

# Årsrapport 2017 fra Statens helsetilsyn

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Årsrapport 2017 fra Statens helsetilsyn  
Utarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2018.

Årsrapporten finnes tilgjengelig elektronisk på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

ISBN 978-82-93595-10-6  
Årsrapport 2017 fra Statens helsetilsyn, elektronisk 2018

Design: Gazette  
Elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn  
Postboks 231 Skøyen, 0213 OSLO  
Telefon: 21 52 99 00  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhold

<b>I. Leders beretning 2017</b>	
– «Vårt tilsyn – din trygghet» .....	<b>7</b>
<b>II. Introduksjon til virksomheten og hovedtall .....</b>	<b>10</b>
Statens helsetilsyn og samfunnsoppdraget.....	10
Statens helsetilsyns rolle og overordnede mål .....	11
Organisasjonen.....	12
Hovedtall .....	13
<b>III. Årets aktiviteter og resultater.....</b>	<b>15</b>
Strategisk plan .....	17
Tilsynsskolen.....	17
Brukerinvolvering i tilsyn .....	18
Prosjektet «Effekt av tilsyn» .....	19
Enhetlig behandling av tilsynssaker .....	20
Tilsyn med IKT i tjenestene.....	20
Nye resultatmål for fylkesmennes tilsyn .....	20
Barnevern .....	22
Prioriteringer og ressursbruk .....	22
Resultater og måloppnåelse.....	24
Tilsyn .....	25
Klagesaker.....	32
Sosiale tjenester.....	34
Prioriteringer og ressursbruk.....	35
Resultater og måloppnåelse.....	35
Tilsyn.....	36
Klagesaker.....	37
Helse- og omsorgstjenester .....	39
Prioriteringer og ressursbruk.....	40
Resultater og måloppnåelse.....	41
Tilsyn.....	42
Klagesaker.....	52
Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt .....	54
Tilsyn med virksomheter og helsepersonell	
– bruk av administrative reaksjoner m.v. ....	58

Undersøkelsesenheten (varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a) .....	63
Prioriteringer og ressursbruk.....	64
Resultater og måloppnåelse.....	65
Tilsyn.....	65
Folkehelse .....	74
Særskilt oppdrag som gjelder flere tjenestoområder .....	75
Landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet .....	75
Andre oppgaver.....	77
Helsetjenester til norsk militært personell i utenlandsoperasjoner .....	77
Medisinsk og helsefaglig forskning .....	77
Internasjonal virksomhet.....	78
Tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap .....	79
Oppdrag og oppgaver av administrativ karakter .....	79
<b>IV. Styring og kontroll av virksomheten.....</b>	<b>82</b>
Internkontroll og risikostyring .....	82
Personellmessige forhold .....	83
Rapport på likestilling .....	83
Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) .....	84
<b>V. Vurdering av framtidsutsikter.....</b>	<b>85</b>
<b>VI. Årsregnskap 2017.....</b>	<b>87</b>
Ledelseskommentar årsregnskapet 2017 .....	87
Formål .....	87
Bekreftelse.....	87
Vurderinger av vesentlige forhold .....	87
Tilleggsopplysninger.....	87
Prinsippnote årsregnskapet.....	88
Riksrevisjonens beretning .....	90
Oppstilling av bevilgningsrapportering .....	93
Oppstilling av artskontorrapportering .....	95
Vedlegg – tabeller og detaljert tallmateriale .....	100
Barnevern .....	100
Sosiale tjenester.....	106
Helse- og omsorgstjenester .....	109
Utgivelser 2018 .....	122
Utgivelser 2017.....	122

## Figurregister

Figur 1	Styringslinjer .....	10
Figur 2	Resultatkjede .....	11
Figur 3	Organisasjonskart per 31.12.2017 .....	12
Figur 4	Tilsynsskolens oppbygging .....	18
Figur 5	Barnevern – Resultatkjede .....	22
Figur 6	Barnevern – Utfall for vurderte virksomheter i tilsynssaker som fylkesmennene avsluttet i 2017 .....	31
Figur 7	Sosiale tjenester – Resultatkjede .....	34
Figur 8	Sosiale tjenester – Utfall i klagesaker som fylkesmennene avsluttet i 2017 .....	38
Figur 9	Helse- og omsorgstjenester – Resultatkjede .....	39
Figur 10	Helse- og omsorgstjenester – Antall tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017 .....	50
Figur 11	Helse- og omsorgstjenester – Utfall for helsepersonell / virksomheter vurdert i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017 .....	51
Figur 12	Helse- og omsorgstjenester – Antall helsepersonell/virksomheter per tjenesteområde i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene .....	52
Figur 13	Helse- og omsorgstjenester – Rettighetsklager behandlet av fylkesmennene i 2017 .....	53
Figur 14	Helse- og omsorgstjenester – Antall personer det er fattet vedtak overfor fra 2008–2017 .....	55
Figur 15	Helse- og omsorgstjenester – Formålene med vedtak om tvang overfor personer med utviklingshemming i 2017 .....	56
Figur 16	Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker avsluttet av Statens helsetilsyn 2007–2017 .....	59
Figur 17	Undersøkelsesenheten – Resultatkjede .....	64
Figur 18	Undersøkelsesenheten – Antall varsler 2010–2017 .....	67
Figur 19	Undersøkelsesenheten – Antall varsler i 2017 fordelt på helseforetak .....	67
Figur 20	Utvikling i antall ansatte og fordeling mellom kjønn .....	83

## Tabellregister

Tabell 1	Utvalgte volumtall 2015–2017 .....	13
Tabell 2	Utvalgte nøkkeltall 2015–2017 .....	14
Tabell 3a	Barnevern – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017 .....	15
Tabell 3b	Sosiale tjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017 .....	15
Tabell 3c	Helse- og omsorgstjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017 .....	16
Tabell 4	Helse- og omsorgstjenester – Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2017 .....	49
Tabell 5	Helse- og omsorgstjenester – Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2015–2017 .....	57
Tabell 6	Helse- og omsorgstjenester – Tilbakekalling av autorisasjon/ lisens fordelt på helsepersonellgrupper 2015–2017 og grunnlag for tilbakekalling i 2017 .....	61
Tabell 7	Innsynsbegjæringer til Statens helsetilsyn .....	81
Tabell 8	Kjønn og lønn fordelt på ulike stillingskategorier per 31.12.2017 .....	83

Vedlegg tabell 1	Barnevern – Fylkesmennenes tilsynsbesøk og samtaler med barn i barneverninstitusjoner 2015–2017 .....	100
Vedlegg tabell 2	Barnevern – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 .....	101
Vedlegg tabell 3	Barnevern – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017 fordelt på bestemmelser i barnevernloven .....	102
Vedlegg tabell 4	Barnevern – Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner) og barneverninstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2015–2017 .....	104
Vedlegg tabell 5	Barnevern – Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2017 fordelt på lovbestemmelser og utfall .....	105
Vedlegg tabell 6	Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger etter sosialtjenesteloven 2015–2017 .....	106
Vedlegg tabell 7	Sosiale tjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2015–2017 og utfallet av behandlingen i 2017 .....	107
Vedlegg tabell 8	Sosiale tjenester – Vurderte bestemmelser i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven i 2017 .....	108
Vedlegg tabell 9	Sosiale tjenester – Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2015–2017 og utfall av behandlingen i 2017 .....	108
Vedlegg tabell 10	Kommunal helse- og omsorgstjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017 .....	109
Vedlegg tabell 11	Spesialisthelsetjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017 .....	110
Vedlegg tabell 12	Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 og saksbehandlingstid i 2017 .....	111
Vedlegg tabell 13	Helse- og omsorgstjenester – Utfall av tilsynssaker behandlet av fylkesmennene fordelt på tjenesteområder 2015–2017 .....	111
Vedlegg tabell 14	Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 fordelt på lovbestemmelser .....	112
Vedlegg tabell 15	Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2015–2017 og utfall av behandlingen i 2017 .....	113
Vedlegg tabell 16	Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 fordelt på lovbestemmelser og utfall av behandlingen i 2017 .....	114
Vedlegg tabell 17	Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017 (helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9) .....	115
Vedlegg tabell 18	Helse- og omsorgstjenester – antall vedtak i 2017 og omfang av personell som utførte tiltak. Dispensasjon fra utdanningskrav .....	116
Vedlegg tabell 19	Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming 2012–2017 .....	116
Vedlegg tabell 20	Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017 .....	117

Vedlegg tabell 21	Helse- og omsorgstjenester – Kategorisering av tiltakene i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017 .....	117
Vedlegg tabell 22	Helse- og omsorgstjenester – Vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2017 (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A) ....	118
Vedlegg tabell 23	Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i gjennomgåtte vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2012–2017.....	118
Vedlegg tabell 24	Helse- og omsorgstjenester – Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier i 2017.....	119
Vedlegg tabell 25	Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell etter helsepersonellkategori 2015–2017 .....	119
Vedlegg tabell 26	Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn mot helsepersonell og virksomheter i 2017 etter hvor sakene startet.....	120
Vedlegg tabell 27	Undersøkelsesenheten – Tid før svar på varsel er sendt ut 2015–2017 .....	121
Vedlegg tabell 28	Undersøkelsesenheten – Måten varslene ble fulgt opp på 2015–2017 .....	121
Vedlegg tabell 29	Undersøkelsesenheten – Antall varsler ferdigbehandlet 2015–2017 .....	121
Vedlegg tabell 30	Undersøkelsesenheten – Gjennomsnittlig saksbehandlingstid (i uker) for varsler ferdigbehandlet 2015–2017 .....	121





## I. Leders beretning 2017 – «Vårt tilsyn – din trygghet»

Statens helsetilsyns visjon er Vårt tilsyn – din trygghet. Prioriteringene for 2017 har fulgt de strategiske områdene i Strategisk plan for 2015–2019. Statens helsetilsyn har ulike roller som må håndteres for å ivareta vårt oppdrag og mandat. Vi er myndighetsutøver – dels direkte og dels gjennom fylkesmennene. Vi er overordnet faglig tilsynsmyndighet på våre områder, og har en rolle som fagdirektorat der vi gir innspill til våre fagdepartementer. Sist, men ikke minst, er Helsetilsynet en samfunnsaktør i kraft av at vi frembringer og formidler kunnskap og erfaring fra tilsyn til nytte i den generelle debatt og samfunnsutvikling.

Rettsikkerhet og god kvalitet skal ivaretas i Statens helsetilsyn og hos fylkesmennene.

Et virkningsfullt tilsyn er fundamentert på: 1. relevans – vi må være opptatt av de viktige tingene, 2. legitimitet – vi må ha god fagkunnskap og kjenne våre områder godt, og 3. arbeidsmetoder som frembringer grunnlag for de rette vurderingene og vedtakene. For å kunne innfri disse forutsetningene, kreves det tilstrekkelig rom for stadig å kunne utvikle tilsynet og til å prioritere mellom oppgaver.

Årsrapporten 2017 viser at Statens helsetilsyn følger opp avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) og at hovedtyngden av ressursene i Statens helsetilsyn går til å behandle tilsynssaker. Vi har innfridd kravene til saksbehandlingstid også i 2017 (5,7 md.), selv om antallet saker (399) langt overstiger det antallet som ligger til grunn for kravet (seks måneder eller mindre ved inntil 300 nye saker, åtte måneder eller mindre ved inntil 600 nye saker). Det er viktig både for den som klager og den aktuelle virksomheten/tjenesten og de medarbeiderne det klages på.

De registrerte resultatene om fylkesmennenes måloppnåelse viser imidlertid at flere fylkesmenn på ulike områder ikke når de måltallene som er satt. Dette er en utfordring med tanke på fylkesmannens sentrale rolle som rettsikkerhetsaktør. Fylkesmennene mottar imidlertid også langt flere tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester enn det som er lagt til grunn ved fastsettelsen av dagens krav til saksbehandlingstid. Etter Helsetilsynets mening er det grunn til å vurdere om fylkesmannen har tilstrekkelig handlingsrom til å prioritere og velge hvordan saker skal behandles.

Statens helsetilsyn følger godt med på og har god dialog med fylkesmennene om ivaretagelsen av tilsynsoppgavene. Vi ser at ressursituasjonen både kapasitets- og

kompetansemessig varierer. Det påvirker måloppnåelsen. Helsetilsynet monitorerer flere statistiske variabler i fylkesmennenes behandling av tilsynssaker. Her fremkommer en variasjon som er større enn det som er rimelig å belegge i variasjon i tjenestene og befolkningen lokalt. Lang saksbehandlingstid er en belastning for alle involverte (pasienter/brukere/pårørende og personell) og en rettssikkerhetsmessig utfordring.

Sårbare grupper har behov for at samfunnet ivaretar dem og beskytter deres interesser. At viktige rettssikkerhetsoppgaver for de mest sårbare gruppene ikke ivaretas innen forventet tid, er bekymringsfullt.

Utvikling og vedlikehold av kompetanse i regi Tilsynsskolen ble startet i 2017. Opplæringstiltakene bygger på ulike kurs og opplæringstiltak vi har hatt over tid, men disse suppleres med nye kurs og tiltak og settes inn i en helhetlig sammenheng. Tilsynsskolen er et viktig tiltak for å styrke og forbedre behandlingen av saker og gjennomføring av tilsyn.

Prosjektet for brukerinvolvering i tilsyn var i 2017 inne i sitt nest siste år. Prosjektet har gitt oss mulighet til å finne frem til og utforske nye arbeidsmåter. Hensikten med arbeidet er å gi pasienter og brukere reell påvirkning og innflytelse. Vi har for eksempel gjennom prosjektet beveget oss fra spørsmål om brukere av sosiale tjenester og barn og unge kan inkluderes i tilsyn til hvordan de kan inkluderes. Erfaringene er uansett at brukerinvolvering fører til grundigere og mer treffsikkert tilsyn. Oppgaven krever og må gis prioritet!

Landsomfattende tilsyn med behandling av pasienter med alvorlig infeksjonssykdom (sepsis) i 2016–17 følges av et forskningsprosjekt, «Effekt av tilsyn». Forskningsprosjektet har vakt internasjonal oppmerksomhet. Tilsynet har et sterkt faglig fokus og har blitt tatt godt imot og blitt vurdert som svært relevant av fagmiljøet. Legitimiteten er sikret gjennom å ha med fagrevisorer i teamet som ledes av erfarne tilsynsførere. Oppsummeringsrapporten fra dette landsomfattende tilsynet viser at tematikken fortjente tilsynets oppmerksomhet og at godt tilsyn virker.

Fylkesmennene rapporterer fortsatt at terskelen for å komme i kontakt med sosiale tjenester i Nav er høy. Brukerne av disse tjenestene kan være tidligere barnevernsbarn eller nå foreldre til barnevernets barn. De kan være pasienter med psykiske lidelser eller rusavhengige eller begge deler. Virkningsfullt tilsyn med fokus på helhetlige tjenester til disse brukergruppene er en av tilsynsmyndighetens viktigste utfordringer.

Varselordningen om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten viser en stadig økning av antallet varsler. Helsetilsynet håndterer langt flere varsler enn det som ble anslått da ordningen startet opp. Ressurssituasjonen er fremdeles krevende, men samtlige varsler er fulgt opp og svart ut raskt. Undersøkelsesenheten utgir egen årlig rapport fra varselordningen.

Virkningsfullt tilsyn dreier seg også om at og hvordan tilsynsfunn følges opp. Det å konstatere lovbrudd er ikke det endelige målet, men at befolkningen får trygge og gode tjenester. Det må gjøres krevende prioriteringer mellom å gjennomføre nye tilsyn og oppfølging av tidligere tilsyn. Vi har i 2017 sluttført et arbeid sammen med fylkesmennene om resultatmål for omfang av tilsyn (volumkrav). Resultatmålene er utformet slik at de skal understøtte gode prioriteringer og valg som gir virkningsfulle tilsyn i tilfredsstillende omfang.

Det er, og må være, kommunene, spesialisthelsetjenesten og den regionaliserte barnevernstjenesten som har ansvaret for at brukerne, pasientene og barnevernsbarna får trygge og gode tjenester. I den metodiske utviklingen av tilsyn legger vi i økende grad vekt på at vårt arbeid understøtter dette ansvaret.

Vi gjennomførte et tilsyn med helsetjenester til norsk militært personell i utenlandsoperasjoner i henhold til avtalen mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det gjennomførte tilsynet bekreftet (repeterte) tidligere funn. Avtalen skal etter planen reforhandles i 2018. Ut fra erfaringene med oppfølging av tilsynsfunn er det naturlig å vurdere om det er hensiktsmessig å videreføre en avtale.

Helsetilsynet vil ha et høyt ambisjonsnivå. På noen områder skulle vi gjerne vært kommet enda lenger. I 2017 har betydelige ressurser gått med til å innføre en konsernmodell for felles tjenester og til å planlegge og gjennomføre flytting til Møllergata. I tillegg pågår mange andre større prosesser og reformer i samfunnet som vil få betydning for vår rolle og oppgaver i årene som kommer. Statens helse-tilsyn er og vil stadig være i utvikling og tilpasse seg de endringene som vil komme. Statens helsetilsyn har i 2017 etter min vurdering løst samfunnsoppdraget tilfredsstillende innenfor de ressurser og rammer som er tilgjengelige.

Oslo, 12. mars 2018



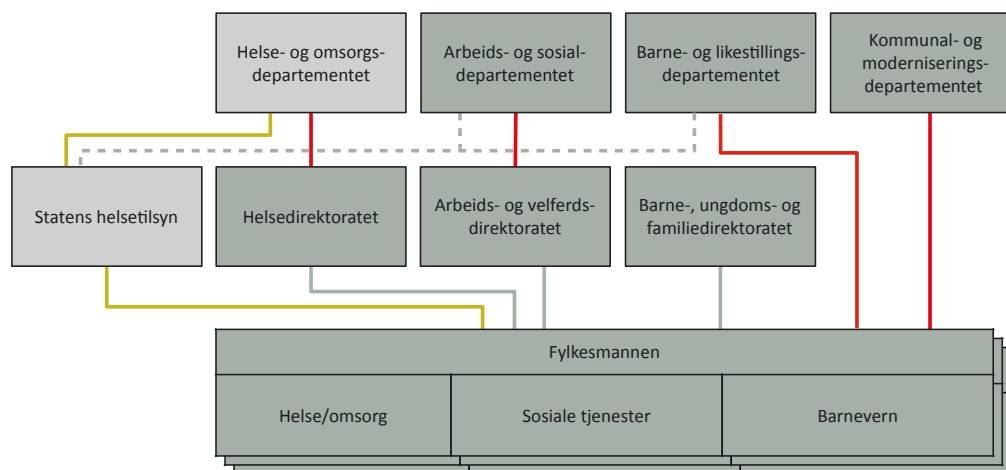
Jan Fredrik Andresen  
direktør

## II. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

### Statens helsetilsyn og samfunnsoppdraget

Statens helsetilsyn og fylkesmennene er de statlige tilsynsmyndighetene for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn er underlagt styring av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). For tilsyn innen barnevern og sosiale tjenester styrer hhv. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) gjennom HOD.

Figur 1 Styringslinjer



Statens helsetilsyn er et faglig uavhengig organ og har det overordnede faglige tilsynsansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter.

Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene, sørge for koordinering og harmonisering av tilsynet, vedlikehold og styrking av kompetanse, utvikling av effektiv tilsynsmetodikk, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringer.

Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

## Statens helsetilsyns rolle og overordnede mål

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet både for tilsyn og for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

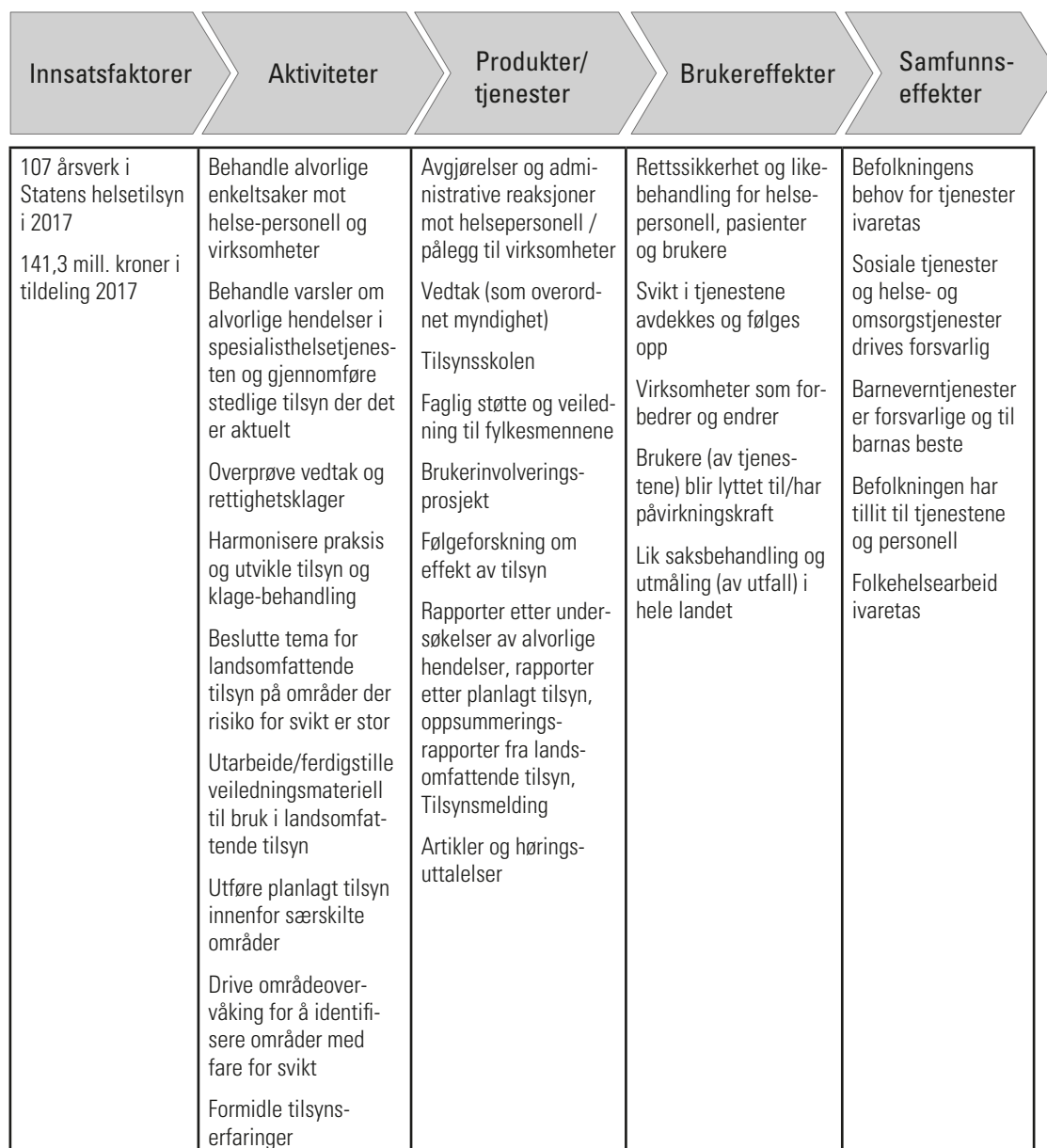
Statens helsetilsyn skal medvirke til at

- rettssikkerheten og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenester er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp

I tillegg skal tilsyn bidra til at befolkningen har tillit til tjenestene og personell.

Figuren nedenfor viser viktige sammenhenger i Statens helsetilsyns resultatkjede.

Figur 2 Resultatkjede



### *Faglig styringsansvar*

Fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, og er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. barnevernloven, sosialtjenesteloven og helsetilsynsloven.

Statens helsetilsyn styrer gjennom Kommunal- og moderniseringsdepartementets årlige tildelingsbrev til fylkesmennene og gjennom fylkesmennenes virksomhets- og økonomiinstruks hvor faste oppgaver er listet.

Statens helsetilsyn arbeider kontinuerlig med å få til god styring og praktiske arbeidsformer i dialog med fylkesmennene. Årlig blir det holdt tilsynsledermøter og andre fagmøter. I tillegg har Helsetilsynet etablert Tilsynsskolen (se omtale under del III) for å sikre faglighet og harmonisert praksis.

NESTOR er et registrerings- og styringssystem som fylkesmennene og Helsetilsynet benytter for planlagte tilsyn og enkeltsaker. NESTOR bidrar til forenklet dialog og effektiv registrering av styringsdata om omfang, innhold, behandlingstid og restanser.

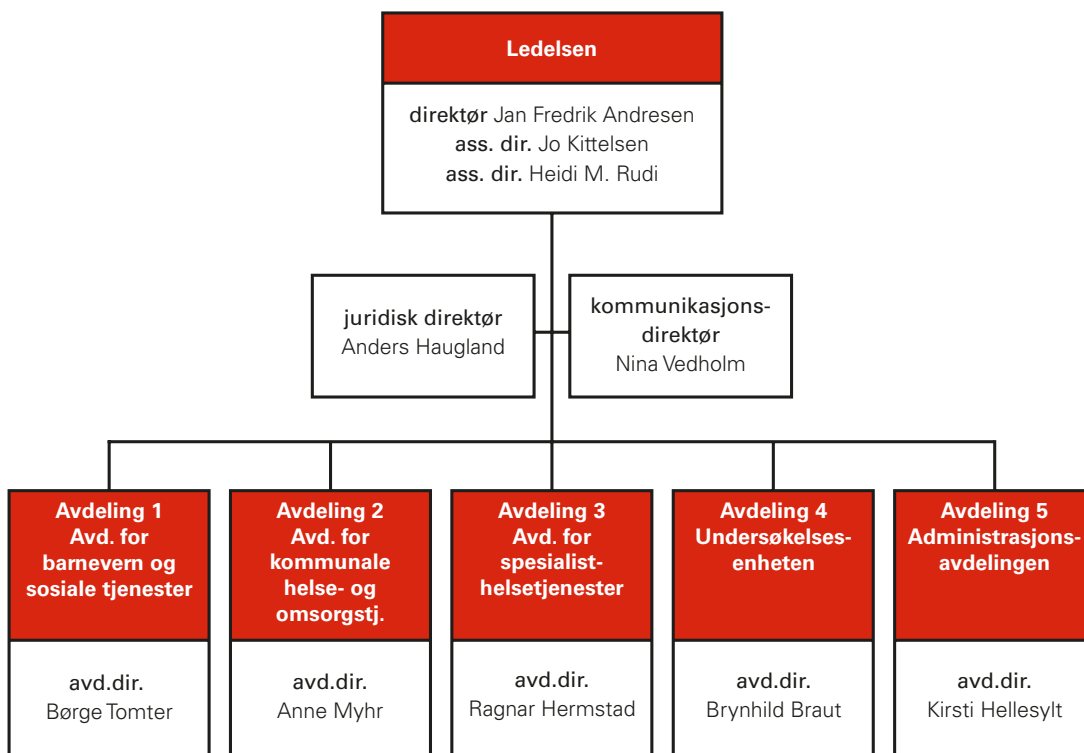
### **Organisasjonen**

Ledelsen i Statens helsetilsyn består av direktør Jan Fredrik Andresen, assisterende direktør Jo Kittelsen og assisterende direktør Heidi Merete Rudi. Ledergruppen består i tillegg av fem avdelingsdirektører, juridisk direktør og kommunikasjonsdirektør. Statens helsetilsyn flyttet i desember 2017 fra Calmeyers gate til lokaler i Møllergata 24 i Oslo.

Statens helsetilsyn er inndelt i fem avdelinger. Per 31. desember 2017 hadde tilsynet 114 ansatte inklusiv direktør som til sammen utgjorde 107 årsverk.

Figuren under viser organiseringen av Statens helsetilsyn.

*Figur 3 Organisasjonskart per 31.12.2017*



## Hovedtall

Tabell 1 viser utvalgte volumtall om Helsetilsynets og fylkesmennenes tilsyn og klagebehandling for de siste tre årene. Volumtallene blir nærmere kommentert under de aktuelle kapitlene i del III «Årets aktiviteter og resultater».

Tabell 1 Utvalgte volumtall 2015–2017

	2015	2016	2017
<b>Statens helsetilsyn:</b>	<b>Antall</b>	<b>Antall</b>	<b>Antall</b>
Tilsynssaker mot helsepersonell/virksomhet avsluttet av Statens helsetilsyn	595	430	450
Tilbakekalte autorisasjoner (helsepersonell)	162	119	160
Advarsler, tap av rekvireringsrett og begrensning i autorisasjon/lisens	210	130	131
Antall mottatte varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten	501	587	638
Antall stedlige tilsyn fra Statens helsetilsyn etter varsel	14	7	13
Antall virksomheter innen blod, celler, vev og organer med tilsyn fra Helsetilsynet <sup>1</sup>	19	47	20
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Fylkesmennenes tilsyn og klagebehandling:</b>	<b>Antall</b>	<b>Antall</b>	<b>Antall</b>
Tilsyn med barnevernsinstitusjoner	901	917	945
Tilsyn med kommunalt barnevern <sup>2</sup>	89	97	22
Avsluttede tilsynssaker innen barnevernet	973	819	845
Avsluttede klagesaker mot barneverntjenester eller -institusjoner	531	634	607
Systemrevisjoner (og tilsvarende) etter sosialtjenesteloven	81	79	66
Avsluttede klagesaker etter sosialtjenesteloven	3 953	3 931	3 497
Systemrevisjoner (og tilsvarende) med kommunale helse- og omsorgstjenester	200	169	188
Systemrevisjoner (og tilsvarende) med spesialisthelsetjenesten	37	39	49
Avsluttede tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester	3 531	3 340	3 454
Avsluttede rettighetsklager innen helse- og omsorgstjenester	3 149	3 080	3 055
Godkjente vedtak om bruk av tvang/makt overfor perser m/ utviklingshemming	1 413	1 361	1 503
Gjennomgåtte vedtak om bruk av tvang overfor pers. uten samtykkekompetanse	3 773	3 913	4 269

<sup>1</sup> Tallene for tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon er ikke direkte sammenliknbare. Ett tilsyn kan omfatte en liten virksomhet (privat eller offentlig), eller et stort helseforetak inkludert flere sykehus og enheter innen ulike fagområder.

<sup>2</sup> I 2016 ble det gjennomført 21 systemrevisjoner og 76 egenvurderinger. I 2017 ble det gjennomført 10 systemrevisjoner, 6 egenvurderinger, 5 stikkprøver og et tilsyn med annen metodikk..

Tabell 2 Utvalgte nøkkeltall 2015–2017

	2015	2016	2017
Ansatte	126	115	114
Antall årsverk	117	108	107
Samlet tildeling post 01–99 kap. 721	118 942 000	116 422 000	141 299 000
Inntekter /mindreinntekt kap. 3721	-1 404 693	1 819 000	1 243 000
Disponibelt budsjett	117 537 307	118 241 000	142 542 000
Utnyttelsesgrad post 01–29	99 %	93 %	93 %
Driftsutgifter	116 784 599	110 072 171	132 291 396
Lønnsandel av driftsutgifter	81 %	85 %	76 %
Lønnsutgifter per årsverk	808 255	845 725	936 231
Konsulentsandel av driftsutgifter <sup>1</sup>	2 %	2 %	8 %

Lønnsutgifter er inkl. arbeidsgiveravgift og fra 2017 er også pensjonsutgifter inkludert.

<sup>1</sup> Økte utgifter til konsulenter i 2017 som følge av konsernmodellen (NHN), flytting til Møllergata 24 og nytt nettsted.



### III. Årets aktiviteter og resultater

Prioriteringene for 2017 har fulgt de strategiske områdene i Strategisk plan for 2015–2019.

I tillegg til de faste oppgavene var det gitt særskilte oppdrag og satt konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandling i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn for 2017. I tabell 3a-c er resultatmålene og resultatene kort presentert samlet.

Resultater og måloppnåelse blir videre drøftet i de følgende kapitlene. Årsrapporten søker å gi et helhetlig bilde av årets aktiviteter og resultater for Helsetilsynet og fylkesmennene. Ytterligere informasjon finnes i Tilsynsmeldingen og fylkesmennenes årsrapporter.

*Tabell 3a Barnevern – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017*

	Resultatmål 2017	Resultat 2017	Kommentar
<b>Barnevern</b>			
Tilsyn med barneverninstitusjoner, omsorgs-sentre og sentre for foreldre og barn	Fylkesmennene skal gjennomføre tilsyn minimum i det omfang som fremgår av gjeldende forskrifter	Fylkesmennene har gjennomført 98% av pålagte tilsyn med barneverninstitusjonene og alle pålagte tilsyn med omsorgssentrene. Ved sentrene for foreldre og barn ble det gjennomført 5 av 19 tilsyn.	Fylkesmennene prioriterer tilsynet med barneverninstitusjoner og omsorgs-sentre. Når det gjelder sentre for foreldre og barn er det flere som ikke har fått tilsyn de to siste årene.
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid skal være 5 md eller mindre	Median saksbehandlingstid var 4,1 md.	Det er ikke stilt mediankrav i tildelingsbrevene til fylkesmennene.
Klagesaker etter barnevernloven	Klagesaker som avsluttes av fylkesmennene skal følge reglene i forvaltningsloven	Gjennomsnittlig behandlingstid var 1,1 md.	Fylkesmennene prioriterer klager fra barn i barneverninstitusjoner.

*Tabell 3b Sosiale tjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017*

	Resultatmål 2017	Resultat 2017	Kommentar
<b>Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen</b>			
Tilsyn med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn i størrelsesorden 100 systemrevisjoner	Det ble til sammen gjennomført tilsyn tilsvarende 66 systemrevisjoner	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 7 av 17 embeter nådde resultatmålet.
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid skal være 5 md eller mindre	Median saksbehandlingstid var 3,1 md.	Resultatmålet er nådd.
Klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	På landsbasis ble 84 % av sakene avsluttet innen 3 md	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 13 av 17 embeter nådde resultatmålet.

Tabell 3c Helse- og omsorgstjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2017

	Resultatmål 2017	Resultat 2017	Kommentar
<b>Helse- og omsorgstjenester</b>			
Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 300 systemrevisjoner	Det ble til sammen gjennomført tilsyn tilsvarende 188 systemrevisjoner	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 2 av 17 embeter nådde resultatmålet.
Tilsyn med spesialisthelsetjenesten	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende minst 70 systemrevisjoner	Det har samlet vært gjennomført tilsyn tilsvarende 49 systemrevisjoner. Fylkesmennenes tilsynsaktiviteter er vurdert til 133 systemrevisjoner ettersom alle deltakere i regionale tilsynslag får uttelling for tilsyn de har deltatt i.	Resultatmålet er nådd for 15 av 17 fylkesmenn. Se del III Tilsyn med spesialisthelsetjeneste om beregning av tilsynsinnsats vs. antall gjennomførte tilsyn.
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid 5 md eller mindre, ved maksimalt 2500 nye saker	På landsbasis ble 44 % av sakene ferdigbehandlet innen 5 md. Det var 3582 nye saker i landet	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis, men sakstilfanget var høyere enn forutsetningen. 7 av 17 embeter nådde resultatmålet.
Tilsynssaker avsluttet i Statens helsetilsyn	Median saksbehandlingstid 6 måneder eller mindre ved maksimalt 300 nye saker, og 8 måneder eller mindre ved maksimalt 600 nye saker	Median saksbehandlingstid var 5,7 måneder. Det var 399 nye saker.	Resultatmålet er nådd.
Stedlige tilsyn etter varsel om alvorlige hendelser, jf. sp.h.t.j.l § 3-3 a	Statens helsetilsyn skal gjennomføre 10–15 stedlige tilsyn i året	Statens helsetilsyn har gjennomført 13 stedlige tilsyn etter varsel	Resultatmålet er nådd.
Tilsynssaker gjennomført som stedlig tilsyn eller annen tilsynsmessig oppfølging etter varsel om alvorlige hendelser	Median saksbehandlingstid i Statens helsetilsyn 6 måneder eller mindre ved 600 varsler per år	De ulike formene for tilsynsmessig oppfølging har ulik saksbehandlingstid.	Se del III Undersøkelsenheten (varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a).
Rettighetsklager	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	På landsbasis ble 76 % av sakene ferdigbehandlet innen 3 md.	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 5 av 17 embeter nådde resultatmålet.
Klagesaker etter folkehelseoven	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	64 % av sakene ble behandlet innen 3 md.	Resultatmålet er ikke nådd. Det var 28 klagesaker på landsbasis.
Vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning og søknader om dispensasjon fra utdanningskrav	Fylkesmennene skal behandle minst 90 % av sakene innen 3 md.	72 % av vedtakene ble overprøvd innen 3 md.	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 8 av 17 embeter nådde resultatmålet.

## Strategisk plan

Statens helsetilsyns visjon er «Vårt tilsyn – din trygghet». Helsetilsynet arbeider for at befolkningen får gode helse-, sosial- og barneverntjenester når de trenger det. Tilsyn skal være virkningsfullt og føre til forbedring i tjenestene. Dette skal Helsetilsynet gjøre gjennom at tilsynet er kunnskapsbasert, faglig og metodisk godt, at befolkningens erfaringer brukes i gjennomføring og utvikling av tilsyn og at Helsetilsynets tilsynserfaringer er godt kjent og brukes til forbedring av tjenestene. Helsetilsynet samarbeider med fylkesmennene for å lykkes med samfunnsoppdraget.

Strategiske områder 2015–2019 er:

### *Faglig ledelse av godt tilsyn*

Målene er at Helsetilsynet gir faglige føringer for godt tilsyn på en etterrettelig og forutsigbar måte, og at Helsetilsynet er et kompetansesenter for tilsyn som er relevant og nyttig for fylkesmennene.

### *Brukerinvolvering i tilsyn*

Målet er at brukere er involvert i alle tilsynsaktiviteter.

### *Utvikling av et virkningsfullt tilsyn*

Målene er at Helsetilsynet har effektive og nyttige tilsynsmetoder som brukes riktig av kompetente medarbeidere, og at klage- og tilsynssaksbehandlingen innfrir krav til kvalitet og rettssikkerhet innen riktig tid.

### *Aktiv bruk av kunnskap fra tilsyn og klagesaker*

Målene er at kunnskap fra tilsyn er tilgjengelig, tilrettelagt og anvendelig for dem som trenger den, og at Helsetilsynet er en ettertraktet faginstans som formidler og bruker kunnskap fra tilsyn.

Statens helsetilsyn formidler tilsynserfaringer løpende i ulike kanaler, på nettstedet vårt, i sosiale medier og gjennom media. Vi gir ut rapporter med tilsynserfaringer og risikovurderinger, og arrangerer og deltar i fagmøter, seminarer og konferanser.

I det følgende omtales større tiltak som Statens helsetilsyn har jobbet med i 2017 innenfor de nevnte strategiske målområdene.

