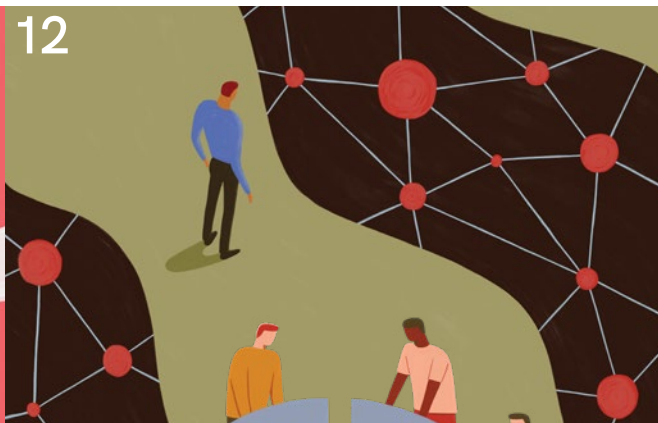


Tilsynsmelding 2019





Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2020.
 Ansvarleg redaktør: Jan Fredrik Andresen
 Redaksjonsgruppe: Berit Roll Elgsaas,
 Olaug Nørstrud, Kjersti Engehaugen,
 Sverre Vigeland Lerum, Ebba Thommessen,
 Magne Braaten og Bente Kristin Smedbråten (leder).
 Design: Kitchen.
 Opplag: 12 000.
 Illustrasjoner: Hanne Berkaak
 Sett med ITC Century / HK Grotesk.
 ISSN 1501-8083
 Tilsynsmeldingar på internett:
www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding.
 Trykte eksemplar kan bestillast frå Statens helsetilsyn,
 Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo, telefon 21 52 99 00,
 epost: trykksak@helsetilsynet.no.
 Kommenterar og spørsmål kan sendast
 til tilsynsmelding@helsetilsynet.no

Innhald

- 3 Det ufeilbarlege er ikkje menneskeskapt – men menneske kan medverke til forbetring
- 5 Barnevernet og Nav svikter sårbare unge
- 7 Barna treng at Nav ser deira behov
- 8 Når barn treng meir – omsorg og rammer
- 9 Tilsyn på barnas premisser – når teknologi skaper trygghet
- 10 Arbeidsmiljøet til barna blir ikkje sikra gjennom tilsyna i kommunane
- 13 Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom
- 14 Manglande oppfølging av prøvesvar – ein risiko for pasientane
- 15 Persontilpassa medisin gir store moglegheiter – og nye utfordringar
- 17 Ikke «enten eller», men «både og»
- 18 Del erfaringar og gjer tenesta betre!
- 19 Psykotisk depresjon er ein underkjend tilstand i psykisk helsevern
- 20 Brukermedvirkning er ikke noe en kan krysse av for i et skjema, det er en kontinuerlig prosess!
- 22 Det regionale helseføretaket sitt overordna ansvar for samhandling og koordinering
- 24 Tilsyn kan vere utfordrande
- 26 Autorisasjon er ingen garanti for kvalitet
- 27 Arbeidsgivar sitt ansvar dersom helsepersonell møter rusa på jobb
- 28 Få helsepersonell mistar autorisasjonen på grunn av psykisk lidning
- 29 Når helsepersonell utfører kosmetisk behandling
- 30 Og elles meiner Helsetilsynet
- 32 Tal og fakta 2019



«Det ufeilbarlege er ikkje menneskeskapt» - men menneske kan medverke til forbetring

Føremålet med tilsyn er å styrkje pasienttryggleiken og kvaliteten. Når tryggleiken er vareteken og kvaliteten er god, får befolkninga tillit til tenestene og personellet. Helse- og velferdssektoren er stor, medan tilsynet har avgrensa ressursar. Vi må ha vilje og høve til å prioritere saker ut ifrå risiko og kor viktige dei er slik at det skjer raske endringar og varige forbetringar for å få trygge og gode tenester.

Alle treng ein stad å bu, noko å leve av, nokon å leve saman med og noko å leve for. For menneske som har utfordringar i overgangen til vaksenlivet, er det viktig å få hjelp slik at dei kan meistre tilværet på eiga hand. Tilsynserfaringar viser at vi ikkje er heilt i mål med den sosialfaglege innsatsen.

Det er betre å førebyggje enn å reparere. Rapporten «Å reise vasker øynene» viser at det er mykje å hente på å dreie innsatsen mot den tidlege fasen i ei barnevernssak. Det fordrar at barnevernet evnar å ta tak i dei viktigaste utfordringane og lytte til barnet si stemme! Ei lita gruppe barn og unge i barnevernet har omfattande psykiske lidningar. Samfunnet har ikkje etablert eit tenestetilbod med tilstrekkelege rammer og struktur som kan vareta

dei aller mest sårbare. Barnevern og psykisk helsevern må spele på det same laget til barnas beste.

Det er i møtet med andre menneske vi blir oss sjølve. Erfaringar frå tilsyn i barnevernet viser at teknologi kan medverke til å etablere og utvikle mellommenneskelege relasjonar. Det gir grunnlag for teknologioptimisme.

Kommunane skal syte for og føre tilsyn med at barn har eit godt «arbeidsmiljø» i barnehagane og i skulen. Tilsynsfunn gir grunnlag for å spørje om ordninga med at kommunane fører tilsyn med seg sjølve er ein optimal konstruksjon?



Kunnskap om svikt er ei kjelde til betring. Tilsynet kan medverke til kvalitetsutvikling, ved at det gir høve til å formidle tilsynserfaringar til brukarar/pasientar, personell og tenester.

Langvarig satsing for å styrkje behandlingstilboda til personar med psykiske lidningar og rusmiddel-avhengigheit har ikkje gitt denne pasientgruppa tilstrekkeleg tilgang til integrerte, samordna og gode tenester. Vi har følgd dette tenesteområdet i 15 år og avdekt uforvarlege tenester. Kunnskap om svikt er ei kjelde til betring.

Tilsynet kan medverke til kvalitetsutvikling, ved at det gir høve til å formidle tilsynserfaringar til brukarar/pasientar, personell og tenester.

Det er verksemdene som har ansvaret for at tenestene er trygge og gode. Arbeidsgivarar må vere klare over ansvaret sitt og følgje opp medarbeidarar som trugar tryggleiken og kvaliteten. Nye varselordningar for kommunale helse- og omsorgstenester må støtte opp under det ansvaret verksemdene har – at alvorlege hendingar skal varslast endrar ikkje ansvarsforholda.

Helse- og velferdstenestene er risiko-utsette, og det må vere toleranse for at uønskte hendingar kan skje. Ein kan hindre mykje ved å syte for at medarbeidarane kjenner til, forstår og etterlever fagleg forankra framgangsmåtar, rutinar og prosedyrar.

Utviklinga av persontilpassa medisin gir store moglegheiter for effektiv behandling. Det kan vere grunn til å spørje om samfunnet har ein systematikk for prioritering som kan møte dei medisinsk-teknologiske moglegheitene i framtida.

Vi må utgjere ein skilnad for folk og håper at tilsynsmeldinga viser lesaren at godt tilsyn handlar om å gjere verda litt betre – god lesing!

