at en medarbeider selv skal velge hvilke kurs/utdanningstilbud vedkommende skal gå på. Kompetanseutviklingen vil bli mer oppgavestyrte, noe som innebærer at virksomhetsledere må sørge for at virksomheten som helhet har tilgang til den kompetanse som virksomhetens oppgaver krever. Det kan medføre at medarbeidere i større grad kan bli pålagt å skaffe seg en bestemt kompetanse, eller at ledelsen må avslå å dekke utgifter og gi permisjoner til utdanningstilbud fordi de ikke vurderes som relevante for behandlingssenheten. Ved ansettelse kan det bli aktuelt å etterspørre spesifikk kompetanse i tillegg til å etterspørre en spesiell profesjon (Statens helsetilsyn, 2001c).

I den daglige praksis vil det forekomme at den enkelte behandler og tjenestestedet ikke har spesifikk kompetanse i forhold til bestemte problemer. Det er da nødvendig å innhente nødvendig opplæring og veiledning. Retten til fritt sykehusvalg gir også pasienten mulighet til å søke behandling ved tjenestesteder som innehar spesifikk behandlingskompetanse.

Kristin Cordt-Hansen

Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1

Pb 8128 Dep.

0032 Oslo

E-post kch@helstilsynet.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 7, 2006, side 714-718

TEKST

John Agnar Johansen, Statens helsetilsyn

Kristin Cordt-Hansen

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54, 965-978.

Cordt-Hansen, K., & Johansen, J. A. (2004). Tilsynssaker mot helsepersonell. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 574-575.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Johansen, J. A., & Cordt-Hansen, K. (2006). Privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 347-352.

Sosial- og helsedepartementet (2000). Forskrift om pasientjournal.

Sosial- og helsedepartementet (2000). Lov om pasientrettigheter.

Sosial- og helsedepartementet (2001). Lov om helsepersonell m.v.

Sosial- og helsedepartementet (2001). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern. Rundskriv IS-17/2004.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan. Veileder IS-1253.

Statens helsetilsyn (2001a). Distriktpsikiatriske sentre - organisering og arbeidsområder. Veiledningsserie, 1 - 2001.

Statens helsetilsyn (2001b). Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Utredningsserie, 2 - 2001.

Statens helsetilsyn (2001c). Kompetansebehov innen psykisk helsevern. Utredningsserie, 4 - 2001.