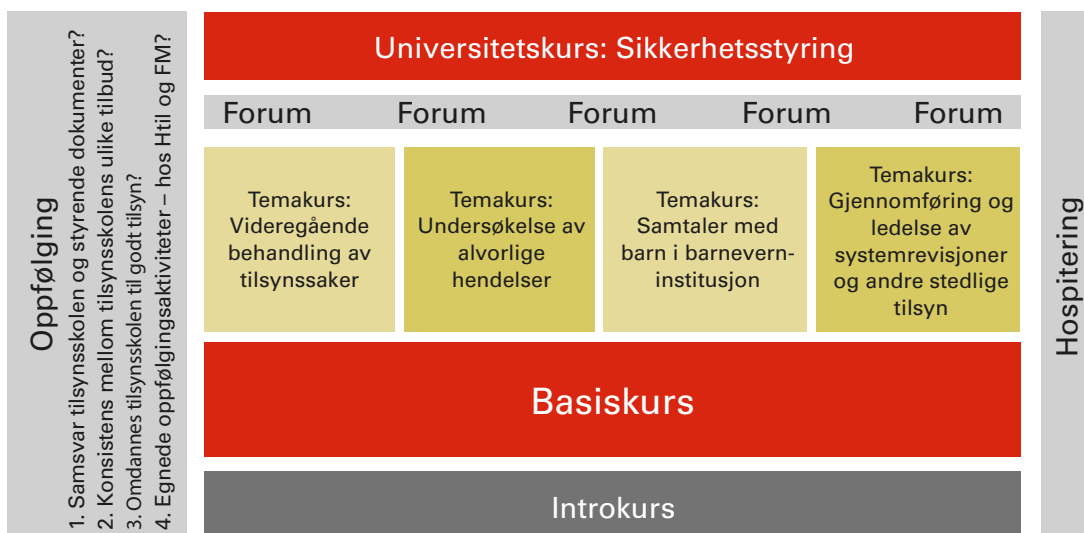
## Tilsynsskolen

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal i 2017 videreutvikle Tilsynsskolen, et sammenhengende kvalifiseringsopplegg som skal sikre kvalitet på tilsynet.

Som et viktig virkemiddel for å realisere det strategiske området Faglig ledelse av godt tilsyn, har Helsetilsynet etablert et læringsopplegg som benevnes Tilsynsskolen. Dette opplegget skal bidra til å sikre at tilsyn og klagebehandling på alle våre områder holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet. Målgruppe for opplæringen er egne ansatte i Helsetilsynet og ansatte i fylkesmanns-embetene som arbeider med tilsyn innenfor barnevern-, helse- og sosialfeltet.

Figur 4 Tilsynsskolens oppbygging



Tilsynsskolens ulike kurs- og kompetansetilbud tar utgangspunkt i en pedagogisk plattform bygd på dialog- og erfaringsbasert læring, og er ment å understøtte arbeidsgivers ansvar for opplæring, praksisveiledning og kompetanseutvikling for egne medarbeidere. Selve kompetansebyggingen skjer hovedsakelig i oppgaveløsningen på egen arbeidsplass.

Læringsportalen (tilsynsskoleportalen) og det første e-læringskurset (introkurs) ble klart til bruk høsten 2016. De tre første basiskursene ble gjennomført i 2017. Videre ble det gjennomført to temakurs om gjennomføring og ledelse av systemrevisjoner og andre stedlige tilsyn og videregående kurs i behandling av tilsynssaker, og det ble gjennomført kurs i tilsynssamtaler med barn.

### Brukerinvolvering i tilsyn

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal i 2017 arbeide med hvordan utvikling, innretning og gjennomføring av tilsyn kan involvere brukere og pårørende. I tett samarbeid med fire brukerorganisasjoner skal fylkesmennene og Statens helsetilsyn samle erfaring og prøve ut ulike tiltak og modeller for involvering.

Bruker- og pårørendeinvolvering i tilsyn har vært satsningsområde for Statens helsetilsyn og fylkesmennene fra 2015 til 2018. Formålet har vært å utvikle arbeidsmåter og etablere praksis som bidrar til at brukeres og pårørendes erfaringer og kunnskap blir brukt mer og bedre i alle typer tilsynsaktiviteter. Statens helsetilsyn har hatt en arbeidsgruppe bestående av deltakere fra bruker-/pårørendeorganisasjoner, fylkesmenn og Statens helsetilsyn som pådriver i arbeidet. Det vil i løpet av 2018 bli etablert et fast brukerråd for Statens helsetilsyn.

Ekstra midler fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom fire år har stimulert til utviklingsarbeid hos fylkesmennene. Det er i satsingsperioden prøvd ut nye tilnærminger og arbeidsmåter i tilsyn etter hendelser og i forebyggende tilsyn, og høstet erfaringer med involveringspraksiser som vil bli viktige framover. Noen eksempler på aktiviteter hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn:

- bruker-/pårørenderepresentanter som fagrevisorer i tilsynsteam i gjennomføring av systemrevisjoner. Ett av embetene har hatt bistand fra NTNU til følgeevaluering av sitt prosjekt.
- innhenting av informasjon og erfaringer fra ungdommer i alderen 16–25 år i forbindelse med gjennomføring av tilsyn med sosiale tjenester i NAV
- samarbeid med Forandringsfabrikken og innspill til bedre tilsyn i barneverntjenesten.
- utprøving av ulike modeller for tilsynsavklaring i dialog, etter hendelser og klager
- felles arenaer med bruker/pårørendeorganisasjoner for innhenting av erfaringer og kunnskap til bruk i risikovurderinger og råd om involveringspraksiser
- involvering av brukerrepresentanter i planlegging av landsomfattende tilsyn
- intervju av tjenestebrukere som ledd i systemrevisjoner i landsomfattende tilsyn;
  - i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming
  - i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til personer med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser
  - i 2017–2018 med kommunale sosial-, helse- og omsorgstjenester til personer med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser

SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse, har fått i oppdrag av Helsetilsynet å gjøre et toårig følgeevalueringsprosjekt knyttet til satsingen på bruker- og pårørendeinvolvering i tilsyn fra og med juni 2016. SINTEF følger arbeidet i fire embeter og i Statens helsetilsyn, og avslutter før sommeren 2018.

### **Prosjektet «Effekt av tilsyn»**

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Forskningsprosjektet som følger det landsomfattende tilsynet innen spesialisthelsetjenesten skal videreføres i 2017 for å gi kunnskap om hvordan og om tilsynet virker på tjenestenes etterlevelse av kravet til forsvarlighet.

Tilsynene som tilsynsmyndighetene gjennomfører tjener flere formål. De skal kunne avdekke når tjenestene ikke er gode og sikre nok for pasientene, og bidra til forbedring når det er nødvendig. Trass i at tilsyn er mye brukt som virkemiddel for kvalitetsforbedring innenfor ulike samfunnssektorer, er det lite forskningsbasert kunnskap om de effektene tilsyn har. Helsetilsynet gjennomfører derfor et omfattende forskningsprosjekt sammen med en rekke samarbeidspartnere. Målet med dette prosjektet er å evaluere om de landsomfattende tilsynene med behandling av blodforgiftning (sepsis) i somatiske akuttmottak i sykehusene er treffsikre med hensyn til å avdekke alvorlig svikt i tjenestene, og om de bidrar til forbedring når det er nødvendig. Videre har vi også et mål om å lære mer om virkningsmekanismene for hvordan tilsyn kan bidra til at pasientene får bedre tjenester.

I løpet av 2016 og 2017 er det gjennomført tilsyn med akuttmottak ved 24 sykehus. Som en del av tilsynet blir det samlet kvantitative data som sier noe om kvaliteten på helsetjenestene til pasienter som blir lagt inn i sykehus med mistanke om sepsis. Eksempel på slike data er tid fra innkomst i akuttmottaket til triage er gjennomført, tid til undersøkelse av lege og tid til behandling med antibiotika. Vi samler data på to tidspunkt før tilsynene, og 8 og 14 måneder etter tilsynene. Vi er ferdige med å samle data før tilsynene. Datainnsamling etter tilsynene vil fortsette i 2018.

Prosjektet har gjennomført gruppeintervju med tilsynslagene og ledere og fagpersonell i seks sykehus før og etter tilsynene. Data fra disse intervjuene vil gi oss mer kunnskap om hvordan tilsyn kan bidra til å bedre tjenestene. Vi har samlet data som sier noe om hvilke forventninger sykehusene hadde i forkant av tilsynet, hvordan de opplevde selve tilsynet og hva de gjorde i etterkant av tilsynet. Videre har vi samlet data om hvordan tilsynslagene har forberedt, gjennomført og fulgt opp tilsynene.

Prosjektet arbeider nå med å analysere de data vi har samlet før tilsynene. Målet er at resultatene skal publiseres i internasjonale, fagfelleverderte tidsskrift i løpet av 2018.

### **Enhetlig behandling av tilsynssaker**

Helsetilsynet har i perioden 2013–2017 gjennomført et prosjekt med utvikling og utprøving av et verktøy for systematisk sammenligning og evaluering av fylkesmennenes behandling av tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester. Verktøyet har en kvantitativ del som sammenligner fylkesmennenes tilsynssaker og behandlingen av dem langs 24 parametere, og en kvalitativ del for systematisk dokumentgjennomgang av et utvalg saker hos fylkesmennene. I 2017 forelå en oppsummeringsrapport fra prosjektet. Tilbakemeldingene fra fylkesmennene er gode. Helsetilsynet vil ta verktøyet i bruk på regulær basis, tilpasse det til tilsynssaker innen barnevern og vurdere om deler av den utviklede metodikken er overførbart til rettighetsklager og andre sakstyper hos fylkesmennene som Helsetilsynet har overordnet ansvar for.

### **Tilsyn med IKT i tjenestene**

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) spiller en sentral rolle når det gjelder helse- og velferdstjenestenes mulighet til å tilby forsvarlige tjenester til befolkningen. Kravene til at informasjon er tilgjengelig, riktig og bidrar til gode tjenesteforløp er viktige bestanddeler i et velfungerende IKT-system. I tilfeller der opplysninger ikke er tilgjengelige, spres unødige eller er en barriere for forsvarlige tjenester har Helsetilsynet en viktig rolle i å bidra til at feil blir rettet og svikt unngått.

Saken vedrørende Helse Sør-Øst aktualiserte dette ved at pasientopplysninger har blitt lagret og håndtert i utlandet uten at virksomheten hadde risikovurdert det tilstrekkelig. I 2017 har Statens helsetilsyn vurdert at det er behov for å definere vårt ansvar når det gjelder å føre tilsyn med IKT i tjenestene. I et notat til HOD har vi beskrevet behovet for tilsyn på dette området og behovet for å styrke kompetansen internt. Det foranlediget et nytt oppdrag der Helsetilsynet ble bedt om å beskrive grenseflatene mot direktoratene og andre relevante tilsynsmyndigheter samt beskrive behovet for samarbeidsarenaer.

### **Nye resultatmål for fylkesmennenes tilsyn**

Resultatmålene for fylkesmennenes tilsyn har bestått over lang tid og har vært basert på et antall tilsyn. Systemet har vist seg å ikke gi hensiktsmessige insentiver for å nå målsetningen om effektivt tilsyn som gir gode og trygge tjenester. Det har vært en trend med stadig færre gjennomførte systemrevisjoner, og embetene har i sine tilbakemeldinger på styringsdokumenter og i sine risikovurderinger for måloppnåelse, etterlyst større frihet til metodevalg og fokus på effekter av tilsyn. Det er et behov for å bruke tilsynsressursene mest mulig effektivt med tanke på pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Statens helsetilsyn opprettet et prosjekt i slutten av 2016 for å utarbeide nye resultatmål for fylkesmennenes tilsyn, som skulle prøves ut i 2018. Formålet var å gi fylkesmennene handlingsrom til å vurdere best egnet tilsynsmetode og forbedringsarbeid utfra lokale behov, og insentiv til å gjøre tilsynet så omfattende og arbeidskrevende som problemstillingen tilsier.

En prosjektgruppe med representanter fra Helsetilsynets ledelse og tilsynsledere i tre embeter utarbeidet et forslag som ble sendt på høring til fylkesmennene, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilbakemeldingene fra høringsinstansene var positive. Fylkesmennene la vekt på at modellen gir større lokalt handlingsrom, legger grunnlag for hensiktsmessig metodemangfold og et mer effektivt tilsyn.

De nye resultatmålene prøves ut for tilsyn med sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester i 2018 og innebærer krav til et visst aktivitetsvolum, uttrykt i en poengsum. Resultatmålingen er forenklet slik at fylkesmennene selv beregner aktivitetsvolumet. Fylkesmennene forutsettes å bruke skjønn ut fra en veiledende beskrivelse som Helsetilsynet har utarbeidet («Retningslinje for å beregne aktivitetsvolum av tilsyn»).

Omfanget av ressurser brukt på tilsyn skal videreføres og det antall virksomheter som har hatt tilsyn, vil fortsatt bli fulgt med på. Det skal også fortsatt gjennomføres landsomfattende tilsyn, dvs. tilsyn med samme metode og tema utført av alle fylkesmennene.

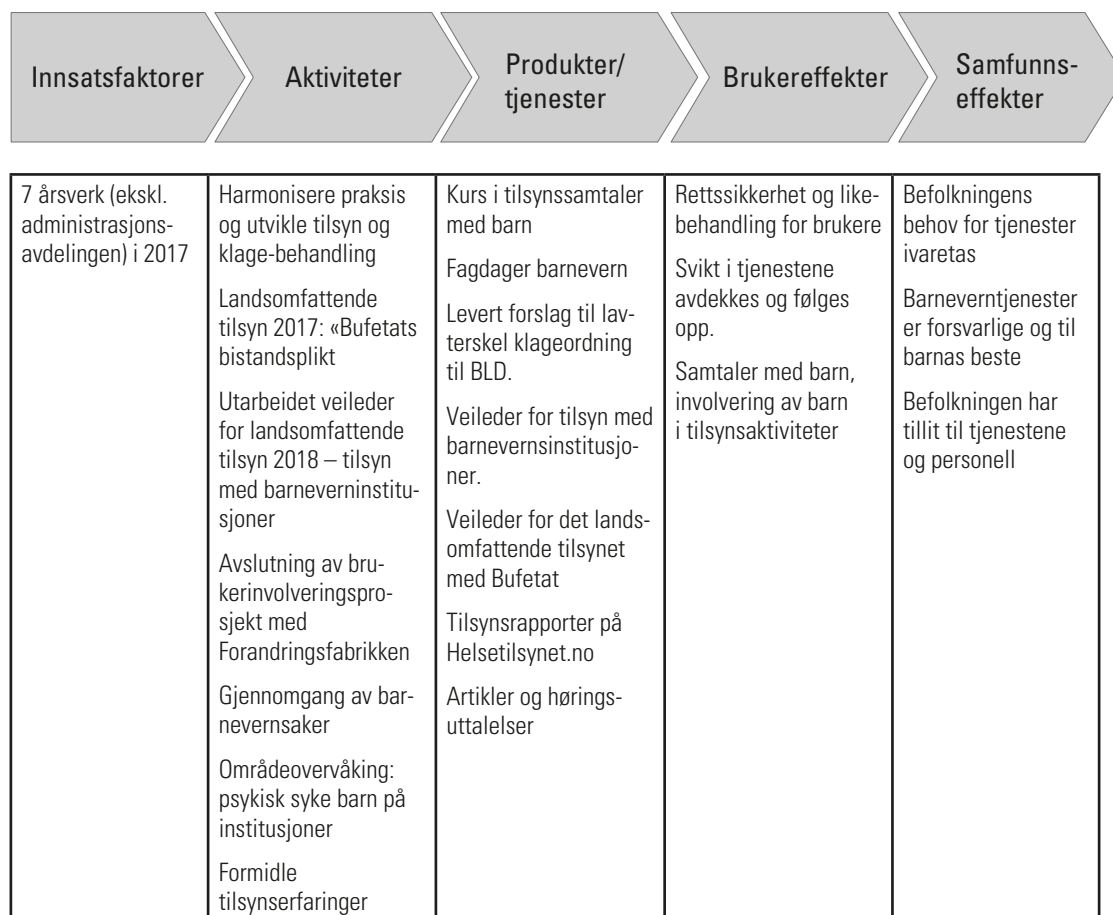
Det vil bli gjort en første evaluering i løpet av 2019, etter ett års erfaring med de nye resultatmålene, og forbedringer vil bli innarbeidet i styringsdokumentene for fylkesmennene de påfølgende årene.

## Barnevern

Statens helsetilsyn har ifølge barnevernloven § 2-3b første ledd det overordnede faglige tilsynet med barnevernvirksomheten i de enkelte kommuner, barneverninstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn, samt andre statlige tjenester og tiltak etter denne loven. Statens helsetilsyn utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i barnevernloven og forskrifter til denne. I ansvaret inngår også oppfølging av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter barnevernloven, herunder rettighetsforskriften som gjelder for barneverninstitusjoner og omsorgssentre for mindreårige. Det er fylkesmennene som gjennomfører tilsyn på barnevernsområdet og snakker med beboere i tråd med krav fastsatt i forskrifter.

I tillegg til det frekvensbaserte tilsynet som gjennomføres på institusjoner skjer også tilsyn innen barnevernet etter en risikovurdering. Dette er dels initiert fra Statens helsetilsyn gjennom landsomfattende tilsyn, og dels etter initiativ fra fylkesmennene selv. Videre kan informasjon om mulige lovbrudd også resultere i tilsyn. Slik informasjon kan fylkesmannen få fra for eksempel barn, pårørende, media eller klagesaker. Fylkesmennene behandler da dette som tilsynssaker.

Figur 5 Barnevern – Resultatkjede



### Prioriteringer og ressursbruk

Helsetilsynets hovedprioriteringer i 2017 innen tilsynet med barnevernet har vært rettet mot barneverninstitusjoner og Bufetat. I det landsomfattende tilsynet i 2017 var temaet Bufetat bistandsplikt og fylkesmennene har undersøkt om Bufetat tilbyr egnet tiltak når kommunen ber om bistand til barn som må flytte hjemmefra, enten dette er akutt eller planlagt.



Som følge av saken om «Glassjenta» har vi viet mye oppmerksomhet til hvordan føre tilsyn med om institusjoner yter forsvarlig omsorg og behandling til de barna som bor der. Helsetilsynet har utarbeidet veileder for det landsomfattende tilsynet i 2018 hvor temaet er forsvarlig omsorg og forebygging, gjennomføring og oppfølging av tvang i barneverninstitusjonene. Vi har også ferdigstilt veilederen for det forskriftspålagte tilsynet med barneverninstitusjonene, og arbeidet med en ny rapportmal for slike tilsyn. For at fylkesmennene og barn skal få mer ut av samtalen under tilsynsbesøk på institusjoner, er det også i år gjennomført kurs i tilsynssamtaler med barn på institusjon. Dette er også et ledd i arbeidet med å sikre barns medvirkning og øke brukerinvolvering i tilsynet.

Våren 2017 hadde 20 ansatte hos fylkesmennene gjennomført kursrekken «Kurs i tilsynssamtaler med barn». Det har vært gjennomført syv kursdager fordelt over tre samlinger. Nytt kurs startet opp i mai 2017 for 14 deltakere. Kurset inneholder forelesning, gruppearbeid, rollespill, samt veiledning ved hjelp av filmer tatt opp i tilsynssamtaler med ungdom på barneverninstitusjon. Vi har i rapporten «En klageordning til barnas beste» utredet en lavterskel klageordning for barn i barnevernet og kommet med forslag til hvordan gjøre klageadgangen til fylkesmannen mer tilgjengelig og kjent for barn.

I tillegg har vi arbeidet med prosjektet «Gjennomgang av barnevernssaker». Oppdraget består i å gjennomgå ca. 100 barnevernssaker, akuttsaker og begjæringer om omsorgsovertakelse, som har vært behandlet i fylkesnemndene.

For deler av dette arbeidet stilte BLD i 2017 egne midler til disposisjon.

Krav i forskrift om tilsyn med barneverninstitusjoner gir klare føringer for fylkesmennenes prioriteringer. For mange av fylkesmennene innebar tilsynet med barneverninstitusjonene også i 2017 en stor ressursinnsats. Antallet enheter det skal føres tilsyn med varierer mye mellom fylkesmennene. Det er en nær sammenheng mellom antall tilsynsenheter og antall barn fylkesmannen skal tilby og gjennomføre samtale med, og antall klager på tvang og begrensninger i institusjonene. På bakgrunn av dette er det stor variasjon i hvor mye ressurser fylkesmennene må sette av til rettsikkerhetsoppgaver innen barnevernet. Gjennomgående har fylkesmennene prioritert tilsynet med institusjonene høyt. Det gjelder særlig vektleggingen av samtaler med barn i disse institusjonene og behandlingen av eventuelle klager fra barna.

Fylkesmennene i Aust- og Vest-Agder, Buskerud, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Rogaland, Troms og Vestfold har i 2016–2017 hatt et samarbeid med Forandringsfabrikken for å øke barns og unges involvering i tilsyn. Prosjektet «Godt tilsyn av barnas barnevern» har vært en del av Helsetilsynets involveringsprosjekt. Fokus har vært rettet både mot tilsyn med barneverninstitusjoner, tilsyn med kommunal barneverntjeneste og klagebehandling.

Kunnskap fra tilsyn er etterspurt, og Statens helsetilsyn har holdt foredrag, deltatt på fagsamlinger i embetene, avgitt høringsuttalelser etc. Så langt vi har kapasitet svarer vi positivt på slike henvendelser. Vi har også bistått fylkesmenn i flere store tilsynssaker.

I tillegg til ad hoc-møter med BLD og Bufdir ved behov, gjennomføres det også planlagte kontaktmøter.

Helsetilsynet har også vært med i to arbeidsgrupper nedsatt av Bufdir; én som utarbeidet en modell for risikovurderinger av kommunalt barnevern, og en annen som gjaldt arbeidet med kvalitetsindikatorer. I tillegg har Helsetilsynet deltatt i Samarbeidsforum nedsatt av Bufdir og Helsedirektoratet.

### **Resultater og måloppnåelse**

Fylkesmennene har i 2017 ført tilsyn med om Bufetat oppfyller bistandsplikten når kommunene ber om tiltak. Rapportene fra tilsynene viser at alle fem Bufetat-regionene svikter når det gjelder å sikre barnets medvirkning. Flere av regionene behandler ikke søknadene grundig nok til å vite at de tiltakene som er tilbudt, er til beste for barnet. Det er videre vanskelig å finne ut hvordan Bufetat har vurdert situasjonen til barnet, fordi dokumentasjonen er mangelfull.

Statens helsetilsyn har gjennomgått kunnskap innhentet fra fylkesmennene om alvorlig psykisk syke barn i barneverninstitusjoner. Det gjelder barn som skader eller står i fare for å skade seg selv eller andre på grunn av alvorlig psykisk sykdom. Dette gir tjenestene utfordringer når det gjelder kapasitet, kompetanse og samarbeid for å hjelpe barna. I tillegg gir det utfordringer for fylkesmennene på tilsyn når det gjelder å vurdere om de samme barna får et forsvarlig tilbud. Kunnskapen er blant annet anvendt som grunnlaget for det landsomfattende tilsynet med barneverninstitusjonene i 2018 og ved forberedelse av annen tilsynsvirksomhet.

Statens helsetilsyn har i det landsomfattende tilsynet som fylkesmennene skal gjennomføre i 2018, valgt forebygging og forsvarlig bruk av tvang som sentrale tema. Ved forberedelsen av tilsynet er det sett på fylkesmennenes beskrivelse av tvangsbruk i tilsynsrapporter og behandling av klagesaker om bruk av tvang.

I arbeidet med en lavterskel klageordning for barn i barnevernet ble det etablert et samarbeid med Fylkesmannen i Østfold. Fylkesmannen innhentet kunnskap fra barn innen barnevernet om deres syn på og erfaringer med klageordningen. Barnas synspunkter fremgår i vedlegget til utredningen, som ble oversendt departementet i juni 2017. Statens helsetilsyn anbefalte at alle barn i barnevernet gis rett til å klage, at klager rettes direkte til fylkesmannen, at barn som klager (muntlig eller skriftlig) skal få tilbud om samtale, og at barna skal få medvirke i klageprosessen.

Forandringsfabrikken har i prosjektet «Godt tilsyn av barnas barnevern» gjennomført samlinger i de involverte embetene, og prosjektet ble avsluttet med en samling i Helsetilsynet for alle embetene i februar. Oppmerksomheten om brukerinvolvering i dette prosjektet har ført til en bevegelse fra *om* barn og unge kan inkluderes til *hvordan* de kan inkluderes i tilsyn. Erfaringene fra prosjektet er at brukerinvolvering fører til grundigere og mer treffsikkert tilsyn. Dialogen med barn og unge gir kunnskap om hva tjenestene bør forbedre og veiledes i for at barn og unge skal oppleve trygge og gode barneverntjenester.

Fylkesmennene har gjennomført omtrent alle de forskriftspålagte tilsynene med barneverninstitusjonene og omsorgssentrene, men ikke med sentrene for foreldre og barn. De har gitt direkte tilbud om samtale til 84 prosent av barna i barneverninstitusjonene og til 86 prosent av barna i omsorgssentrene. Når barn ikke er tilbudt samtaler, kan dette skyldes at de av ulike årsaker ikke er til stede på institusjonen når tilsynet gjennomføres.

Samtale er gjennomført med 53 prosent av barna i barneverninstitusjoner, og 56 prosent av barna i omsorgssentrene. Vi mener dette er en forsvarlig måloppnåelse

samlet sett, men enkelte av embetene har fortsatt en for lav samtaleandel. Hovedtendensene for tilsynet med institusjonene er gjennomgående mange tilsyn, lavere andel uanmeldte tilsyn, flere samtaler med barn og høyere andel barn som har fått tilbud om samtale.

Fylkesmennene har konkludert med lovbrudd i omtrent 5 prosent av rapportene fra tilsynene med institusjonene (43 av 858 rapporter), mens andelen lovbrudd i de vurderte tilsynssakene var 47 prosent (324 av 621 avsluttede saker). Den store forskjellen i konklusjoner kan skyldes selve innretningen av tilsynet. Tilsynssakene opprettes på bakgrunn av hendelser og/eller informasjon om mulige lovbrudd, og man kan da forvente å finne lovbrudd. Tilsyn med institusjonene er i hovedsak frekvensbasert og dermed ikke «risikobasert» på samme måte.

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å spørre om fylkesmennene burde påpeke lovbrudd i større grad. Veileder for tilsyn med barneverninstitusjoner og ny rapportmal for disse tilsynene skal legge til rette for at embetene i større grad må konkludere i tilsynene. Dette er også tema i samtalekurset og på Tilsynsskolen.

Innen barnevernet er det relativt få klagesaker. Dette har vært et trekk gjennom mange år. Særlig er antallet klager rettet mot barneverntjenestene relativt lavt i forhold til antall barn og familier som har kontakt med barnevernet. I 2017 avsluttet fylkesmennene behandlingen av kun 115 klagesaker rettet mot barneverntjenestene, mens de behandlet 492 saker som gjaldt bruk av tvang og begrensninger i institusjoner. Per i dag vet vi for lite om klageordningenes innretning, treffsikkerhet og effekt.

## Tilsyn

### «Glassjente»-saken

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal følge opp tilrådingene knyttet til egen og fylkesmennenes virksomhet i tilsynsrapporten «Dei forsto meg ikkje»

I 2018 skal fylkesmennene, som del av et landsomfattende tilsyn, føre tilsyn med barneverninstitusjoner. Helsetilsynet har i 2017 utarbeidet veileder for tilsynet, der temaene er avgrenset til noen få, men viktige element i den daglige omsorgen av barna og institusjonens bruk av tvang:

- tydelige rammer som sikrer barn trygghet
- stabil og god voksenkontakt
- forebygging, gjennomføring og oppfølging av tvang

Medvirkning vil være et gjennomgående og integrert tema i alle forhold som undersøkes. Fylkesmannen skal snakke med barna, blant annet for å undersøke om deres rett til medvirkning blir ivaretatt. Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB) har produsert en informasjonsfilm om tilsynet til barn og unge som bor på de aktuelle institusjonene. Filmen skal brukes i oppstartsmøtet der barna på institusjonen deltar.

Et viktig funn i rapporten «De forsto meg ikkje» var at fylkesmennene ikke så den totale tvangsbruken i sammenheng. Helsetilsynet har derfor startet et arbeid med å utarbeide retningslinjer for fylkesmennenes arbeid med tvangsprotokoller. Dette arbeidet ferdigstilles i 2018.

### *Tilsyn med kommunalt barnevern*

Fylkesmennenes plikt til tilsyn med barneverntjenestene fremgår av bvl. § 2-3 fjerde ledd og § 2-3 b annet ledd.

Åtte av fylkesmennene har gjennomført tilsyn med barneverntjenester (kommunale). Det ble gjennomført ti systemrevisjoner, fulgt opp seks egenvurderinger, gjennomført fem stikkprøvetilsyn og ett annet tilsyn der dokumenter ble innhentet og gjennomgått. Det ble konkludert med lovbrudd i tolv av tilsynene.

De relativt få tilsynene med barneverntjenestene skyldes dels at det landsomfattende tilsynet i 2017 var rettet mot Bufetat og ikke kommunene. Dessuten har fylkesmennene ikke frekvenskrav for tilsyn med barneverntjenestene, slik tilfellet er for institusjonene. I en presset ressursituasjon er det derfor fare for at planlagte (forebyggende) tilsyn med barneverntjenestene blir nedprioritert, og at fylkesmennene primært følger opp kommunene gjennom halvårsrapportene og kontroll av fristskjema.

Det ble ikke gitt mulkt til noen kommuner i 2017, jf. forskrift om mulkt etter barnevernloven.

Høsten 2017 deltok Statens helsetilsyn i en arbeidsgruppe i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Bufdir ønsket å bidra til bedre styring av og kvalitet i det kommunale barnevernet ved å gjøre relevant styringsinformasjon tilgjengelig for kommuner og andre relevante aktører. Bufdir ønsket derfor å utvikle og presentere data om kapasitet, kvalitet og ressurser i det kommunale barnevernet gjennom en interaktiv webtjeneste. Dette for å gi kommunene enkel tilgang til informasjon om egen barneverntjeneste, muligheter til å sammenligne seg med andre barneverntjenester og med gjennomsnitt for fylket og for landet. Arbeidet er slutført.

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal gjennomgå et utvalg barnevernssaker for å vurdere ev. svikt i kommunal barneverntjeneste. Sakkyndig arbeid og behandling i fylkesnemndene skal også vurderes som del av oppdraget.

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) har gitt særskilte midler til prosjektet «Gjennomgang av barnevernssaker». Oppgaven består i å gjennomgå ca. 100 barnevernssaker, akuttsaker og begjæringer om omsorgsovertakelse, som har vært behandlet i fylkesnemndene. Målet med gjennomgangen er å frembringe kunnskap om barnevernets praksis og beskrive både god praksis og svikt. Prosjektet gjennomføres i perioden 2016–2018. I 2017 har Statens helsetilsyn gjennomgått saker som er innhentet og har vurdert eventuell svikt i kommunal barneverntjeneste. Sakkyndig arbeid og behandlingen i fylkesnemndene er også vurdert. Det skal leveres rapport til BLD innen utgangen av 2018.

### *Tilsyn med institusjoner og Bufetat*

Veileder i tilsyn med barneverninstitusjoner ble ferdigstilt i 2017 og er et verktøy til bruk ved fylkesmennenes tilsyn i barneverninstitusjoner. Veilederen skal bidra til en mest mulig lik praksis i embetene, slik at barneverninstitusjoner og institusjonseiere møter et samordnet tilsyn. Samtaler med barn og unge som bor på institusjon er en sentral og viktig del av institusjonstilsynet, og veilederen skal medvirke til at barnets erfaringer, kunnskap, ønsker og behov vektlegges i tilsynet. Hvordan tilsynssamtalen med barn og unge bør gjennomføres, er beskrevet i et eget vedlegg til veilederen.

Det er også laget ny mal for rapportering fra tilsynene med barneverninstitusjonene, for å hente mer kunnskap ut av tilsynene og gjøre det enklere for fylkesmennene å rapportere. Rapportmalen vil bli gjort tilgjengelig for fylkesmennene i første halvdel av 2018.

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Det skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med Bufetats bistandsplikt når barn trenger akutt tiltak og opphold i barneverninstitusjoner. Regionale tilsynslag fra embetene skal gjennomføre tilsynene innen hver Bufetat-region.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon i hver av inntaksenhetene i Bufetats regioner, samt en egen undersøkelse hos Nasjonalt inntaksteam (NIT). Det var ett tilsynslag i hver region, sammensatt av revisorer fra embetene i regionen og ledet av koordinerende fylkesmann. Undersøkelsene hos NIT ble foretatt av et tilsynslag sammensatt av representanter fra hvert av de regionale tilsynslagene. Helsetilsynet har arrangert flere samlinger for tilsynslagene og revisjonslederne for å koordinere tilsynene og bedømming av observasjonene.

Rapportene viser at alle fem Bufetat-regionene svikter når det gjelder å sikre barnets medvirkning. Det er kommunen som har ansvaret for å snakke med barna og få klar- gjort hva barna mener, men Bufetat har ansvar for å vurdere og vekte synspunktene til barna sammen med andre relevante moment i vurdering av hva som er til det beste for barnet, før det blir gitt tilbud om tiltak.

Et annet gjennomgående funn i rapportene er at Bufetat ikke sikrer at de har tilstrekkelig informasjon om barnet, situasjonen til barnet og hvilke behov barnet har, før det blir gitt tilbud om tiltak. Det kan være vanskelig å fastslå entydig om manglende dokumentasjon av vurderinger i en sak betyr at vurderingene ikke blir dokumentert, eller om de faktisk ikke er gjort.

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

På bakgrunn av innsamlet kunnskap om alvorlig psykisk syke barn i barneverninstitusjoner, skal Statens helsetilsyn i 2017 vurdere behov for tilsyn med psykisk helsevern og barnevern til disse barna.

Helsetilsynet har samlet inn kunnskap fra fylkesmennenes tilsyn med barneverninstitusjoner. De har beskrevet møter med alvorlig psykisk syke barn som bor der. Vi har kunnskap fra komplekse tilsynssaker på samme område. Situasjonen er alvorlig for noen av barna.

Helsetjenesten og barnevernstjenesten har utfordringer når det gjelder samhandling.

Det er en gjennomgående utfordring for tjenestene og myndighetene å klare og se barnas helhetlige situasjon.

Statens helsetilsyn har arrangert samlinger for fylkesmennene der tilsyn med barneverninstitusjoner med alvorlig psykisk syke barn var tema. I september ble det arrangert en samling for alle tilsynslederne i embetene. Det ble drøftet hvordan fylkesmennene internt i embetene må samarbeide på helse- og barnevernområdene

for å sikre et best mulig tilsyn for de barna som har behov for begge tjenester. Det ble diskutert ulike tilnærminger for å sikre nødvendig informasjon mellom embetene når barn flytter. Helsetilsynet har også tatt opp temaet på faglige samlinger for alle saksbehandlerne hos fylkesmennene. Arbeidet blir fulgt opp videre i 2018.

Buudir og Hdir etablerte i 2014 et Samarbeidsforum for bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet. Målsettingen er å styrke samarbeidet mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester for barn og unge – både kommunale psykiske helsetjenester og psykisk helsevern for barn og unge. Arbeidet fortsetter og Statens helsetilsyn deltar fortløpende i forumet.

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal bidra til at fylkesmennenes i sitt arbeid også undersøker og vurderer forebygging og forsvarlig bruk av tvang i barneverninstitusjonene.

Vi viser til avsnittet om «Glassjente»-saken vedrørende landsomfattende tilsyn med barneverninstitusjoner 2018 og arbeid med retningslinjer for tvangsprotokoller. Videre er forebygging av tvang og tvang et sentralt tema gjennom hele kurset i «Tilsynssamtaler med barn».

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Tilsynet med barneverninstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn skal minimum gjennomføres i det omfang som fremgår av gjeldende forskrifter.

Tilsynet med barneverninstitusjoner og omsorgssentre er regulert i forskrift om tilsyn med barneverninstitusjoner, og tilsynet med sentre for foreldre og barn i forskriften som gjelder for sentrene. I 2017 gjennomførte fylkesmennene 945 tilsyn med barneverninstitusjonene, litt flere enn i 2016 da det ble gjennomført 917.

Med få unntak har institusjonene fått det antallet tilsyn som fremgår av forskrift. Fylkesmennene opplyser at det skulle vært gjennomført 967 tilsyn i barneverninstitusjonene. Det innebærer at 98 prosent av tilsynene ble gjennomført. Overfor omsorgssentrene ble det gjennomført 61 tilsyn, i samsvar med forskriftspålagt antall. Når det gjelder sentrene for foreldre og barn, er det kun gjennomført 5 tilsyn med de 19 sentrene. Etersom det i 2016 ble gjennomført 7 tilsyn med da 18 registrerte sentre, er det flere av sentrene som ikke har fått tilsyn de to siste årene. Dette kan tyde på at fylkesmennene har nedprioritert tilsynet med sentrene og samlet sett ikke innfrir forskriftskravet om tilsyn minimum hvert annet år, men kan også skyldes at ikke alle gjennomførte tilsyn er registrert. Statens helsetilsyn vil følge opp forholdet i 2018, for å sikre at sentre som ikke fikk tilsyn i 2017 får tilsyn.

De fylkesmennene som ikke gjennomførte alle forskriftspålagte tilsyn i alle enhetene de skal føre tilsyn med, har foretatt en risikovurdering og prioritert anmeldte tilsyn der det er større mulighet til å få snakke med barna i institusjonene. En nærmere beskrivelse av uanmeldte tilsyn er gjort nedenfor.

#### *Tilbud om samtaler*

En sentral del av tilsynene er fylkesmannens plikt til å ta kontakt med det enkelte barn for å høre barnets syn på oppholdet. Totalt ble det registrert 2513 barn i institu-

sjonene da besøkene ble gjennomført. Da det blir ført flere tilsyn med hver institusjon, er mange barn registrert flere ganger. Fylkesmennene tilbød samtale 2118 ganger, som medfører at 84 prosent av barna registrert ved institusjonene da tilsynene ble gjennomført, fikk tilbud om samtale.

I tildelingsbrevet til ti av fylkesmennene ble det stilt krav om at minst 80 prosent av barn registrert ved barneverninstitusjoner og omsorgssentre skulle få tilbud om samtale. Av de ti er det fire som ikke oppfylte kravet.