JAN FREDRIK ANDRESEN



Barnevernet og Nav svikter sårbare unge

I overgangen til voksenlivet får unge ofte hjelp og støtte frå familien og nettverket sitt, og det er vanleg å flytte litt til og frå foreldreheimen før ein står på eigne bein. Tilsynet på barnevern- og sosialområdet i 2019 handla om ei sårbar gruppe som ofte ikkje får slik oppfølging, nemleg unge som har eller har hatt tiltak frå barnevernet. Barnevernet kan gi ettervern fram til dei unge fyller 23 år, men mange treng meir enn det barnevernet kan tilby. Det kan òg vere nødvendig med hjelp og støtte frå Nav.

Sjølv om mange unge med barnevernserfaring greier seg bra, viser forskning at på gruppenivå kjem dei dårlegare ut enn andre på viktige område som utdanning, inntekt og arbeidsdeltaking. Sjølv om dette jamnar seg noko ut etter kvart, dreg mange med seg utfordringar resten av livet. Ei undersøking (1.) har vist at berre fire av ti personar med barnevernserfaring i aldersgruppa 30-42 år hadde fullført vidaregåande utdanning, medan i kontrollgruppa hadde meir enn åtte av ti gjort det same. Forskinga har òg vist at dei som tek imot ettervern, greier seg betre enn dei som ikkje gjer det.

Lovbrot i to av tre tilsyn

På oppdrag frå Statens helsetilsyn utførte fylkesmennene tilsyn med ettervern og samarbeid mellom barnevernet og Nav som tema. Det var eit tre-delt tema for tilsynet:

- om barnevernet førebudde, gjennomførte og avslutta ettervern på ein forsvarleg måte
- om Nav sytte for forsvarlege kartleggingar og individuelt tilpassa tenester for unge som har hatt barnevernstiltak
- om dei to tenestene samarbeidde og samhandla på ein forsvarleg måte

Brukarmedverknad blei undersøkt i alle del-tema. Fylkesmannen hadde samtalar med unge som hadde tenester/tiltak frå Nav og/eller barnevernteneste, for å få vite korleis dei fekk medverke i praksis.

Helsetilsynet hadde per 19.12.2019 teke imot 24 rapportar frå tilsyn utført av fylkesmennene. Denne artikkelen gir ei oppsummering på grunnlag av desse rapportane.

Fylkesmennene har påpeikt lovbrota i 16 av dei 24 tilsyna, det vil seie i 2/3 av tilsyna. Lovbrota gjeld forhold i barnevernet og/eller i Nav, og samarbeidet mellom desse tenestene. I åtte tilsyn er det ikkje funne lovbrota. Fylkesmennene følgjer opp verksemdene til lovbrota er retta opp.

Svikt i medverknaden frå dei unge og samarbeidet mellom tenestene

Begge tenestene er pålagde å syte for at ungdommane får ein reell medverknad. Ein skal hente inn, vurdere og leggje vekt på synspunkta til dei unge i alle avgjerder som gjeld han/henne.

Dei ungdommane fylkesmennene snakka med, var generelt nøgde med måten dei blei følgde opp på, men det var òg mange døme i rapportane på at dei unge opplevde at barneverntenesta og Nav ikkje var så tilgjen-

gelege som dei kunne ønskje. Dei formidla at oppfølginga var avhengig av person, at det var vanskeleg å få tak i rettleiaren/kontaktpersonen, og at det tok lang tid før nokon ringte tilbake etter at dei hadde prøvd å få tak i vedkomande. Somme sakna meir informasjon om kva som skulle skje. Somme opplevde òg at Nav ikkje kjende godt nok til situasjonen og behova deira.

Det er krav om at sosiale tenester i Nav og barneverntenesta skal samarbeide, både i konkrete einskildsaker og generelt. Fleire av lovbrota handla om samarbeidet mellom tenestene. Lovbrota gjaldt både manglande samarbeid i einskildtilfelle og manglande styring og tilrettelegging av samarbeid meir generelt. I eitt av tilsyna konkluderte fylkesmannen med at: «Nav-kontoret og barneverntenesta [ikkje] samarbeider slik at ungdom med barnevernserfaring får heilskaplege og tilpassa tenester frå Nav-kontoret og barneverntenesta».

Barnevernet svikta på alle dei undersøkte delområda

I ti av rapportane blei det påpeikt lovbrota på barnevernsområdet. Samla sett fann fylkesmennene lovbrota på alle dei undersøkte delområda, dvs. korleis barneverntenesta førebur, vurderer behovet for, og følgjer opp og avsluttar ettervernet. >

>

Barnevernet skal i samarbeid med den unge byrje å planleggje ettervernet i god tid før han/ho fyller 18 år. Avslutning av ettervern eller avslag på søknad om ettervern er eit einskildvedtak som skal grunngjevast og som det er høve til å klage på. Unge som først har takka nei, kan ombestemme seg seinare og be om ettervern frå barnevernet inntil dei har fylt 23 år. Retten til ettervern gjeld uansett om ungdommen har budd i fosterheim eller institusjon, eller om han/ho har hatt hjelpetiltak heime.

Det er påpeikt lovbrøt når det gjeld informasjon om ettervern til dei unge, særleg til dei som har hatt frivillige hjelpetiltak. Òg når det gjeld oppfølging, evaluering og avslutning av ettervernet, er det påpeikt lovbrøt. Fleire av rapportane viser til at ungdom som har takka nei til ettervern, ikkje blir kontakta i ettertid eller gitt høve til å ombestemme seg.

I ein rapport skreiv fylkesmannen at bydelen hadde utarbeidd nye og reviderte rutinar for arbeidet med ettervern etter at tilsynet var varsla. Rutinane for samarbeidet mellom barneverntenesta og Nav blei reviderte samtidig. Under tilsynet blei det avdekt at dei nye rutinane var lite kjende og lite brukte i det daglege arbeidet. Det er positivt at verksemda tek tak og starter endringsarbeidet, men nye skriftlege rutinar er ikkje det same som endra praksis. Rutinar og styring er ikkje noko som verksemda får på plass med skippertak eller noko som verksemda har i eit kvalitetssystem eller ein perm, men kva verksemda gjer i praksis over tid.

Nav sikrar ikkje god nok kartlegging og individuell vurdering

I elleve av tilsyna blei det påvist lovbrøt på sosialområdet. Her òg finst det døme på lovbrøt på alle delområda for tilsynet.

Nav skal gi tilpassa og tilstrekkeleg informasjon, kartleggje situasjonen og behovet for tenester og vareta medverknad frå den unge. Tenesta, jf. sosialtjenestelovens §17, «opplysning, råd og veiledning» skal ein gi ut ifrå konkrete behov, og Nav skal samarbeide med barneverntenesta om det er trong for det. Vidare skal ein handsame

søknader om økonomisk stønad og fastsetje vilkår om aktivitet på grunnlag av ei konkret og individuell vurdering.

Det varierer kor omfattande lovbrøta i kvart tilsyn er. Her er nokre døme på lovbrøt i sosiale tenester i Nav. Fleire av Nav-kontora:

- kartlegg ikkje dei unge sine behov slik at dei får forsvarlege sosiale tenester
- legg ikkje til rette for at dei unge får medverke i kartlegginga av eigen situasjon og behov
- gir ikkje dei unge opplysning, råd og rettleiing ut frå deira konkrete behov når det er aktuelt. Ettervern frå barneverntenesta er ein del av det dei skal gi opplysning og rettleiing om
- handsamer ikkje dei unge sine søknader om økonomisk stønad etter ein konkret og individuell vurdering. Dette gjeld også fastsetting av vilkår om aktivitet

Referansar

1 Backe-Hansen E, Walhovd KB, Huang L. Kjønnforskjeller i skoleprestasjoner. En kunnskapsoppsummering. NOVA-rapport 5/14. Oslo: NOVA, 2014.



Tilsynet har sett på om unge som har / har hatt barnevernstiltak, får nødvendige og koordinerte tenester frå barnevernet og Nav. Dette er ei gruppe unge som kan ha særlege utfordringar i overgangen til eit sjølvstendig vaksenliv.

Tilsynet har avdekt ein alvorleg situasjon: i mange kommunar oppfyller ikkje barnevernet og/ eller Nav lovkrava. Verken kvar for seg eller i samhandlinga mellom tenestene gjer dei det som krevst av dei slik at tenestene blir forsvarlege og koordinerte i tilstrekkeleg grad. Det inneber at sårbare unge blir enda meir sårbare fordi sikkerhetsnettet sviktar. ●

Barna treng at Nav ser deira behov

Helsetilsynet har i rapporten «Det å reise vasker øynene» (1.) gått gjennom 106 barnevernssaker om akuttiltak eller omsorgsovertaking etter barnevernlova. Sjølv om gjennomgangen først og fremst har sett på praksis i barnevernstenesta, gir han òg innsikt i livsvilkåra til nokon av dei mest utsette familiane i Nav. Eit av dei viktigaste funna er at familiane har omfattande og komplekse levekårsutfordringar, men vi ser få spor av sosialfagleg oppfølging frå Nav.

Barn har rett til ein god levestandard
I følgje artikkel 27 i barnekonvensjonen har barn rett på ein levestandard som er tilstrekkeleg for den fysiske, psykiske, andelege, moralske og sosiale utviklinga deira. Føremålsparagrafen i sosialtenestelova slår fast at lova skal medverke til at utsette barn og unge og familiane deira får eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Barneperspektivet i Nav handlar om at ein skal ta særleg omsyn til barn sine behov i alle vurderingar som gjeld tenestemottakarar som har barn.

Likevel viser gjennomgangen barn som over tid lever under særleg dårlege kår. Mange av familiane får støna-

der frå Nav, men det er ofte barnevernstenesta som tek ansvaret for å følgje opp dei velferdsutfordringane foreldra har. Ingen av sakene viser at Nav og barnevernet har samarbeidd for å gi familiane eit heilskapleg og samordna tenestetilbod.

Fattigdom og dårlege butilhøve pregar kvardagen til barna

Mange av foreldra er utan arbeid og inntekt, dei har dårleg økonomi og tek imot offentlege stønader. Butilhøva er ofte svært dårlege. Det er døme på barn som bur utrygt, med dører som ikkje kan låsast eller vindaug som er øydelagde. Somme bur i hytter eller campingvogner. Andre familiar er utan fast bustad og flyttar rundt hos slekt og venner. Einskilde foreldre har så dårleg buevne at det fører til helseskadelege butilhøve. Nokre familiar lever under eit konstant trugsmål om å bli kasta ut, fordi husleiga ikkje blir betalt.

Gjennomgangen viser at årsakene som ligg bak dårlege levekår, ofte er komplekse og samansette. Mange av foreldra har dårleg psykisk helse eller rusproblem. Mange har sjølve vore utsette for vald, overgrep eller omsorgssvikt – eller er domfelte for slike forhold. Foreldra har ofte eit stort behov for hjelp til å løyse eigne utfordringar.

Problema til foreldra skyggjer for behova til barnet

Behova til barnet skal vere det sentrale i ei barnevernssak, men mange barnevernstenester tek på seg Nav sitt ansvar for å hjelpe dei vaksne

i familien. Heilt konkret kan dette dreie seg om at barnevernstenesta legg til side ei alvorleg uro for at barnet blir utsett for vald i heimen, og i staden brukar tida på å redde familien frå å bli kasta ut frå bustaden sin. Følgjene blir at barnet sine behov ikkje blir det sentrale i barnevernssaka.

Det går sjeldan fram av barnevernssaka kvifor foreldra ikkje får hjelp frå Nav til å løyse desse problema. Vi veit ikkje om det kjem av at foreldra har fått avslag på hjelp, eller fordi barnevernet ikkje tenkjer at Nav kan vere ein viktig ressurs.

Meir samarbeid mellom barnevernet og Nav om utsette familiar

Barnevernet har ikkje verkemidla til å løyse den samansette problematikken i familiane åleine. Det er nødvendig med tverrfagleg innsats slik at vaksentenestene handterer problema til dei vaksne. Noko av dei viktigaste Nav kan gjere for å styrke barneperspektivet, er å syte for at oppfølginga av utsette barnefamiliar er del av eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Det kan medverke til at barnevernstenesta i større grad kan rette kompetansen og innsatsen sin mot barna sine behov. ●

Referansar

1 Det å reise vasker øynene. Gjennomgang av 106 barnevernssaker. Rapport fra Helsetilsynet. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.

Når barn treng meir – omsorg og rammer



Helsetilsynet har laga ein rapport (1.) om barnevern og psykisk helse. Rapporten handlar om barn som har det vanskeleg, og som ingen har greidd å gi ein god barndom og ungdomstid. Foreldra har ikkje greidd det. Samfunnet har ikkje greidd det.

Barn gir uttrykk for korleis dei har det med ord og handlingar. For nokon svært få barn blir uttrykka så sterke at offentlege hjelparar ikkje veit korleis dei skal hjelpe sjølv om dei gjerne vil.

Ei lita gruppe barn

Tilsynet fylkesmennene fører med barnevernsinstitusjonar, har medverka til å setje lys på ei lita gruppe barn som er i særskilt sårbare livssituasjonar. Det er barn som treng hjelp frå barnevernstenesta og psykisk helseteneste samstundes, og som uttrykkjer seg med alvorlege, skadelege handlingar mot seg sjølv eller andre. Mange av dei treng døgkontinuerleg overvaking, tett oppfølging over lang tid frå begge tenestene, og dei maktar ikkje alltid å forstå behovet for psykisk helsehjelp. Dei fleste av barna i denne gruppa bur i barnevernsinstitusjonar.

Med utgangspunkt i denne gruppa valde Helsetilsynet ut fire tilsynsaker med alvorlege hendingar som fylkesmennene har avgjort. Barna hadde vore utsette for alvorleg omsorgssvikt. Barnevernet hadde teke over omsorga. Trass dette greidde barna å utføre mange og gjentekne alvorlege handlingar mot seg sjølv og andre utan at tenestene greidde å hindre det.

Vi venta å finne utfordringar i samarbeidet – vi fann meir

Fylkesmennene hadde avdekt mange lovbrøt i sakene. Då vi starta gjenomgangen hadde vi ei forventning om å finne at dersom barnevernet

og psykisk helsevern hadde samhandla betre, kunne ein ha unngått dei alvorlegaste hendingane. Vi fann eit utfordringsbilete som var meir komplekst.

Tenestene har store utfordringar med å gi barna i denne gruppa forsvarleg og god omsorg. God omsorg inneber òg eit ansvar for å ta vare på tryggleiken til barnet og å hindre at barnet utfører alvorlege handlingar retta mot omgivingane. Utfordringar knytte til medverknad, samtykke, kompetanse, regelverk, diagnostisering, flytting og bruk av tvang gjorde biletet meir komplisert.