En forventning om at minst 80 prosent av barna skal få tilbud om samtale, formulert som krav til embetene som har hatt en lav andel, bygger på erfaringer fra tilsynene. Mange beboere er ikke til stede når tilsynene finner sted, særlig gjelder det ved uanmeldte tilsyn. Noen deltar i fritidsaktiviteter utenfor institusjonen, er hos venner eller familie, eller er fraværende av andre grunner. Dermed er det urealistisk å få gitt slikt tilbud til alle. Samtidig er det et insitament til fylkesmennene om å oppsøke alle som er til stede, og om nødvendig i ettertid kontakte de som ikke var til stede.

#### *Faktisk gjennomførte samtaler med barn*

Det er ikke stilt krav til samtaleandel. Et slikt krav kunne få som konsekvens at fylkesmennene blir for pågående for å innfri kravet. Fylkesmennene skal ta kontakt med det enkelte barn for å høre barnets syn på oppholdet, men det er frivillig for barna å takke ja til samtale. Mange har snakket med fylkesmannen ved tidligere tilsyn, og det kan også være slik at barn ikke har noe de ønsker å formidle, og derfor avslår tilbud om samtale.

Antallet gjennomførte tilsyn, andelen uanmeldte tilsyn, antall samtaler med barn og andelen barn som er tilbudt samtale og som har fått samtale, fremgår av tabell 1 (Fylkesmennenes tilsynsbesøk og samtaler med barn i barneverninstitusjoner) i vedlegget.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 1341 samtaler med barn i barneverninstitusjonene, som utgjør 53 prosent av antallet barn registrert ved institusjonene. I 2016 ble det registrert 1257 gjennomførte samtaler, som innebærer en vekst i antallet gjennomførte samtaler.

Elleve av fylkesmennene førte tilsyn med barn i omsorgssentre. Av de registrerte barna fikk 86 prosent tilbud om samtale, som utgjør 56 prosent av barn registrert da tilsynene ble gjennomført. To fylkesmenn ga tilbud om samtale til en lavere andel barn enn 80 prosent av de som var registrert. I omsorgssentrene var det en markert nedgang fra 2016 til 2017, som primært skyldes færre sentre og færre barn. I 2017 gjennomførte fylkesmennene 149 samtaler, mot 991 i 2016.

I sentre for foreldre og barn er det krav om tilsyn minimum hvert annet år. Det er kun gjennomført fem tilsyn, og det er registrert 19 sentre. I 2016 ble det gjennomført syv tilsyn ved de da 18 registrerte sentrene.

#### *Uanmeldte tilsyn*

Ifølge forskrift om tilsyn med barneverninstitusjoner skal minst ett tilsyn være uanmeldt der det er krav om to tilsyn, og minst to være uanmeldt der det er krav om fire tilsyn. I 2017 var 335, eller 35 prosent av tilsynene med barneverninstitusjonene uanmeldt, en nedgang fra 41 prosent i 2016. Når andelen uanmeldte tilsyn er lavere enn krav i forskriften, skyldes det blant annet at kravet om uanmeldte tilsyn kommer i konflikt med kravet om å prioritere meningsfulle samtaler med barna. Skal barna få

forberede samtaler med tilsynsmyndigheten, er varslede tilsyn å foretrekke. Uanmeldte tilsyn øker sannsynligheten for at barn ikke er til stede og heller ikke har fått forberedt om de ønsker å uttrykke synspunkter gjennom samtaler.

Kravet om uanmeldte besøk har sin historiske rot i en engstelse for at institusjonenes ledelse «pynter» på forholdene hvis tilsynsmyndigheten kommer anmeldt. Uanmeldte tilsyn gir innblikk i hverdagsituasjonene og det ordinære livet ved institusjonene. De senere års vektlegging av samtaler med barna har andre formål, og gir barna også anledning til å formidle hvordan hverdagslivet ved institusjonene er. Helsetilsynet mener departementet bør vurdere om kravet til uanmeldte tilsyn i større grad bør være risikobasert.

Fylkesmannen i Hordaland har valgt å gjennomføre alle tilsyn anmeldt, og også mange andre av fylkesmennene har bevisst redusert andelen uanmeldte besøk.

Ved omsorgssentrene var nesten alle tilsynene varslet. Kun 13, eller 21 prosent, av de 61 tilsynene ble gjort uanmeldt. Det skyldes blant annet at fylkesmannen er avhengig av tolk for å gjennomføre samtaler med beboerne. Samtaleandelen er noe høyere i omsorgssentrene enn i barneverninstitusjonene, som skyldes at flere er til stede, og at de i større grad takker ja til samtale.

Som oppfølging av tidligere utfordringer knyttet til tilsyn med omsorgssentrene, ba Helsetilsynet i 2017 alle embetene om å sende de tre siste rapportene etter tilsyn med omsorgssentrene. Vi mottok totalt 176 rapporter etter tilsyn gjennomført i perioden 1.1.2016–30.6.2017. Det er store variasjoner når det gjelder antall sentre (og dermed arbeidsbelastning) fra fylke til fylke. Når det gjelder hvor omfattende og grundig rapportene er, varierer også dette mye. Det gjelder både beskrivelser av hva tilsynet omfattet og de vurderingene FM har gjort. Av de 176 rapportene er det gitt begrunnet melding i 10 rapporter og påpekt lovbrudd eller gitt pålegg i ytterligere 7 rapporter. Imidlertid skriver FM i mange flere rapporter om forhold som bør rettes, og der FM vil ha tilbakemelding eller videre oppfølging.

Når fylkesmennene gjennomfører systemrevisjoner, avdekkes det vanligvis lovbrudd. Når fylkesmennene gjennomfører tilsynene med institusjonene, der samtaler med barna blir vektlagt, påpekes det bare helt unntaksvis lovbrudd. I de 859 rapportene fra tilsynene med barneverninstitusjoner i 2017 ble det påpekt lovbrudd i 43, som er 6 prosent av rapportene. I tilsynene med omsorgssentrene ble det påpekt lovbrudd i 5 av 57 rapporter, eller 9 prosent av rapportene.

Den lave andelen tilsyn der det konkluderes med lovbrudd kan skyldes at fylkesmennene finner få mangler ved institusjonene. Det kan også skyldes at hyppigheten av tilsyn har gjort at fylkesmennene velger å påpeke forhold som skal følges opp ved neste tilsyn, uten at det blir konkludert med lovbrudd.

Som nevnt under avsnittet «Resultater og måloppnåelse» stiller Helsetilsynet spørsmål ved om fylkesmennene har funn som tilsier at de burde påpeke lovbrudd i større grad.



## Tilsynssaker

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Tilsynssaker etter barnevernloven skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

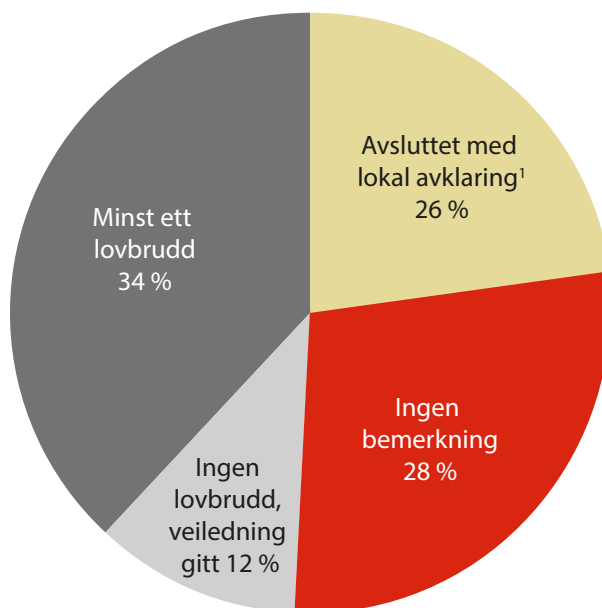
I styringsdokumentene til fylkesmennene 2017 var det ikke stilt resultatmål om median saksbehandlingstid, kun at saksbehandlingstid og oppfølging skal reflektere sakens alvorlighet.

Fylkesmennene opprettet 860 saker i 2017, og avsluttet behandlingen av 845, mot 814 i 2016. I tabell 2 (Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene) i vedlegget gis en oversikt over saker som fylkesmennene avsluttet i 2017. Av de 845 sakene ble 224 avsluttet etter at saken var oversendt virksomheten for videre oppfølging. Det betyr at hendelsen/forholdet er brakt inn for virksomheten og løst etter kontakt mellom klager og virksomheten uten noen ytterligere oppfølging og vurdering av fylkesmannen. I de øvrige sakene ble det vurdert forhold opp mot ulike lovbestemmelser. En tilsynssak kan inneholde flere tema som blir vurdert. I 612 av de 1217 vurderingene påpekte fylkesmannen lovbrudd, dvs. i 50 prosent av vurderingene.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for de 622 sakene som ble avsluttet med vurdering var 5,3 md, og median behandlingstid 4,1 md.

De fleste tilsynssakene er rettet mot kommunene. I sakene som ble vurdert, gjaldt 1 084 vurderinger forhold i kommunene, 88 forhold ved institusjonene og 37 Bufetat.

Figur 6 Barnevern – Utfall for vurderte virksomheter i tilsynssaker som fylkesmennene avsluttet i 2017



<sup>1</sup> Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Tabell 3 (Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene) i vedlegget viser oversikt over vurderte bestemmelser. Bestemmelsene som er hyppigst vurdert er barnevernloven § 1-4 Krav til forsvarlighet, § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser og § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse.

Antallet avsluttede tilsynssaker var litt høyere enn året før. Ved utgangen av året var det 335 saker som ikke var avsluttet (restanser), en økning på 11 prosent fra året før. Restansevekst er et signal om at fylkesmennene samlet sliter med å ferdigbehandle sakene de oppretter. Innen barnevernet har fylkesmennene lite handlingsrom. Forskriftskrav til institusjonstilsynet gjør at mye ressurser bindes opp til slike tilsyn. Dessuten har fylkesmennene liten styring over omfanget av klagesaker og tilsynssaker. Det kan føre til at områder der det ikke er eksplisitte krav må nedprioriteres, som tilsynet med barneverntjenestene. At det i 2017 kun ble gjennomført 22 tilsyn med barneverntjenestene tyder på at slikt tilsyn, i hvert fall i 2017, ble en salderingspost.

Barnet selv var kilde til 58 saker, eller 9 prosent av sakene. Mor/far var den mest dominerende kilden, i 37 prosent av sakene. Barneverntjenesten var kilde i 13 prosent, advokat i 12 prosent, annen privatperson i 12 prosent, fylkesmannen selv i 9 prosent og fosterforeldre i 5 prosent. Statens helsetilsyn er opptatt av om tilsynssakene fremstår som en god kanal for barn, der de får fremmet informasjon om uheldige hendelser og kritikkverdige forhold innen barnevernet. Det kan se ut som tilsynssakene i begrenset grad er en slik kanal.

## Klagesaker

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

En fylkesmann skal utrede hvordan en lavterskel klageordning kan se ut, jf. mandat for oppdraget. Statens helsetilsyn skal formidle oppdraget.

I samarbeid med Fylkesmannen i Østfold ble det innhentet synspunkter fra barn innen barnevernet om hva som kan være effektive måter for barn å fremme klager til fylkesmannen som klageinstans. Fylkesmannen hadde samtaler med barn som mottar barneverntjenester og som bor i institusjoner, og Statens helsetilsyn innhentet synspunkter fra Landsforeningen for barnevern barn, Forandringsfabrikken og Barneombudet.

Det ble avgitt en utredning til departementet 29. juni, «En klageordning til barnas beste?», med beskrivelse og vurdering av synspunkter, og forslag til tiltak. I ettertid ble det avholdt møte mellom departementet, Fylkesmannen i Østfold og Statens helsetilsyn, der forhold i utredningen ble gjennomgått. I utredningen er det vist at det er en utfordring å få barn til å forstå at de kan klage, selve klageprosessen er vanskelig å forstå, barn har ofte et distansert forhold til tjenestene og tiltakene og en eventuell klageprosess, terskelen for å klage synes derfor høy. Barnas partsstilling er uklar og tiden fra klage til avgjørelse ofte for lang. Statens helsetilsyn anbefalte derfor at alle barn innen barnevernet gis rett til å klage og gis mulighet til samtale om klagen med en som person som har kompetanse i å snakke med barn, slik at barn i større grad skal få informasjon om hva som skjer og få medvirke i klageprosessen.

## Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Klagesaker etter barnevernloven som avsluttes av fylkesmannen i 2017 skal følge reglene i forvaltningsloven.

Statens helsetilsyn har tidligere innhentet avgjørelser fra fylkesmennene der bruk av tvang i institusjonene er påklaget. Denne gjennomgangen er lagt til grunn for blant annet utarbeiding av veileder for institusjonstilsynet og veileder for det landsomfattende tilsynet i 2018, som er beskrevet annet sted i årsrapporten. De relativt få sakene som vi har gjennomgått gir ikke nok informasjon til å avgjøre om fylkesmennene følger reglene i forvaltningsloven, men hovedinntrykket er at forvaltningsloven følges. Utfordringen synes i større grad å gjelde barns muligheter til å omformulere misnøye til klager og få fram egne synspunkter i klagesakene.

Antallet klagesaker rettet mot barneverntjenestene synes lavt, sett i lys av antallet barn som berøres av tiltak fra barnevernet. Det er behov for å få til en klageordning som er mer tilpasset barnas behov og som bedre fanger opp de reelle klagen. Det vises i den forbindelse til vårt brev til Barne- og likestillingsdepartementet av 29. juni 2017 med utredningen «En klageordning til barnas beste?»

Statens helsetilsyn følger også med på fylkesmennenes klagesaker gjennom NESTOR. I 2017 avsluttet fylkesmennene behandlingen av 676 klagesaker etter barnevernloven, tilsvarende som i 2016 da 677 klagesaker ble avsluttet. Av disse ble 69 saker avvist. De fleste klagesakene gjelder klager på bruk av tvang eller innføring av begrensninger i barneverninstitusjonene. Av de 607 sakene som ble realitetsbehandlet, gjaldt 492 (504) slik tvangsbruk/begrensninger, mens 115 (121) gjaldt klage på vedtak fattet av barneverntjenester.

I en klagesak kan flere tema eller forhold bli vurdert. I de 115 sakene mot barneverntjenester, ble 123 lovbestemmelser vurdert. Klager fikk helt eller delvis medhold i 47, eller i 41 prosent av vurderingene, ved at barneverntjenesten vedtak ble opphevet eller endret. Når det gjelder klager rettet mot barneverntjenestene, er det mye som tyder på at klageordningen er lite kjent blant barn og blir lite benyttet. Av de 115 mottatte klagesakene ble kun 23 fremmet av barnet selv, 69 av mor/far og 18 av advokat. Sett mot det totale antallet barn involvert i undersøkelser, som mottar hjelpetiltak eller er under omsorg, er 23 klager fra barn svært få, og nesten alle gjelder ettervernstiltak. Vi viser til utredningen «En klageordning til barnas beste?» og forslagene i denne.

I de 492 klagesakene rettet mot institusjoner ble 604 lovbestemmelser vurdert. Klager fikk medhold i 134, eller 22 prosent av vurderingene, omtrent som i 2016 da medholdsprosenten var 21.

Utfallet av vurderingene fremgår av tabell 4 (Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner) og barneverninstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2015–2017) og bestemmelsene som er vurdert er det gjort nærmere rede for i tabell 5 (Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2017 fordelt på lovbestemmelser og utfall) i vedlegget.

## Sosiale tjenester

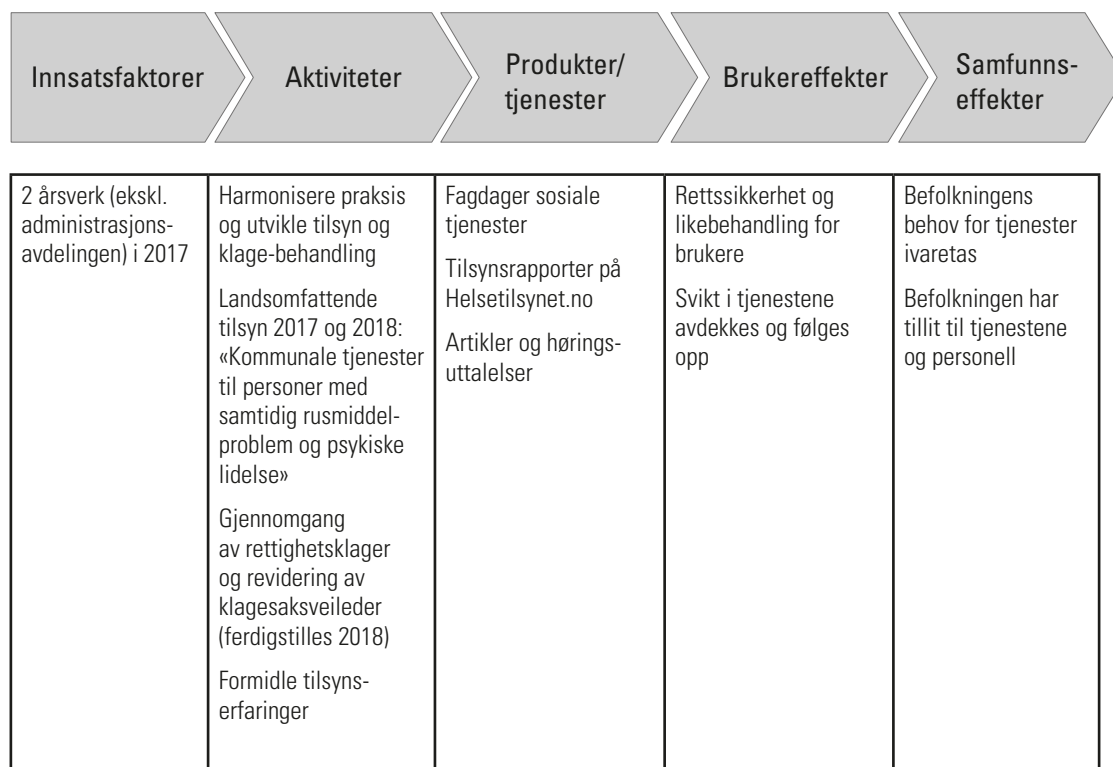
Statens helsetilsyn har ifølge sosialtjenesteloven § 10 det overordnede faglige tilsynet med kommunen i Nav, herunder oppfølgingen av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven. Fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter sosialtjenesteloven kapittel 4 – opplysning, råd og veiledning, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad og § 16 – beredskapsplan. Fylkesmannens tilsynsansvar er hjemlet i sosialtjenesteloven § 9.

Tilsyn med de sosiale tjenestene i Nav skjer etter en risikovurdering, dels initiert fra Statens helsetilsyn gjennom landsomfattende tilsyn, eller etter initiativ fra fylkesmennene selv. Ved systemrevisjoner eller i tilsynssaker der fylkesmannen avdekker brudd på lov- og forskriftskrav, følger fylkesmannen opp den aktuelle virksomheten inntil feil er rettet, slik at forholdene blir i samsvar med krav i lov eller forskrift.

Som del av tilsynet inngår oppfølgingen av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven. Fylkesmannen kan prøve alle sider av kommunens vedtak. Når det gjelder prøvingen av det frie skjønn, kan fylkesmannen likevel bare endre vedtaket når skjønnen er åpenbart urimelig.

Fylkesmannens avgjørelse av klagen er endelig. I de tilfeller der Statens helsetilsyn blir klar over at en avgjørelse som er truffet av fylkesmannen høyst sannsynlig er feil, kan tilsynet som overordnet myndighet på eget initiativ prøve saken og omgjøre avgjørelsen. Slik overprøving kan også skje etter initiativ fra andre, for eksempel fra den som klager. I praksis prøver Statens helsetilsyn sjelden fylkesmannens avgjørelser.

Figur 7 Sosiale tjenester – Resultatkjede



## **Prioriteringer og ressursbruk**

Innen sosialtjenesten har Statens helsetilsyn i 2017 ferdigstilt veilederen for det toårige landsomfattende tilsynet med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, som er et tilsyn rettet både mot kommunal helse- og omsorgstjeneste og sosialtjenesten. En midtveissamling for ansatte hos fylkesmennene som gjennomfører tilsynene ble flyttet fra november 2017 til februar 2018.

Vi har i 2017 jobbet videre med kommunenes ansvar for tilgjengelige tjenester etter sosialtjenesteloven. Bakgrunnen for dette er at fylkesmennene har meldt bekymring for at terskelen for å komme i kontakt med de sosiale tjenestene i Nav har blitt for høy. Helsetilsynet har vært i dialog med Arbeids- og velferdsdirektoratet om utfordringene.

Statens helsetilsyn har fulgt med på implementeringen av vilkår om aktivitet for personer under 30 år i sosialtjenesteloven § 20a. Som følge av lovendringer er veileder i behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven under revidering. Dette arbeidet ferdigstilles i 2018.

Statens helsetilsyn arrangerte i 2017 fagdager om de sosiale tjenestene for fylkesmennene. Hovedtemaet for dagene var behandling av rettighetsklager, i tillegg til innlegg om digitalisering og tilgjengelighet i Nav.

For øvrig har Statens helsetilsyn gitt faglige innspill til fagmyndighetene på sosialtjenesteområdet. Vi har holdt innlegg for fylkesmenn og kommuner, og avholdt faste samarbeidsmøter med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det har også vært holdt møte på ledernivå med Arbeids- og sosialdepartementet.

Statens helsetilsyn har fulgt opp fylkesmennene gjennom styrings- og registreringssystemet NESTOR, lest alle tilsynsrapportene og gitt skriftlige og muntlige tilbakemeldinger om metodiske forhold. Embeter som ikke har klart å innfri resultatkrav, er spesielt fulgt opp, blant annet gjennom dialogmøter mellom ledelsen i Statens helsetilsyn og embetene. Statens helsetilsyn har særlig vært bekymret for ressursituasjonen til Fylkesmannen i Oslo og Akershus, ved at saksbehandlingstid og restanser for klagesakene har vokst gjennom 2017.

## **Resultater og måloppnåelse**

Fylkesmennene har gjennomført tilsyn tilsvarende 66 systemrevisjoner, som utgjør 2/3 av forventet omfang. Det er bekymringsfullt få tilsyn, og Statens helsetilsyn vil følge opp for å øke omfanget i 2018.

Tilsynssakene er avsluttet med en median saksbehandlingstid på 4,1 md, godt innenfor krav. 13 av de 17 fylkesmennene avsluttet mer enn 90 prosent av rettighetsklagene innen tre md., som er svært positivt. Samlet ble 84 prosent av rettighetsklagene avsluttet innen tre md. Grunnen til den relativt lave andelen er at Fylkesmannen i Oslo og Akershus kun avsluttet 37 prosent av klagesakene innen tre md. At det største embetet sliter med å innfri resultatkrav, er en særskilt utfordring også for Statens helsetilsyn. Ledelsen i Statens helsetilsyn hadde derfor resultatkravene og restansesituasjonen som tema i dialogmøtet med ledelsen hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus i august.

I september kom oppsummeringsrapporten 'Med lua i handa?' fra det landsomfattende tilsynet med sosiale tjenester i Nav i 2015 og 2016. Fylkesmennene har undersøkt om kommunene sikrer at Nav-kontoret tilbyr og yter forsvarlige sosiale

tjenester til personer mellom 17 og 23 år. Det ble avdekket lovbrudd i 43 av de 73 undersøkte kommunene eller bydelene. Resultatene viser at tjenestene opplysning, råd og veiledning og økonomisk stønad ikke i tilstrekkelig grad er tilgjengelige for ungdommer og at kartleggingen av hjelpebehov er mangelfull, noe som igjen fører til at mange ikke får de tjenestene de har krav på. Det fremgår videre at oppfølgingen av den enkelte i mange tilfeller fremstår tilfeldig, ikke dokumentert og lite helhetlig og koordinert. Unge voksne som kan ha behov for hjelp fra Nav er i en sårbar situasjon. Statens helsetilsyn mener manglene som avdekkes i tilsynet er alvorlige fordi de kan ha store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet som helhet.

Fylkesmennene behandler fortsatt få tilsynssaker, og det var en svak nedgang i antallet saker fra 2016 til 2017. Når det avdekkes lovbrudd i over halvparten av tilsynssakene, mener Helsetilsynet at det er viktig for rettssikkerheten til denne brukergruppen at det gjennomføres flere tilsyn. Sett i sammenheng med også manglende oppfyllelse av kravene til planlagte tilsyn, gir dette grunn til ytterligere bekymring. Det er heller ikke tydelige tegn på at fylkesmennene velger å gjennomføre planlagte tilsyn som følge av informasjon fra klagesaker eller andre kilder om mulig svikt i tjenestene. Fylkesmannen benytter fortsatt ressursene primært til behandling av klagesaker.

## Tilsyn

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Det skal gjennomføres tilsyn i størrelsesorden 100 systemrevisjoner med sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen. Statens helsetilsyn fordeler disse tilsynene på de enkelte fylkesmenn på grunnlag av risiko- og vesentlighetsvurderinger.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 40 systemrevisjoner i det landsomfattende tilsynet rettet mot kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet. I tillegg ble det utført 22 systemrevisjoner med selvvalgte tema, og oppfølging av 12 kommunale egenvurderinger og ett tilsyn med gjennomgang av vedtak. Til sammen utgjorde dette tilsyn tilsvarende 66 systemrevisjoner. I 2016 var tilsvarende tall 79 systemrevisjoner.

Statens helsetilsyn fordelte det samlede resultatmålet for systemrevisjoner på de enkelte embetene i tildelingsbrevet til fylkesmennene for 2017, jf. tabell 6 Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger etter sosialtjenesteloven 2015–2017, i vedlegget. Formuleringen som var brukt i de individuelle resultatmålene innebar et omtrentlig antall systemrevisjoner eller tilsvarende tilsyn. Selv med denne frihetsgraden er ikke resultatmålet nådd. På landsbasis er en måloppnåelse på 2/3 (66 av 100 systemrevisjoner eller tilsvarende) ikke tilfredsstillende, særlig sett i lys av at sosiale tema utgjør en relativt begrenset del i det landsomfattende tilsynet.

Kun Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder gjennomførte tilsyn i forventet omfang. Fylkesmennene i Østfold, Oppland, Telemark, Hordaland, Nordland og Troms gjennomførte også over 75 prosent av forventet omfang.

Av systemrevisjonene som ikke inngikk i det landsomfattende tilsynet, var temaene hentet fra tidligere landsomfattende tilsyn, som økonomisk stønad til personer med forsørgeransvar for barn, tjenester til personer mellom 17 og 23 år, KVP, eller

selvvalgte tema som midlertidig bolig, økonomisk rådgivning, vilkår og klagesaksbehandling.

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Tilsynssaker etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

Fylkesmennene har avsluttet behandlingen av 72 saker i 2017. Av disse ble 18 saker overført Nav-kontor for oppfølging (lokal avklaring). Det betyr at hendelsen/forholdet er brakt inn for Nav-kontoret og løst etter kontakt mellom klager og Nav uten noen ytterligere oppfølging og vurdering av fylkesmannen. Median behandlingstid for de 54 sakene som fylkesmennene har vurdert opp mot lovbestemmelser i sosialtjenesteloven er 3,1 måneder, dvs. godt innenfor resultatkravet på fem måneder.

I de 54 sakene som fylkesmennene behandlet, ble det gjort 85 vurderinger opp mot lovkrav. Av disse ble det påpekt lovbrudd i 44 vurderinger, eller 52 prosent av vurderingene. Av disse var 42 brudd på kravet til forsvarlighet. Se tabell 8 (Vurderte bestemmelser i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven) i vedlegget.

## Klagesaker

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

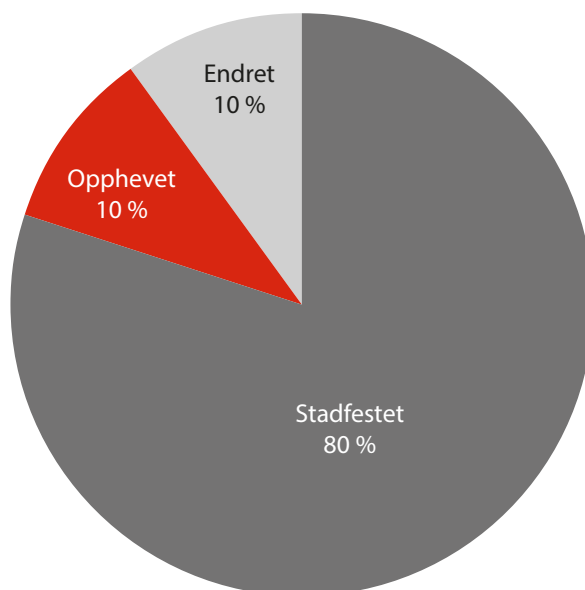
Av klagesaker etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som avsluttes av fylkesmannen i 2017, skal minst 90 prosent være avsluttet innen tre måneder.

Fylkesmennene fikk inn 3678 klagesaker, mot 3910 i 2016, og avsluttet behandlingen av 3557, mot 4005 i 2016. Av disse ble 60 (74) saker avvist, slik at antallet realitetsbehandlede saker var 3497 (3931). Nedgangen i antallet skyldes i høy grad at Fylkesmannen i Oslo og Akershus realitetsbehandlet vesentlig færre saker, 633 i 2017 mot 892 i 2016. Klagesaksbehandling utgjør en stor del av fylkesmennenes aktivitet og en nedgang på 11 prosent er derfor betydelig.

84 prosent av de 3497 realitetsbehandlede sakene ble avsluttet innen tre måneder. 13 av de 17 embetene innfridde resultatkravet om at minst 90 prosent skal avsluttes innen tre måneder. Det er en bedre måloppnåelse enn i 2016, da det var 80 prosent av sakene som ble avsluttet innen tre md, og bare ti embeter innfridde kravet. Restansene ved utgangen av 2017 var 696, mot 553 i 2016. Som nevnt ovenfor er det situasjonen hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus som er urovekkende. De øvrige embetene har nå kontroll på saksbehandlingen og få restanser.

I NESTOR registreres saksbehandlingstiden i underinstansen (Nav-kontorene) og hos fylkesmennene. I 2017 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klagesakene totalt 3,6 måneder mot 3,8 måneder i 2016. Av dette var 1,8 måneder ved Nav-kontorene og 1,8 måneder hos fylkesmennene i 2017. Tilsvarende tall for 2016 var 2,0 måneder ved Nav-kontorene og 1,8 måneder hos fylkesmennene.

Figur 8 Sosiale tjenester – Utfall i klagesaker som fylkesmennene avsluttet i 2017



Antallet klagesaker påvirkes av situasjonen på arbeidsmarkedet, boligpriser og andre forhold som er sentrale for folks levekår, og av kommunenes økonomi. De siste årene har antallet innkomne klagesaker gått noe ned, 4130 saker 2015, 3886 i 2016 og 3678 i 2017.

Gjennom mange år har antallet stadfestete vedtak etter klagebehandlingen ligget på omtrent 80 prosent. Det er også tilfellet for 2017. Ti prosent av vurderingene som ble gjort i klagesakene ga grunnlag for å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til Nav for ny behandling. Ti prosent av vurderingene førte til at vedtaket ble endret.

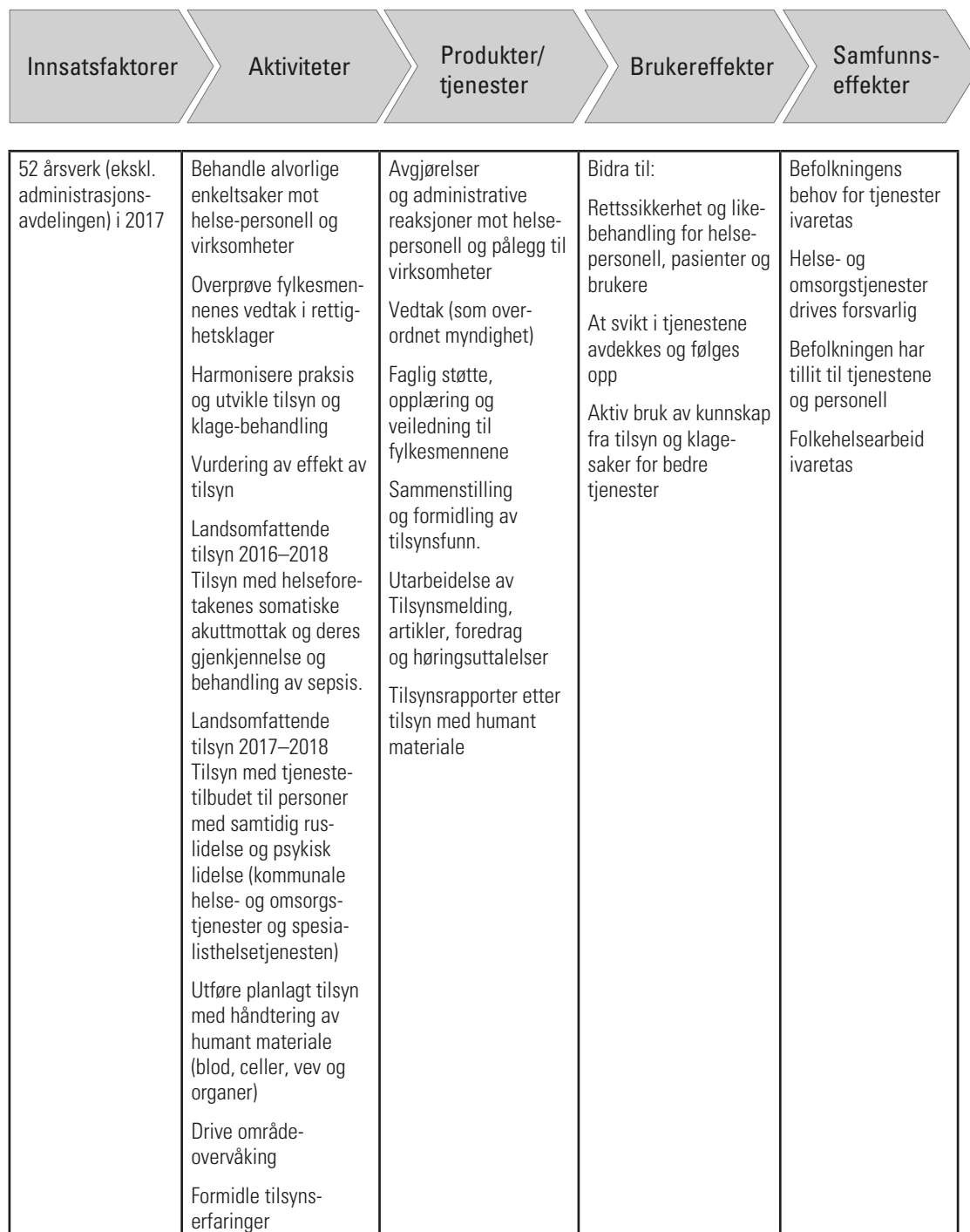
I en klagesak kan flere tema eller forhold bli vurdert. Nesten alle klagesakene gjelder økonomisk stønad, 3176 av de 4 105 vurderingene gjaldt økonomisk stønad etter sotjl. § 18. Fra 2017 er sotjl. § 18 og § 19 skilt ved registreringen i NESTOR, for å få fram hvor mange saker som har stønad i særlige tilfeller som særskilt klagetema. Ettersom alle saker som er vurdert og avslått etter § 18, også blir vurdert etter § 19, har det vært problem å få en lik praksis blant fylkesmennene ved registreringen av disse sakene. Kommunikasjonen med fylkesmennene om temaet viser at det er få slike klager. Antakelig var det under 100 saker der sotjl. § 19 var særskilt tema, selv om det i 2017 er registrert 562 ganger. Registreringspraksis er endret og det forventes mer pålitelige data i 2018. Av andre vurderte tema er sotjl. § 2 – lovens virkeområde (personer uten fast bopel i Norge) registrert 97 ganger, § 20 – bruk av vilkår 63 ganger, § 26 – refusjon av folketrygdytelse 61 ganger, og § 21 – stønadsformer 32 ganger.



## Helse- og omsorgstjenester

Statens helsetilsyn har ansvar for det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester i landet, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Figur 9 Helse- og omsorgstjenester – Resultatkjede



## Prioriteringer og ressursbruk

Innenfor helse- og omsorgstjenester har Statens helsetilsyn i 2017 ferdigstilt to veiledere for det toårige landsomfattende tilsynet med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse; en veileder for kommunale tjenester og en for spesialisthelsetjenester. På spesialisthelsetjenesteområdet hadde vi en samling høsten 2017 for tilsynslag og fagrevisorer, for kommunale tjenester ble midtveissamlingen flyttet fra november 2017 til februar 2018.

Fylkesmennene har i 2017 gjennomført landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i både kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er også ført tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning). I tilknytning til tilsynet med helseforetakenes akuttmottak, er arbeidet med å evaluere effekten av tilsyn videreført i 2017.

Som i tidligere år, har fylkesmennene også i 2017 gjennomført tilsyn med temaer basert på lokal kunnskap og risikovurdering.

Fylkesmennene har også behandlet tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter, rettighetsaker og overprøvd vedtak om tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

For ni fylkesmenn ble det i tildelingsbrevet for 2017 satt et resultatmål om at «Antallet stedlige tilsyn med tvangsbruk overfor personer med utviklingshemming skal økes sammenliknet med 2016.» Av disse embedene har fem økt antallet stedlige tilsyn sammenliknet med 2016, mens de resterende fire embedene har redusert antall stedlige tilsyn. Statens helsetilsyn vil i 2018 slutføre arbeidet med å revidere prosedyren for fylkesmennenes gjennomføring av stedlige tilsyn. Tilsyn gjennomført i 2016 avdekket forhold av vesentlig betydning for brukerne. Funnene er oppsummert og presentert i Rapport fra Helsetilsynet 4/2017.

I et tillegg til tildelingsbrevet for 2017 ble Statens helsetilsyn bedt om å bistå Oxford Research med å få tilgang til vedtak om bruk av tvang fra fylkesmennene. Helse- og omsorgsdepartementet hadde inngått avtale med Oxford Research om evaluering av tvangsvedtak etter de fire sentrale regelsettene som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. Statens helsetilsyn foretok en tilfeldig uttrekk av vedtak fra fagsystemet NESTOR. Fylkesmennene anonymiserte vedtakene før Statens helsetilsyn oversendte vedtakene til Oxford Research. Til sammen 155 vedtak ble oversendt.

Det er arbeidet videre med utvikling av Tilsynsskolen som er et modulbasert og sammenhengende kvalifiseringsprogram for ansatte hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. De tre første basiskursene ble gjennomført i 2017. Videre ble det gjennomført to temakurs om gjennomføring og ledelse av systemrevisjoner og andre stedlige tilsyn og temakurs om videregående behandling av tilsynssaker.