Fylkesmennene kjenner til at det til kvar tid er sårbare barn i slike livssituasjonar i norske barnevernsinstitusjonar. Helsetilsynet har peika på at vi ikkje kan sjå at denne gruppa har eit forsvarleg tenestetilbod med eit regelverk som er tilpassa behovet barna har for varetaking, omsorg og behandling. Vi etterlyser eit tilbod som syter for at dei får forsvarleg omsorg og behandling frå barnevernstenester og psykiske helsetenester samstundes. Merksemda bør vere på tydeleg regelverk og rammer, rett og tilstrekkeleg kompetanse og stabile institusjonsplassar der barnet kan bu så lenge det har trong for det.

Helsetilsynet har bede Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere å etablere ein eigen type tiltak grunnfesta i ei eiga lov for denne mest utsette gruppa barn i barnevernet. ●

Referansar

1 Når barn trenger mer. Omsorg og rammer. Rapport frå Helsetilsynet 9/19. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012.

Tilsyn på barnas premisser – når teknologi skaper trygghet



Barnet fremsto som utrygt og lite mottakelig for samtale. Vi valgte å trekke oss ut for å ikke presse eller uroe barnet ytterligere.

«Ha deg ut!! Jeg kjenner deg ikke!!» ropte Lukas da vi tok kontakt med ham under et av våre tilsynsbesøk. Noen minutter senere satt vi side om side i sofaen på stua. Lukas forteller at han går med en konstant angst om å bli utsatt for vold. At han er redd for å sovne, og for å bli forlatt av de voksne på barneverninstitusjonen som han er trygg på.

Artikkelen er skrevet av Marita Ugseth, fagkoordinator barnevern hos Fylkesmannen i Trøndelag

– Navn og alder på gutten i denne artikkelen er fiktivt.

Lukas er 8 år og ett av barna vi har møtt det siste året. Å møte barna på deres premisser var nøkkelen for å bli invitert inn i deres verden.

I Trøndelag er det omkring 45 barneverninstitusjonsavdelinger hvor flere har barn under 12 år som målgruppe. Å få frem barnets opplevelse av egen situasjon er helt avgjørende når vi gjennomfører tilsyn i barneverninstitusjoner. Vi erfarte imidlertid at tradisjonelle samtaler som metode overfor barna, fungerte dårlig. Vi prøvde «alt»: brukte god tid, deltok i måltider, lagde snøborg, fektet med lekesverd og ble med på hinderløype sammen med barna. Likevel trakk barna seg unna i det vi påbegynte «tilsynssamtalen» og kom inn på tema som: hvordan er det å bo her? Opplever du at du er trygg?

Vi kunne ikke fortsette å gjenta det som ikke fungerte

Våren 2018 etablerte vi kontakt med eksperter innenfor digital historiefortelling og spillutvikling for barn. Målet var å utvikle et digitalt samtaleverktøy som ville styrke barnets stemme. Unge med barnevernserfaring ble involvert i prosessen, og et halvt år senere var appen HER BOR klar for å møte barna!

Første barnet vi møtte var Lukas. Han satt i sofaen inne på stua med egen iPad. Vi presenterte oss, men Lukas ga raskt uttrykk for at han ikke ville snakke med oss. Da vi fortsatte å fortelle mer om hvem

vi var og hva som er oppdraget vårt, ble Lukas mer urolig. Han ropte ut at vi ikke fikk lov til komme nærmere, og han satte seg halvt oppreist i sofaen. På avstand tok vi opp iPad'en og fortalte: «Vi har også med oss iPad med en app som heter HER BOR. Den har vi laget fordi mange barn reagerer på samme måte som du og synes det å snakke med oss er kjedelig, rart, skummelt osv». Lukas festet blikket på oss, men sa ingenting. «Kan jeg få vise deg?» Lukas nikka. «Skal jeg stå her, eller vil du jeg skal komme bort til deg?» Lukas pekte på sofaen som han selv satt i. Vi ble umiddelbart invitert inn. Side om side med iPaden mellom oss, fortalte Lukas om sitt liv. Om hva han er redd for. Hvilke voksne som gjør han trygg og ikke, og hva han syntes de voksne burde gjøre for at det skulle bli trygt for ham å sovne på kvelden.

Dette er ett av flere magiske møter vi har hatt det siste året. Appen skal ikke erstatte samtalen, og vi må fortsatt jobbe for å skape en trygg situasjon for barnet under tilsynet. Gjentatte ganger har vi imidlertid opplevd at HER BOR etablerer en bro mellom oss og barnet. Så langt har ingen barn avvist oss.

Hva hadde vi skrevet i tilsynsrapporten om Lukas uten HER BOR? Sannsynligvis: «Barnet fremsto som utrygt og lite mottakelig for samtale. Vi valgte å trekke oss ut for å ikke presse eller uroe barnet ytterligere».

Tenk så feil vi hadde tatt. ●

Arbeidsmiljøet til barna blir ikkje sikra gjennom tilsyna i kommunane

Uoversiktlege trafikkforhold kring barnehagar og skular, overfylte klasserom og areal nytta til andre føremål enn planlagt, dårleg inneluft, mangelfull sikring av leikeområde og dårleg reinhald og vedlikehald. Dette er døme på feil og manglar som barn, tilsette og foreldre i barnehagar og skular oftast klagar på, og som tilsyna i kommunen skal vere med på å rette opp i.

Kvifor dette tilsynet?

Fylkesmennene i landet gjennomførte i 2019 tilsyn med korleis kommunane varetek det tilsynsansvaret dei har med miljøretta helsevern i barnehagar og skular. Statens helsetilsyn vil publisere ei meir dekkjande samanstilling av funna våren 2020.

Eigarar og leiarar av barnehagar og skular har ansvar for inne- og utemiljøet til barna og dei unge.

Det fysiske *utemiljøet* i barnehagar og skular skal utformast slik at det er trygt, og slik at alle barn får gode moglegheiter til å ta aktiv del i leik og andre aktivitetar. Når ein legg til rette det fysiske miljøet, må ein ta omsyn til at barn i ulike aldrar og med ulikt ferdigheitsnivå skal bruke dei same areala.

Det fysiske *innemiljøet* i barnehagar og skular er summen av inneklimate og kor funksjonell bygningen er. Det vil seie at temperatur, luft, lyd og lys skal ha god kvalitet, og at bygget og romma skal vere eigna. Eit godt innemiljø er ein vesentleg føresetnad for barnehagebarna og elevane si helse, trivsel, utvikling, leik og læring.

Folkehelselova pålegg kommunane å kontrollere, gjennom tilsyn, at eigarar og leiarar varetek ansvaret for leike- og læringsmiljøet til barn og unge. Tilsynsansvaret til kommunen femner om alle barnehagar og skular

som ligg i kommunen, anten dei er kommunale, fylkeskommunale eller private. Dagens ordning inneber at kommunen ofte har ei dobbeltrolle, ettersom dei både eig og driv barnehagar og skular, og skal føre tilsyn den same staden. Folkehelselova har derfor særlege føresegnar om at dei som skal vareta tilsynsoppgåva skal ha delegert mynde til dette. Dei må vere organiserte på ein slik måte at dei har ei tydeleg uavhengig rolle i høve til verksemdene som det skal førast tilsyn med.

Tilsynet skal vidare utførast jamleg og basert på risikokunnskap, og avdekte lovbrøt skal følgjast opp heilt til dei er retta.