Fylkesmennene har i 2017 behandlet 3454 tilsynssaker. Statens helsetilsyn har behandlet 450 tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter.

Statens helsetilsyn har videreført satsningen på å involvere brukere, pasienter og pårørende i alle tilsynsaktiviteter. Ved hjelp av stimuleringsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet er det gitt støtte til ulike prosjekter i regi av fylkesmennene for å bidra til større brukerinvolvering. Det er etablert en arbeidsgruppe med

representanter fra brukerorganisasjoner, fylkesmennene og Statens helsetilsyn som blant annet arbeider med å etablere et fast brukerråd for Statens helsetilsyn.

Gjennom oppsummering av landsomfattende tilsyn, den årlige tilsynsmeldingen samt fagartikler, foredrag og aktiv bruk av nettstedet og sosiale medier, har vi formidlet erfaringer og funn fra ulike tilsynsaktiviteter.

Utfordringen i Statens helsetilsyn i 2017 har vært å finne en riktig balanse mellom oppgavene. Prioriteringen av lovpålagte oppgaver, tilretteleggingen av fylkesmennenes landsomfattende tilsyn og utvikling av Tilsynsskolen har ført til at det har vært mindre rom for metodeutvikling og områdeovervåkning. En følge av prioriteringsbeslutningene er at det i 2017 er gitt ut færre oppsummeringsrapporter enn hva som har vært vanlig tidligere år.

### **Resultater og måloppnåelse**

Statens helsetilsyn og fylkesmennene følger med på helse- og omsorgstjenestene og identifiserer områder med fare for svikt. Arbeidet danner grunnlag for selvvalgte tilsyn foretatt av fylkesmennene, inngår i vurderingen av valg av tilsynstemaer for landsomfattende tilsyn og danner grunnlag for særskilte tilsynsaktiviteter.

Med bakgrunn i våre tilsynserfaringer påbegynte Statens helsetilsyn i 2016 en gjennomgang og analyse av tilsynssaker innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Gjennomgangen blir slutført i 2018.

Det landsomfattende tilsynet med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming som fylkesmennene gjennomførte i 2016, ble oppsummert på landsbasis i 2017 i Rapport fra Helsetilsynet 4/2017. I 45 kommuner (av totalt 52) ble det konkludert med lovbrudd, og med til dels alvorlig svikt. Noen av funnene var at tjenestene mange steder var utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset, innvilgede tjenester ble ikke gjennomført på grunn av mangelfull bemanning og ansatte hadde mangelfull kompetanse. Se nærmere omtale i kapittel Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fylkesmennene har resultatmål om aktivitet på planlagt tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester tilsvarende 370 systemrevisjoner. Innen spesialisthelsetjenesteområdet har fylkesmennene i 2017 samlet sett oppfylt resultatmålet om tilsyn tilsvarende 70 systemrevisjoner. På kommunehelsetjenesteområdet har fylkesmennene ikke kommet i mål med tilsynsaktivitet tilsvarende 300 systemrevisjoner. Samlet har fylkesmennene gjennomført tilsyn tilsvarende 316 systemrevisjoner innen helse- og omsorgstjenestene, mot et krav på 370. Kun fylkesmennene i Aust- og Vest-Agder og Hordaland har innfridd kravet fullt ut, men også andre embeter er nær måloppnåelse, blant annet grunnet høy uttelling for tilsyn innen spesialisthelsetjenesten. Resultatoppnåelsen for 2017 er bedre enn for 2016.

Fylkesmennene skal følge opp hvert enkelte tilsyn inntil lovbruddene er bragt i orden. I enkelte tilfeller kreves det store endringer i kommunene og helseforetakene og oppfølgingen fra fylkesmennenes side kan være omfattende og tidkrevende. Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 51 tilsyn fra 2016 eller tidligere, fortsatt ikke var bragt i orden ved utgangen av 2017. Dette gjelder 34 tilsyn med kommunal helse- og omsorgstjenester og 17 tilsyn med spesialisthelsetjenester (hvorav 14 er fra det landsomfattende tilsynet med sepsis som blir fulgt opp etter en særskilt plan med gjennomgang 8 og 14 måneder etter tilsynet).

Statens helsetilsyn har flere faste samarbeidsarenaer med Helsedirektoratet for å drøfte felles utfordringer og saker av vesentlig betydning for å løse samfunnsoppdraget. Møtene avholdes både på ledernivå og på divisjonsdirektør-/avdelingsdirektørnivå. Ut over disse faste møtearenaene bringes også Helsedirektoratet inn i arbeidet med risikovurderinger for hvilke områder som skal velges for gjennomføring av nye tilsyn, og som lovfortolker når det er behov for juridisk avklaring på sentrale spørsmål osv. Det er også samarbeid med Pasientsikkerhetsprogrammet i Helsedirektoratet, særlig med tanke på å sikre gode prosesser for rask diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis hvor det også gjennomføres landsomfattende tilsyn.

I 2016–2018 gjennomfører fylkesmennene landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning). Dødeligheten ved blodforgiftning er høy og øker for hver time som går før pasienten får startet behandling med blant annet antibiotika og væske. Gjennomføringen og oppfølgingen av tilsynene skal bidra til at flere pasienter får rett behandling i tide – ved å undersøke om og hvordan helseforetakene tilrettelegger for dette, og reagere dersom praksis må endres.

Statens helsetilsyn gjennomfører også (i perioden 2013–2018) et prosjekt for å få mer kunnskap om effekt av planlagt tilsyn med helsetjenesten knyttet til dette tilsynet, se nærmere omtale under kapittel Strategisk plan, Prosjektet «Effekt av tilsyn». Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt.

I 2017 har fylkesmennene gjennomført landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Dette er et tilsyn som skal gå over to år og vil sluttføres i 2018. Oppsummering av funn vil først bli gjort når tilsynene i 2018 er gjennomført. Se for øvrig egen omtale under kapittel Andre oppdrag.

Fylkesmennene avsluttet 3454 tilsynssaker i 2017. Det er flere enn året før, da 3342 tilsynssaker ble avsluttet. Det er krav om at fylkesmennene skal behandle minst halvparten av tilsynssakene i løpet av fem måneder fra saken har startet. Syv fylkesmenn oppfylte dette kravet. For fylkesmennene samlet ble kravet ikke nådd, idet kun 44 prosent av tilsynssakene hadde kortere saksbehandlingstid enn fem måneder.

I 2017 gjennomførte Statens helsetilsyn elleve tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer. Tilsynene omfattet tre fertilitetsklinikker med i alt seks enheter, et frittstående sykehus, et statlig forvaltningsorgan og femten offentlig sykehus organisert under fem helseforetak. Forskriftene stiller krav til jevnlike tilsyn på området og vi har gjort et utvalg av virksomheter basert på risikovurderinger.

## **Tilsyn**

### *Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester*

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene, hvorav minst 70 skal rettes mot spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn fordeler tilsynene på de enkelte fylkesmenn.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 215 planlagte tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mot 183 i 2016. For 2017 tilsvarer det 188 systemrevisjoner, mot 169 i 2016. Trenden med færre tilsyn over flere år, kan dermed se ut til å være snudd. Det er en positiv utvikling, men antallet gjennomførte tilsyn er fortsatt på et lavere nivå enn i 2014 og 2015. Måloppnåelsen i 2017 er på 63 prosent, mot 76 prosent i 2014 og 67 prosent i 2015.

Av de gjennomførte tilsynene var 131 systemrevisjoner, mot 126 i 2016. Av disse inngikk 40 tilsyn i det landsomfattende tilsynet rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblem og psykisk lidelse. De øvrige systemrevisjonene gjennomførte fylkesmennene med selvvalgte tema som velges etter lokale forhold og risikovurderinger. Av disse var 34 tilsyn med tjenester til personer med utviklingshemming, der 26 var en videreføring fra det landsomfattende tilsynet i 2016 og de øvrige åtte med temaet tvang og makt. 22 av tilsynene gjaldt sykehjem, de fleste med temaet ernæring. Ni tilsyn gjaldt helsemessig beredskap, gjennomført i samarbeid med beredskapsenheter hos fylkesmennene. Seks tilsyn gjaldt tvang overfor personer uten samtykkekompetanse (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A), fem gjaldt folkehelse, fire fastleger, tre legevakt, tre barselomsorg, tre rehabilitering og to andre tema innen kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I tillegg til systemrevisjonene, har fylkesmennene gjennomført 84 tilsyn med annen metodikk. Dette var oppfølging av egenvurderinger, dokumentgransking, uanmeldte tilsyn, stikkprøver og tilsyn med bruk av andre metoder.

Statens helsetilsyn har utarbeidet en verdifastsetting av tilsynene ut fra hvilke tilsynsmetode som benyttes, kompleksitet i tilsynet og forventet tidsbruk. Systemrevisjon er metoden som benyttes mest. For å kunne følge aktiviteten fra år til år blir tilsynene omregnet til antall systemrevisjoner. Samlet har fylkesmennene gjennomført planlagte tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester tilsvarende 188 systemrevisjoner, mot 169 i 2016. Det vises til tabell 10 (Kommunal helse- og omsorgstjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017) i vedlegget.

Resultatkravet var at fylkesmennene skulle gjennomføre tilsyn tilsvarende 370 systemrevisjoner innen helse- og omsorgstjenesten, hvorav minst 70 innen spesialisthelsetjenesten. For å vurdere fylkesmennenes måloppnåelse, er det derfor nødvendig å se tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester i sammenheng med tilsynet innen spesialisthelsetjenesten, jf. kapittel Tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

Som omtalt under kapitlet Strategisk plan, har Helsetilsynet sammen med fylkesmennene utarbeidet nye resultatmål for tilsyn, som er tatt i bruk fra 2018. Det innebærer en poengberegning av tilsynsaktiviteter som skal reflektere reell ressursinnsats ved planlegging, gjennomføring og oppfølging av tilsyn.

I tillegg til tilsynene nevnt ovenfor, har fylkesmennene gjennomført 221 stedlige tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Dette er beskrevet nærmere i kapitlet Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt.

## Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Det skal i 2017 gjennomføres landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.

Fylkesmennene gjennomførte i 2017 tilsyn med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i 40 kommuner. Dette er et toårig tilsyn med både kommuner og spesialisthelsetjenesten, og er omtalt samlet under kapittel Andre oppdrag.

*«Det gjelder livet» - Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (Rapport fra Helsetilsynet 4/2017)*

Fylkesmennene gjennomførte i 2016 landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Det var tilsyn i 57 kommuner.

I 12 kommuner ble det ikke konkludert med lovbrudd, i de øvrige 45 fant fylkesmennene til dels alvorlig svikt. Fylkesmennene intervjuet mer enn 200 brukere og ca. 70 representanter for brukere som ikke selv kunne formidle sine erfaringer.

Fylkesmennene fant at tjenesten personlig assistanse mange steder var utilstrekkelig og lite individuelt tilpasset. Flere fylkesmenn fant at tjenestene som var innvilget, ikke ble gjennomført på grunn av mangelfull bemanning. I noen tilfeller fikk brukerne ikke dekt sine grunnleggende behov på grunn av mangelfullt tilsyn og mangelfull hjelp til egenomsorg fra ansatte. Fylkesmannen påpekte mange steder at de ansatte hadde svak kompetanse, og at det manglet planmessig opplæring. Tjenesteytingen kunne være lite systematisk, og dokumentasjonen mangelfull og spredt. Ansatte kunne være dårlig informert om brukerne de skulle bistå, og om oppgaver de skulle utføre. Mange steder var det få spor av brukermedvirkning, og pårørende og verger var ofte ikke godt nok informert til å ivareta brukernes interesser.

På helseområdet fant fylkesmennene i mange kommuner at opplysninger om brukernes helseforhold kunne være vanskelig tilgjengelige, og at de ansatte hadde dårlig kunnskap om den enkelte brukers helseforhold, og om hva de skulle observere eller dokumentere av endringer. I flere kommuner ble det også avdekket svikt i legemiddelhåndteringen, for eksempel uklare ansvarsforhold, dårlig kontroll med utdeling og utilstrekkelig kompetanse hos dem som gjør i stand og deler ut legemidler.

### *Tilsyn med petroleumsvirksomhet*

Tilsyn med helsetjenesten i petroleumsvirksomheten er delegert til Fylkesmannen i Rogaland. Som overordnet tilsynsmyndighet har Statens helsetilsyn et løpende samarbeid med Fylkesmannen i Rogaland og bistår i hovedsak med regelverksavklaringer. I Statens helsetilsyn er dette oppgaveområdet forankret i avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Statens helsetilsyn deltok på fagdag for helsetjenesten i petroleumsvirksomheten som Fylkesmannen i Rogaland arrangerte i Stavanger den 2. februar 2017. Staten helsetilsyn mottok for øvrig ingen henvendelser på petroleumsområdet i 2017.

Arbeidet med revidering av samarbeidsavtalen mellom Statens helsetilsyn og Petroleumstilsynet ble sluttført og ny avtale ble underskrevet den 23. november 2017.

I 2017 har Fylkesmannen i Rogaland gjennomført fire tilsyn med helse og hygiene i petroleumsvirksomheten, hvorav én systemrevisjon og tre tilsyn med bruk av annen metodikk.

#### *Tilsyn med spesialisthelsetjenesten*

For at tilsyn skal bidra til gode og trygge tjenester, må tilsynene være målrettede, gjennomføres av kompetent personell og med egnet metode. Vår tilsynserfaring fra 2017 er fortsatt at systematisk styring er en nøkkelfaktor for kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene. Forholdet mellom styring og tjenestekvalitet stiller store krav til tilsynsmyndighetens undersøkelse, bedømming og kommunikasjon. Virkemidler for å få til godt tilsyn er eksempelvis veiledning på saksbehandler- og ledernivå mellom fylkesmenn og Statens helsetilsyn, regionalt samarbeid og kompetanseutveksling, systematisk arbeid med harmonisering av praksis og Tilsynsskolens kompetansebygging. Dette er et prioritert og kontinuerlig arbeid, jf. Statens helsetilsyns Strategiske plan for 2015–2019.

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene, hvorav minst 70 skal rettes mot spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn fordeler tilsynene på de enkelte fylkesmenn. Tilsynene med spesialisthelsetjenesten skal fortrinnsvis gjennomføres med regionale tilsynslag.

Innen spesialisthelsetjenesten ble det gjennomført 24 systemrevisjoner i 2017. Tretten av tilsynene var med spesialisthelsetjenester til pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP-tilsynet), seks tilsyn var med akuttmottakene og deres gjenkjennelse og behandling av sepsis. I tillegg er det gjennomført 32 oppfølgingstilsyn etter sepsistilsynet – hhv 23 tilsyn åtte måneder etter systemrevisjonen og ni tilsyn 14 måneder etter nevnte revisjon. Det har i 2017 vært gjennomført tilsyn med spesialisthelsetjenesten i alle landets fylker. Med unntak av oppfølgingstilsynene, er tilsynene gjennomført som systemrevisjoner. I tillegg til deltakelse i de landsomfattende tilsynene, har fylkesmennene også gjennomført egeninitierte tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Det ble gjennomført fem slike tilsyn, alle som systemrevisjon.

I 2017 er det som nevnt gjennomført to landsomfattende tilsyn, ett ved at sepsistilsynet er videreført, og ett ved at det er ført tilsyn med spesialisthelsetjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet. Tilsynene med sepsis gjennomføres etter en plan som fordeler dem på årene 2016 og 2017 på tidspunkter besluttet av Statens helsetilsyn. Tidspunkt for gjennomføring av ROP-tilsynet besluttet av fylkesmennene.

I tillegg til tilsyn gjennomført som del av de landsomfattende tilsynene, har fylkesmennene ført tilsyn basert på egne risikovurderinger. Noen av disse tilsynene tar utgangspunkt i tidligere landsomfattende tilsyn. Noen fylkesmenn samarbeider også om planlegging og gjennomføring av disse tilsynene, andre tilsyn gjennomføres av den enkelte fylkesmann og da som oftest i ett sykehus. I 2017 er det på spesialisthelsetjenesteområdet gjennomført selvvalgte tilsyn i Nord-Trøndelag med syke-

husets vurdering av rett til nødvendig helsehjelp (mammografi), i Aust- og Vest Agder med barn som pårørende (nevrologisk avdeling). I Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal er det gjennomført selvvalgte tilsyn med ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom intensivavdelingen og ortopedisk avdeling (legemiddelhåndtering). De tre sistnevnte tilsynene er gjennomført med regionalt tilsynslag.

Det er avdekket lovbrudd i alle tilsyn gjennomført i 2017 som gjelder akuttmottakene og deres gjenkjennelse og behandling av sepsis. Det er også avdekket lovbrudd i sju av ni tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse. Når det gjelder tilsyn gjennomført av fylkesmennene etter egne risikovurderinger, er det avdekket lovbrudd i to av fem tilsyn. Det tar tid for virksomhetene å gjennomføre omfattende endringer, og fylkesmennene følger opp inntil forholdene er bragt i orden, slik at pasientene tilbys forsvarlige tjenester.

Statens helsetilsyn har utarbeidet en verdifastsetting av de landsomfattende tilsynene ut fra kompleksitet og forventet tidsbruk. Det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten med diagnostisering og gjenkjennelse av pasienter med sepsis (blodforgiftning), er omfattende og arbeidskrevende. Hvert tilsyn i dette landsomfattende tilsynet er derfor gitt en verdi på 1,5 systemrevisjon. Det samme gjelder systemrevisjonene som gjennomføres med spesialisthelsetjenester overfor pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusavhengighet. For oppfølgingstilsynene 8 og 14 måneder etter sepsistilsynet er verdien satt til 0,5 systemrevisjon per oppfølgingstilsyn.

Tabell 11 (Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017) i vedlegget gir et bilde av tilsynsaktiviteten på spesialisthelsetjenesteområdet i fylkesmannsembetene. Hvert embete får uttelling for tilsyn det har bidratt i. Ettersom tilsynene som oftest gjennomføres av flere fylkesmenn i fellesskap (i regionale tilsynslag), vil hvert gjennomførte tilsyn gi uttelling hos alle embeter som har deltatt. Den samlede uttellingen som fremgår av tabellen vil derfor være vesentlig høyere enn antallet gjennomførte tilsyn. I 2017 er tilsynsaktiviteten verdsatt til 133, mens antallet gjennomførte tilsyn er 56.

Kravet til fylkesmennene om tilsynsaktivitet innen spesialisthelsetjenesten tilsvarende 70 systemrevisjoner, er således oppfylt med god margin. Som vist i tabellen, er det imidlertid store aktivitetsforskjeller fylkesmennene imellom. Ulikhetene kan utjevne seg fra år til år, men vi ser også tendenser til at enkelte embeter har personell-/kompetanse- og kapasitetsutfordringer over år som det tar tid å løse.

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

I 2017 skal det gjennomføres landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og oppfølging av uklare medisinske tilstander i spesialisthelsetjenesten med fokus på hvordan pasienter med blodforgiftning (sepsis)/ alvorlige infeksjoner blir diagnostisert og behandlet.

Tilsynene har blitt gjennomført etter en plan, og har vært fordelt over årene 2016 og 2017 på tidspunkter besluttet av Statens helsetilsyn. Fylkesmennene har til sammen gjennomført 24 tilsyn (systemrevisjoner), fordelt på 19 helseforetak og ett privat sykehus. Fylkesmennene gjorde/gjør også oppfølgingstilsyn i form av journalgjennomganger åtte og fjorten måneder etter gjennomført systemrevisjon for å undersøke om helseforetakene har fått på plass tilstrekkelige forbedringer. Det er gjennomført



32 journalgjennomganger i 2017. De siste skal etter planen gjennomføres i andre kvartal 2018. Tilsynet ble gjennomført av seks tilsynslag, og med fire deltakende fagrevisorer med medisinsk faglig kompetanse på områdene som skulle undersøkes. Tilsynet har vært omfattende og ressurskrevende. Hvert tilsyn i dette landsomfattende tilsynet er gitt en verdi på 1,5 systemrevisjon. Hvert oppfølgingstilsyn er gitt verdi på 0,5 systemrevisjon.

Det overordnede målet med tilsynet var å undersøke om identifisering, diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning) og mulig sepsis i akuttmottak var forsvarlig. Pasienter med alvorlige infeksjoner/mulig sepsis og identifisert sepsis, er blant de pasienter som er mest avhengige av at akuttmottak fungerer slik de skal. Pasientene skal gis riktig prioritet, eventuell sepsis skal bli identifisert og effektiv behandling skal settes raskt i gang.

Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt. Et gjennomgående og alvorlig funn i tilsynet er at pasienter med livstruende nedsatt organfunksjon har vært utsatt for risiko – ved at de måtte vente uforsvarlig lenge før de fikk antibiotikabehandling. Dette er pasienter hvor behandlingsforløpet må gå raskt, og hvor det kan stå om liv.

Forsinket legetilsyn/-undersøkelse var sviktområde i mange helseforetak. I akuttmottak hvor pasienter med sepsis hadde fått sen antibiotikabehandling, var ventetid på legetilsyn ofte en medvirkende årsak.

Systematisk observasjon av pasienten skal sikre at helsepersonellet raskt avdekker endringer i pasientens helsetilstand. I en stor andel helseforetak var dette ikke godt nok ivarettatt.

Aktivitetene i akuttmottak frem til iverksettelse av behandling tok gjennomgående for lang tid. Det kunne svikte i flere ledd. En pasient kunne vente både på å bli hastegradsvurdert og få legetilsyn/bli diagnostisert. Stor pågang/samtidighetskonflikter var i mange tilfeller en risikofaktor. Ledelsen i flertallet av helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om faktisk aktivitet og drift i akuttmottaket. De hadde ikke nok data til å vite om akuttmottaket ga pasienter hjelp så fort som hastegraden tilsa, og hvor ofte det sviktet.

Tilsynsmyndigheten har så langt fått bekreftet at tilsynet har vært relevant og avdekket forhold av vesentlig betydning for pasientsikkerheten. Dette tilsynet er for øvrig valgt ut for å evaluere hvilken effekt tilsyn med virksomheter har med tanke på å fremme forbedring i tjenestekvaliteten, jf. prosjektet «Effekt av tilsyn» som er omtalt under kapittel Strategisk plan.

Funnene er oppsummert og presentert i Rapport fra Helsetilsynet 1/2018: Sepsis – ingen tid å miste.

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Det skal i 2017 gjennomføres landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.

De landsomfattende tilsynene til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet er omtalt samlet under kapittel Andre oppdrag. Det ble i 2017 gjennomført 13 tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal i 2017 gjennomgå alvorlige hendelser i fødselsomsorgen.

#### *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*

Helsedirektoratet utga veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen» i 2010. Statens helsetilsyn har sammen med Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging i alle landets fødeinstitusjoner for å se nærmere på om kvalitetskravene er implementert i helseforetakene. Alle landets 47 fødeinstitusjoner svarte på kartleggingen.

Vi fant at seleksjonskriterier for hvor den gravide skal føde ble oppgitt å være i henhold til kvalitetskravene. Ansvarsområdet til lege og jordmor var ikke beskrevet ved henholdsvis 39 prosent og 15 prosent av fødeinstitusjonene. Få registrerte hvorvidt jordmor var til stede hos den fødende under aktiv fase. Ved fødeavdelingene rapporterte halvparten om ubesatte legestillinger, og en tredel av kvinneklinikkene oppga at de hadde et stort behov for jordmorvikarer. Halvparten av fødeavdelingene mente at kvalitetskravene hadde ført til bedre opplæring, men undervisningen var i liten grad tverrfaglig eller obligatorisk.

Resultater fra kartleggingen har blitt formidlet til helsetjenesten gjennom originalartikkel «Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen», publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening, posterpresentasjon ved årsmøtet i Norsk gynekologisk förening og i foredrag ved årsmøte i Norsk perinatalmedisinsk förening.

#### *Gjennomgang av tilsynssaker innen svangerskaps- og fødselsomsorgen*

Statens helsetilsyn har innhentet og analysert 338 tilsynssaker som gjelder helsehjelp gitt under svangerskap og fødsel. Sakene ble avsluttet hos Fylkesmannen eller i Statens helsetilsyn i perioden 2009–2013. Resultater og funn fra undersøkelsen skal formidles videre til fagmiljøene i et internasjonalt fagtidsskrift innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi forventer at det blir publisert våren 2018.

#### *Kartlegging av alvorlige hendelser i 12 utvalgte fødeinstitusjoner*

Statens helsetilsyn innhentet informasjon fra Medisinsk fødselsregister om hvor mange pasienter som i 2014 hadde hatt et fødselsforløp komplisert av alvorlig oksygenmangel, vanskelig skulderforløsning eller alvorlig blødning hos den fødende. Det ble valgt ut 12 helseforetak og vi fikk oversendt nødvendige journalopplysninger på pasienter som hadde hatt en av de tre alvorlige hendelsene. Det pågår nå et arbeid i Statens helsetilsyn med å registrere og analysere data fra de 554 pasientjournalene som er oversendt fra fødeinstitusjonene. Tilsynsmyndigheten ønsker å kartlegge hva som skjedde, helseforetakenes egen analyse av hendelsen og hvilke tiltak de eventuelt har iverksatt. Kartleggingen forventes ferdig i 2018.

Statens helsetilsyn har også utarbeidet et spørreskjema som ble sendt til de pasientene som hadde de mest alvorlige komplikasjonene. Vi har fått svar fra 90 pasienter og disse blir nå registrert og analysert. Arbeidet forventes ferdig i 2018. Foreløpig har vi formidlet intensjoner og plan for tilsynet i posterpresentasjon ved Nordisk tilsynskonferanse 2017.

### *Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer*

Statens helsetilsyn fører tilsyn etter blodforskriften, forskrift om kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon. Forskriftene stiller krav til Statens helsetilsyn om å føre jevnlige tilsyn med at virksomhetene overholder bestemmelsene i forskriftene.

Overføring av humant materiale fra donor til mottaker har en iboende risiko for overføring av sykdom via blod, celler, vev eller organer. Minimumskravene til kvalitet og sikkerhet er derfor strenge, og vi finner fortsatt forbedringsområder ved våre planlagte tilsyn. Tilsynsfunn som innebærer økt risiko for pasientene, er for eksempel:

- ikke god nok identitetskontroll av blodpose og blodmottaker før blodoverføring
- håndtering av humant materiale uten nødvendig godkjenning for aktiviteten
- feil og mangler ved lokaler der humant materiale eksponeres for romluft
- ikke tydelig fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet ved organdonasjon
- ledelsen sikrer ikke samsvar mellom myndighetskrav, retningslinjer og praksis

Statens helsetilsyn registrerer at de private fertilitetsklinikkene ekspanderer ved å etablere tilbud om fertilitetsbehandling flere steder. Endringer og økt aktivitet stiller krav til at virksomhetene sørger for tilstrekkelig kompetanse og tilfredsstillende lokaler ved samtlige enheter.

I 2017 ble det gjennomført 11 tilsyn som omfattet totalt tre private fertilitetsklinikker med i alt 6 enheter, ett frittstående sykehus, ett statlig forvaltningsorgan og 15 offentlige sykehus organisert under 5 helseforetak.

Ved helseforetakene omfattet tilsynet flere ulike fagområder og aktiviteter. På grunn av høy aktivitet ved ett helseforetak ble det her gjennomført to tilsyn. Helsetilsynet konkluderte med avvik ved 8 av totalt 11 tilsyn.

*Tabell 4 Helse- og omsorgstjenester – Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2017*

Områder det er ført tilsyn med	Besøkte helseforetak/ virksomheter <sup>1</sup>		Antall besøkte avdelinger / enheter	Aktivitet
	Antall	Hvorav med avvik		
Blod	6	6	45	Blod og blodkomponenter
Celler og vev	8	4	19	Egg, sæd, embryo, beinvev, hornhinner, frysetørret sklera og amnionhinner, kranieben, autolog stamcellebehandling, smittetesting av donorer og distribusjon av produkter som inneholder humant beinvev
Organer	5	3	8	Organdonasjon

<sup>1</sup> Noen virksomheter har flere områder, kolonnen kan derfor ikke summeres for antall helseforetak og virksomheter

## Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen i 2017 skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2500 nye saker i landet.

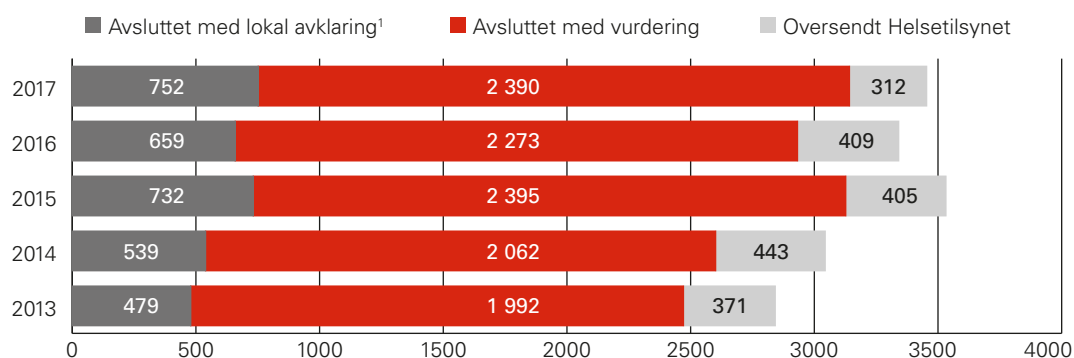
Grunnlaget for at det blir opprettet tilsynssak er oftest (i 86 prosent av sakene) klager fra pasienter og pårørende om mulig svikt i tjenestene. I saker som resulterer i tap av autorisasjonen på grunnlag av rusmiddelbruk kommer informasjonen ofte fra arbeidsgiver. Også informasjon fra media, pasient- og brukerombud, erstatningsaker og ulike meldinger danner grunnlag for tilsynssaker.

For hele landet var det 3582 nye tilsynssaker innen helse og omsorg i 2017. Det er noe høyere enn antallet i 2016 da det ble opprettet 3498 saker. Antallet avsluttede saker var 3454, mot 3341 året før. Dermed har antallet tilsynssaker under arbeid (restanser) hos fylkesmennene økt fra 1734 ved inngangen til 1893 ved utgangen av 2017.

Kravet til fylkesmennene er at minst halvparten av tilsynssakene skal være behandlet innen fem måneder. Dette kravet ble nådd i syv av de 17 fylkesmannsembetene; Hedmark, Vestfold, Telemark, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag. Fylkesmennene i Østfold, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Nordland var relativt nær måloppnåelse. For fylkesmennene samlet ble kravet ikke innfridd i det kun 44 prosent av sakene ble ferdigbehandlet innen fem måneder. For 2016 ble kravet innfridd i 46 prosent av sakene som ble behandlet.

Tilsynssakene er ikke jevnt fordelt i landet, sett i lys av folketall. Flest nye tilsynssaker i 2017 var det i Finnmark med 179 saker per 100 000 innbyggere. Færrest var det i Buskerud med 38 nye saker per 100 000. Snittet for landet som helhet var 68 nye saker per 100 000.

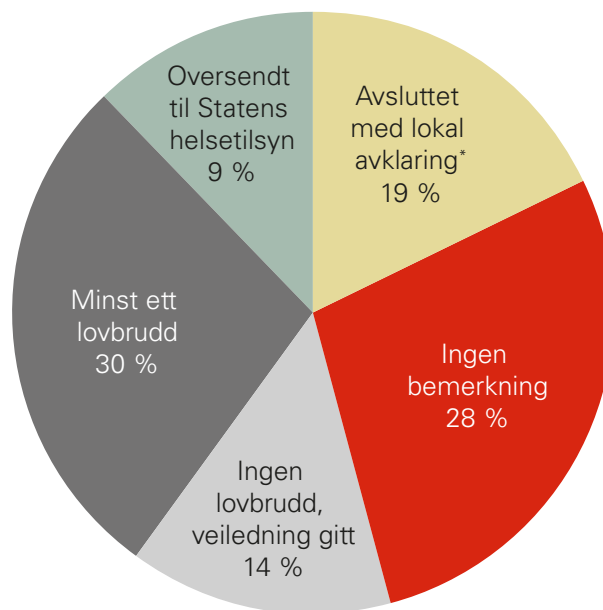
Figur 10 Helse- og omsorgstjenester  
– Antall tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017



\* Lokal avklaring er når påklagde tjenesteyter (personell/virksomhet) og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Tilsynssakene er ofte sammensatt. Det kan være mer enn ett helsepersonell og/eller mer enn én virksomhet som blir vurdert i den sammen saken. Figur 11 viser utfall av vurderingene.

Figur 11 Helse- og omsorgstjenester – Utfall for helsepersonell / virksomheter vurdert i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017



\*Lokal avklaring er når påklagd tjenesteyter (personell/virksomhet) og den som har klaget til Fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av Fylkesmannen med det har bortfalt.

Av de 3454 avsluttede sakene ble 752 avsluttet med lokal avklaring (jf. fotnote til figur 11). Saker som egner seg for lokal avklaring, er hvor påklagd tjenesteyter sammen med klager kan komme fram til en minnelig løsning istedenfor ordinær behandling hos fylkesmannen.

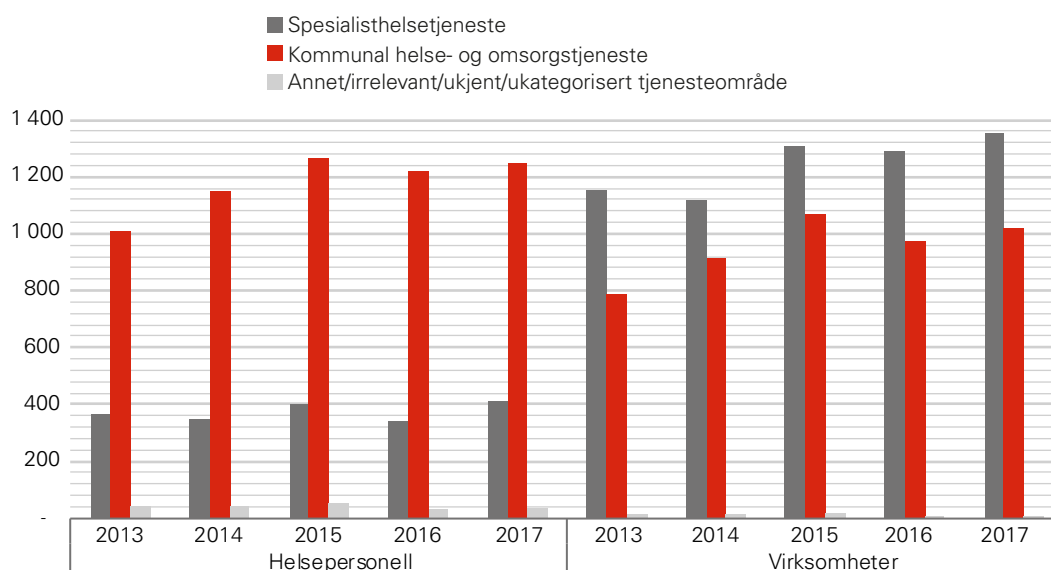
I de 2702 sakene fylkesmennene vurderte, ble det konstatert minst ett lovbrudd i 30 prosent av sakene. I tillegg ble 9 prosent (312 saker) oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon eller pålegg.

I tillegg til at én tilsynssak kan være rettet mot mer enn ett helsepersonell/virksomhet, kan hvert helsepersonell/virksomhet bli vurdert opp mot flere pliktbestemmelser i helselovgivningen. I 2017 gikk antallet vurderingsgrunnlag opp til 4187 fra 4082 året før. Det er plikten til å gi forsvarlige helsetjenester som oftest blir vurdert. Forsvarlighetsplikten er både en individuell plikt (helsepersonelloven § 4) og en plikt som virksomheter har (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Samlet sett gjaldt 69 prosent av vurderingene en av disse bestemmelsene. Denne andelen er som i 2016. Det vises til tabell 14 (Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 fordelt på lovbestemmelser) i vedlegget.

Tilsynssakene hos fylkesmennene har de siste tre årene hatt en stabil fordeling mellom saker rettet mot spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og saker rettet mot begge tjenestenivåer. I 2017 var 40 prosent av sakene rettet mot personell og virksomheter i spesialisthelsetjenesten, mens 54 prosent av sakene var rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og fem prosent var saker som gjaldt begge tjenestenivåer. I et fåtall tilsynssaker (én prosent) var tjenestenivå ikke relevant for saken.

Figur 12 viser fordelingen av tilsynssaker mellom helsepersonell og virksomheter. Saker som gjelder spesialisthelsetjenesten er langt oftere rettet mot en virksomhet enn helsepersonell. For saker i kommunal helse- og omsorgstjeneste er tallene omvendt, der gjelder tilsynssakene oftere helsepersonell enn en virksomhet. Denne fordelingen har, med små svingninger, holdt seg over flere år. Årsakene til forskjellen kan være mange og sammensatt. Den kan blant annet skyldes at det jobber mer helsepersonell i kommunene, og at de oftere jobber alene enn hva de gjør i spesialisthelsetjenesten. For eksempel retter mange av sakene seg mot fastleger. I spesialisthelsetjenesten er helsepersonellet oftere del av et større system, og flere helsepersonell er ofte involvert i tjenesteytingen til den enkelte pasient.

Figur 12 Helse- og omsorgstjenester – Antall helsepersonell/virksomheter per tjenesteområde i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene



## Klagesaker

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Av rettighetsklagesakene etter pasient- og brukerrettighetsloven, tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som fylkesmannen avslutter i 2017, skal minst 90 prosent være avsluttet innen 3 måneder.

Fylkesmannen er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven og den øvrige helse- og omsorgslovgivningen. Den som har ansvaret for tjenesten (kommunen, sykehuset/helseforetaket osv.) skal ha vurdert saken på nytt før fylkesmannen behandler klagen.

I 2017 kom det inn 3413 klagesaker, og fylkesmennene avsluttet behandlingen av 3233. Av disse ble 178 avvist, trukket eller behandlingen bortfalt av andre grunner. 3055 saker ble realitetsbehandlet, en svak nedgang fra 2016 da det ble realitetsbehandlet 3080. For landet under ett ble 76 prosent av sakene avsluttet innen 3 måneder, mot 66 prosent i 2016. Resultatmålet ble nådd i fem embeter. Ti embeter avsluttet minst 80 prosent av sakene innen tre måneder. Se tabell 15 (Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2015–2017) i vedlegget.

I 25 prosent av de vurderingene som gjøres i sakene fikk den som klagde medhold, enten ved at fylkesmannen endret vedtaket til klagers gunst (12 prosent), eller ved at fylkesmannen opphevet vedtaket og sendte saken tilbake for ny behandling (13 prosent). Dette er noe lavere andel enn i 2016, da andelen var 28 prosent.

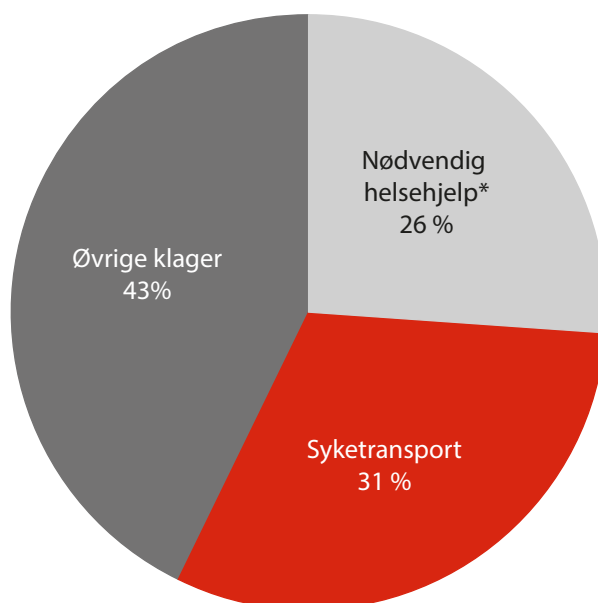
Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). De siste årene har det vært en nedgang i disse klagesakene, men fra 2016 til 2017 har antallet økt fra 631 til 949.

Andre klagetema som er fremtredende er rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten med 559 vurderinger; (omsorgsstønad) med 345; og rett til brukerstyrt personlig assistanse med 207 vurderinger. Det vises til tabell 16 (Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017) i vedlegget.

Ved inngangen til året var det 608 saker i restanse, ved utgangen 786. Selv om antallet ikke er foruroligende høyt, er veksten et signal om at fylkesmennene sliter for å holde saksbehandlingstiden og restansene nede.

Slik Statens helsetilsyn ser det, er det en bekymringsfull utvikling at restansene har økt både for tilsynssaker og rettighetsklager, særlig med tanke på omstillingsutfordringer embetene har i forbindelse med regionreformen. Erfaringsmessig medfører omstillinger en periode med økte restanser.

Figur 13 Helse- og omsorgstjenester – Rettighetsklager behandlet av fylkesmennene i 2017



\* Nødvendig helsehjelp er definert som Pbrl. § 2-1a: Øyeblikkelig hjelp, helsetjenester i hjemmet og plass i sykehjem, Pbrl. § 2-1b: Rett til nødv. Helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og Pbrl. § 2-2: Rett til vurdering av spes.h.tj.

#### *Rettighetsklager behandlet i Statens helsetilsyn.*

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan etter anmodning vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan, jf. forvaltningsloven § 35. Statens helsetilsyn har i 2017 stadfestet fylkesmannens vedtak i fire saker. Vi opphevet fylkesmannens vedtak i en sak. I en annen sak opphevet vi delvis fylkesmannens vedtak.

## Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

### *Kontroll av bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming*

Personer med utviklingshemming er en sårbar gruppe som i mindre grad enn mange andre kan ivareta egne interesser. Bruk av tvang og makt er derfor detaljert regulert i lovverket både for å sikre at personene får nødvendig hjelp og for å hindre unødvendig tvangsbruk. Statens helsetilsyn har overordnet ansvar for de oppgaver som fylkesmennene utfører når meldte beslutninger om tvang i nødssituasjoner kontrolleres, vedtak overprøves, søknader om dispensasjon fra utdanningskrav behandles og tilsyn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 gjennomføres.

Fylkesmennene registrerer, i fagsystemet NESTOR, meldte beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, overprøvede vedtak om bruk av tvang, søknader om dispensasjon fra fastsatte utdanningskrav og stedlige tilsyn. I 2017 er det meldt beslutninger overfor 1310 personer, og det er overprøvd 1605 vedtak som gjelder enkeltpersoner. 1503 av vedtakene ble godkjent. Ved utløpet av 2017 var det 1376 personer med godkjent vedtak om bruk av tvang, enten for å dekke grunnleggende behov eller for å avverge skade på seg selv eller omgivelsene, eller begge deler.

I tildelingsbrevet til fylkesmennene for 2017 ble det overfor ni fylkesmannsembeter stilt resultatmål om å øke antallet stedlige tilsyn med tvangsbruk overfor personer med utviklingshemming. Av disse har fem embeter innfridd kravet (Østfold, Vestfold, Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland). De resterende fire embetene (Oslo og Akershus, Rogaland, Nord-Trøndelag og Troms) har gjennomført færre stedlige tilsyn i 2017 enn i 2016. Fire embeter, hvor det ikke var stilt spesielle krav til økt antall stedlige tilsyn, hadde også redusert antallet. Tross denne reduksjonen gjennomførte fylkesmennene samlet sett like mange stedlige tilsyn i 2017 som i 2016. På landsbasis er det utført 220 stedlige tilsyn, mot gjennomsnittlig (2012–2017) 203 stedlige tilsyn per år. Statens helsetilsyn vil i løpet av 2018 fullføre revidering av fylkesmennenes prosedyre for gjennomføring av stedlige tilsyn.

### *Kontroll av beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner*

Det ble foretatt 18 794 beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner for 1310 personer. Antallene har økt, og indikerer en forventet økning i antall vedtak også i 2018. Det er variasjoner i tallene (saksbehandling, tiltaksformer, m.m.) mellom embetene som indikerer ulike arbeidsformer og ulik forståelse av regelverket hos embetene, spesialisthelsetjenestene og kommunene.

### *Overprøving av vedtak*

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Fylkesmennene skal overprøve vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming og behandle søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innen tre måneder. Minst 90 prosent av sakene skal være behandlet innen tre måneder.

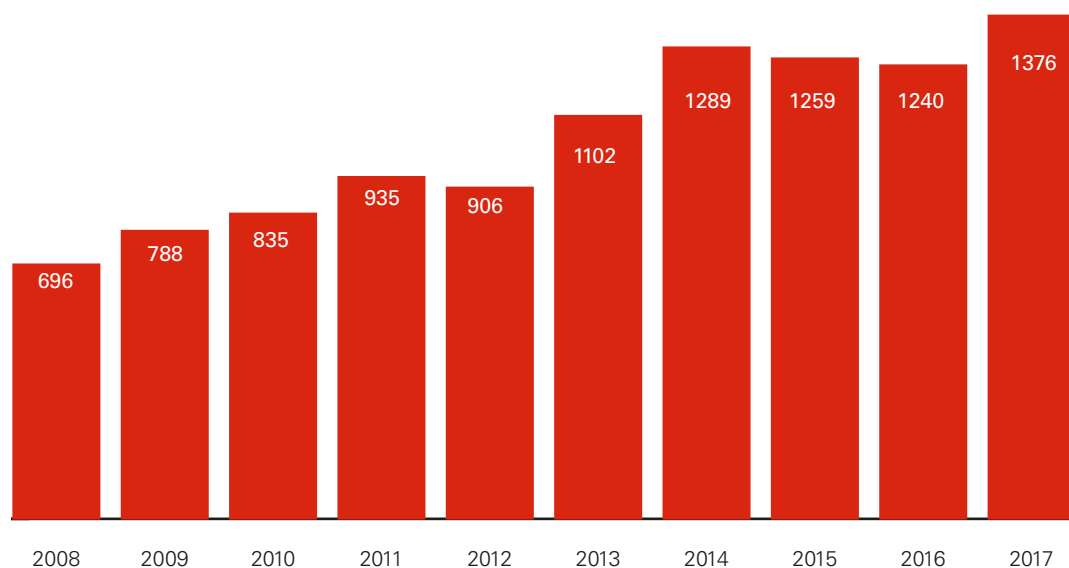
I tildelingsbrevet for 2017 ble saksbehandlingskravet endret fra at alle vedtak skulle være overprøvd innen tre måneder, til at 90 prosent av overprøvingene skulle være gjennomført innen tre måneder. Endringen skulle ivareta saksbehandlingsforhold i spesielle saker. For 2017 har 72 prosent av vedtakene blitt overprøvd innen tre



måneder, og åtte av sytten fylkesmenn innfridde kravet om å overprøve minst 90 prosent. De øvrige 9 fylkesmennene overprøvde mellom 21 prosent og 84 prosent av vedtakene innen tre måneder.

Figur 14 Helse- og omsorgstjenester

– Antall personer det er fattet vedtak overfor fra 2008–2017



Antall beslutninger og vedtak økte med 10 prosent fra 2016 til 2017 og økningen vurderes som markant. Årsakene til veksten er sammensatt og kompleks. Blant annet ser det ut for at antall meldte beslutninger kan ha sammenheng med embetenes saksbehandlingstid for overprøving av vedtak. Jo lengre saksbehandlingstiden er, desto flere beslutninger meldes inn. Hvis embetenes overprøving gjøres innen saksbehandlingsfristene, antas det at antall beslutninger vil reduseres betydelig, mens antall vedtak vil øke noe. Statens helsetilsyn ferdigstilte i 2017 en revidert saksbehandlingsveileder for fylkesmennene. Saksbehandlingsveilederen evalueres løpende, og minimum årlig.

Antall personer med diagnosen utviklingshemming som utsettes for tvangstiltak etter godkjente vedtak er 1376 av i alt 19 079 personer som er innrapportert som mottakere av helse- og omsorgstjenester i 2016. Det er anslått at rundt 10 prosent av alle med diagnosen utviklingshemming kan ha behov for tvangstiltak som forhindrer vesentlig skade i henhold til lovens intensjon. Når man legger sammen antall tjenestemottakere som er involvert i beslutninger og vedtak ender man opp med 2686 personer. Det er 2280 personer som enten utsettes for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, har tiltak regulert i godkjente vedtak eller omfattes av begge deler. Dette antallet er vesentlig høyere enn anslaget i lovens forarbeider. Statistikken og våre vurderinger tilsier en fortsatt økning i antall personer med utviklingshemming som utsettes for tvang etter kapittel 9. Statens helsetilsyn er bekymret for utviklingen, og vil se nærmere på tiltak for å begrense den kontinuerlige økningen.

Figur 15 Helse- og omsorgstjenester – Formålene med vedtak om tvang overfor personer med utviklingshemming i 2017



Fylkesmennene overprøvde 1503 vedtak, mot 1456 vedtak året før. De tiltak som benyttes hyppigst er: begrensning av tilgang til mat/drikke (29 prosent av vedtakene), begrensning av tilgang til vann/eiendeler (28 prosent), holding (24 prosent), jf. tabell 20 (Tiltak i godkjent vedtak om tvang og makt overfører personer med utviklingshemming) i vedlegget.

Det ble søkt om dispensasjon fra utdanningskrav i 1175 av de 1503 godkjente vedtakene. Fylkesmannen innvilget dispensasjon i 1093 av vedtakene.

Fra 2017 har fylkesmennene registrert antallet personer som utfører tvangstiltakene. Det er også registrert antallet personer som utøver tvangstiltakene det er søkt dispensasjon fra utdanningskrav for, og antallet fylkesmannen har innvilget dispensasjon. Tabell 18 (Antall vedtak i 2017 og omfang av personell som utførte tiltak) i vedlegget viser en oversikt over gjennomsnittlig antall personer som utøver tvang per vedtak, fylkesfordelt. I tillegg er det en oversikt over hvor mange av de godkjente vedtakene der det er søkt dispensasjon, og hvor mange der det er innvilget dispensasjon.

I de godkjente vedtakene er det gjennomsnittlig søkt om dispensasjon for ni tjenesteytere, hvorav åtte er innvilget dispensasjon. Når dispensasjon ikke blir innvilget, må virksomheten bruke andre tjenesteytere, iverksette andre tiltak eller sette sammen tjenesteytere som likevel gjør at kompetansekravene oppfylles.

Det vises til tabellene 17–21 i vedlegget for ytterligere tallmateriale.

#### *Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp*

Formålet med bestemmelsene i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Bestemmelsene gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Pasientene det gjelder, er hovedsakelig personer med demenssykdom og utviklingshemming. Helsetjenesten skal

fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det.

Dersom det ikke er klaget på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpen varer, skal fylkesmannen av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen når det er gått tre måneder fra vedtaket ble fattet. Et vedtak varer maksimalt ett år. Når vedtakstiden er over, må virksomheten vurdere situasjonen på nytt og eventuelt fatte nytt vedtak.

I 2017 gjennomgikk fylkesmennene 4269 vedtak om tvungen helsehjelp. Det er en økning på ni prosent fra 2016, da det ble gjennomgått 3913. Det har vært en jevn økning av vedtak siden regelverket trådte i kraft 2009. Fylkesmennene opphevet eller endret 12 prosent av vedtakene som ble gjennomgått ved inntak og 19 prosent av de 1807 vedtakene som ble kontrollert ved den fornyede gjennomgangen etter tre måneder. Det er svært få klager på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og antallet avsluttede klagesaker gikk ned fra 20 i 2016 til 11 i 2017.

Statens helsetilsyn hadde ingen klager på fylkesmannens vedtak til behandling i 2017.

*Tabell 5 Helse- og omsorgstjenester – Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2015–2017*

	2015	2016	2017
Antall vedtak mottatt hos fylkesmannen	3 917	4 155	4 519
Antall vedtak tatt til etterretning	3 410	3 470	3 770
Antall opphevede vedtak	286	302	341
Antall endrede vedtak	110	138	158
Antall vedtak som varer mer enn 3 måneder	2 488	2 514	2 565
Antall mottatte klager på vedtak	17	25	13

#### ***Bistand til evaluering av tvangstiltak***

I et tillegg til tildelingsbrevet for 2017, mottatt 21. juli, ble Statens helsetilsyn bedt om å bistå Oxford Research med å få tilgang til vedtak fra fylkesmennene. Helse- og omsorgsdepartementet hadde inngått avtale med Oxford Research om evaluering av tvangsvedtak etter de fire sentrale regelsettene som regulerer bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren.

Statens helsetilsyn foretok en tilfeldig uttrekk av vedtak fra fagsystemet NESTOR-Fm. Fylkesmennene anonymiserte vedtakene før Statens helsetilsyn oversendte vedtakene til Oxford Research. Til sammen 155 vedtak ble oversendt.

## **Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – bruk av administrative reaksjoner m.v.**

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2017, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 300 nye saker, og åtte måneder eller mindre ved maksimalt 600 nye saker.

Når fylkesmannen mener at det kan være grunnlag for å ilegge administrativ reaksjon eller gi pålegg mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi administrative reaksjoner. Det kan være å gi advarsel, begrense eller tilbakekalle helsepersonellens autorisasjon, eller gi pålegg eller tvangsmulkt til virksomheter.

I 2017 fikk Statens helsetilsyn 399 nye saker til behandling, mot 458 i 2016. Dette er en nedgang på 13 prosent. Per 31. desember 2017 var 207 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 258 året før.

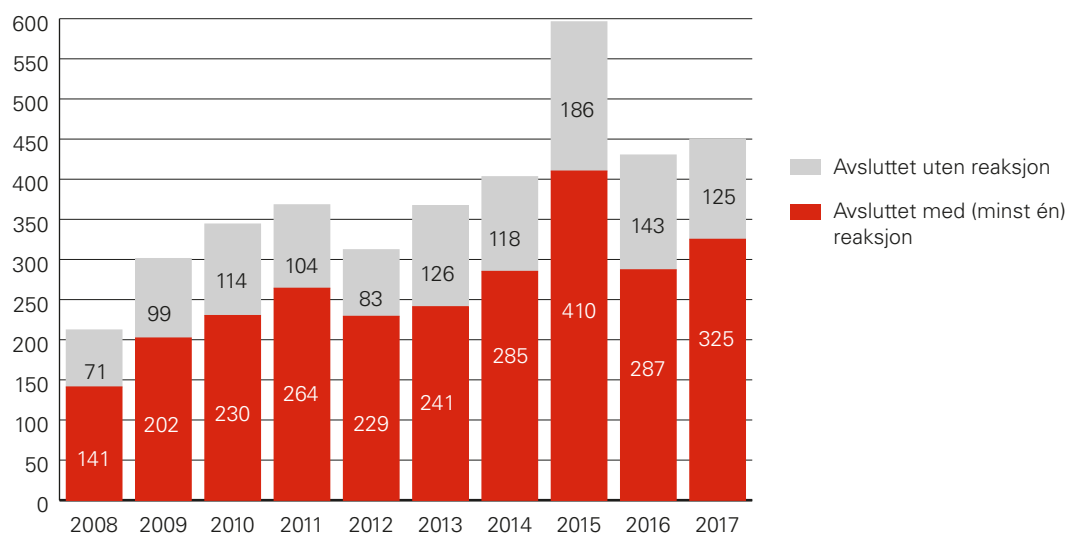
I 2017 avsluttet vi 450 saker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, mot 430 i 2016, noe som er en liten økning.

Vi ser ellers en jevn økning i antall avsluttede saker de siste fem år. 2015 var et unntaksår som skyldtes at vi omprioriterte ressurser og gjennomførte et målrettet prosjekt for å redusere restansene og derfor behandlet langt flere saker enn vanlig.

Av de 450 sakene som ble avsluttet i 2017, var 378 oversendt fra fylkesmennene, 37 saker oversendt fra andre lands tilsynsmyndigheter og 37 saker startet hos Statens helsetilsyn. 250 av sakene (55 prosent) gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester, mens 200 saker gjaldt spesialisthelsetjenester.

Statens helsetilsyn ga 291 reaksjoner til helsepersonell i 2017, mot i 249 i 2016. Vi konkluderte med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 53 virksomheter, mot 62 i 2016. Vi avsluttet 125 saker uten å gi reaksjoner til helsepersonell eller påpeke lovbrudd overfor virksomheter. Tilsvarende tall for 2016 var 143.

Figur 16 Helse- og omsorgstjenester –Tilsynssaker avsluttet av Statens helsetilsyn 2007–2017



Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2017, skal være seks måneder eller mindre, ved inntil 300 nye saker, og åtte måneder eller mindre ved inntil 600 nye saker. I 2017 var median saksbehandlingstid 5,7 måneder. Kravet til median saksbehandlingstid på 8 måneder eller mindre ved flere saker enn 300 er dermed innfridd med god margin. Måloppnåelsen har vært mulig gjennom streng prioritering av sakene. Som omtalt i del V Framtidsutsikter, har dette medført at det har vært mindre aktivitet på andre oppgaver.

Det er stor variasjon i omfang og kompleksitet i sakene vi har til behandling, noe som bidrar til at saksbehandlingstiden for en del saker blir lang. Saksbehandlingen for 58 saker har vært lengre enn 12 måneder. I en og samme sak må vi ofte vurdere flere virksomheter/flere tjenestenivå og flere helsepersonell. Slike saker er ressurskrevende og i enkelte tilfeller er det også nødvendig å benytte eksterne sakkyndige. Statens helsetilsyn følger løpende med på saksbehandlingstiden og iverksetter tiltak ved behov.

Per 31. desember 2017 var 207 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 258 året før. Foreløpig median saksbehandlingstid for restansene var 3,6 måneder. Vi ser at antall restanser har gått ned med 51 saker sammenlignet med antallet i 2016.

### *Reaksjoner mot helsepersonell*

Formålet med å gi administrative reaksjoner er å reagere på alvorlige overtredelser av helsepersonelloven, bidra til pasientsikkerhet ved å hindre fremtidige overtredelser av samme art og å sikre kvalitet i og tillit til helsetjenesten.

I 2017 mistet 155 helsepersonell til sammen 160 autorisasjoner. Dette er 41 flere autorisasjonstap enn året før og tilsvarer en økning på 34 prosent. Den hyppigste årsaken til at autorisasjonen ble tilbakekalt, er som tidligere år misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Eksempler på slik atferd er tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold.

Vi tilbakekalte autorisasjonen til fem helsepersonell der uforsvarlig virksomhet i form av svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper var eneste grunnlag. For 17 tilbakekall var svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper ett av flere andre grunnlag for tilbakekallet. Rusmisbruk var det hyppigste tilleggsgrunnlaget.

I 2017 fikk Statens helsetilsyn 510 meldinger fra de andre nordiske landene om endret autorisasjonsstatus for helsepersonell. På bakgrunn av disse meldingen opprettet Statens helsetilsyn 30 tilsynssaker der helsepersonell også hadde norsk autorisasjon. Totalt fikk 28 helsepersonell tilbakekalt sin norske autorisasjon på grunn av endret autorisasjonsstatus i utlandet. Av disse 28 helsepersonell hadde 14 mistet sin autorisasjon i utlandet.

Statens helsetilsyn begrenset i 2017 autorisasjonen til 18 helsepersonell i medhold av helsepersonelloven §§ 59 og 59 a. For 15 helsepersonell var grunnlaget svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper. Av disse var det 10 leger som fikk vilkår blant annet om at de ikke kunne arbeide selvstendig som lege eller måtte arbeide under veiledning.

Ut over dette mistet sju leger rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B helt eller delvis på grunn av uforsvarlig rekvirering (samme antall som i 2016).

Vi ga 106 advarsler i 2017. Det ble gitt advarsler til 59 leger, 18 sykepleiere og 13 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 17 helsepersonell mens saken var til behandling.

Det var ni helsepersonell som ga frivillig avkall på autorisasjonen, og to leger som ga frivillig avkall på rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B.

I 2017 ba Statens helsetilsyn om sakkyndig vurdering i ni saker. Videre påla vi to helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

Tabell 6 Helse- og omsorgstjenester – Tilbakekalling av autorisasjon/lisens fordelt på helsepersonellgrupper 2015–2017 og grunnlag for tilbakekalling i 2017

Årsaker til tilbakekall av autorisasjon/lisens fordelt på helsepersonellkategori	2015	2016	2017	Vurderingsgrunnlag fordelt på helsepersonellgrupper i 2017			
				Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere Omsorgsarbeidere Helsefagarbeidere	Andre
Helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen <sup>1</sup>	23	24	22	7	8	5	2
Ikke innrettet seg etter advarsel	7	3	6	5			1
Rusmiddelbruk	86	79	91	17	48	17	9
Legemiddeltveri	31	25	25		19	4	2
Seksuell utnytting av pasient/bruker	13	6	18	7	7	1	3
Rollesammenblanding	4	1	4	1	3		
Annen atferd i yrkesutøvelsen	34	20	17	7	3	2	5
Annen atferd utenfor yrkesutøvelsen	22	27	33	11	15	5	2
Sykdom	7	4	7	2	2	1	2
Mistet godkjenning i utlandet	2	8	14	8	6		
Sum vurderingsgrunnlag <sup>2</sup>	229	197	237	65	111	35	26
Antall tilbakekalte autorisasjoner	161	119	160	47	70	22	21

1 I tidligere publikasjoner (mellom 2012 og 2015) framsto tallene i denne kategorien som høyere enn de gjør nå, pga. ny tellemåte f.o.m. 2016.

2 I noen av sakene foreligger flere grunnlag for tilbakekall av en og samme autorisasjon. Derfor er summen av vurderingsgrunnlag høyere enn antall tilbakekalte autorisasjoner.

Forøvrig viser vi til ytterligere tabeller i vedlegget.

### Klage på vedtak

I 2017 oversendte Statens helsetilsyn 110 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) v/ Helseklage, mot 72 i 2016. Av de oversendte klagenes var 82 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert fem suspensjonsvedtak. Det var 28 klager som gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/begrenset autorisasjon.

HPN behandlet 70 klager på våre vedtak i 2017. De stadfestet 66 vedtak og omgjorde 4.

### Søknader om ny/begrenset autorisasjon og ny rekvireringsrett

I 2017 behandlet Statens helsetilsyn 146 søknader fra 119 ulike helsepersonell. Vi innvilget 56 søknader helt eller delvis og avsto 90. Vi ga 21 helsepersonell autorisasjon uten begrensninger, og opphevet etter søknad begrensninger i autorisasjonen for 12 helsepersonell. Av disse 33 var det 17 helsepersonell som hadde mistet autorisasjonen på grunn av rusmiddelmisbruk. Sytten helsepersonell fikk begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet på bestemte vilkår. Seks av disse hadde mistet autorisasjonen på grunn av rusmiddelmisbruk.

Seks leger fikk ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B.

### *Reaksjoner mot virksomheter*

De fleste tilsynssakene mot virksomheter blir avsluttet av fylkesmennene. Tallet på slike saker som er behandlet av Statens helsetilsyn er derfor relativt lavt sammenlignet med det totale antall avsluttede saker.

I 2017 behandlet Statens helsetilsyn 82 saker som inkluderte 88 virksomheter i spesialist-helsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (81 saker i 2016). Vi påpekte brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 53 virksomheter, mot 62 i 2016.

Statens helsetilsyn konkluderte med lovbrudd overfor åtte virksomheter innen kommunale helse- og omsorgstjenester, to av disse gjaldt legevakt. Videre påpekte vi lovbrudd overfor 42 virksomheter innen offentlig spesialisthelsetjeneste og overfor tre innen privat spesialisthelsetjeneste.

Som ledd i å få behandlet en tilsynssak har helsepersonellet og virksomhetene plikt til bidra til å opplyse saken. I 15 av sakene forelå det brudd på denne opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, 14 av sakene gjaldt virksomheter innen spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn ser alvorlig på at virksomheter ikke overholder sin opplysningsplikt og derved bidrar til å forlenge saksbehandlingstiden og påføre pasienter/pårørende ekstra belastning.

### *Pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter*

Statens helsetilsyn ga ett pålegg om stans av forskningsprosjekt med hjemmel i helseforskningsloven § 51 i 2017, se omtale i kapittel Andre oppdrag, Medisinsk og helsefaglig forskning. Vi ga varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Saken er avsluttet da virksomheten oppfylte opplysningsplikten. Vi ga ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

Vi ga varsel om pålegg til to kommuner med hjemmel i helsetilsynsloven § 5, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Statens helsetilsyn har avsluttet saksbehandlingen og sakene er oversendt de respektive fylkesmenn for videre tilsynsmessig oppfølging.

### *Begjæring av påtale med mer*

I 2017 behandlet Statens helsetilsyn 22 saker der vi vurderte om vi skulle begjære påtale. Vi begjærte påtale i 5 saker, mens vi i 17 saker konkluderte vi med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet.



## **Undersøkelsesenheten (varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a)**

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a). Statens helsetilsyn er i helsetilsynsloven § 2 sjette ledd pålagt en plikt til snarest mulig å foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Undersøkelsesenheten (fra 1. juni 2018 Avdeling for varsler og operativt tilsyn) i Statens helsetilsyn mottar disse varslene og gjør innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen for å beslutte hva som er nødvendig og hensiktsmessig oppfølging. I saker der stedlig tilsyn ikke er nødvendig, følges hendelsene opp med andre mindre ressurskrevende tilsynsmetoder, som innhenting av redegjørelse/egenvurdering, overføring til fylkesmannen for videre oppfølging, eller sakene avsluttes etter innledende undersøkelser fordi det ikke er tegn til eller risiko for svikt.

Ved de stedlige tilsynene kartlegges hendelsesforløpet og de relevante organisatoriske forholdene som har hatt betydning for at den alvorlige hendelsen kunne skje. Grundige undersøkelser og analyser av disse sakene er nødvendig for å få et korrekt bilde av hendelsen og sammenhengen mellom hendelsen og virksomhetens risikostyring. Dette danner grunnlaget for vurderingene av ansvaret til virksomhetens ledelse og involvert helsepersonell, og om kravene i helselovgivningen er overholdt.

Undersøkelsesenheten må undersøke bakenforliggende årsaker tilstrekkelig, slik at saken blir opplyst nok til å plassere ansvar korrekt. Dersom det avdekkes avvik fra kravene, er korrekt ansvars plassering viktig for at tilsynet skal kunne bidra til forsvarlige tjenester.

Figur 17 Undersøkelsesenheten – Resultatkjede

Innsatsfaktorer	Aktiviteter	Produkter/ tjenester	Brukereffekter	Samfunns-effekter
15 årsverk (ekskl. administrasjonsavdelingen) i 2017	<p>Håndtere alle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Gjennomføre stedlige tilsyn der det er nødvendig</p> <p>Overføre varsler til fylkesmannen for at de følges opp tilsynsmessig</p> <p>Følge opp varsler gjennom å innhente egenvurderinger/redegjørelse for virksomhetenes egen oppfølging</p> <p>Formidle tilsynserfaringer</p> <p>Forankringsavdeling for økt brukerinvolvering i tilsyn hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn</p>	<p>Rapporter etter undersøkelser av alvorlige hendelser</p> <p>Administrative reaksjoner mot helsepersonell / pålegg til virksomheter</p> <p>Faglig støtte og veiledning til fylkesmennene</p> <p>Årlig melding fra varselordningen</p> <p>Annet formidlingsarbeid, foredrag, artikler</p> <p>Fordele tilskuddsmidler til fylkesmennenes prosjekter for økt brukerinvolvering</p>	<p>Svikt i tjenestene avdekkes og følges opp</p> <p>Rettsikkerhet og likebehandling for helsepersonell, pasienter og brukere</p> <p>Understøtte virksomhetenes eget arbeid med kvalitetsforbedring</p> <p>Økt involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsynsarbeid</p>	<p>Helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig</p> <p>Befolkningen har tillit til tjenestene og personell</p>

### Prioriteringer og ressursbruk

Oppdraget til Statens helsetilsyn er å behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, og bidra til at tilsynet raskere identifiserer uforvarselige forhold. Antall varsler har økt jevnt siden etablering av varselordningen i 2010, og i 2017 mottok vi 638 varsler som ble undersøkt nærmere. I 2017 var det avsatt 15 årsverk til varselordningen. Antallet inkluderer saksbehandlere og avdelingsledelsen. De ansatte har ulik helsefaglig og juridisk kompetanse, samt statistikk- og formidlingskompetanse. Avdelingen har prioritert arbeidet med økt brukerinvolvering i tilsyn, og knyttet til varselordning og stedlig tilsyn spesielt. Økt involvering av pasienter og pårørende krever ressurser, og vi prioriterer å tilby møter når pasienter og pårørende ytrer ønske om det.

Varslene gjelder alvorlig hendelser i spesialisthelsetjenesten der pasienter opplever alvorlig skade eller død i forbindelse med helsehjelp. Av hensyn til de involverte pasientene og pårørende, og for å identifisere mulig økt risiko for tilsvarende hendelser for andre pasienter, er det nødvendig at alle varsler følges opp gjennom innledende undersøkelser. Dette er ressurskrevende, men for å frigjøre ressurser til stedlig tilsyn har Helsetilsynet prøvd ut andre måter å følge opp varslene på. Der det er mistanke om svikt eller økt risiko, saken ytterligere tilsynsmessig oppfølging av Helsetilsynet eller fylkesmennene dersom kriteriene for stedlig tilsyn ikke er til stede.

Avdelingen har prioritert å gjøre stedlig tilsyn i tråd med forventningene i oppdragsbrevne. Dette innebærer at stedlig tilsyn gjøres når det er nødvendig for å få saken

tilstrekkelig opplyst, når det etter innledende undersøkelser er mistanke om vesentlig svikt, det fortsatt er uklart hva som har skjedd, det er usikkerhet om sikkerhetsrisikoen, eller saken er kompleks/involverer flere organisatoriske enheter (flere helseforetak og/eller kommunale helsetjenester).

### **Resultater og måloppnåelse**

Volumet av varsler jevnt er økende, og for å sikre forsvarlig tilsynsmessig oppfølging av pasienter som er påført alvorlig skade eller død utenfor påregnelig risiko, er det avgjørende at de innledende undersøkelsene er grundige nok til at vi kan identifisere de sakene vi skal gjøre stedlig tilsyn i. Innledende undersøkelser gjøres ved innhenting av opplysninger fra virksomheten og pasienter/pårørende. I de sakene der stedlig tilsyn ikke er nødvendig, må det vurderes om og hva slags tilsynsmessig oppfølging som er nødvendig. Alle virksomheter som varsler får svar snarest mulig, og pårørende får kopi av de relevante dokumentene i saken.

Stedlig tilsyn gjøres etter de hendelsene som er varslet der det er nødvendig for å få opplyst tilsynssaken. Dette er de mest komplekse saken der hendelsesforløpet er uklart, det er mange involverte og det er mistanke om svikt eller pågående risiko. Stedlig tilsyn i disse sakene krever grundig planlegging, samt relevant helsefaglig, juridisk, analytisk og tilsynsfaglig kompetanse. Svikten og risikoen som avdekkes gjennom stedlig, må formidles til virksomhetene som er involvert, og funnene må formidles til andre virksomheter for å bidra til at risiko reduseres andre steder slik at pasientsikkerheten ivaretas. Alle rapporter offentliggjøres i anonymisert versjon på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), og det lages en årlig oppsummeringsrapport der virksomheten og fagmiljøene er målgruppen.

### **Tilsyn**

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal ta imot og håndtere alle varsel om alvorlige hendelser jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, og gjennomføre utrykning/stedlig tilsyn der kriterier for slik tilsynsmessig oppfølging er til stede. Det skal gjennomføres 10 – 15 stedlige tilsyn i året.

Det ble i 2017 mottatt 638 varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Det er gjennomført 13 stedlige tilsyn i 2017.

Varslene er fulgt opp på følgende måter:

#### *Stedlig tilsyn*

I saker der kriteriene for stedlig tilsyn var til stede ble det gjennomført i tråd med veileder for stedlig tilsyn. Dette innebærer befarings på stedet der hendelsen fant sted og samtaler med de involverte og deres ledere for å kartlegge hendelsesforløpet og relevante organisatoriske forhold som kan forklare hvordan hendelsen kunne skje og hva som må til for å redusere risiko for gjentagelse. Pasienter og pårørende ble tilbudt samtale, slik at deres opplevelse og synspunkter inngår i vurderingen av saken. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en foreløpig rapport som ble sendt virksomheten og pasienter/pårørende til uttalelse før endelig rapport ble ferdigstilt. Sakene ble fulgt opp på ulike måter til de påpekte lovbruddene er rettet opp.

Det ble i 2017 utført 13 stedlig tilsyn etter varsler om alvorlige hendelser.

Tilsynsrapporter etter stedlig tilsyn legges som hovedregel ut på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) i anonymisert versjon, slik at funn og vurderinger er tilgjengelig for andre virksomheter og allmennheten. I tillegg utarbeides en årlig rapport som publiseres i 2018. Formålet med denne rapporten er å være et grunnlag for refleksjon for andre virksomheter for økt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring av tjenestene.

#### *Oversendelse av saken til fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering*

I de hendelsene der det fremkommer opplysninger gjennom innledende undersøkelser og vurdering som tyder på svikt i helsehjelpen eller organiseringen av denne, men det ikke er påkrevd med stedlig tilsyn, overføres saken til fylkesmannen for tilsynsmessig vurdering eller oppfølging.

#### *Annen tilsynsmessig oppfølging av Statens helsetilsyn*

I en del hendelser foreligger det ikke mistanke om svikt etter innledende undersøkelser og vurdering, men det fremkommer informasjon om at det kan være risiko for andre pasienter dersom virksomheten ikke analyserer saken selv med tanke på å iverksette tiltak. Det kan da være hensiktsmessig å be om at virksomheten står for oppfølgingen av hendelsen. Tilsynsmyndighetens oppgave blir da å stille relevante spørsmål og be om en skriftlig tilbakemelding, før oppfølgingen av varselet og saken endelig avsluttes tilsynsmessig.

#### *Avsluttet etter innledende undersøkelser*

I de hendelsene der Undersøkelsenheten etter innledende undersøkelser og vurdering ikke finner at hendelsen var varslingspliktig og/ eller tegn til svikt eller risiko etter innhentet informasjon, avsluttes den tilsynsmessige oppfølgingen av varslet etter innledende undersøkelser.

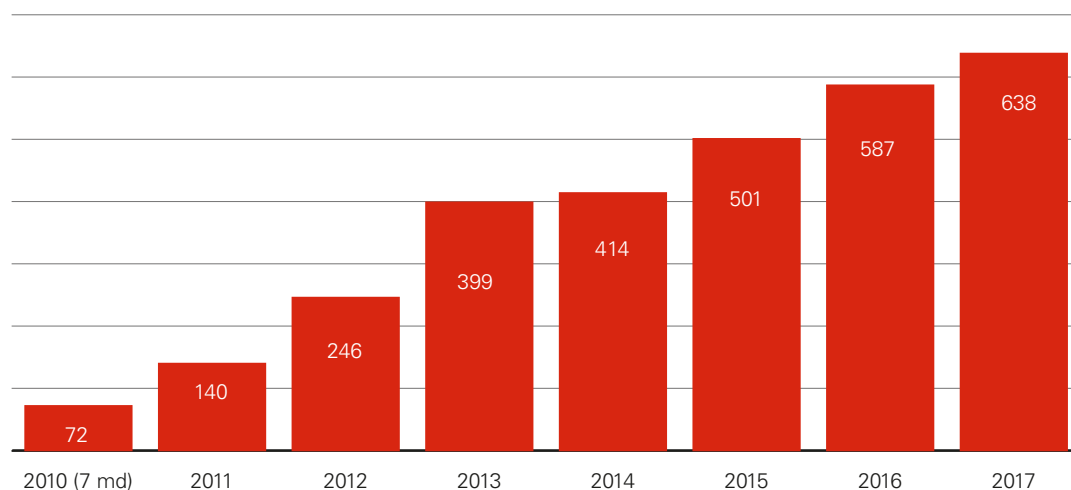
#### *Oversikt over varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a mottatt i 2017*

Det er mottatt 2997 varsler som er fulgt opp i perioden 2010–2017, hvorav 638 i 2017. 47 prosent av varslene i 2017 kom fra somatisk spesialisthelsetjeneste og 53 prosent fra enheter i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

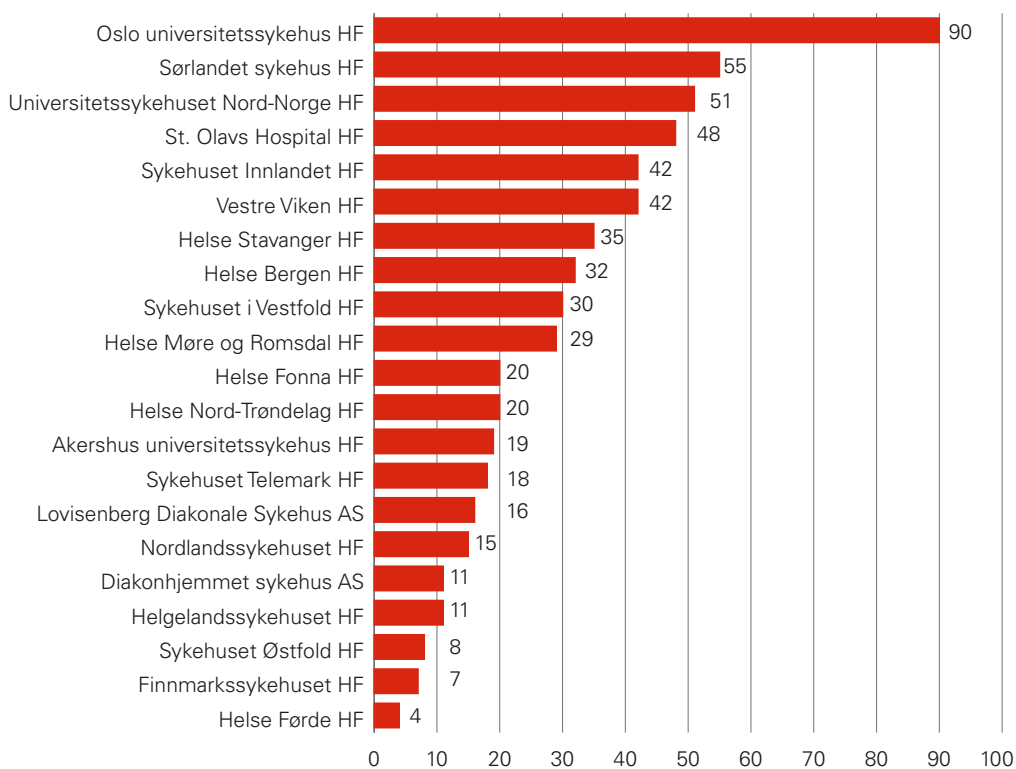
66 prosent av varslene i 2017 gjaldt dødsfall, mens 19 prosent gjaldt betydelig personskade, 7 prosent gjaldt forhold som kunne ført til betydelig skade og 6 prosent annet eller usikkert utfall.