Fordi mange kommunar sjølv har meint at dei har hatt for lite kompetanse og ressursar til arbeidet med miljø og helse i barnehagar og skular, har det frå sentralt statleg hald, i samarbeid med fylkesmennene, vore gjennomført eit landsdekkjande opplæringsprogram for å auke kompetansen og interessa for følgjene av helseskadeleg innemiljø. I det landsomfattande tilsynet fylkesmennene utførte i 2019 er det sett enda meir fokus på arbeidet med miljø og helse i barnehagar og skular, og på kor viktig ordninga med tilsyn er for at barnehagebarn og elevar skal



Somme av kommunane som er undersøkte i dette landsomfattande tilsynet, har ikkje lagt til rette for å føre tilsyn med helse og miljø i barnehagar og skular.

få ein god oppvekst. Spørsmålet i fylkesmennene sine undersøkingar har vore om tilsynsarbeidet i kommunane blir utøvd i tråd med krava i folkehelselova, slik at dårleg inneklima og andre miljømessige forhold som er ulovlege, blir retta.

Lite systematisk og risikobasert tilsynsarbeid

Kommunen skal syte for at tilsynet blir utført på grunnlag av kunnskap om svikt og fare for kva som kan gi helseskade hos barn og elevar. Kommunen skal velje verksemdar og tema for tilsyn med utgangspunkt i mellom anna lokalkunnskap om kvar einskild barnehage og skule, og kva som tidlegare har vore konstatert om potensielle helseskadelege tilhøve.

Somme av kommunane som er undersøkte i dette landsomfattande tilsynet, har ikkje lagt til rette for å føre tilsyn med helse og miljø i barnehagar og skular. Men òg i kommunar som fører tilsyn, har fylkesmennene avdekt til dels store manglar i korleis tilsynsarbeidet blir gjennomført og styrt. Fylkesmennene har funne at kommunen sine planar for kor ofte ein skal gjennomføre tilsyn og kva tilsynet skal undersøkje, ikkje blir følgde. Det finst òg kommunar som ikkje har oversikt eller har planlagt tilsyn ut ifrå oppdatert kunnskap om negative forhold som kan påverke helsa til barn og elevar i skulane og

barnehagane. Fylkesmennene rapporterer vidare om svikt i korleis leiinga i kommunen følgjer opp at tilsynsarbeidet blir planlagt og gjennomført slik det skal.

Kunnskap om helseskadelege forhold blir ikkje formidla til dei som fører tilsyn

Kommunane må ha god kunnskap om risikoforhold ved miljøet i barnehagane og skulane for å føre tilsyn. Opplysningar om helseskadelege forhold og ulykker frå tilsette, leiarar, barn og foreldre må nå fram til dei som fører tilsyn, og ikkje «stoppe» i ulike delar av kommuneorganisasjonen eller i kvar einskild verksemd. Barnehagane og skulane pliktar å informere dei som fører tilsyn om forhold ved ute- og innemiljøet som kan verke negativt inn på barna si helse. Dei som eig og driv barnehagar og skular må syte for at verksemdene varetek denne opplysningsplikta.

I mange av kommunane ser det ut til at informasjon om forhold ved ute- eller innemiljøet som kan påverke barnehagebarn og elevar negativt, ikkje blir formidla systematisk og løpande til dei som fører tilsyn. Barnehagar, skular og teknisk etat i kommunen kan ha viktige opplysningar, men syter ikkje for at opplysningane blir vidareformidla, og dei som eig og driv verksemdene har ikkje lagt til rette for nødvendig informasjons-

flyt. Følgja kan bli lite treffsikre tilsyn slik at dei miljøproblema det ut ifrå ei risikovurdering ville vore aller viktigast å utbetre, ikkje blir undersøkte.

Lovbrot blir ikkje alltid følgde opp

Målet med tilsyn i kommunane er å avdekkje og utbetre alvorlege brot på lovkrav til miljøet i barnehagar og skular. For å vareta dette, må ikkje kommunen sleppe taket, men syte for å følgje opp avdekte lovbrot, slik at helseskadelege forhold ved det fysiske miljøet ikkje varer ved. Dette arbeidet må vere systematisk, og kommuneleiinga må følgje med på tilsynsarbeidet og set inn tiltak dersom det ikkje blir utført slik ein reknar med.

Fylkesmennene fann svikt og manglar i oppfølgingsarbeidet etter tilsyn i mange av kommunane. Det var kommunar som ikkje hadde noko samla oversikt over kva for tilsyn som var avslutta og kva som ikkje var avslutta, og det var kommunar som ikkje hadde gitt verksemdene nokon tidsfrist for å utbetre ulovlege forhold. Dersom oppfølgingsarbeidet er mangelfullt, og kommuneleiinga heller ikkje spør etter korleis det blir drive, er det stor fare for at helseskadelege forhold får halde fram.

Fylkesmennene følgjer opp tilsyna med kommunane til alle lovbrota er retta. ●



Forseinka diagnostikk av kreftsjukdom

I allmennpraksis tek pasientane ofte kontakt med ueinsarta symptom og plager som kan vere teikn på sjukdom. Dei fleste symptom og plager er godarta og går over av seg sjølv, og for mange pasientar vil ein «vent-og-sjå»-strategi vere det rette. Dei fleste treng ikkje ei omfattande utgreiing med prøver og/eller biletdiagnostikk. Legen må bruke medisinsk kunnskap og fagleg skjønning for å unngå overdiagnostikk og overbehandling som i verste fall kan føre til skade på pasienten. Men symptom og plager kan òg vere teikn på alvorleg og livstrugande sjukdom, som kreft.

Hyppe funn i tilsyn viser at avvikande prøvesvar og patologiske røntgensvar hos kreftpasienter ikkje blei følgde opp slik dei skal i allmennpraksis. Helsetilsynet forventar at fastlegen i møtet med pasienten som har symptom og/eller plager som kan vere teikn på kreftsjukdom, tek opp ein god anamnese (pasientens eigen sjukdomshistorie), gjer naudsynte kliniske undersøkingar, tek relevante blodprøver og tilviser til biletundersøkingar når det er grunn til det. Her kan fastlegen støtte seg på kliniske retningslinjer og pakkeforløp for kreft som gir føringar for kva som er god praksis.

Omfanget av saker

Vi har granska tilsynssaker som gjeld kreftsjukdom, mot legar i allmennpraksis for å sjå om vi kan finne fellestrekk som kan medverke til læring og forbetring i helsetenesta. I gjennomgangen av alle tilsynssaker mot legar i allmennpraksis som var ferdig handsama i Helsetilsynet i ein periode på tre år, fann vi at 30 saker omhandla mogleg forseinka utgreiing og diagnostikk av kreftsjukdom hos pasientar.

Vi slo fast i 26 av desse sakene at legen hadde brote kravet til forsvarleg verksemd i helsepersonellova §4. Ni av sakene omhandla brystkreft hos kvinner. Elles var sakene fordelte på ulike krefttypar, som til dømes blærekreft, lungekreft og hudkreft. Sju av pasientane var døde før eller undervegs i tilsynshandsaminga. I mange av sakene førte lovbrøtet etter vår vurdering truleg til dårlegare prognose og/eller behov for meir avansert og plagsam behandling for pasientane.