Dette innebærer at mange varsler gjelder hendelser som etter innledende undersøkelser viser seg å ikke være varslingspliktig etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Innledende undersøkelser er likevel ofte nødvendig for å avklare dette med sikkerhet, og dette beslaglegger mye ressurser som kunne vært prioritert til stedlig tilsyn dersom varslingskriteriene og krav til virksomhetene om egenvurdering hadde vært klarere.

Figur 18 Undersøkelsesenheten – Antall varsler 2010–2017



Figur 19 Undersøkelsesenheten – Antall varsler i 2017 fordelt på helseforetak



**Avsluttede tilsynssaker og annen tilsynsmessig oppfølging på bakgrunn av varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a i 2017**

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker gjennomført som stedlig tilsyn eller annen tilsynsmessig oppfølging etter varsel om alvorlige hendelser ved 600 varsler per år skal være seks måneder eller mindre i 2017.

Som det fremgår ovenfor følges alle varsler opp som tilsynssaker gjennom enten stedlig tilsyn, overføring til fylkesmannen, annen tilsynsmessig oppfølging eller avsluttet etter innledende undersøkelser. De ulike formene for tilsynsmessig oppfølging har ulik saksbehandlingstid.

Statens helsetilsyn avsluttet 15 tilsynssaker etter stedlig tilsyn eller annen tilsvarende omfattende tilsynsmessig oppfølging. Median saksbehandlingstid for disse omfattende tilsynssakene var 14,2 måneder. 20 tilsynssaker ble avsluttet etter tilsynsmessig vurdering av virksomhetenes redegjørelse, og i disse sakene var gjennomsnittlig saksbehandlingstid 23,4 uker, tilsvarende 6 måneder. 311 varsler/tilsynssaker ble avsluttet etter innledende undersøkelser, og gjennomsnittlig saksbehandlingstid for disse var 0,7 uker. 194 varsler/tilsynssaker ble fulgt opp tilsynsmessig av fylkesmannen, og disse hadde en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 36,8 uker, tilsvarende 9 måneder.

Statens helsetilsyn prioriterer rask og grundig innledende undersøkelse av alle varsler som tilsynssaker for å vurdere om de trenger ytterligere tilsynsmessig oppfølging eller kan avsluttes med rask tilbakemelding til varsler. Etter Helsetilsynets vurdering vil tilsynsmessig oppfølging av varslene/tilsynssakene av fylkesmannen være en formålstjenlig oppfølging i saker der det er mistanke om svikt, men der stedlig tilsyn ikke er nødvendig. I disse sakene undersøker og utreder fylkesmannen sakene som andre tilsynssaker, og sender kopi av avgjørelsen eller avslutningsbrev til Statens helsetilsyn, og det er denne saksbehandlingstiden som gjennomsnittlig er 9 måneder. I de 20 tilsynssakene der Statens helsetilsyn innhenter og vurderer virksomhetenes redegjørelse, ansvarliggjøres virksomhetene i særlig grad om hvordan alvorlige hendelser skal følges opp for å redusere fremtidig risiko i tråd med forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring.

Samlet sett vurderer Statens helsetilsyn at resultatmålet er nådd, men at de mest omfattende tilsynssakene med fordel kunne ha hatt kortere saksbehandlingstid. Lang saksbehandlingstid er en belastning for de involverte pasienter/pårørende og for virksomhetene, og effekten Helsetilsynet har på pasientsikkerhetsarbeidet svekkes. Det er imidlertid en konsekvens av sakenes kompleksitet, de involvertes rettigheter til uttalelse og kontradiksjon og ressursene som er avsatt til dette formålet. Økt brukerinvolvering, metodeutvikling for ta i bruk mer effektive tilsynsverktøy, oppfølging etter avsluttet tilsynssak og formidling av tilsynsfunn for å bidra til forsvarlige tjenester i tilsvarende virksomheter krever også ressurser som går på bekostning av den ordinære tilsynssaksbehandlingen.

*Spesielt om økt involvering av pasienter/pårørende i tilsynssaker som er varslet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a*

Helsetilsynet mottok et tillegg til tildelingsbrev 2017 datert 24. mars om oppfølging av anbefalinger fra Arianson-utvalget i NOU 2015:11 Med åpne kort:

1. Statens helsetilsyn skal sørge for at tilsynsmyndigheten rutinemessig vurderer om det er grunn til å innhente informasjon fra pårørende, eller pasient eller bruker der det er aktuelt, før de tar stilling til om og hvordan varsler om alvorlige hendelser fra tjenesteytere skal følges opp.
2. Statens helsetilsyn skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende får oversendt de mest sentrale dokumentene i tilsynssaken automatisk, sammen med tilbud om å få tilsendt øvrige dokumenter i saken.

Statens helsetilsyn er opptatt av brukerinvolvering i alt tilsyn, og også når det gjelder varsler om alvorlige hendelser. Denne sakstypen bærer imidlertid med seg noen utfordringer som gjør dette noe mer utfordrende enn i andre tilsynssaker opprettet hos fylkesmannen etter anmodninger om vurdering av pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. For det første er ikke tilsynssaken initiert av pasient/pårørende og for det andre er varselhåndteringen nært i tid til den alvorlige hendelsen.

Statens helsetilsyn har i 2017 arbeidet med å få på plass hensiktsmessige rutiner for å innhente opplysninger fra pasient/nærmeste pårørende umiddelbart etter at varslet er mottatt, og det er prøvd ut for å vinne erfaringer for å gjøre dette på en måte der pasienter og pårørende ivaretas best mulig. Det er også arbeidet med å få på plass rutiner som sikrer at vi har pasientens samtykke og navn og adresse på rett pårørende når det sendes over kopi av de sentrale dokumentene i saken. Det har vært avgjørende for Statens helsetilsyn å verne om pasientens integritet og sikre at taushetsbelagt informasjon ikke spres uten pasientens samtykke.

I varsler som avsluttes etter innledende undersøkelser informeres pasienten om utfallet og om adgangen til å anmode fylkesmannen om vurdering av mulig pliktbrudd. I varsler som oversendes fylkesmannen for vurdering/oppfølging forventer vi at fylkesmannen involverer pårørende på samme måte som i andre tilsynssaker ved å innhente uttalelser og oversende kopi av sakens dokumenter. I varsler som følges opp tilsynsmessig Statens helsetilsyn får pasienten og pårørende rutinemessig kopi av alle sakens dokumenter, og de tilbys samtaler for å opplyse saken på beste måte på ulike stadier av saksbehandlingen. Pasienter og pårørende har ulike ønsker og behov, men erfaringen er at de som tar imot tilbudet har verdifulle opplysninger å komme med, og at deres perspektiv får betydning for innretning av saken.

*Forenkling av varselhåndteringsprosessen*

Statens helsetilsyn har i løpet av 2017 kontinuerlig arbeidet med forenkling av varselhåndteringsprosessen. Tidligere har det vært prioritert å samarbeide tett med fylkesmannen for å innhente deres vurderinger og komme til konsensus når det skal avgjøres om og hvordan varsler skal følges opp. Dette har også bidratt til at oppfølgingen av varslene har vært forutsigbare både for pasienter/pårørende og virksomhetene. Imidlertid har dette vært ressurskrevende, og Statens helsetilsyn har valgt å prioritere utvelgelse av varsler til stedlig tilsyn, og i større grad overlatt til fylkesmennene å vurdere om og hvordan varsler skal følges opp.

### *Bruk av egenvurderinger som ledd i opplysning av varsler fra PHV/TSB*

Ca. 50 prosent av disse fra fagområdet psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mange av disse varslene gjelder selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk hos pasienter under behandling i PHV/TSB. Disse hendelsene meldes rutinemessig fra helseforetakene uten at det fremgår om virksomhetene vurderer om utfallet har sammenheng med helsehjelpen, eller om utfallet er innenfor eller utenfor påregnelig risiko.

Innledende undersøkelser av disse varslene krever mye ressurser fra saksbehandlere i Statens helsetilsyn, fordi det ofte er mange detaljer og lange pasientforløp som må kartlegges for å vurdere om det er tegn til svikt/behov for tilsynsmessig oppfølging. Slik kartlegging og vurdering bør heller utføres av virksomhetene, for å legge ansvaret der det hører hjemme. Erfaring viser at det er et lite mindretall av varsler etter selvmord der stedlig tilsyn er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Som regel vil ordinær tilsynsmessig oppfølging være en bedre fremgangsmåte for å vurdere om pasientene har fått forsvarlig helsehjelp.

I 2017 har Helsetilsynet i samarbeid med fagmiljøene utredet hvordan virksomhetene bør håndtere varsler etter selvmord. Det er utarbeidet verktøy til helseforetakene som en hjelp i forhold til hvilke hendelser innenfor PHV som bør/skal/kan varsles, og hvordan Helsetilsynet forventer at de utreder og følger opp hendelsene selv før Helsetilsynet vurderer hvordan varslene ev. skal følges opp.

### *Noen erfaringer fra tilsynssaker opprettet etter varsler etter spesialisthelsetjenesten § 3-3 a*

Statens helsetilsyn avsluttet i 2017 15 tilsynssaker etter stedlig tilsyn eller annen tilsvarende omfattende tilsynsmessig oppfølging. Sakene er ulike, men nedenfor følger utdrag av to/tre sakene som eksempler på svikt som er avdekket gjennom stedlig tilsyn. Det blir i tillegg utgitt en årlig rapport med status og erfaringer fra 2017 der flere av de sakene som er avsluttet, er nærmere redegjort for. Se Rapport fra Helsetilsynet 2/2018.

#### *Tilsyn etter dødsfall på grunn av sviktende håndtering av alvorlig skadet voksen pasient.*

Statens helsetilsyn har avsluttet en tilsynssak som gjelder mottak av en alvorlig skadd pasient ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Pasienten døde etter kort tids behandling i akuttmottaket og operasjonsstua på sykehuset. Samhandlingen i traumeteamet (helsepersonellet som var tilkalt) fungerte dårlig. Det var ingen tydelig ledelse, uklare ansvarsforhold og ineffektiv kommunikasjon. Overfor Statens helsetilsyn ga de fleste deltagerne i traumeteamet uttrykk for at situasjonen hadde vært uoversiktlig, og at beskjeder ble gitt ut i løse luften. At pasienten var kjent for flere av helsepersonellet, kan ha bidratt til å øke stressnivået i teamet.

Da pårørende ankom akuttmottaket, ble de henvist til den kommunale legevakten. De fikk ingen informasjon fra personell på sykehuset. Da saken etter hvert ble et tema for diskusjon og spekulasjoner innad i sykehuset, fikk pårørende ingen informasjon om dette fra sykehusets side. Da de likevel fikk kjennskap til at det var stilt spørsmål ved både den medisinske behandlingen og samhandlingen i teamet, klaget de til fylkesmannen. Pårørende har i ettertid gitt uttrykk for at de oppfatter den manglende oppfølgingen fra sykehusets side som et forsøk på å skjule feil og mangler ved behandlingen.



UNN Tromsø fant ikke grunn til å iverksette kvalitetsforbedrende tiltak som følge av hendelsen. Det er iverksatt forbedringstiltak i ettertid, men disse har ifølge ledelsen ved UNN HF skjedd som følge av kontinuerlig forbedringsarbeid, og ikke som følge av den aktuelle hendelsen. En revisjon av traumevirksomheten i regi av Kompetansetjenesten for traumatologi avdekket likevel svakheter ved traumeorganiseringen.

Statens helsetilsyn har funnet at mottaket av pasienten var preget av dårlig ledelse, uklare ansvarsforhold og ineffektiv kommunikasjon. Årsaken til dette var etter vår vurdering at helseforetaket ikke hadde lagt godt nok til rette for forsvarlig virksomhet i akuttmottaket. Vi fant at UNN på tidspunktet for hendelsen hadde mangelfull implementering av retningslinjer, manglende trening og kvalitetssikring, og manglende kontroll av virksomheten når det gjaldt mottak av alvorlig skadde pasienter (traumepasienter). UNN hadde ikke oppfylt kravene til et regionalt traumesenter verken med hensyn til organisering av tjenestene, eller opplæring av personell slik de fremgår av Traumeplanen vedtatt av Helse Nord RHF.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, og at helseforetaket ikke hadde lagt godt nok til rette for at alvorlig skadde pasienter skulle få forsvarlig helsehjelp. Det vil si at UNN HF ikke oppfylte lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn har i rapporten forutsatt at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan redusere risikoen for at liknende hendelser skjer igjen, blant annet hvordan UNN jobber for god pasientsikkerhets-, melde- og varslingskultur.

*Tilsyn etter dødsfall etter feilmedisinering med cellegift hos et seks år gammelt barn*  
Statens helsetilsyn konkluderer i endelig rapport med at det seks år gamle barnet som hadde hjernesvulst, ikke fikk forsvarlig helsehjelp da det ble gitt cellegift på feil måte. Helse Bergen HF ga ikke pasienten forsvarlig helsehjelp ved sin behandling med cellegift injisert i cerebrospinalvæsken. Helse Bergen HF har ikke sikret forsvarlig helsehjelp til barn med kreft som mottar cellegift i cerebrospinalvæsken. Foretaket har ikke etablert tilstrekkelige retningslinjer og kontrollrutiner for å sikre at legemidler som injiseres i cerebrospinalvæsken hos barn med kreft, ikke blir forvekslet.

Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse ved Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, da et barn på seks år med hjernesvulst ble gitt cellegift på feil måte. Ved cellegiftbehandlingen ble legemiddelet vinkristin i stedet for legemiddelet metotreksat satt i hjernens hulrom (intraventrikulært) i et Ommaya reservoar. Feilen er alvorlig og medfører alltid død eller betydelige nevrologiske senskader. Muligheten for å skulle kunne gi vinkristin i cerebrospinalvæsken er en sjelden, men kjent og fryktet feil, og har vært gjenstand for mye oppmerksomhet internasjonalt. Barnet ble overført til Oslo universitetssykehus HF (OUS) to uker etter at hendelsen fant sted og døde der etter ytterligere en uke som følge av feilmedisineringen.

Statens helsetilsyn gjennomførte et stedlig tilsyn ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) på grunn av de alvorlige konsekvensene hendelsen hadde for barnet, mulig gjentakelsesfare og for å opplyse saken ytterligere. I tilsynet kom det fram at hendelsen kunne skje fordi flere rutiner som skulle beskytte mot legemiddelforbytting ikke

ble utført som tiltenkt den aktuelle dagen. Umiddelbart før injisering ble det heller ikke fortatt ny kontroll av at det var rett legemiddel som ble gitt. Helseforetaket hadde utarbeidet et generelt informasjonsskriv til nye leger i spesialisering (LIS) ved BUK som blant annet beskrev forholdsregler ved administrering av legemidler intraspinalt (stikk i ryggen) ved behandling i narkose. I informasjonsskrivet var det angitt at metotreksat injeksjonsvæske er gul, og at man alltid skal dobbeltsjekke og være varsom ved injeksjon av annen væske med annen farge enn gul. Det var også beskrevet at det kun var kreftmedisiner som skulle gis i cerebrospinalvæsken som skulle medbringes til dette rommet. Det skulle etter dette informasjonsskrivet også gjøres dobbeltkontroll ved administrering av legemidler som skulle gis i cerebrospinalvæsken. Disse rutinene var laget for å unngå forveksling av legemidler.

Det kunne ikke fremlegges tilsvarende retningslinjer for injisering via Ommaya reservoar ved behandling som ble gitt i avdelingen, og problematikken var ikke særskilt omtalt overfor sykepleiergruppen. Helse Bergen HF oppfattet det slik at regelen om at kun det medikamentet som skulle gis i cerebrospinalvæsken skulle medbringes til behandlingsrommet var en barriere som skulle beskytte mot forbyttning. Barrieren fungerte ikke fordi denne fremgangsmåten bare var beskrevet i et generelt informasjonsskriv til nye LIS-er, og at det ikke var like kjent som en barriere for sykepleiergruppen. I informasjonsskrivet til LIS, som også omhandler risiko for å gi vinkristin intratekalt, er det anført at medarbeidere skal si fra om de registrerer at noen er i ferd med å sette et medikament som ikke er gul i farge i cerebrospinalvæsken. Denne barrieren fungerte ikke fordi sykepleieren ikke hadde oppgaver knyttet til kontroll og observasjon ved administrering av legemiddelet.

Få dager etter hendelsen besluttet Helse Bergen HF at legemiddelet vinkristin skal leveres i «minibag» i stedet for sprøyte. Helseforetaket har i tillegg startet arbeidet med å innføre flere andre tiltak for å styrke pasientsikkerheten ved håndtering av cellegift som skal gis i cerebrospinalvæsken og intravenøst. Det pågår blant annet et arbeid med innføring av ny felles retningslinje for leger og sykepleiere når det skal injiseres cellegift via Ommaya reservoar. Endringene innebærer blant annet en presisering av at det skal foretas egenkontroll og dobbeltkontroll like før innsetting av legemiddelet og at kun legemidler som skal gis intratekalt skal være i rommet der behandlingen skal skje. Helseforetaket vil også foreta en gjennomgang av eksisterende retningslinjer for legemiddelhandtering ved BUK for å synliggjøre krav til egenkontroll/dobbeltkontroll når legemidler skal gis. Statens helsetilsyn har bedt Helse Bergen HF om en oppdatert oversikt over planlagte og iverksatte tiltak etter hendelsen.

*Tilsyn etter alvorlig skade og dødsfall hos to barn ved bruk av elektromedisinsk utstyr*  
Bakgrunnen for dette tilsynet var en uventet alvorlig hendelse der en fem år gammel pike fikk akutt og alvorlig blødning ni dager etter mandeloperasjon på en privatklinik. Etter at det stedlige tilsynet fant sted, ble det varslet om en ny hendelse der også en gutt på fire år fikk alvorlige blødninger fire dager etter mandeloperasjon ved samme klinik. Gutten døde som følge av den alvorlige komplikasjonen. Ved utførelsen av mandeloperasjonene ble det benyttet diatermi (høyfrekvent vekselstrøm ved lav spenning for å varme opp vevet), såkalt «varm kirurgi». Diatermiapparatet var rutinemessig innstilt på maksimal effekt. Den aktuelle operatøren var daglig leder og kirurg ved klinikken. Han representerte derfor virksomheten, i tillegg til at han utførte samtlige mandeloperasjoner ved klinikken.

I tilsynet kom det fram at hendelsen kunne skje fordi det ble benyttet for høy strømstyrke ved diatermien. Dette var ikke i tråd med produsentens og fagmiljøets anbefalinger, som var å bruke lavest mulig styrke. Som daglig leder av klinikken og eneste operatør i virksomheten, skulle operatøren ha utvist spesiell aktsomhet ved anskaffelse og bruk av det elektromedisinske utstyret. Han burde etter vår vurdering også ha kontaktet leverandøren eller forhørt seg i et fagmiljø som har elektromedisinsk kompetanse da han oppdaget at det nye apparatet ikke ga tilfredsstillende effekt uten innstilling på maksimal styrke. Da kunne han hatt et bedre grunnlag for å vurdere om det var god praksis å fravike anbefalingene. Vi har konkludert med at blødningene, som oppsto flere dager etter inngrepene, høyst sannsynlig skyldtes dyp varmeskade etter diatermi bruk.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasientene ikke fikk forsvarlig helsehjelp i forbindelse med utførelse av mandeloperasjonene. Vi har lagt særlig vekt på at det ble benyttet høyeste strømstyrke ved diatermien. Vi har videre kommet til at virksomheten ikke hadde sikret korrekt bruk av det elektromedisinske utstyret i forbindelse med utførelse av mandeloperasjoner. Vi har særlig lagt vekt på at det elektromedisinske utstyret ikke rutinemessig ble brukt i tråd med dokumentasjon fra fagmiljøet og utstyrprodusentens anbefaling om at det var viktig å bruke lavest mulig effekt ved bruk av diatermiapparatet. Vi har også lagt vekt på at virksomheten ikke undersøkte nærmere om hva som kunne være årsaken at det apparatet ikke ga tilstrekkelig effekt uten at det var innstilt på maksimal styrke.

Vi har også kommet til at pasientenes foreldre ikke fikk god nok informasjon i forbindelse med helsehjelpen. Det ble ikke i tilstrekkelig grad gitt nødvendige opplysninger om risiko og håndtering ved eventuelle etterblødninger. Vi har videre kommet til at virksomheten ikke i tilstrekkelig grad hadde tilrettelagt for at det ble gitt informasjon om risiko og hvordan pasienter og deres pårørende skulle forholde seg dersom det skulle oppstå uforutsette komplikasjoner. Det må informeres tydelig om at sykehus må kontaktes omgående hvis en etterblødning inntreffer, og at tilstanden kan være potensielt livstruende selv om blødningen er beskjedent.

Virksomheten stengte all operasjonsvirksomhet knyttet til mandeloperasjoner etter at de ble kjent med at den andre hendelsen hadde funnet sted. Statens helsetilsyn har bedt de ansvarlige for virksomheten gå gjennom saken for å lære av hendelsen, for å redusere risikoen for at tilsvarende skal skje igjen. Statens helsetilsyn forutsetter at klinikken gjennomgår hendelsene og vurderer forbedringspunkter sammen med virksomhetens ansatte.

## Folkehelse

Resultatmål i tildelingsbrev 2017:

Av klagesaker etter folkehelseloven kapittel 3 som fylkesmannen avslutter i 2017, skal minst 90 prosent være avsluttet innen tre måneder.

I 2017 gjennomførte en av fylkesmennene fem tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Et tilsyn omhandlet kommunens arbeid med løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Fire tilsyn omhandlet kommunens arbeid med tilsyn og godkjenning etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det ble konstatert lovbrudd ved tre av tilsynene.

Kommunens løpende oversiktsarbeid var tema for det første landsomfattende tilsynet på folkehelseområdet som ble gjennomført i 2014. Helsetilsynet vurderer det som positivt at fylkesmannen, ut fra lokale risikovurderinger, viderefører dette tilsynet og derved kan identifisere og følge opp kommuner som fortsatt ikke har kommet i gang med denne delen av oversiktsarbeidet. Helsetilsynet vurderer det også som positivt at det i 2017 ble gjennomført egeninitierte tilsyn med kommunens arbeid med tilsyn og godkjenning av skoler og barnehager. Denne delen av kommunens ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern er valgt som tema for det landsomfattende tilsynet i 2019. Fylkesmannens erfaringer vil være nyttige ved Helsetilsynets tilrettelegging av dette tilsynet.

I 2017 behandlet fylkesmennene 28 klagesaker om miljørettet helsevern, hvorav 18 ble behandlet innen tre måneder. Ved årets slutt var det 12 saker i restanse, mot ni ved årets begynnelse. Resultatmål for saksbehandlingstid ble ikke nådd. Antall klagesaker var omtrent likt som i 2016, men andelen saker behandlet innen fristen var noe høyere i 2017 (64 prosent) enn i 2016 (15 av 30 saker, dvs. 50 prosent).

## Særskilt oppdrag som gjelder flere tjenesteområder

### Landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet

Særskilte oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Det skal i 2017 gjennomføres landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.

Statens helsetilsyn besluttet høsten 2014 at det skulle gjennomføres tilsyn i alle landets fylker med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse i 2017 og 2018. Tilsynet skulle omfatte både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

For å komme nærmere hvilke temaer og problemstillinger som var mest aktuelle for tilsynet, ble det gjort en risikovurdering på området høsten 2015. Risikovurderingen ble gjennomført med et fagpanel som besto av representanter for ulike nivå og enheter i helse- og omsorgstjenesten, for sosialtjenesten i Nav og for bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Resultatet av risikovurderingen ble, sammen med annen kunnskap, benyttet som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018. Statens helse- tilsyn ferdigstilte i 2017 to veiledere for landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse; en veileder for tilsyn med spesialisthelsetjenesten og én for tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i Nav. Som en del av tilsynet skulle et utvalg pasienter/brukere i spesialisthelsetjenesten og i kommunen intervjues.

#### *Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse*

Første året av dette toårige tilsynet har fylkesmennene gjennomført til sammen 40 tilsyn i kommunene. Det er konkludert med lovbrudd i nær 70 prosent av tilsynene. Tilsynet fortsetter i 2018, og funn fra tilsynene vil bli oppsummert på landsbasis når hele tilsynsperioden er over.

Ved tilsyn i kommunene skal fylkesmennene undersøke om kommunen legger til rette for og følger opp at personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse mottar individuelt tilpassede, samordnede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

Fylkesmannen skal også undersøke om kommunen ivaretar brukerinvolvering ved alle temaene som undersøkes. Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten. Et utvalg brukere skal derfor bli intervjuet ved dette tilsynet.

Temaer i tilsynet er om kommunen:

- legger til rette for og gjennomfører løpende samarbeid mellom kommunale enheter, med fastleger og med spesialisthelsetjenesten
- innhenter informasjon om brukerens helhetlige situasjon og mulige behov for tjenester

- samordner tjenestene brukerne mottar fra kommunale enheter, og fra fastleger og spesialisthelsetjenesten
- tilbyr og yter individuelt tilpassede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester rettet mot brukernes rusmiddelproblem og psykisk lidelse
- kartlegger og følger opp somatiske helseproblemer
- tilbyr og yter individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester slik at bruker kan mestre å bo i egen bolig

*Tilsyn med spesialisthelsetjenester til personer med samtidig psykisk lidelse og mulig samtidig psykisk lidelse*

Første året av dette toårige tilsynet har fylkesmennene gjennomført tilsyn i 13 helseforetak. Tilsynet fortsetter i 2018. Funn fra tilsynene vil bli oppsummert på landsbasis når hele tilsynsperioden er over.

Tilsynet med spesialisthelsetjenestene skjer i DPS poliklinikk. Fylkesmennene undersøker om helseforetakene avdekker eventuelle rusproblemer hos pasienter med psykiske lidelser. De undersøker også om det legges til rette for og følges opp at pasienter med psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer får tjenester som er samordnet og helhetlig for begge lidelser.

Tilsynet er inndelt etter sentrale faser i et pasientforløp:

- utredning
- diagnostisering
- behandling
- avslutning

For å kunne gi virkningsfull helsehjelp, er det en forutsetning at pasientene er tilstrekkelig utredet for både psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk. Utredningsfasen er derfor sentral i tilsynet. Det er også avgjørende at pasientene får mulighet til å medvirke i sitt eget forløp, og dette er et gjennomgående undersøkelsestema. Videre undersøkes det om helseforetaket sørger for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet og at det er nødvendig samhandling mellom personell og ulike organisatoriske nivåer.

Tilsynslagene innhenter informasjon om tjenestene gjennom intervjuer med pasienter som mottar tjenester fra aktuelle DPS. Informasjonen fra pasientene innhentes før tilsynsbesøket, slik at den kan brukes i forberedelse og gjennomføring av tilsynet. Embeter som har sett mulighet for å rekruttere og lære opp brukerrepresentant til å delta i tilsynslaget, har prøvd ut dette som en del av Brukerinvolveringsprosjektet.

Dialog med fagpersoner og brukerorganisasjoner har vært av vesentlig betydning i tilsynsmyndighetens gjennomføring av et kunnskapsbasert og faglig godt tilsyn. Tilsynet gjennomføres med deltakende fagrevisorer; psykologspesialister og psykiatere.

## Andre oppgaver

### Helsetjenester til norsk militært personell i utenlandsoperasjoner

Særskilt oppdrag i tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner i henhold til avtale med Forsvarsdepartementet.

Avtalen mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner ble reforhandlet og undertegnet i november 2015 med virkning for årene 2016 til og med 2018. Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner for å undersøke om personellet får tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Statens helsetilsyn har i 2017 undersøkt Forsvarets system for dokumentasjon av helsehjelp under utenlandsoperasjoner enten hjelpen er gitt av eget helsepersonell eller annet lands personell. Tilsynet var en oppfølging av et tidligere tilsyn gjennomført i 2012, hvor det ble avdekket lovbrudd. Formålet har vært å undersøke om tiltakene etter dette tilsynet har vært effektive, virksomme og stabile over tid.

Tilsynet med dokumentasjon ble gjennomført som en systemrevisjon. Formålet med en systemrevisjon er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike myndighetskrav gjennom ledelse og kvalitetsforbedring. Under revisjonen ble det gjort en journalgjennomgang av et utvalg journaler for personell som har tjenestegjort i Afghanistan, Irak, Mali og Sør-Sudan i tidsrommet 2016 til mars 2017 for perioden fra deployering til og med hjemkomstsamtalene. Videre ble det gjennomført intervju med helsepersonell som har tjenestegjort i disse operasjonene, personelloffiserer fra Sør-Sudan og personell fra Forsvarets sanitet (FSAN) og personell fra Administrativt foresatt avdeling (AFA). Tilsynet konkluderte med at Forsvaret ikke har sikret et hensiktsmessig og funksjonelt system for dokumentasjon av helsehjelp gitt under utenlandsoperasjoner. Rapporten ble overlevert Forsvarsstaben i møte 22. november 2017 med frist for tilbakemelding med plan for lukking av avvik 1. februar 2018.

### Medisinsk og helsefaglig forskning

Medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger skal ha forhåndsgodkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Statens helsetilsyn avsluttet i 2017 to tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning, og begge sakene gjaldt manglende forhåndsgodkjenning fra REK. Vi vurderte også to meldinger om uønskede hendelser i forskningsprosjekter, jf. helseforskningsloven § 23. Ingen av de to meldingene ga grunnlag for å åpne tilsynssak.

I den ene tilsynssaken vurderte vi to forskningsprosjekter ved Norges idrettshøgskole (NIH) etter at det ble fremsatt påstander i media om at prosjektene ikke hadde nødvendig godkjenning fra REK. Statens helsetilsyn kom til at selv om forskningsprosjektene hadde vitenskapelig grunnlag, var ikke målsetningene eller forskningsspørsmålene tilstrekkelig gjennomarbeidede og tilrettelagte når det gjaldt formål og metode. NIH hadde derfor utsatt friske idrettsutøvere for risiko uten å sikre at den forventede nytten av forskningsprosjektene var tilstrekkelig. Statens helsetilsyn konkluderte med at NIH hadde brutt kravet om forhåndsgodkjenning i helseforsk-

ningsloven § 9, hovedkravet til organisering av forskning i helseforskningsloven § 6 og kravet til forsvarlig forskning i helseforskningsloven § 5. NIH fikk pålegg om å destruere materialet, trekke tilbake artiklene som var publisert og stanse eventuell videre forskning på materialet, herunder publisering av artikler.

Erfaringsmessig er tilsynssakene på helseforskningsområdet nyttige i læringsøyemed for de forskningsansvarlige institusjonene, idet virksomhetens øverste ledelse holdes ansvarlig for eventuelle lovbrudd, uavhengig av hvor i systemet svikten har skjedd. Det er også en økende medieoppmerksomhet rundt tilsynssakene og en stor pågang av innsynsbegjæringer i sakene.

Tilsynssakene på helseforskningsområdet er ofte svært arbeidskrevende. Sakstifanget ligger fra én til ca. ti tilsynssaker per år

### **Internasjonal virksomhet**

Tildelingsbrev 2017:

Statens helsetilsyn forutsettes å delta i internasjonalt samarbeid på helse- og sosialpolitikkens område, herunder følge med på og delta i internasjonalt FoU-arbeid, i samsvar med tilsynets nasjonale ansvar og oppgaver.

Helsetilsynet deltar i EPSO (European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care) som er en organisasjon for tilsynsorganer i Europa. Organisasjonen samles en til to ganger i året for å diskutere aktuelle temaer og hvordan disse løses i de respektive landene. Det har vært to møter i 2017, ett i Estland og ett på Island – det siste i forkant av Nordisk tilsynskonferanse. Særlige temaer i 2017 har vært ulike tilsynsmetoder, brukermedvirkning og effekt av tilsyn.

Helsetilsynet er sammen med Helsedirektoratet medlem av Nordisk gruppe for helsepersonell (NGH), som er opprettet av Nordisk Ministerråd. NGH har i oppdrag å overvåke og følge opp Nordisk overenskomst (Arjeplogavtalen), og utarbeide en årlig oversikt over det nordiske arbeidsmarkedet for helsepersonell. Norge har i 2017 vært vertskap, og det har blitt avholdt to møter i Oslo. Tema for møtene har vært revidering av Håndbok over regulerte helsepersonellgrupper i Norden og Arjeplogavtalen, sistnevnte på grunn av endringene i direktiv 2013/55/EU. Håndboken gir oversikt over de nordiske lands autorisasjonsordninger for helsepersonell og tilsynsmyndighetenes sanksjonsmuligheter. Videre redegjør den for hvordan de nordiske landenes samarbeid kan øke pasientsikkerheten i Norden. Arjeplogavtalen regulerer de nordiske lands plikt til å utveksle opplysninger ved endring i helsepersonells autorisasjonsstatus. Revisjonen av Arjeplogavtalen er imidlertid utsatt i påvente av eventuelle nødvendige endringer i de enkelte lands nasjonale lovgivning.

Nordisk tilsynskonferanse ble arrangert i september 2017 i Reykjavik på Island. Konferansen ble arrangert av islandske Embætti landlæknis - Directorate of health. Statens helsetilsyn deltok i planleggingen av denne konferansen som gjelder tilsyn med barnevern, helse- og sosiale tjenester. Arrangementet samlet ca. 210 deltagere fra de nordiske landene. Statens helsetilsyn og fylkesmennene hadde flere deltakere og tilsynsmyndigheten holdt innlegg på flere parallelle sesjoner og i plenum Statens helsetilsyn hadde videre ansvaret for å lede flere parallelle sesjoner og presenterte postere. Nordisk tilsynskonferanse er en fin arena for å følge med i hva som skjer



i de nordiske landene, knytte kontakter, utveksle erfaringer og få ideer til hvordan utfordringer kan løses. Konferansen arrangeres hvert fjerde år.

### **Tilsyn med Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap**

Det har vært gjennomført tilsyn med departementenes samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid i tre runder i perioden 2002–2016. I 2017 er det gjennomført to evalueringer av hhv DIFI og DSB der Helsetilsynet har bidratt. Evalueringene og revidert samfunnssikkerhetsinstruks vil danne grunnlaget for planlegging av tilsynet med departementene framover.

### **Oppdrag og oppgaver av administrativ karakter**

#### *Effektiviseringstiltak og digitalisering*

Fellesføring 2017:

Statens helsetilsyn skal arbeide systematisk med å utnytte tildelte ressurser bedre og øke produktiviteten. Digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester (digitalt førstevalg) er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet, sammen med f.eks. omorganisering, prosessforbedring og annen bruk av teknologi.

#### *Nye resultatmål for tilsyn*

Statens helsetilsyn utarbeidet i 2017 i felleskap med fylkesmennene forslag til nye resultatmål for tilsyn, jf. omtale under Strategisk plan. Arbeidsgruppen la vekt på at modellen ikke skulle føre til merarbeid for fylkesmennene, men gi dem større handlingsfrihet til å velge tilsynsaktiviteter som er best egnet utfra lokale forhold og hensynet til effekt av tilsynet.

I sitt hørings svar uttalte Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) at de mener det er en viktig forbedring at fylkesmannens handlingsrom for å tilpasse tilsynsvirksomheten til de lokale forholdene vil øke i den foreslåtte modellen. De viste til blant annet til Difis rapport 2016:05 *Statens tilsyn med kommunene* som viser at fylkesmennene etterlyser større handlingsrom til selv å velge tema og antall tilsyn. KMD viste også til at Regjeringen i Prop. 128 S (2016–2017) *Kommuneproposisjonen 2018* har slått fast at statlig tilsyn med kommunesektoren skal være koordinert og effektivt, og at omfanget ikke skal øke. Den foreslåtte måten å måle tilsynsaktivitet på vil gi et bedre grunnlag for å monitorere tilsynsomfanget, skrev de.

De nye resultatmålene prøves ut for tilsyn med sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester i 2018 og innebærer et krav til et visst omfang av aktivitetsvolum, uttrykt i en poengsum. Resultatmålingen er forenklet slik at fylkesmennene selv vurderer ressursinnsatsen opp mot resultatmålet. Det vil ikke lenger være behov for noen detaljert beregning som Helsetilsynet har fasit på og det vil ikke bli noen overprøving av resultatoppnåelsen.

#### *Konsernmodell*

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i 2016 å sentralisere en rekke administrative funksjoner i helseforvaltningen med sikte på å få bedre og mer robuste tjenester og mer effektiv ressursbruk. Denne sentraliseringen vil pågå over flere år, men flere tjenester ble etablert fra 2017.

### *Tjenestesenter for anskaffelser, IKT, arkiv/dokumentforvaltning*

Fra 1. januar 2017 ble det etablert et tjenestesenter for anskaffelser, IKT og arkiv/dokumentforvaltning i Norsk helsenett. To IT-medarbeidere ble fra samme tidspunkt overført fra Helsetilsynet til NHN gjennom en virksomhetsoverdragelse.