Kul i brystet

Ei sak gjaldt ei eldre kvinne som konsulterte fastlegen etter at ho hadde kjent ein kul i brystet. Legen undersøkte pasienten og meinte at det ikkje var nokon kul i brystet, men viste til at det kunne vere kjertlar som hadde endra seg. Sjølv om pasienten var bekymra for kreft og bad om tilvising til mammografi, vart ho ikkje utgreia vidare.

Når kvinner over 50 år oppdagar ein kul i brystet, skal kreft mistenkjast inntil det motsette er bevist. I denne aldersgruppa er kreft den langt vanlegaste årsaka til eit slikt symptom, andre årsaker er sjeldsynte. God praksis i slike tilfelle vil vere å tilvise kvinna til eit brystdiagnostisk senter for vidare utgreiing og diagnostikk. Dette går fram av pakkeforløp for brystkreft, som er ei fagleg rettesnor for korleis ein skal utgreie pasientar med slike symptom. I dette tilfellet handla legen etter vår vurdering fagleg uforsvarleg ved at han ikkje tilviste pasienten til vidare utgreiing. Pasienten fekk seinare påvist ein 2,6 cm stor kreftsvulst i brystet.

Blod i urinen

Eit anna døme gjaldt ei klage frå ein eldre mann som hadde vore til fastlegen ti gongar i løpet av eit år med urinvegsplager der det blei påvist mikroskopisk blod i urinen. Legen gav behandling for urinvegsinfeksjon og vurderte ikkje andre diagnosar, trass i at pasienten framleis hadde blod i urinen etter gjennomført behandling.

Ondarta sjukdom må mistenkast ved langvarig urinvegsinfeksjon og gjentekne funn av blod i urinen hos eldre menn. God praksis i denne samanhengen ville vere å ta CT-

urografi (røntgenundersøking med kontrastvæske av nyre, nyrebekken, urinledere og urinblære), og deretter eventuelt cystoskopi (undersøking av urinblære og urinrøret). Dette blei ikkje gjort. Det viste seg seinare at pasienten hadde blærekreft. Vi vurderte at legen handla fagleg uforsvarleg ved at han ikkje vurderte andre diagnosar og utgreia pasienten med naudsynte supplerande undersøkingar.

Gode rutinar kan hindre svikt

Ni av sakene gjeld vurdering og utgreiing av kul i brystet hos kvinner. Brystkreft er den vanlegaste kreftforma hos kvinner, og vi forventar at legar har omfattande kunnskap om temaet. Når det gjeld blod i urinen, blod i avføring og langvarig hoste som kan vere symptom på kreftsjukdom, er dette symptom som ofte kan vere godarta. Fastlegen må derfor balansere risikoen for å oversjå alvorleg sjukdom opp mot ein klok bruk av utgreiingsskritt og supplerande undersøkingar, ved å vurdere kvar einskild pasient individuelt.

I fleire av sakene vi har gjennomgått såg vi at avvikande prøvesvar og patologiske røntgensvar ikkje blei følgde opp slik dei skal. Vi såg at årsaka kunne vere svikt i organiseringa av verksemda eller individuell svikt hos helsepersonellet. Nokre av legane viste til at forseinka diagnostikk kjem av svikt i for eksempel data-system. Vi såg vidare at oppfølginga av patologiske prøvesvar kunne svikte i samband med ferieavvikling, vikarbruk o.l. Vi vil presisere at også legekontor er underlagde *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten* og at eit legekontor må ha gode rutinar for å hindre at svikt skjer i slike situasjonar. ●

Manglande oppfølging av prøvesvar er ein risiko for pasientane

Manglande oppfølging av prøvesvar utgjør ein risiko i pasientbehandling (1, 2). Tilsynssaker gir oss eit innblikk i kva for følgjer manglande oppfølging av prøveresultat kan få for pasientar. I denne artikkelen brukar vi to tilsynssaker frå sjukehus som eksempel.

Oppfølgjande lege las ikkje ultralydsvaret

Ei kvinne blei følgt opp ved ein augepoliklinikk etter tidlegare føflekkreft i auget. Pasienten var i risikosona for å kunne få spreining. Augelegen som rutinemessig hadde bestilt ultralyd av levra til pasienten, hadde slutta. Før ho slutta, tok ho imot svaret som viste sannsynleg spreining. Ho meinte at ho melde frå om dette til oppfølgjande augelege. Han meinte derimot at han aldri fekk denne meldinga. Rutinen ved helseføretaket var at oppfølgjande lege skulle følge opp prøvesvar. Pasienten var heller ikkje informert om svaret. Då den oppfølgjande augelegen såg til henne, såg han ikkje gjennom ultralydsvaret, og følgde dermed ikkje rutinen som var fastsett i helseføretaket. Han grunn gav dette med at pasienten sa ho var frisk, og at han ikkje hadde ansvaret for å sjå på ultralydsvaret som den føregåande augelegen hadde bestilt. Kreftspreinga hos pasienten blei derfor ikkje oppdaga før ho blei innlagt på sjukehus etter nokre månader. Pasienten døydde kort tid etter. Helsetilsynet kom fram til at han som oppfølgjande augelege hadde ansvaret for å kontrollere ultralydsvaret, og gav han ei åtvaring. Klageinstansen stadfesta avgjerda.

Svar på vevsprøve blei ikkje sendt til rekvirerande lege

Ein mann hadde fått påvist føflekkreft med usikker margin og gjenomgått utvida fjerning av vev rundt denne. Pasienten blei tilvist av ein lege ved eit privat hudlegekontor til rutinemessig ultralydkontroll. Ved kontrollen påviste ein to forstørre lymfeknutar i lysken. Legen ved hudlegekontoret tilviste pasienten til vevsprøve og til CT. Vevsprøva viste spreining frå føflekkreft, og samtidig CT viste svulstendringar i det vesle bekkenet med mogleg spreining til prostata og endetarmen. Rutinen ved Avdeling for patologi var at helsesekretæren fylte inn namnet på rekvirenten og kontrollerte saman med patologen at rett rekvirent var registrert. I tilfellet med denne pasienten, blei svaret på vevsprøva sendt til røntgenlegen som tok prøva, men ikkje til legen ved hudlegekontoret som hadde rekvirert prøva. Svaret på vevsprøva blei derfor ikkje oppdaga før mage-/tarmspesialist undersøkte pasienten på grunnlag av CT-funn. Denne spesialisten såg gjennom tidlegare prøvesvar og fann svaret frå vevsprøva. Pasienten sin diagnose og behandlinga blei dermed forseinka med om lag to månader. Helsetilsynet vurderte at Avdeling

for patologi hadde brote plikta si til å yte forsvarlege helsetenester. Dei hadde ikkje etablert system som sikra at prøvesvar blei følgde opp i samsvar med rutinen. Avdelinga skal kome tilbake med forslag til tiltak for å sikre at slike hendingar ikkje skjer fleire gongar.

Oppsummering

Desse to tilsynssakene viser kor viktig det er at både helsepersonell og helseføretak sikrar at prøvesvar blir følgde opp på ein forsvarleg måte. Helsepersonell har eit individuelt ansvar for å følge opp prøvesvar på pasientar. Leiarar har eit ansvar for å opprette system for å sikre forsvarleg oppfølging av prøvesvar og for å sjå til at helsepersonellet kjenner til, forstår og følgjer desse rutinane. ●

Referansar

- 1 Callen J et al. The safety implications of missed test results for hospitalised patients: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:194-199.
- 2 Sloan CE et al. Assessment of follow-up completeness and notification preferences for imaging findings of possible cancer. *Acad Radiol*. 2014; 21(12):1579-1586.



Persontilpassa medisin gir store moglegheiter – og nye utfordringar

Statens helsetilsyn gjorde sommaren 2019 om på ei avgjerd gjort hos ein fylkesmann. Avgjerda skapte stort engasjement i fagmiljøa og i media. Frå ulikt hald blei Helsetilsynet kritisert for å ha ordlagt seg uklart og late etter seg spørsmål utan svar. Etter vår meining sette saka søkjelys på nokre prinsipielle problemstillingar som har oppstått over tid, om kva retten til gode og likeverdige tenester og forsvarleg behandling inneber.

Frå svært sjuk til nærast symptomfri

Saka gjaldt ein pasient i 40-åra med kreft i overgangen mellom magesekk og spiserøyr, som hadde prøvd all etablert behandling i det offentlege. Då denne behandlinga ikkje lenger hadde effekt, valde han å starte opp med utprøvande behandling med immunterapi ved eit privat sjukehus. Pasienten betalte sjølv for medisinen. Etter tre månader var han nærast symptomfri, og han søkte om å få halde fram med immunterapi i det offentlege. Han fekk avslag ettersom behandlinga ikkje var ein del av det offentlege tilbodet, trass i at det mest sannsynleg ville få fatale følgjer å slutte med medisinen.

Pasienten klaga til fylkesmannen som stadfesta sjukehuset si avgjerd. Helsetilsynet er fagleg overordna fylkesmannen på klager knytt til pasient- og brukarrettar, og valde å overprøve avgjerda.

Etter denne saka utarbeidde Helse- og omsorgsdepartementet rundskriv I-4/2019 «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet m.m.» for å avklare spørsmål som avgjerda i Helsetilsynet sette søkjelyset på.

Prioriteringar når moglegheitene overstig ressursane

Moglegheitene for behandling har

blitt mange, men ressursane er ikkje uendelege. Saka viste kor viktig det er å ha gode system som sikrar at ressursane blir brukte der behovet og verknaden er størst.

Pasienten blei vurdert av kreftlegar ved tre ulike sjukehus. Éin uttalte at immunterapi var det einaste effektive tilbodet, og at å avbryte behandlinga svært sannsynleg ville resultere i tilbakefall til en livstrugande sjukdom. Andre såg òg at det kunne vere problematisk å nekte ein yngre pasient behandling som han hadde hatt god effekt av.

Pasienten blei òg tilvist til Ekspertpanelet, som gir råd om behandlingalternativ til pasientar med alvorleg livsforkortande sjukdom etter at etablert behandling er prøvd og ikkje lenger har effekt. Ekspertpanelet uttalte at pasienten hadde hatt ein «frapperande» verknad av immunterapien, og rådde til å halde fram med behandlinga «off label» for denne pasienten.

Sjukehuset stod likevel fast på avslaget fordi legemiddelet ikkje var godkjent for denne kreftdiagnosen. At denne pasienten hadde hatt nytte av behandlinga blei ikkje vurdert som tilstrekkeleg dokumentasjon. Det måtte finnast dokumentasjon for ei større gruppe pasientar med den same diagnosen for at dokumentasjonen skulle reknast som tilstrekkeleg.

Helsetilsynet meinte at sjukehuset ikkje hadde gjort ei individuell vurdering av kva for behandling pasienten ville ha nytte av. Vi vurderte det som tilstrekkeleg dokumentert at denne pasienten hadde nytte av immunterapien, sjølv om nytten ikkje var dokumentert for ei større gruppe pasientar. Slik situasjonen var, vurderte vi at det var uforsvarleg av sjukehuset å ikkje tilby pasienten behandling.

Kva er lik tilgang til tenester?

Formålet med pasient- og brukarrettslova er at pasientar skal ha «lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

Saka avdekte ulik forståing av likskapsprinsippet. Sjukehuset avslo å gi behandling fordi dei meinte det ville bryte med prinsippet om likeverdige helsetenester om dei skulle ta omsyn til den effekten pasienten hadde hatt av immunterapi kjøpt ved eit privat sjukehus. Det blei reist kritikk mot vedtaket fordi det strir mot likskapsprinsippet at ein gir pasien-

tar høve til å «kjøpe tilgang» til det offentlege helsevesenet.

Helsetilsynet la avgjerande vekt på at alle pasientar har krav på ei individuell vurdering. Vi slo fast at dokumentasjon frå privat behandling skal vere ein del av avgjerdsgrunnlaget når offentlege sjukehus vurderer kva for behandling ein skal tilby pasienten.

Innføring av nye metodar på gruppenivå – retten til forsvarleg helsehjelp på individnivå

Immunterapi blei rekna som utprøvande behandling for den aktuelle kreftdiagnosen, sjølv om slik behandling er godkjend for fleire andre krefttypar. Det er beslutningsforum for nye metoder som bestemmer om ein metode eller eit legemiddel skal godkjennast som del av det offentlege tilbodet. Beslutningsforum er samansett av representantar frå dei regionale helseføretaka, og skal sikre lik tilgang på legemiddel uavhengig av kva sjukehus ein høyrer til.

For at eit nytt legemiddel skal kunne godkjennast, må effekten vere tilstrekkeleg dokumentert, vanlegvis gjennom ein forskingsstudie som femner om ei større pasientgruppe. For somme undergrupper vil ein aldri kunne påvise tilstrekkeleg dokumentert effekt, fordi det er for få pasientar med den same tilstanden. Då vil det vere opp til kvart einskild sjukehus om dei vil tilby behandling eller ikkje. I kva grad varetek ein då prinsippet om likeverdige tenester?

Sjølv om ei behandling ikkje er godkjend av beslutningsforum, har sjukehusa høve til å tilby pasientar utprøvande behandling «off label». Men pasientar har ikkje noko rettskrav på slik behandling. Sjukehuset i saka vår avslo å tilby pasienten immunterapi «off label».

Helse- og omsorgsdepartementet slår fast i det nye rundskrivet at handlingsrommet for å tilby pasientar utprøvande behandling skal vere stort, sjølv om pasientar ikkje har rettskrav på behandlinga.

Eit spørsmål det framleis står att å svare på, er om pasientar heller ikkje har eit rettskrav på «off label»-behandling i dei tilfella der eitt legemiddel har vist seg å vere det einaste som har påvist effekt og kan redde liv. Kan vi ha rett til nødvendig helsehjelp, men ikkje nødvendigvis den behandlinga som verkar? ●



Ikke «enten eller», men «både og»



Når et familiemedlem lider av en ruslidelse og psykisk lidelse, rammes hele familien, både den som er syk, mor, far og søsken.

Vår sønn fikk en rus- og psykisk lidelse da han var ung. Han er nå voksen. Vi foreldre har jobbet hardt for at vi som familie skal ha det så bra som mulig, og at søsknene skal få leve sine liv uavhengig av sykdom og bekymringer.

Vi har fått omfattende hjelp av kompetente fagfolk i spesialisthelsetjenesten. De har vist oss respekt og omtanke. Helsehjelp på døgnbasis, ambulante og polikliniske tjenester har vært benyttet.

Hvorfor får vi det ikke helt til?

I Norge er rusbehandling og behandling i psykisk helsevern delt i to søyler. Det er for lite fokus på rus i behandling av psykisk lidelse og for lite fokus på psykisk lidelse i rusbehandling. Helsehjelpen foregår ikke samtidig.