I 2017 leverte NHN IKT-driftstjenester i 2017 basert på en «as is»-løsning, dvs. med de samme ansatte som tidligere arbeidet i Helsetilsynet og uten vesentlige endringer i tjenesten, sammenlignet med da vi driftet selv. NHN bidro til en sikker flytting av IKT-miljøet og oppgradering av infrastruktur og arbeidsflater da Helsetilsynet flyttet fra Calmeyers gate 1 til Møllergata 24 i desember 2017. Overføringen av ansatte til NHN har medført at Helsetilsynet ikke lenger har egne ansatte integrert i daglig IKT-drift med den forståelsen for vår virksomhet som løpende kan understøtte ledelsens behov for å gjøre strategiske vurderinger og risiko- og sårbarhetsanalyser. Denne kompetansen er overført til NHN og forutsettes i noen grad ivaretatt av dem.

På anskaffelsesområdet har vi overført ressurser tilsvarende 0,5 årsverk til NHN. NHN har ansvar for inngåelse og oppfølging av fellesavtaler for helseforvaltningen og har i tillegg bistått noe i forbindelse med oppgradering av Helsetilsynets nettsted i 2017. Ressursbruken var vesentlig mindre enn 0,5 årsverk ifølge NHNs ressursregnskap.

I 2017 har det vært arbeidet med utforming av nye tjenesteavtaler og prising av tjenestene med sikte på å innføre den nye tjeneste- og prismodellen fra 2018. Helsetilsynets kostnader til IKT-drift er mer enn fordoblet fra 2016 til 2018, men siktemålet er å få en bedre og mer kostnadseffektiv drift. Også på anskaffelsesområdet bruker vi vesentlig mer ressurser enn før, men intensjonen er at den nye modellen vil gi gevinster på lengre sikt.

Tjenester innenfor arkiv/dokumentforvaltning er besluttet gradvis innfasert fra 2018.

### *Fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon*

Som en følge av konsernmodellen, endret vi tjenesteavtalen med Direktoratet for økonomistyring (DFØ) fra delservice (basis) til fullservice fra 2017 på områdene lønn, regnskap og reiseadministrasjon. DFØ har overtatt en del rutineoppgaver, men endringen har også medført økt manuelt arbeid for oss på en del områder ettersom DFØ ikke har fulldigitalisert sine prosesser. Helsetilsynet mener det er et stort potensial for å effektivisere dette området ytterligere, og at en sentral tjenesteleverandør er fornuftig, men erfarer at effektiviseringsarbeidet tar lang tid.

### *Helseforvaltningens HR-forum*

På personalområdet er det etablert et samarbeidsforum hvor alle HODs underliggende virksomheter deltar. Formålet er å bidra til effektivisering og standardisering av HR-oppgavene i helseforvaltningen. Virksomhetene har i 2017 inngått fellesavtale om bedriftshelsetjeneste og samarbeidet om anskaffelse av rekrutteringsverktøy/-tjeneste (avtale i løpet av 2018). HR-forumet har hatt jevnlig møter i 2017 hvor formålet har vært kompetansedelning, opplæring og erfarings- og informasjonsutveksling på HR-området. Helsetilsynet opplever at dette er et nyttig forum som har gitt faglige og kvalitative gevinster, og hvor siktemålet også er økonomisk gevinst gjennom inngåelse fellesavtaler og effektivisering og standardisering av oppgaver.

### *Innsynsbegjæringer*

Helsetilsynet behandler en stor mengde innsynsbegjæringer. Det ble i 2017 behandlet 4354 begjæringer om innsyn. Det er en økning på 880 behandlede begjæringer fra 2016.

*Tabell 7 Innsynsbegjæringer til Statens helsetilsyn*

	Antall behandlede innsynsbegjæringer	Antall behandlede klager	
		Klager på Helsetilsynets vedtak	Klager på fylkesmennenes vedtak
2015	3 928	21	44
2016	3 474	23	25
2017	4 354	57	385

I tillegg behandlet Helsetilsynet 57 klager på egne vedtak om avslag på innsyn og 385 klager på fylkesmennenes vedtak om avslag på innsyn i 2017. Dette er også en markant økning fra 2016.

På grunn av den store mengden innsynsbegjæringer og klager brukte Helsetilsynet i 2017 et helt årsverk til dette formålet (jusstudenter i faste deltidsstillinger). Helsetilsynet har i tillegg fra september 2017 hatt to jurister i engasjement i 100 prosent stillinger som kun har jobbet med klager på avslag på innsyn.

## IV. Styring og kontroll av virksomheten

### Internkontroll og risikostyring

Helsetilsynet har et system for internkontroll knyttet til måloppnåelse, økonomiforvaltning og etterlevelse av regelverk mv. Styringssystemet beskriver rutiner og prosedyrer på viktige områder, risikostyring, avvikshåndtering og ledelsens gjennomgang av virksomheten.

I forbindelse med Helsetilsynets årlige virksomhetsplan utarbeides det risiko- og sårbarhetsvurderinger knyttet til måloppnåelse og gjennomføring av virksomhetsplanen.

Valg av tilsynstemaer til landsomfattende tilsyn forberedes gjennom en prioriteringsprosess basert på risikovurderinger. Det er også stilt krav til at fylkesmennene skal basere sine egeninitierte tilsyn på vurderinger av risiko og sårbarhet.

Ledelsens gjennomgang av virksomheten skjer hvert tertial. Ledelsens gjennomgang er en systematisk og målrettet oppfølging av at Helsetilsynets aktiviteter, prosesser, resultater og styringssystem. Gjennomgangen støtter opp under vår evne til å levere tjenester og produkter iht. bestemte krav som stilles av våre oppdragsgivere (HOD, BLD og ASD) og lovgiver, iht. interne krav, og på en måte som møter brukernes legitime forventninger. Gjennomgangen skal dessuten sikre at vi bygger prosesser for kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Statens helsetilsyn har en sikkerhetspolicy som omfatter sikring av personell, fysiske verdier, informasjon og dokumentasjon. Kriseplanen skal sikre at det i ekstraordinære situasjoner skjer en forsvarlig og koordinert innhenting, bearbeidelse og vurdering av relevant informasjon, som ved behov kan gi grunnlag for råd og veiledning eller ev. pålegg hvis situasjonen nødvendiggjør det. Statens helsetilsyn har ikke operative beredskapsoppgaver bortsett fra i forbindelse med streikesituasjoner, som vi har eget opplegg for. Det vil være behov for en ny gjennomgang av styrende dokumenter på området i 2018.

Vi har ikke hatt hendelser eller spesielle utfordringer innenfor informasjonssikkerhet i året som har gått. I og med at vår IKT-drift er overført til Norsk Helsenett vil det være behov for et samarbeide med dem på dette området.

#### *Helsetilsynets IKT-utvalg*

IKT-utvalget har hatt to møter i 2017. Året har vært preget av stor aktivitet i forbindelse med innføring av konsernmodell og forberedelser til flytting. IKT-utvalget har vært med som et rådgivende gruppe ved valg av ny IKT-løsning i nye lokaler. Utvalget har en viktig rolle i å utnytte IKT-teknisk utstyr som åpner for nye arbeidsformer.

## Personneltmessige forhold

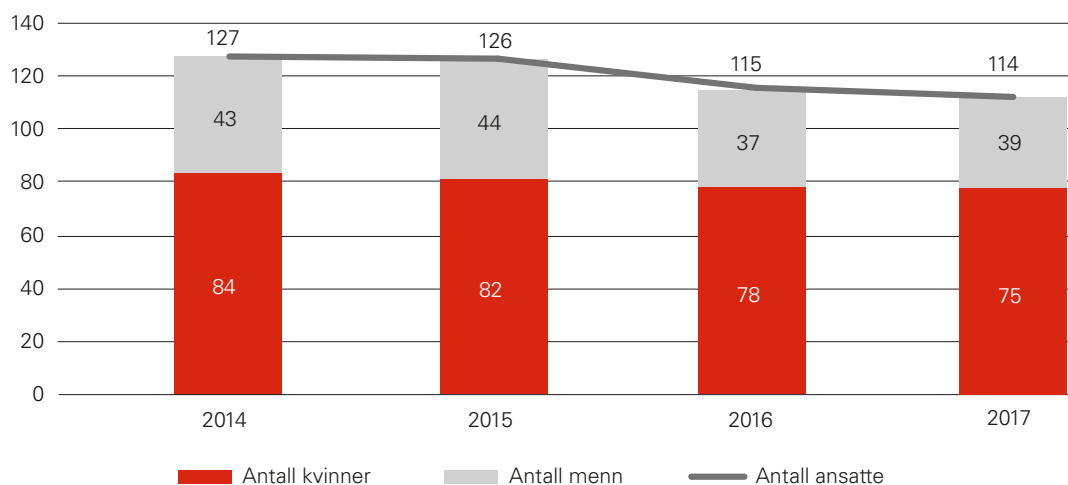
### Rapport på likestilling

Tildelingsbrevet 2017:

Statens helsetilsyn skal bidra til at arbeidet innenfor etatens virkeområde skal utføres på en slik måte at kjønnsperspektivet ivaretas og slik at likestilling og likeverd sikres for alle uavhengig av funksjonsevne.

I Statens helsetilsyn var det 114 ansatte inkl. direktør pr. 31. desember 2017. 75 ansatte er kvinner og 39 menn, dette gir en kvinneandel på 66 prosent.

Figur 20 Utvikling i antall ansatte og fordeling mellom kjønn



Tabell 8 viser antall ansatte i ulike stillingskategorier samt forholdet mellom kvinner og menns lønn.

Tabell 8 Kjønn og lønn fordelt på ulike stillingskategorier per 31.12.2017

	Kjønnsbalanse		Kvinner andel av menns lønn	
	K %	M %	K %	M %
Avdelingsdirektør	57,1	42,9	96,6	100,0
Mellomledernivå (fagsjef og underdirektør)	70,0	30,0	96,4	100,0
Seniorrådgivere	65,7	34,3	89,7	100,0
Rådgivere	75,0	25,0	99,4	100,0
Førstekonsulenter og konsulenter	62,5	37,5	91,5	100,0
Andre stillinger*	50,0	50,0	95,2	100,0
<b>Totalt i virksomheten</b>	<b>66,4</b>	<b>33,6</b>	<b>91,1**</b>	<b>100,0</b>

\*herunder særlig uavhengige stillinger (fagdirektør, utredningsleder, prosjektleder etc.)

\*\* utredningsleder og prosjektleder i lav stillingsprosent er ikke tatt med i lønnsstatistikken

### **Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)**

IA-avtalen har tre delmål som skal ha særlig fokus: sykefravær, personer med redusert funksjonsevne og avgangsalder.

Målet i Statens helsetilsyns lokale IA-avtale er at sykefraværet skal være under 4prosent. Sykefraværet har vært stabilt og lavt de senere årene og målet har vært oppfylt. I 2017 har vi hatt en økning i langtidssykemeldinger hos kvinner. Disse har gitt utslag i statistikken og det totale sykefraværet for 2017 har vært på 4,8 prosent. Kun 10 prosent av sykefraværet er egenmeldt.

I 2017 var 20 av 114 ansatte over 62 år og dette er en høy andel. Statens helsetilsyn legger til rette for eldre arbeidstakere ved blant annet mulighet for fleksible arbeidsformer. Som et virkemiddel for å stimulere eldre arbeidstakere til å forlenge yrkeskarrieren, gis alle ansatte over 62 år tjenestefri med lønn i 14 dager per år (8 dager er avtalt sentralt og 6 dager er avtalt lokalt, jf. HTA § 5.6.1).

## V. Vurdering av framtidutsikter

De strategiske områdene (Strategisk plan 2015–2019) ligger til grunn når vi her beskriver hvordan vi vurderer tilsynets framtidutsikter og hvordan vi vil møte disse.

Statlig tilsyn med velferdstjenestene er gjenstand for en kontinuerlig samfunnsmessig vurdering. Et moderne tilsyn er avhengig av høy samfunnsmessig legitimitet for å kunne bidra til at tjenestene holder den kvalitet loven krever. Tilsynet skal være relevant for brukere og for tjenestene og skal bruke metoder som er effektive, åpne og tilpasset den hendelsen eller den problemstillingen som skal undersøkes.

Tilsynets kvalitet og effektivitet vil i årene fremover påvirkes av en rekke forhold av svært ulik karakter. Noen er interne og handler om lokaler, rekruttering og kompetanse, andre er samfunnsendringer som strukturendringer i kommunal og regional forvaltning og etablering av en egen undersøkelseskommissjon for helsetjenesten. Utvikling av de ulike fagområdene vi har tilsyn med og endringer i organisering av tjenestene skal også påvirke tilsynet.

Vi har ambisjoner om å videreføre, og helst øke, fylkesmennes og vårt aktivitetsnivå når det gjelder det forebyggende, risikobaserte planlagte tilsynet. Det er dette tilsynet som best sikrer «det neste barnet» eller «den neste pasienten». Balanseringen mellom våre to hovedtyper av oppgaver, den reaktive hvor vi behandler saker som kommer inn på en faglig god måte innen forsvarlige tidsrammer, og det proaktive planlagte tilsynet er en kontinuerlig utfordring som tvinger frem effektivisering og prioritering. Det er utviklet nye volumkrav for fylkesmennes tilsyn i 2017. Det vil i de nærmeste årene være nødvendig å evaluere de nye resultatmålene slik at vi kan justere innholdet dersom intensjonene med de nye kravene ikke innfris.

For å være en faglig og tematisk relevant tilsynsetat, må vi analysere og formidle våre egne resultater. For å realisere ambisjonene i strategisk plan er det nødvendig å styrke dette arbeidet i årene fremover. Økningen de siste årene i antall og kompleksitet når det gjelder tilsynssaker har medført mindre aktivitet på andre sentrale områder. De prioriteringsmessige utfordringene vil ikke bli mindre i årene som kommer.

Når tilsynsmyndigheten skal bedømme faglig forsvarlighet i kompetansesterke virksomheter, må vi selv ha høy fagkompetanse. Den nye inndelingen og organiseringen av fylkesmennene gir en mulighet for å se nærmere på nye former for arbeidsdeling og spesialisering i og mellom embetene. Godt tilsyn i fremtiden vil kreve at embetene uavhengig av organisering er i stand til å samarbeide på tvers internt – og har evne og vilje til å samarbeide på tvers av embetene når det er påkrevet. Vekt på kompetansehevende tiltak, i regi av blant annet Tilsynsskolen som

Statens helsetilsyn driver, vil være sentralt for å utvikle og styrke den tilsynsfaglige kompetansen.

Effektivisering og ressursbruk vil være et tema for tilsynsmyndighetene i årene fremover. Fylkesmennene og Helsetilsynet har tatt ut en betydelig effektiviseringsgevinst de senere årene. Det har ført til at saksbehandlingstider ikke har økt i samme grad som økningen i antall saker. Monitoreringen av fylkesmennenes resultatoppnåelse viser en variasjon som er større enn det som er rimelig å belegge i variasjon i tjenestene og befolkningen lokalt. Den pågående omstillingen av fylkesmennene bør gi muligheter for å harmonisere arbeidet med utgangspunkt i «beste-praksis». Erfaringsmessig innebærer store omstillinger ofte «energi-lekkasje» i berørte virksomheter. Den kan bli utfordrende å navigere i et landskap preget av omstillinger, krav om snarlig gevinstrealisering og økt etterspørsel fra omverdenen. Det er viktig at tilsynsmyndighetenes rolle som rettssikkerhetsaktør ikke svekkes i disse omstillingstider.

En av de mest sentrale endringene som har betydning for fremtidens tilsyn er at involvering av barnevernbarn, pasienter, pårørende og brukere av sosiale tjenester skal gjennomføres i alle form tilsyn. Brukerinvolveringsprosjektet går inn i sitt siste år i 2018. Utfordringen blir nå å omsette erfaringene fra utviklingsarbeidet til operativt tilsynsarbeid. Prosjektperioden går mot slutten, men det vil fremdeles være behov for å opprettholde en nysgjerrighet på nye arbeidsformer for å sikre brukerinvolvering i et moderne tilsyn.

IKT er en integrert del av kjernevirksomheten i velferdstjenestene. Det er ikke mulig å tenke seg forsvarlig tjenesteyting uten IKT. Tilsyn med anvendelsen av IKT dreier seg om mer enn personvern – like mye om tilgjengelighet, integritet og funksjonalitet. Vi går løs på oppgaven med å utvikle gode kontroll- og tilsynsordninger med entusiasme, men det vil utfordre oss når det gjelder kompetanse og kapasitet. Det vil ikke være mulig å ta ansvar for denne nye tilsynsoppgaven uten tilgang til nye ressurser.

En moderne tilsynsmyndighet må være kronisk på jakt etter måter å utnytte ressursene effektivt med tanke på målet – bidra til trygge og gode tjenester. NOU 2015:11 er en mulig oppsang til en bredere gjennomgang av dagens reaksjonssystem – vi ønsker en slik gjennomgang velkommen og vil innenfor mandat bidra til et slikt arbeid.

Etableringen av en egen undersøkelseskommisjon for helsetjenestene vil innebære behov for etablering av gode samarbeidsrutiner og avklaring av roller og oppgaver. Statens helsetilsyn vil aktivt bidra til at det utformes ryddige samarbeidsformer slik at samfunnets ressurser brukes effektivt og at etableringen av kommisjonen gir en merverdi med tanke på kvalitet og sikkerhet i tjenestene.

Vi skal også i 2018 videreføre og videreutvikle et tett og godt samarbeid med det nye senteret for administrative tjenester i Norsk helsenett som skal samle og tilby tjenester og kompetanse på de ulike administrative funksjonene et veldrevet fagdirektorat er avhengig av i den daglige driften. Det blir avgjørende for oss at forutsetningen om gevinstrealisering som lå til grunn for beslutningen blir virkeliggjort. Dersom det kostnadsnivået som vi nå presenteres for blir værende, vil den etablerte konsernmodellen for administrative tjenester bli svært dyr og ta ressurser som kunne vært brukt til å ivareta våre primæroppgaver.



## VI. Årsregnskap 2017

### Ledelseskommentar årsregnskapet 2017

#### Formål

Statens helsetilsyn er et statlig forvaltningsorgan som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og som fører regnskap i henhold til kontantprinsippet. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i Nav og helse- og omsorgstjenester, er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

#### Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og hovedinstruks for økonomiforvaltning i Statens helsetilsyn fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 26. juni 2014. Regnskapet gir et bilde av disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter og inntekter.

#### Vurderinger av vesentlige forhold

I 2017 har Statens helsetilsyn samlet disponert tildelinger på utgiftssiden pålydende kr 141 299 000, jf. bevilgningsrapporteringen og note A. Regnskapet for 2017 viser en mindretgift på kr 5 202 952, jf. note B.

#### Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d., men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2018.

Oslo, 15. mars 2018



Jan Fredrik Andresen  
direktør

### **Prinsippnote årsregnskapet**

Årsregnskap for statlige virksomheter er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten (“bestemmelsene”).

Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av november 2015 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av overordnet departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene samsvarer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen “Netto rapportert til bevilgningsregnskapet” er lik i begge oppstillingene.

Virksomheten er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1. Bruttobudsjetterte virksomheter tilføres ikke likviditet gjennom året men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

#### *Bevilgningsrapporteringen*

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen, og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som virksomheten har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet virksomheten har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser virksomheten står oppført med i statens kapitalregnskap.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsoppstillingen.

### *Artskontorapporteringen*

Oppstillingen av artskontorapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter, og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorapporteringen viser regnskapstall virksomheten har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Virksomheten har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.



STATENS HELSETILSYN  
Org. nr.: 974761394

## Riksrevisjonens beretning

Til Statens helsetilsyn

### Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

#### Konklusjon

Riksrevisjonen har revidert Statens helsetilsyns årsregnskap for 2017. Årsregnskapet består av ledelseskommenterer og oppstilling av bevilgnings- og artskontorrapportering, inklusiv noter til årsregnskapet for regnskapsåret avsluttet per 31. desember 2017.

Bevilgnings- og artskontorrapporteringen viser at 126 850 323 kroner er rapportert netto til bevilgningsregnskapet.

Etter Riksrevisjonens mening gir Statens helsetilsyns årsregnskap et dekkende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger, inntekter og utgifter i 2017 og av mellomværende med statskassen per 31. desember 2017, i samsvar med regelverk for statlig økonomistyring.

#### Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet under «Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet». Vi er uavhengige av virksomheten slik det kreves i lov og instruks om Riksrevisjonen og de etiske kravene i ISSAI 30 fra International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI's etikkregler), og vi har overholdt de øvrige etiske forpliktelsene våre i samsvar med disse kravene og INTOSAI's etikkregler. Etter vår oppfatning er revisjonsbevisene vi har innhentet tilstrekkelige og hensiktsmessige som grunnlag for vår konklusjon.

#### Øvrig informasjon i årsrapporten

Ledelsen er ansvarlig for årsrapporten, som består av årsregnskapet (del VI) og øvrig informasjon (del I–V). Riksrevisjonens uttalelse omfatter revisjon av årsregnskapet og virksomhetens etterlevelse av administrative regelverk for økonomistyring, ikke øvrig informasjon i årsrapporten (del I–V). Vi attesterer ikke den øvrige informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese den øvrige informasjonen i årsrapporten. Formålet er å vurdere om det foreligger vesentlig inkonsistens mellom den øvrige informasjonen, årsregnskapet og kunnskapen vi har opparbeidet oss under revisjonen. Vi vurderer også om den øvrige informasjonen ser ut til å inneholde vesentlig feilinformasjon. Dersom vi konkluderer med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er vi pålagt å rapportere dette i revisjonsberetningen. Det er ingenting å rapportere i så måte.

### Ledelsens og det overordnede departementets ansvar for årsregnskapet

Ledelsen er ansvarlig for å utarbeide et årsregnskap som gir et dekkende bilde i samsvar med regelverk for økonomistyring i staten. Ledelsen er også ansvarlig for å etablere den interne kontrollen som de mener er nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Det overordnede departementet har det overordnede ansvaret for at virksomheten rapporterer relevant og pålitelig resultat- og regnskapsinformasjon og har forsvarlig internkontroll.

### Riksrevisjonens oppgaver og plikter

Målet med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som gir uttrykk for Riksrevisjonens konklusjon. Betryggende sikkerhet er et høyt sikkerhetsnivå, men det er ingen garanti for at en revisjon som er utført i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999), alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir ansett som vesentlig dersom den, enkeltvis eller samlet, med rimelighet kan forventes å påvirke de beslutningene brukere treffer på grunnlag av årsregnskapet.

Vi utøver profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen, i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og ISSAI 1000–2999.

Vi identifiserer og anslår risikoene for vesentlig feilinformasjon i årsregnskapet, enten den skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Videre utformer og gjennomfører vi revisjonshandlinger for å håndtere slike risikoer og innhenter tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis som grunnlag for vår konklusjon. Risikoene for at vesentlig feilinformasjon ikke blir avdekket, er høyere for feilinformasjon som skyldes misligheter, enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil. Grunnen til det er at misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, feilpresentasjoner eller overstyring av intern kontroll.

Vi gjør også følgende:

- opparbeider oss en forståelse av den interne kontrollen som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige ut fra omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om hvor effektiv virksomhetens interne kontroll er
- evaluerer om regnskapsprinsippene som er brukt, er hensiktsmessige, og om tilhørende opplysninger som er utarbeidet av ledelsen, er rimelige
- evaluerer den totale presentasjonen, strukturen og innholdet i årsregnskapet, inkludert tilleggsopplysningene
- evaluerer om årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et dekkende bilde

Vi kommuniserer med ledelsen og informerer det overordnede departementet, blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og når revisjonsarbeidet skal utføres. Vi vil også ta opp forhold av betydning som er avdekket i løpet av revisjonen, for eksempel svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Når det gjelder forholdene som vi tar opp med ledelsen og informerer det overordnede departementet om, tar vi standpunkt til hvilke som er av størst betydning ved revisjonen av årsregnskapet, og avgjør om disse skal regnes som sentrale forhold ved revisjonen. De beskrives i så fall i et eget avsnitt i revisjonsberetningen, med mindre lov eller forskrift hindrer offentliggjøring. Forholdene omtales ikke i beretningen hvis Riksrevisjonen beslutter at det er rimelig å forvente at de negative konsekvensene av en slik offentliggjøring vil være større enn offentlighetens interesse av at saken blir omtalt. Dette vil bare være aktuelt i ytterst sjeldne tilfeller.

Dersom vi gjennom revisjonen av årsregnskapet får indikasjoner på vesentlige brudd på administrative regelverk for økonomistyring, gjennomfører vi utvalgte revisjonshandlinger for å kunne uttale oss om hvorvidt det er vesentlige brudd på slike regelverk.

## Uttalelse om øvrige forhold

### Konklusjon knyttet til administrative regelverk for økonomistyring

Vi uttaler oss med moderat sikkerhet om hvorvidt vi er kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene på en måte som i vesentlig grad strider mot administrative regelverk for økonomistyring. Uttalelsen bygger på ISSAI 4000-serien for etterlevelsesrevisjon. Moderat sikkerhet for uttalelsen oppnår vi gjennom revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi finner nødvendige.

Basert på revisjonen av årsregnskapet og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendige i henhold til ISSAI 4000-serien, er vi ikke kjent med forhold som tilsier at virksomheten har disponert bevilgningene i strid med administrative regelverk for økonomistyring.

Oslo; 07.05.2018

Etter fullmakt

Tora Struve Jarlsby  
ekspedisjonssjef

Ola Hollum  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur*

# Oppstilling av bevilgningsrapportering

## Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2017

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merutgift (-) og mindretgift
0702	Spesielle driftsutgifter	21		B	0	200 000	-200 000
0721	Driftsutgifter	01		A, B	141 299 000	132 291 396	9 007 604
0854	Spesielle driftsutgifter	21		B	0	3 498 923	
1633	Nettoordning for mva i staten	01			0	4 619 443	
<i>Sum utgiftsført</i>					141 299 000	140 609 762	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merinntekt og mindreinntekt(-)
3721	Diverse inntekter	04		B	1 492 000	1 243 000	-249 000
5309	Tilfeldige inntekter, ymse	29			0	143 965	
5700	Arbeidsgiveravgift	72			0	12 372 475	
<i>Sum inntektsført</i>					1 492 000	13 759 439	

<i>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</i>						<b>126 850 323</b>	
<b>Kapitalkontoer</b>							
60048201	Norges Bank KK /innbetalinger					4 590 718	
60048202	Norges Bank KK/utbetalinger					-131 606 093	
707004	Endring i mellomværende med statskassen					165 053	
<i>Sum rapportert</i>						0	

<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>				
		31.12.2017	31.12.2016	Endring
707004	Mellomværende med statskassen	-3 997 882	-4 162 935	165 053

\* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

<b>Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter</b>			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
72 101	3 141 000	138 158 000	141 299 000
XXXXXX			0
XXXXXX			0
XXXXXX			0

**Note B. Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år**

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-)	Merutgift(-) etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter/ mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
72 101		9 007 604	-3 555 652	5 451 952	-249 000			5 202 952	[5% av årets tildeling i note A]	5 202 952
xxxx21				0				0	[5% av årets tildeling i note A]	
xxxx21	"kan nyttes under post 01"			0				0	[5% av årets tildeling i note A]	
xxxx45				0				0	[5% av årets tildeling i note A]	
xxxx45	"kan overføres"			0				0		
xxxx70				0				0	[Sum årets og fjorårets tildeling]	
xxxx75	"overslagsbevilgning"			0				Ikke aktuell		
				0				Ikke aktuell		

\*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres". Se årlig rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

**Forklaring til bruk av budsjetfullmakter**

**Mottatte belastningsfullmakter**

- Statens helsestilsyn har mottatt en belastningsfullmakt på 200 000 kroner på kapittel 0702 post 21, som er benyttet fullt ut.
- Statens helsestilsyn har mottatt belastningsfullmakter på totalt 4 125 000 kroner på kapittel 0854 post 2. Fem fylkesmannsembeter har fått tildelt belastningsfullmakt på aktuelt kapittel og post. for koordineringsarbeid knyttet til tilsyn med Bufetat i 2017, og utover dette har Statens helsestilsyn regnskapsført 3 498 923 kroner.

**Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)**

- Statens helsestilsyn har gitt belastningsfullmakter knyttet til brukerinvolvering til fylkesmennene tilsvarende 3 726 000 kroner på kapittel 0721 post 01. Det er rapportert kr 3 555 652 kroner på kapittel 0721 post 01.
- Mer-/mindre utgifter er korrigert for utgifter rapportert av fylkesmennene, og viser en mindretgift på kr 5 156 604 kroner.

**Mulig overførbart beløp**

- Ubrukt bevilgning på kapittel/post 0721/01 beløper seg til 5 202 952 kroner, og da dette beløpet er under grensen på 5% regnes hele beløpet som mulig overføring til neste budsjetår.



# Oppstilling av artskontorrapportering

## Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2017

	Note	2017	2016
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	0	0
Salgs- og leieinnbetalinger	1	1 243 000	1 822 404
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		1 243 000	1 822 404
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	100 176 770	91 338 284
Andre utbetalinger til drift	3	32 685 319	20 124 499
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		132 862 090	111 462 783
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>131 619 090</b>	<b>109 640 379</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	3 126 467	293 406
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	1 762	2 089
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		3 128 230	295 495
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>3 128 230</b>	<b>295 495</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	0	0
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0	0
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		143 965	150 384
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		12 372 475	11 247 092
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		4 619 443	1 924 974
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-7 896 997	-9 472 502
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>126 850 323</b>	<b>100 463 372</b>

### Oversikt over mellomværende med statskassen \*\*

Eiendeler og gjeld	2017	2016
Fordringer	0	57 453
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-3 997 882	-4 220 180
Skyldige offentlige avgifter	0	0
Annen gjeld	0	-208
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	<b>8</b>	<b>-3 997 882</b>

\* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

\*\* Spesifiser og legg til linjer ved behov.

**Note 1 Innbetalinger fra drift**

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Diverse inntekter (post 01-29)	1 243 000	1 726 852
Leieinntekter	0	95 552
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>1 243 000</b>	<b>1 822 404</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>1 243 000</b>	<b>1 822 404</b>

**Note 2 Utbetalinger til lønn**

	31.12.2017	31.12.2016
Lønn	79 785 719	79 544 101
Arbeidsgiveravgift	12 372 475	11 247 092
Pensjonsutgifter*	9 089 344	0
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-2 890 279	-1 209 959
Andre ytelser	1 819 511	1 757 051
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>100 176 770</b>	<b>91 338 284</b>
<b>Antall årsverk:</b>	<b>107</b>	<b>108</b>

**\* Nærmere om pensjonskostnader**

*For virksomheter som er omfattet av rundskriv R-118*

Fra og med 1.januar 2017 betaler virksomheten pensjonspremie til SPK. For 2017 er arbeidsgivers andel av pensjonspremien 12 prosent.

### Note 3 Andre utbetalinger til drift

	31.12.2017	31.12.2016
Husleie	10 415 610	7 680 609
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	565 708	68 205
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	1 257 192	1 118 742
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	1 894 971	1 060 030
Mindre utstysanskaffelser	150 895	132 921
Leie av maskiner, inventar og lignende	729 128	592 399
Kjøp av fremmede tjenester	10 370 016	2 258 525
Reiser og diett	2 213 368	1 879 626
Øvrige driftsutgifter	5 088 433	5 333 441
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>32 685 319</b>	<b>20 124 499</b>

#### \* Nærmere om merutgiftene fra 2016 til 2017.

Skyldes i hovedsak økte utgifter knyttet til konsernmodellen og sentralisering av områdene IKT og anskaffelser til Norsk helsenett (NHN), samt flytting til Møllergata 24.

### Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	1 762	2 089
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>1 762</b>	<b>2 089</b>

**Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer**

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	89 703	111 874
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	3 036 764	181 532
<b>Sum utbetaling til investeringer</b>	<b>3 126 467</b>	<b>293 406</b>

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetaling til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* Nærmere om merutgiftene fra 2016 til 2017 - utbetaling til investeringer  
Skyldes i hovedsak utgifter ifb. flytting til Møllergata 24.

**Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten**

	31.12.2017	31.12.2016
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten**

	31.12.2017	31.12.2016
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.**

**Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen**

	31.12.2017	31.12.2017	
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	0	0	0
Andre fordringer	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-105 584	0	-105 584
Skyldig skattetrekk	-3 997 882	-3 997 882	0
Skyldige offentlige avgifter	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	0	0	0
<i>Sum</i>	<b>-4 103 466</b>	<b>-3 997 882</b>	<b>-105 584</b>
<b>Sum</b>	<b>-4 103 466</b>	<b>-3 997 882</b>	<b>-105 584</b>

\* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

**Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler**

	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<i>Aksjer</i>							
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
<b>Balanseført verdi 31.12.2017</b>							<b>0</b>

\* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balanseført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.

Ved utfylling av note 8, del B skal tall fra selskapets siste avlagte årsregnskap benyttes. Det vil forekomme at selskap som virksomheten har eierandeler i ikke har offentliggjort sitt årsresultat før virksomhetens frist for oversendelse av årsrapport med tilhørende årsregnskap (så snart det foreligger og innen 15. mars). Ved utfylling av noten kan dere benytte tall fra selskapets årsregnskap for året før. Om det ikke benyttes regnskapstall fra siste år bør dette opplyses om i noten.

## Vedlegg – tabeller og detaljert tallmateriale

### Barnevern

Vedlegg tabell 1 Barnevern – Fylkesmennenes tilsynsbesøk og samtaler med barn i barneverninstitusjoner 2015–2017

Fylkesmannen i	Gjennomførte tilsyn				Antall samtaler med barn			Andel samtaler ut fra barn i institusjonene, 2016	
	2015	2016	2017	Andel uanmeldt i 2017	2015	2016	2017	Tilbud om samtale	Gjennomført samtale
Østfold	90	79	80	33 %	129	70	83	81 %	38 %
Oslo og Akershus	144	134	141	48 %	122	110	96	71 %	24 %
Hedmark	62	67	53	33 %	102	91	92	76 %	55 %
Oppland	62	53	29	62 %	91	67	46	92 %	78 %
Buskerud	34	50	38	35 %	56	82	62	78 %	57 %
Vestfold	34	29	43	40 %	85	85	80	83 %	67 %
Telemark	35	34	34	50 %	39	44	45	76 %	59 %
Aust- og Vest-Agder	70	106	118	40 %	99	121	144	85 %	68 %
Rogaland	70	68	61	28 %	103	104	104	98 %	63 %
Hordaland	121	102	114	0 %	129	99	158	100 %	52 %
Sogn og Fjordane	19	15	19	16 %	42	47	43	92 %	59 %
Møre og Romsdal	21	30	30	37 %	53	38	45	71 %	49 %
Sør-Trøndelag	39	60	91	44 %	156	122	168	91 %	75 %
Nord-Trøndelag	11	10	16	44 %	38	42	41	89 %	63 %
Nordland	12	17	17	59 %	55	44	43	82 %	61 %
Troms	71	52	49	41 %	96	76	73	88 %	65 %
Finmark	6	11	12	33 %	24	15	18	90 %	45 %
<b>Hele landet</b>	<b>901</b>	<b>917</b>	<b>945</b>	<b>35 %</b>	<b>1 419</b>	<b>1 257</b>	<b>1 341</b>	<b>84 %</b>	<b>53 %</b>

Vedlegg tabell 2 Barnevern – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Lovbrudd vurdert, antall saker	Utfall av behandlingen 2017 <sup>1</sup>			
	2015	2016	2017		Avsluttet med lokal avklaring <sup>2</sup>	Ingen bemerkning	Råd/veil. gitt, men ikke lovbrudd	Påpekt lovbrudd
Østfold	45	48	54	24	30	6	8	38
Oslo og Akershus	173	150	187	141	46	67	35	124
Hedmark	46	32	42	39	3	33	5	62
Oppland	51	46	51	30	21	27	3	43
Buskerud	51	61	28	23	5	16	14	5
Vestfold	40	26	22	11	11	9	10	5
Telemark	44	15	29	23	6	11	6	16
Aust- og Vest-Agder	64	42	30	23	7	9	4	37
Rogaland	91	73	60	55	5	50	9	26
Hordaland	82	85	76	48	28	44	6	43
Sogn og Fjordane	35	21	26	24	2	18	7	23
Møre og Romsdal	28	21	18	16	2	10	7	25
Sør-Trøndelag	36	27	53	41	12	36	27	16
Nord-Trøndelag	44	47	44	26	18	27	7	22
Nordland	66	59	43	29	14	10	3	37
Troms	49	41	44	34	10	24	3	66
Finnmark	28	25	38	33	5	47	7	24
<b>Sum</b>	<b>973</b>	<b>819</b>	<b>845</b>	<b>620</b>	<b>225</b>	<b>444</b>	<b>161</b>	<b>612</b>

1 Flere forhold kan bli vurdert i en tilsynssak. Det er derfor flere vurderte bestemmelser enn saker. Majoriteten (1050) av vurderingene gjelder kommunale barneverntjenester. 81 av vurderingene gjelder barneverninstitusjoner, 5 gjelder omsorgssentre og sentre for foreldre og barn, og 45 Bufetat.

2 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Vedlegg tabell 3 Barnevern – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2017 fordelt på bestemmelser i barnevernloven

Vurderte bestemmelser i 2016	Antall ganger vurdert	Utfall av vurderingene		
		Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
<b>Barneverntjeneste (kommunal)</b>				
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	15	8	1	6
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	236	85	34	117
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	20	5	5	10
Bvl. § 2-3 tredje ledd Internkontroll	3	1	2	
Bvl. § 3-2a Plikt til å utarbeide individuell plan	6	1	2	3
Bvl. § 3-4 Botiltak for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere	2	2		
Bvl. § 4-1 første ledd Barnets beste	58	28	5	25
Bvl. § 4-1 annet ledd Medvirkning og tillitsperson	48	12	6	30
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	40	20	2	18
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	123	51	14	58
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	58	21	9	28
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	60	13	12	35
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	9	4	3	2
Bvl. § 4-13 Iverksetting av vedtak om omsorgsovertakelse	1		1	
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	9	3	2	4
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	93	41	12	40
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	53	27	3	23
Bvl. § 4-28 Tiltaksplan	3		2	1
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	41	9	6	26
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	80	20	6	54
Bvl. § 6-4 første ledd Innhenting av opplysninger	7	4		3
Bvl. § 6-7 Taushetsplikt	18	7	3	8
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	8	1		7
Bvl. § 6-9 Frister	28	6	1	21
Bvl. § 7-10 annet ledd. Barneverntjenestens innledning til sak	11	1		10
Bvl. § 8-1 Oppholdskommunens ansvar	2		1	1
Bvl. § 8-4 Ansvar for å reise sak	3	2		1
Bvl. Andre plikter	57	21	15	21
<b>Barneverninstitusjon</b>				
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	36	23	2	11
Bvl. § 2-3 tredje ledd Internkontroll	2			2



Vurderte bestemmelser i 2016	Antall ganger vurdert	Utfall av vurderingene		
		Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
Bvl. § 4-1 første ledd Barnets beste	1			1
Bvl. § 4-1 annet ledd Medvirkning og tillitsperson	1	1		
Bvl. § 5-9 Rettigheter under opphold i institusjon	37	18	8	11
Bvl. § 5-9a Rettigheter under opphold i senter for foreldre og barn	2	1		1
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	2			2
Bvl. § 6-7 Taushetsplikt	1			1
Bvl. Andre plikter	2	1		1
<b>Omsorgssenter</b>				
Bvl. § 5-9 Rettigheter under opphold i institusjon	2			2
Bvl. § 5A-1 Opphold på omsorgssenter for mindreårige	1	1		
<b>Senter for foreldre og barn</b>				
Bvl. § 5-9a Rettigheter under opphold i senter for foreldre og barn	1	1		
<b>Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)</b>				
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	1		1	
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	10	2		8
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	13	1	1	11
Bvl. § 4-1 første ledd Barnets beste	7	2		5
Bvl. § 4-1 annet ledd Medvirkning og tillitsperson	1		1	
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	3			3
Bvl. § 8-2 Barne-, ungdoms- og familieetatens ansvar	1			1
Bvl. Andre plikter	1		1	
<b>Sum vurderinger / utfall</b>	<b>1217</b>	<b>444</b>	<b>161</b>	<b>612</b>

Vedlegg tabell 4 Barnevern – Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner)  
og barneverninstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2015–2017

Fylkes- mannen i	Avsluttede klagesaker, barneverntjenester			Utfall 2017			Avsluttede klagesaker, institusjoner			Utfall 2017		2016 prosent behandl. innen 3 md
	2015	2016	2017	Stad- festet	Endret	Opp- hevet	2015	2016	2017	Ikke medhold	Medhold	
Østfold	9	1	8	2	-	7	20	41	22	19	8	93 %
Oslo og Akershus	26	29	18	8	3	8	91	128	111	129	23	94 %
Hedmark	2	6	8	4	4	-	30	28	38	37	10	96 %
Oppland	2	5	5	1	-	4	10	13	17	13	5	77 %
Buskerud	11	16	8	2	3	3	18	17	10	8	2	100 %
Vestfold	4	3	-	-	-	-	18	26	27	17	11	100 %
Telemark	3	2	2	3	-	-	7	15	14	14	1	100 %
Aust- og Vest-Agder	8	5	9	7	2	-	36	31	57	50	23	100 %
Rogaland	9	7	10	8	-	2	36	52	44	39	9	96 %
Hordaland	22	20	7	5	-	4	45	52	43	36	22	98 %
Sogn og Fjordane	1	1	2	3	-	-	7	14	9	9	-	91 %
Møre og Romsdal	3	6	4	4	1	-	12	9	3	3	-	71 %
Sør-Trøndelag	8	7	16	16	-	1	4	24	34	30	11	94 %
Nord-Trøndelag	6	4	3	2	-	1	21	18	12	12	1	53 %
Nordland	5	6	9	7	-	2	10	8	20	25	-	90 %
Troms	8	3	5	4	1	-	36	26	21	24	3	100 %
Finnmark	2	-	1	-	1	-	1	11	10	5	5	91 %
<b>Hele landet</b>	<b>129</b>	<b>121</b>	<b>115</b>	<b>76</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>402</b>	<b>513</b>	<b>492</b>	<b>470</b>	<b>134</b>	<b>94 %</b>

Vedlegg tabell 5 Barnevern – Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2017  
fordelt på lovbestemmelser og utfall

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Stadfestet/ikke medhold	Endret helt eller delvis/ medhold	Opphevet, tilbakesendt for ny behandling
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	22	8	4	10
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	3	3		
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	71	49	7	15
Bvl. § 4-4 sjette ledd Plass i fosterhjem/institusjon/omsorgssenter	2	1		1
Bvl. Andre rettigheter	25	15	4	6
<b>Sum – barneverntjenester (kommunale)</b>	<b>123</b>	<b>76</b>	<b>15</b>	<b>32</b>
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte faresituasjoner	189	138	51	
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	36	29	7	
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	62	49	13	
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintetgjøring eller overlevering til politiet	47	40	7	
Rettighetsforskr. § 18 Beboernes korrespondanse	1		1	
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensinger	94	81	13	
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	4	4		
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunikasjonsmidler	106	89	17	
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	65	40	25	
<b>Sum – barneverninstitusjoner</b>	<b>604</b>	<b>470</b>	<b>134</b>	<b>-</b>

## Sosiale tjenester

Vedlegg tabell 6 Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger etter sosialtjenesteloven 2015–2017

Fylke	2015	2016	2017			
	Antall systemrevisjoner og tilsvarende <sup>1</sup>	Antall systemrevisjoner og tilsvarende <sup>1</sup>	Antall systemrevisjoner	Antall med andre metoder	Sum systemrevisjoner eller tilsvarende tilsyn <sup>1</sup>	Resultatmål: antallet bør være i størrelsesorden:
Østfold	2,3	5,3	5		5,0	6
Oslo og Akershus	7,3	11,0	7		7,0	12
Hedmark	3,7	4,0	3		3,0	5
Oppland	6,0	4,5	4		4,0	5
Buskerud	6,7	2,0	3		3,0	6
Vestfold	5,0	5,5	3		3,0	5
Telemark	3,7	4,0	3		3,0	4
Aust- og Vest-Agder	7,7	9,3	8	1	8,2	8
Rogaland	4,0	4,3	5		5,0	7
Hordaland	6,0	8,0	7		7,0	8
Sogn og Fjordane	4,0	3,7	2		2,0	4
Møre og Romsdal	4,7	3,0	3		3,0	6
Sør-Trøndelag	5,0	2,0	2	1	2,3	6
Nord-Trøndelag	1,0	2,0		5	1,7	4
Nordland	6,0	3,3	4	3	5,0	6
Troms	4,7	3,7	2	3	3,0	4
Finnmark	3,0	3,0	1		1,0	4
<b>Sum</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Andre tilsyn er vektet ut fra ressursinnsats ved ordinær systemrevisjon, f.eks. er oppfølging av egenvurdering gitt verdi 0,33 systemrevisjon.

Vedlegg tabell 7 Sosiale tjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2015–2017 og utfallet av behandlingen i 2017

Fylkesmannen i	Antall saker 2015	Antall saker 2016	Antall saker 2017	Utfall av behandlingen 2017 <sup>1</sup>			
				Avsluttet med lokal avklaring <sup>2</sup>	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt, men ikke lovbrudd	Påpekt lovbrudd
Østfold	2	10	5	-	1	1	4
Oslo og Akershus	9	11	4	-	-	6	-
Hedmark	16	7	14	7	4	2	9
Oppland	-	2	-	-	-	-	-
Buskerud	5	13	10	1	3	1	9
Vestfold	1	2	5	-	1	-	8
Telemark	-	3	1	-	-	-	2
Aust- og Vest-Agder	3	-	6	1	7	2	-
Rogaland	4	3	1	-	2	-	-
Hordaland	19	19	11	5	5	-	1
Sogn og Fjordane	5	2	3	-	1	1	3
Møre og Romsdal	7	6	2	2	-	-	-
Sør-Trøndelag	5	-	2	-	1	-	3
Nord-Trøndelag	3	1	4	-	2	-	4
Nordland	1	1	-	-	-	-	-
Troms	5	5	2	2	-	-	-
Finnmark	4	5	2	-	-	1	1
<b>Hele landet</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>44</b>

1 I en tilsynssak kan forholdene vurderes mot flere bestemmelser, derfor er summen av antallet utfall høyere enn antallet saker.

2 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Vedlegg tabell 8 Sosiale tjenester – Vurderte bestemmelser i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven i 2017

Vurderte bestemmelser i 2017	Antall ganger vurdert	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
<b>Nav-kontor</b>	<b>85</b>	<b>32 %</b>	<b>16 %</b>	<b>52 %</b>
Sotjl. § 3 Kommunens ansvar	3	-	2	1
Sotjl. § 4 Krav til forsvarlighet	42	15	5	22
Sotjl. § 5 Internkontroll	11	1	3	7
Sotjl. § 6 Opplæring av kommunalt personell	1	-	1	-
Sotjl. § 15 Boliger til vanskeligstilte	1	1	-	-
Sotjl. § 20a Bruk av vilkår for personer under 30 år	2	-	1	1
Sotjl. § 41 Anvendelse av forvaltningsloven	7	1	1	5
Sotjl. § 42 Plikt til å rådføre seg med tjenestemottaker	3	2	-	1
Sotjl. § 43 Innhenting av opplysninger	2	-	-	2
Sotjl. § 44 Taushetsplikt	6	3	-	3
Sotjl. § 45 Opplysningsplikt til barneverntjenesten	2	2	-	-
Sotjl. Andre plikter	5	2	1	2

Vedlegg tabell 9 Sosiale tjenester – Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2015–2017 og utfall av behandlingen i 2017

Fylkesmannen i	2015	2016	2017					
	Antall saker	Antall saker	Antall saker	Vurderte bestemmelser	Andel <sup>1</sup>			Andel behandlet innen 3 md
					Stadfestet	Endret	Opphevet	
Østfold	484	373	321	340	77 %	9 %	14 %	96 %
Oslo og Akershus	673	892	633	657	77 %	19 %	4 %	37 %
Hedmark	222	238	273	373	82 %	12 %	7 %	69 %
Oppland	167	124	128	174	83 %	10 %	7 %	91 %
Buskerud	462	370	283	304	78 %	10 %	13 %	100 %
Vestfold	223	186	211	229	81 %	6 %	14 %	100 %
Telemark	128	94	115	135	71 %	15 %	14 %	100 %
Aust- og Vest-Agder	304	265	234	328	84 %	8 %	8 %	98 %
Rogaland	289	294	364	395	89 %	5 %	7 %	94 %
Hordaland	367	448	404	419	85 %	3 %	12 %	100 %
Sogn og Fjordane	26	29	25	28	82 %	7 %	11 %	96 %
Møre og Romsdal	158	112	95	165	81 %	9 %	10 %	91 %
Sør-Trøndelag	122	162	102	139	78 %	9 %	13 %	90 %
Nord-Trøndelag	68	62	61	71	75 %	4 %	21 %	85 %
Nordland	155	121	117	164	77 %	13 %	9 %	99 %
Troms	71	107	85	85	86 %	4 %	11 %	96 %
Finnmark	34	54	46	99	72 %	13 %	15 %	87 %
<b>Hele landet</b>	<b>3 953</b>	<b>3 931</b>	<b>3 497</b>	<b>4 105</b>	<b>81 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>84 %</b>

<sup>1</sup> Andelen utfall bygger på vurderte bestemmelser. I en klagesak kan flere bestemmelser bli vurdert.

## Helse- og omsorgstjenester

Vedlegg tabell 10 Kommunal helse- og omsorgstjenester

– Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017

Fylkesmannen i	2015		2016		2017		
	Sum systemrevisjoner og tilsvarende <sup>1</sup>	Resultat	Sum systemrevisjoner og tilsvarende <sup>1</sup>	Resultat	Sum systemrevisjoner og tilsvarende <sup>1</sup>	Resultatmål	Resultat
Østfold	7,6	45 %	10,0	59 %	4,7	17	28 %
Oslo og Akershus	8,0	23 %	8,0	23 %	8,0	35	23 %
Hedmark	16,7	111 %	11,5	77 %	11,0	15	73 %
Oppland	11,0	73 %	12,5	83 %	13,5	15	90 %
Buskerud	3,0	18 %	5,0	29 %	9,0	17	53 %
Vestfold	14,5	97 %	7,0	47 %	10,9	15	73 %
Telemark	10,0	77 %	12,0	92 %	11,0	13	85 %
Aust- og Vest-Agder	16,0	62 %	19,0	73 %	27,5	26	106 %
Rogaland	12,6	57 %	7,2	33 %	11,3	22	51 %
Hordaland	29,2	122 %	23,1	96 %	23,8	24	99 %
Sogn og Fjordane	13,2	102 %	8,2	63 %	9,7	13	75 %
Møre og Romsdal	18,0	106 %	6,7	39 %	6,0	17	35 %
Sør-Trøndelag	11,0	65 %	8,0	47 %	8,0	17	47 %
Nord-Trøndelag	6,0	46 %	4,0	31 %	8,0	13	62 %
Nordland	10,0	59 %	9,8	58 %	11,7	17	69 %
Troms	7,5	58 %	13,4	103 %	9,9	13	76 %
Finnmark	6,0	55 %	4,0	36 %	4,2	11	38 %
<b>Hele landet</b>	<b>200</b>	<b>67 %</b>	<b>169</b>	<b>56 %</b>	<b>188</b>	<b>300</b>	<b>63 %</b>

<sup>1</sup> Stikkprøver og egenvurderinger teller lik hhv 0,5 og 0,2 systemrevisjon.

Vedlegg tabell 11 Spesialisthelsetjenester  
 – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2015–2017

Fylkesmannen i	2015		2016		2017		
	Antall system-revisjoner <sup>1</sup>	Resultat	Antall system-revisjoner eller tilsvarende <sup>1</sup>	Resultat	Antall system-revisjoner eller tilsvarende <sup>1</sup>	Resultatmål	Resultat
Østfold	1,0	25 %	2,0	50 %	2,0	4	50 %
Oslo og Akershus	2,0	25 %	6,0	75 %	5,0	8	63 %
Hedmark	3,0	100 %	3,5	117 %	7,5	3	250 %
Oppland	3,0	100 %	2,0	67 %	3,0	3	100 %
Buskerud	2,0	50 %	1,5	38 %	5,0	4	125 %
Vestfold	2,0	67 %	6,5	217 %	8,5	3	283 %
Telemark	3,0	100 %	4,0	133 %	8,5	3	283 %
Aust- og Vest-Agder	12,0	171 %	7,0	100 %	9,5	7	136 %
Rogaland	5,0	125 %	6,0	150 %	10,0	4	250 %
Hordaland	4,0	67 %	9,5	158 %	15,0	6	250 %
Sogn og Fjordane	4,0	133 %	7,0	233 %	10,0	3	333 %
Møre og Romsdal	7,0	175 %	12,0	300 %	11,0	4	275 %
Sør-Trøndelag	4,0	100 %	11,0	275 %	11,0	4	275 %
Nord-Trøndelag	4,0	133 %	10,5	350 %	12,0	3	400 %
Nordland	4,0	100 %	3,0	75 %	5,0	4	125 %
Troms	3,0	75 %	4,0	100 %	5,0	4	125 %
Finmark	3,0	100 %	3,0	100 %	5,0	3	167 %

<sup>1</sup> De fleste systemrevisjonene er gjennomført av tilsynslag med representanter fra flere fylkesmannsembeter.



Vedlegg tabell 12 Helse- og omsorgstjenester

– Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 og saksbehandlingstid i 2017

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Andel med mindre enn 5 md. behandlingstid i 2017
	2015 <sup>1</sup>	2016 <sup>1</sup>	2017	
Østfold	185	137	139	45 %
Oslo og Akershus	457	469	547	20 %
Hedmark	171	149	172	53 %
Oppland	123	77	80	29 %
Buskerud	137	173	91	33 %
Vestfold	114	145	141	77 %
Telemark	94	104	94	54 %
Aust- og Vest-Agder	177	171	161	34 %
Rogaland	238	210	215	50 %
Hordaland	219	264	283	65 %
Sogn og Fjordane	88	78	94	68 %
Møre og Romsdal	127	108	85	49 %
Sør-Trøndelag	155	151	157	57 %
Nord-Trøndelag	140	111	124	47 %
Nordland	147	151	138	43 %
Troms	165	142	84	29 %
Finmark	62	41	97	23 %
<b>Sum</b>	<b>2 799</b>	<b>2 681</b>	<b>2 702</b>	<b>44 %</b>
<b>Avsluttet med lokal avklaring<sup>2</sup></b>	<b>732</b>	<b>659</b>	<b>752</b>	

1 Noen tall har små avvik fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

2 Lokal avklaring er når påklagd personell/virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt. Disse sakene har forenklet saksbehandling og inngår ikke i beregningene av saksbehandlingstid.

Vedlegg tabell 13 Helse- og omsorgstjenester – Utfall av tilsynssaker behandlet av fylkesmennene fordelt på tjenesteområder 2015–2017

Tjenesteområde	Avsluttet med lokal avklaring <sup>1</sup>			Avsluttet med vurdering			Oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon			Sum		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Spesialisthelsetjeneste	284	257	275	954	981	1 009	148	102	105	1 386	1 340	1 389
Kommunal helse- og omsorgstjeneste <sup>2</sup>	436	395	462	1 278	1 154	1 220	227	284	188	1 941	1 833	1 870
Både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste	8	7	10	127	124	140	4	5	9	139	136	159
Annet/irrelevant/ukjent/ ukategorisert tjenesteområde	4	-	5	36	14	21	26	18	10	66	32	36
<b>Antall saker</b>	<b>732</b>	<b>659</b>	<b>752</b>	<b>2 395</b>	<b>2 273</b>	<b>2 390</b>	<b>405</b>	<b>409</b>	<b>312</b>	<b>3 532</b>	<b>3 341</b>	<b>3 454</b>

1 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

2 Kommunal helse- og omsorgstjeneste omfatter her også tannhelsetjeneste og andre tjenester utenom spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg tabell 14 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 fordelt på lovbestemmelser

	Antall vurderinger		2017	
	2015 <sup>1</sup>	2016 <sup>1</sup>	Antall vurderinger	Herav konstatert lovbrudd / oversendt til Statens helsetilsyn
<b>Bestemmelse i helsepersonelloven</b>				
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	122	102	77	24
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	49	49	42	30
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	174	147	128	84
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	947	882	940	411
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	8	9	8	6
Pliktmessig avhold (§ 8)	35	44	36	28
Informasjon (§ 10)	57	21	47	28
Krav til attester, legeerklæringer ol. (§ 15)	30	30	43	21
Organisering av virksomhet (§ 16)	73	69	64	34
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	162	182	205	122
Pasientjournal (§§ 39-41)	294	240	255	208
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	58	52	39	33
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	115	77	75	65
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	88	77	93	65
<b>Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven</b>				
Journal- og informasjonssystemer (§ 3-2)	45	46	35	23
Pasientansvarlig lege (§ 3-7) / barneansvarlig personell (§ 3-7a)	2	4	1	
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	1 021	1 021	1 058	396
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	115	115	128	77
<b>Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven</b>				
Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (§§ 3-1, 3-2, 3-2a)	88	87	71	41
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	675	608	623	252
Plikt til å informere pasient/bruker/pårørende (§ 4-2a)	14	15	21	8
Journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	25	24	21	16
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	50	75	66	47
<b>Bestemmelse i helseforskningsloven</b>		3		
<b>Helsetilsynsloven</b>				
Plikt til internkontroll (§ 3)	63	47	43	29
<b>Andre</b>				
Pliktbestemmelser i annen helselovgivning	15	56	68	39
<b>Sum vurderinger<sup>2</sup></b>	<b>4 325</b>	<b>4 082</b>	<b>4 187</b>	<b>2 087</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på<sup>2</sup></b>	<b>2 790</b>	<b>2 680</b>	<b>2 702</b>	<b>1 354</b>

1 Små avvik fra foregående års rapporteringer skyldes at tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

2 Flere av tilsynssakene omfatter mer enn én vurdering opp mot mer enn ett helsepersonell og/eller én virksomhet. Derfor blir sum vurderinger større enn antall saker.

Vedlegg tabell 15 Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2015–2017 og utfall av behandlingen i 2017

Fylkesmannen i	Antall behandlede saker			2017				
				Antall vurderinger	Andel <sup>1</sup>			Andel behandlet innen 3 md
	2015	2016	2017		Stadfestet	Endret	Opphevet	
Østfold	188	178	243	250	66 %	24 %	11 %	67 %
Oslo og Akershus	642	701	477	495	67 %	27 %	6 %	49 %
Hedmark	131	92	76	77	82 %	8 %	10 %	66 %
Oppland	111	98	93	94	78 %	5 %	17 %	80 %
Buskerud	167	191	211	226	68 %	7 %	25 %	57 %
Vestfold	167	159	148	159	73 %	9 %	18 %	95 %
Telemark	77	73	99	102	78 %	9 %	13 %	83 %
Aust- og Vest-Agder	196	149	158	164	76 %	9 %	15 %	88 %
Rogaland	194	166	199	201	76 %	14 %	10 %	79 %
Hordaland	333	393	434	437	90 %	3 %	8 %	94 %
Sogn og Fjordane	115	72	73	78	79 %	8 %	13 %	86 %
Møre og Romsdal	162	146	121	129	65 %	9 %	26 %	73 %
Sør-Trøndelag	125	131	165	165	78 %	10 %	12 %	81 %
Nord-Trøndelag	108	118	141	142	90 %	3 %	7 %	94 %
Nordland	173	175	163	168	78 %	13 %	10 %	61 %
Troms	176	181	172	173	71 %	5 %	24 %	92 %
Finnmark	84	57	82	82	76 %	16 %	9 %	93 %
<b>Landet</b>	<b>3149</b>	<b>3080</b>	<b>3055</b>	<b>3142</b>	<b>75 %</b>	<b>12 %</b>	<b>13 %</b>	<b>76 %</b>

<sup>1</sup> Andelen bygger på antall vurderinger. I en klagesak kan flere bestemmelser bli vurdert.

Vedlegg tabell 16 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2015–2017 fordelt på lovbestemmelser og utfall av behandlingen i 2017

	Antall vurderinger			Herav helt/delvis medhold for klager 2017
	2015 <sup>1</sup>	2016 <sup>1</sup>	2017 <sup>1</sup>	
Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen				
– øyeblikkelig hjelp	1	2	1	-
– helsetjenester i hjemmet	88	74	74	27
– plass i sykehjem	165	150	145	36
– plass i annen institusjon	64	74	53	11
– praktisk bistand og opplæring	189	218	107	45
– støttekontakt	189	169	115	45
– brukerstyrt personlig assistanse	203	208	207	83
– omsorgslønn	404	444	345	114
– avlastningstiltak	193	214	191	94
– kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	94	106	83	27
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	370	520	559	99
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	7	12	24	4
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	7	1	3	1
Pbrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	3	10	11	8
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	14	16	7	5
Pbrl. § 2-6. Rett til syketransport	924	631	949	105
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	32	30	37	11
Pbrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	2	1		
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	58	62	59	18
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp		4	1	
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	239	225	158	36
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	19	30	13	6
<b>Sum vurderingsgrunnlag</b>	<b>3 265</b>	<b>3 201</b>	<b>3 142</b>	<b>775</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på</b>	<b>3 147</b>	<b>3 079</b>	<b>3 055</b>	<b>745</b>

<sup>1</sup> Små avvik fra tidligere publiserte tall skyldes at feil og mangler rettes fortløpende etter hvert som de oppdages.

## Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Vedlegg tabell 17 Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017 (helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9)

Fylkesmannen i	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall overprøvede vedtak	Andel overprøvd innen 3 md.	Antall godkjente vedtak	Godkjente vedtak med innvilget dispensasjon	Antall personer med godkjent vedtak per 31.12.2017	Antall stedlige tilsyn
Østfold	2 033	56	36	42 %	34	24	35	6
Oslo og Akershus	5 098	379	219	44 %	211	177	203	13
Hedmark	224	51	118	98 %	118	113	119	12
Oppland	167	48	67	84 %	66	50	63	22
Buskerud	299	62	95	75 %	84	54	80	12
Vestfold	459	47	79	96 %	74	65	71	13
Telemark	194	37	41	80 %	39	30	32	4
Aust- og Vest-Agder	546	81	129	91 %	127	68	118	29
Rogaland	4 124	114	150	21 %	129	110	123	8
Hordaland	1 158	127	232	94 %	230	166	183	30
Sogn og Fjordane	1 401	28	28	46 %	28	14	26	4
Møre og Romsdal	576	78	131	36 %	98	69	86	19
Sør-Trøndelag	1 153	80	90	97 %	87	35	76	20
Nord-Trøndelag	747	30	41	100 %	31	13	30	5
Nordland	244	44	72	97 %	71	45	62	7
Troms	189	29	73	99 %	73	57	67	3
Finnmark	182	19	4	50 %	3	3	2	13
Landet	18 794	1 310	1 605	72 %	1 503	1 093	1 376	220

Vedlegg tabell 18 Helse- og omsorgstjenester – antall vedtak i 2017 og omfang av personell som utførte tiltak. Dispensasjon fra utdanningskrav.

Embete	Vedtak og personell		Dispensjon fra utdanningskrav			
	Antall godkjente vedtak	Personell som skal gjennomføre tiltak, antall i gjennomsnitt per vedtak	godkjente vedtak		vedtak med innvilget dispensasjon	
			antall med søknad om dispensasjon	antall med innvilget dispensasjon	gj.snitt antall personer søkt for	gj.snitt antall personer innvilget for
Østfold	34	19	26	24	7	6
Oslo og Akershus	211	17	191	177	8	7
Hedmark	118	25	114	113	16	16
Oppland	66	18	54	50	14	13
Buskerud	84	12	61	54	6	5
Vestfold	74	20	66	65	12	12
Telemark	39	14	32	30	10	9
Aust- og Vest-Agder	127	15	73	68	8	7
Rogaland	129	18	118	110	10	8
Hordaland	230	13	173	166	5	3
Sogn og Fjordane	28	13	14	14	11	7
Møre og Romsdal	98	16	86	69	12	7
Sør-Trøndelag	87	16	36	35	7	6
Nord-Trøndelag	31	15	16	13	8	5
Nordland	71	12	50	45	9	8
Troms	73	14	62	57	7	5
Finmark	3	11	3	3	3	3
Landet	1 503	16	1 175	1 093	9	8

Vedlegg tabell 19 Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming 2012–2017

	Melding om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner		Fylkesmannens overprøving av vedtak				Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall vedtak godkjent	Antall ikke godkjente vedtak	Antall personer vedtakene gjaldt 31.12.	Antall godkjente vedtak med minst én innvilget søknad om dispensasjon fra utdanningskrav	
2012	20 791	1 086	992	37	906	739	173
2013	24 123	1 103	1 259	41	1 102	973	206
2014	16 823	1 166	1 357	64	1 289	1 029	198
2015	8 447	1 152	1 413	103	1 259	1 064	205
2016	16 603	1 257	1 361	95	1 227	1 011	221
2017	18 794	1 310	1 503	102	1 376	1 093	220

Det lave antallet beslutninger for 2015 henger trolig sammen med overgang til ny registreringsordning hos fylkesmennene dette året.

Vedlegg tabell 20 Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017

Tiltak (underkategori)	Forekomst i godkjente vedtak	
	Antall vedtak	Andel av vedtakene
Varslingssystem seng	70	5 %
Varslingssystem i bolig, ekskl. seng	86	6 %
Varslingssystem utgang	221	15 %
System som registrerer bilde/lyd	36	2 %
GPS/lokaliseringssystem	4	0 %
Annet inngripende varslingssystem	22	1 %
Fastspenning (bilbelte, seler o.l.)	105	7 %
Grindseng/sengehest o.l.	56	4 %
Spesialklær/beskyttelsesutstyr (hjelmskinner o.l.)	68	5 %
Annet mekanisk tvangsmiddel	43	3 %
Holding	359	24 %
Nedlegging	119	8 %
Skjerming	109	7 %
Føring	218	15 %
Løfting/bæring	22	1 %
Løsning av grep/bitt	70	5 %
Fotfølging	74	5 %
Låsing av dør/vindu	184	12 %
Hindring av tilgang til vann/eiendeler	424	28 %
Begrensing av tilgang til mat/drikke	440	29 %
Tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl-, hårklipp o.l.)	146	10 %
Opplærings- og treningstiltak	6	0 %
Annet tvangsmiddel	334	22 %
<b>Sum tiltak i godkjente vedtak</b>	<b>3 216</b>	
Gjennomsnittlig antall tiltak per godkjente vedtak		2,1
<b>Antall godkjente vedtak</b>	<b>1 503</b>	

Vedlegg tabell 21 Helse- og omsorgstjenester – Kategorisering av tiltakene i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2017

Tiltakskategori	Forekomst i godkjente vedtak	
	Antall vedtak med minst ett tiltak i kategorien	Andel av vedtakene
Mekanisk tvangsmiddel som skadeavvergende tiltak	81	5 %
Inngripende varslingssystem som skadeavvergende tiltak	110	7 %
Annet planlagt skadeavvergende tiltak	603	40 %
Mekanisk tvangsmiddel for å dekke grunnleggende behov	178	12 %
Inngripende varslingssystem for å dekke grunnleggende behov	328	22 %
Opplærings- og treningstiltak	13	1 %
Annet tiltak for å dekke grunnleggende behov	891	59 %
<b>Antall godkjente vedtak</b>	<b>1 504</b>	

Ett vedtak kan inneholde flere tiltak, og ett tiltak kan kategoriseres i mer enn én tiltakskategori. Summering av tiltakskategoriene og prosentene i denne tabellen gir derfor ikke mening.

Vedlegg tabell 22 Helse- og omsorgstjenester – Vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2017 (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A)

Fylkesmannen i	Gjennomgang ved innkomst		Fornytt gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandlede klager på vedtak
	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall
Østfold	336	4 %	77	8 %	-
Oslo og Akershus	652	12 %	156	23 %	-
Hedmark	187	12 %	96	17 %	-
Oppland	199	5 %	89	16 %	-
Buskerud	140	13 %	55	4 %	-
Vestfold	244	5 %	116	14 %	2
Telemark	113	10 %	66	6 %	1
Aust- og Vest-Agder	245	15 %	78	22 %	1
Rogaland	238	34 %	113	27 %	2
Hordaland	414	24 %	114	12 %	2
Sogn og Fjordane	62	6 %	25	0 %	1
Møre og Romsdal	193	9 %	120	7 %	2
Sør-Trøndelag	414	14 %	201	15 %	-
Nord-Trøndelag	184	5 %	48	13 %	-
Nordland	390	3 %	321	37 %	-
Troms	172	10 %	71	6 %	-
Finnmark	86	6 %	61	28 %	-
<b>Landet</b>	<b>4 269</b>	<b>12 %</b>	<b>1 807</b>	<b>19 %</b>	<b>11</b>

Vedlegg tabell 23 Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i gjennomgåtte vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2012–2017

Tvangstiltak	Antall		
	2015	2016	2017
Innleggelse i institusjon	408	416	485
Tilbakeholdelse i institusjon	1 067	1 154	1 248
Bevegelseshindrende tiltak	1 080	931	1 066
Bruk av reseptbelagte legemidler	880	946	1 044
Tannbehandling	514	470	519
Inngrep i/på kroppen ekskl. tannbehandling	480	554	586
Varslingssystemer	322	290	306
Pleie (tannpuss, vask, klipp o.l.) [NY f.o.m. 2017]			1 041
Annet	1 148	1 205	338
<b>Sum tiltak</b>	<b>5 899</b>	<b>5 966</b>	<b>6 633</b>
<b>Antall vedtak som tiltakene fordeler seg på</b>	<b>3 812</b>	<b>3 913</b>	<b>4 269</b>



## Administrative reaksjoner mot helsepersonell

Vedlegg tabell 24 Helse- og omsorgstjenester – Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier i 2017

Yrkesgruppe	Advarsel	Begrenset autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av rekvireringsrett helt/delvis	SUM
Leger	59	12	47	7	125
Tannleger	3		2		5
Psykologer	6	1	2		9
Sykepleiere	18	3	70		91
Jordmødre	1				1
Fysioterapeuter	4		2		6
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere	13	1	22		36
Annet autorisert helsepersonell	2	1	15		18
<b>SUM</b>	<b>106</b>	<b>18</b>	<b>160</b>	<b>7</b>	<b>291</b>

Vedlegg tabell 25 Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell etter helsepersonellkategori 2015–2017

Yrkesgruppe	Advarsel, tap av autorisasjon/ rekvireringsrett/ spesialistgodkjenning eller begrensning av autorisasjon/ lisens		
	2015	2016	2017
Leger	160	107	125
Tannleger	12	7	5
Psykologer	13	5	9
Sykepleiere	74	67	91
Jordmødre	8	3	1
Fysioterapeuter	17	11	6
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere	45	30	36
Annet autorisert helsepersonell	21	19	18
Uautorisert helsepersonell <sup>1</sup>	22	-	-
<b>Sum</b>	<b>372</b>	<b>249</b>	<b>291</b>

<sup>1</sup> Saker mot uautorisert helsepersonell opprettet av fylkesmennene etter desember 2014 avsluttes på fylkesnivå. Dette medfører at vi i 2016 ikke lenger ga advarsler i disse sakene. I 2015 behandlet vi tidligere oversendte saker og ga advarsel til 22 uautoriserte helsepersonell.

Vedlegg tabell 26 Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn mot helsepersonell og virksomheter i 2017 etter hvor sakene startet

Saken startet hos	Antall avsluttede saker	Antall administrative reaksjoner mot helsepersonell / påpekte lovbrudd mot virksomheter						
		Helsepersonell					Virksomheter	SUM
		Tilbakekall av autorisasjon/lisens	Advarsel	Begrensning av autorisasjon/lisens (hpl. § 59)	Begrensning av autorisasjon/lisens (hpl. § 59 a)	Tilbakekall av rekvireringsrett i gr. A og/ eller gr. B	Påpekt lovbrudd	
Østfold	26	12	6	1	2	-	1	22
Oslo og Akershus	63	15	22	1	1	2	7	48
Hedmark	25	6	11	-	-	-	-	17
Oppland	20	4	7	-	2	-	2	15
Buskerud	17	6	1	-	1	1	1	10
Vestfold	16	4	6	-	-	-	-	10
Telemark	27	11	8	-	1	-	2	22
Aust- og Vest-Agder	18	10	4	-	-	-	-	14
Rogaland	26	8	8	-	2	-	1	19
Hordaland	28	10	9	-	1	-	4	24
Sogn og Fjordane	5	1	-	-	-	-	1	2
Møre og Romsdal	20	7	3	1	-	-	3	14
Sør-Trøndelag	10	5	4	-	-	-	1	10
Nord-Trøndelag	12	8	2	1	-	-	-	11
Nordland	26	8	6	-	-	2	3	19
Troms	22	3	3	1	-	-	10	17
Finmark	17	8	2	-	-	-	4	14
Statens helsetilsyn	35	3	4	-	2	-	13	22
Utenlandsk tilsynsmyndighet	37	31	-	1	-	2	-	34
<b>SUM</b>	<b>450</b>	<b>160</b>	<b>106</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>53</b>	<b>344</b>

## Undersøkelsesesenheten

Vedlegg tabell 27 Undersøkelsesesenheten – Tid før svar på varsel er sendt ut 2015–2017

Tid fra varsel ble mottatt til helseforetaket fikk svar	Antall varsler mottatt			Andel varsler mottatt		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
1–7 dager	307	452	478	61 %	77 %	75 %
8–14 dager	147	115	125	29 %	20 %	20 %
15–21 dager	38	15	20	8 %	3 %	3 %
22–28 dager	9	3	12	2 %	1 %	2 %
> 28 dager		2	3		0 %	0 %
ikke registrert						
<b>Totalsum</b>	<b>501</b>	<b>587</b>	<b>638</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Vedlegg tabell 28 Undersøkelsesesenheten – Måten varslene ble fulgt opp på 2015–2017

Måten varslene ble fulgt opp	Antall varsler mottatt			Andel varsler mottatt		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Avsluttet etter innledende undersøkelser	276	298	358	55 %	51 %	56 %
Anmodning om redegjørelse	36	32	17	7 %	5 %	3 %
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	170	249	248	34 %	42 %	39 %
Annen tilsynsmessig oppfølging	5	1	2	1 %	0 %	0 %
Stedlig tilsyn fra Htil	14	7	13	3 %	1 %	2 %
<b>Totalsum</b>	<b>501</b>	<b>587</b>	<b>638</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Vedlegg tabell 29 Undersøkelsesesenheten – Antall varsler ferdigbehandlet 2015–2017

Måten varslene ble fulgt opp	Antall varsler ferdigbehandlet		
	2015	2016	2017
Avsluttet etter innledende undersøkelser	276	297	361
Anmodning om redegjørelse	34	47	20
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	123	171	194
Annen tilsynsmessig oppfølging	7	6	3
Stedlig tilsyn fra Htil	12	14	12
<b>Totalsum</b>	<b>452</b>	<b>535</b>	<b>590</b>

Vedlegg tabell 30 Undersøkelsesesenheten – Gjennomsnittlig saksbehandlingstid (i uker) for varsler ferdigbehandlet 2015–2017

	Gjennomsnittlig saksbehandlingstid		
	2015	2016	2017
Avsluttet etter innledende undersøkelser	1,0	0,7	0,7
Anmodning om redegjørelse	23,6	21,7	23,5
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	36,7	34,7	36,8
Annen tilsynsmessig oppfølging	75,1	61,7	53,5
Stedlig tilsyn fra Htil	58,0	69,5	60,8

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2018

**1/2018** Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis

**2/2018** Til beste for den neste – risikostyring før og etter alvorlige hendelser. Eksempler og erfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med tilsynssaker i 2017, der Undersøkelsesenheten foretok stedlige tilsyn etter varsler om alvorlige hendelser

**3/2018** Barnets synspunkt når ikke frem. Oppsummeringsrapport etter landsomfattende tilsyn med Bufetat 2017.

## Utgivelser 2017

**1/2017** Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemelding til den som har meldt.

**2/2017** Utenkelig eller forutsigbart? Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

**3/2017** Med lua i handa?

Oppsummering av det landsomfattende tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

**4/2017** Det gjelder livet.

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Årsrapport fra Statens helsetilsyn er utarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet og inngår ikke i serien Rapport fra Helsetilsynet.

## Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for barnevern-, og sosial- og helse- og omsorgstjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.



## OPPSUMMERING

### Årsrapport 2017 fra Statens Helsetilsyn

Årsrapporten er Statens helsetilsyns rapportering på måloppnåelse og resultater til Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktiviteter og resultater er beskrevet med tekst og en rekke tabeller for barnevern, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester inkl. varselordningen og folkehelse.

Realisering av strategisk plan for 2015–2019, vurdering av framtidsutsikter, faglig styring av fylkesmannsembetene og andre oppgaver av styringsmessig og administrativ karakter er temaer i rapporten.