Vår sønn er for psykisk syk og redd til å klare å gå i rusbehandling. Eller han er for ruset og nedkjørt til å gå i behandling for sine psykiske plager. Dette resulterer i at behandlingstilbudet ikke strekker til for ham.

Etter samhandlingsreformen

Vår sønn bor i en tilsynsbolig med ansatt personell. Vi opplever at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten var bedre før samhandlingsreformen enn etter reformen. Spesialisthelsetjenesten kom tidligere inn i behandlingen og drøydde lenger med å avslutte dersom behandlingen ikke fungerte godt nok.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og bydelen i kommunen og oss pårørende var bedre og mer systematisk.

Vi foreldre opplever i større grad selv å være det koordinerende leddet mellom tjenestene. Vi opplever dette som et stort ansvar. Hjelpet behovet er omfattende og komplisert. Tverrfaglighet i hjelpen er avgjørende.

Samtidig somatisk

Personer med rus- og psykisk lidelse har ofte somatiske tilleggslidelser. Vår sønn har også problemer med somatisk helse. Han har fått god hjelp til kartlegging og iverksetting av tiltak. Men tiltakene som igangsettes, følges ikke tilstrekkelig opp etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Ansvarsfordelingen er uklart. Oppfølging av medikamentell behandling er også viktig. Vi pårørende opplever å ha for stort ansvar for at dette gjøres.

Hva er den beste behandlingen?

Ambulant behandling kombinert med poliklinisk behandling i et tverrfaglig team har hjulpet vår sønn best. Det beste var da vi fikk hjelp av et «ROP-team» hvor målgruppen ikke ble definert av diagnose, men av funksjon. Vår sønn var rusfri lenge. Men dette tilbudet ble lagt ned og erstattet av et Fact-team, hvor målgruppen er personer med psykose og ruslidelse. Behandling i Fact-team kan være en bra behandling når den utføres for denne målgruppen. Men vår sønn har ikke psykose og mistet tilbudet sitt. Han klarte heller ikke å benytte seg av ruspoliklinikk siden han var for dårlig psykisk.

FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider tett i behandlingsteam, og fokus er på brukerens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet.

Kilde: Helsedirektoratet

Voldsrisiko

Personer med samtidig rus og psykisk lidelse er overrepresentert med tanke på voldsrisiko. Personer i nære relasjoner kan bli utsatt for vold. Dette kan være en stor belastning både for den som blir utsatt for vold og også for den som utøver volden. Vold er forbundet med skam og frykt.

Spesialisthelsetjenesten må i større grad kartlegge voldsrisiko hos den som er syk, og også snakke med pårørende som kan være utsatt for vold. Nærmeste pårørende kan føle seg skyldige i voldshendelsene selv. Pårørende trenger støtte og veiledning i slike situasjoner.

Ensomhet

Personer som har rus og psykiske lidelser har ofte et begrenset sosialt nettverk og er ofte veldig ensomme. Det verste for meg som mor er å se ham i og å oppleve denne ensomheten.

Det er viktig at fagpersoner som møter sønnen min, og også andre som er syke, kan møte ham i denne ensomheten og der han er «akkurat nå», å bli kjent med hva han interesserer seg for og hva han selv ønsker å gjøre for at ting skal bli bedre. Helsetjenestene må arbeide mer sammen med pårørende og pasienten slik at de kan bli bedre og få et bedre liv. ●

Artikkelen er skrevet av Kjersti Bjøntegård

Kjersti Bjøntegårds sønn har gitt sitt samtykke til at innholdet i artikkelen blir publisert av Helsetilsynet.

Kjersti Bjøntegård delte sine pårørande erfaringar på Helsetilsynets erfaringskonferanse. Konferansen er omtalt i ein eigen artikkel i denne tilsynsmeldinga.

Del erfaringar og gjer tenesta betre!

Tilsyn skal medverke til å gjere tryggleiken og kvaliteten i tenestene betre. Då må både god praksis, forsvarlegheit og uheldige hendingar drøftast mellom leiarar og tilsette i verksemdene, med pasientar og brukarar og med tilsynsmyndigheita. For å auke effekten av tilsyn, arrangerte Helsetilsynet i november 2019 ein erfaringskonferanse saman med dei regionale helseføretaka og brukar- og pårøranderepresentantar.

Temaet for konferansen var forbetningsarbeid i verksemdene etter det landsomfattande tilsynet (2017-2018) med tenester til pasientar med psykisk lidning og mogleg samtidig ruslidning i spesialisthelsetenesta. Erfaringskonferansen var eit ledd i det arbeidet Helsetilsynet gjorde for å følgje opp og å dele erfaringar frå dette tilsynet.

Det landsomfattande tilsynet konkluderte med lovbrøt i 18 av 20 helseføretak (1). Eit hovudfunn var utilstrekkeleg kartlegging og utgreiing av pasientar med mogleg samtidig rus og psykisk lidning. Overfor sårbare pasientar med komplekse behov, er det ein dårleg start på verknadsfull helsehjelp.

Tilsyn som del av forbetningsarbeid?

Målet med konferansen var å dele erfaringar som kan vere med på å styrkje tenestetilbodet. Det kom fram at endringsprosessar kan vere krevjande – både når endringa kjem på grunnlag av tilsyn og når verksemdene sjølve ser at det er nødvendig å gjere endringar.

Sentrale budskap frå foredrags-haldarane på konferansen var:

- den øvste leiinga må vere tydeleg på at endringa skal gjennomførast
- alle leiarnivå må ha sterkt fokus på det faglege innhaldet
- alle tilsette må vere med i prosessen, og nokon bør ha eit særleg ansvar
- alle tilsette må få kontinuerleg informasjon
- verksemda må setje av tid og pengar til aktiv støtte og rettleiing

Endring kjem òg til å føre til motstand, og frå scena var eit av budskapane: «Leiarar på alle nivå må vere villige til å tole at dei tilsette uttrykkjer misnøye med dei endringane ein innfører».

Det er eit leiaransvar å løfte fram føremålet med endringane, som å styrkje pasienttryggleiken og gi betre helsehjelp. Fleire av foredragshaldarane viste korleis leiarar brukte slike føremål til å samle pasientar og brukarar, tilsette og heile verksemdar til å gjennomføre endringar.

Tilsyn er eitt av verktøya i forbetningsarbeidet og kan fungere godt saman med andre verkemiddel (2). Eit anna verktøy er nettverk for pasienttryggleik, kvalitetsforbetring og internkontroll. Slike nettverk kunne knyte saman forbetningsarbeidet i alle

Referansar

1 Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn (2017-2018) med tjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2019. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.

2 Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene. Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmottak? Oppfølging av landsomfattende tilsyn 2016-2018. Rapport frå Helsetilsynet 8/2019. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.

Brukar- og pårøranderepresentantar delte sine erfaringar på konferansen. Kjersti Bjøntegård var ei av dei og har skrivne om dette i ein artikkel i denne tilsynsmeldinga.

avdelingar i eit sjukehus eller DPS. Fleire på erfaringskonferansen løfta òg fram nytten av det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7», som ein måte å styrkje det lokale forbetningsarbeidet på.

Korleis opplever sjukehus og DPS å få tilsyn? Tilbakemeldingane frå erfaringskonferansen var at landsomfattande tilsyn gav ein særleg læringsverdi – då kan ein samanlikne seg med andre. Ei anna tilbakemelding var at vedvarande merksemd frå tilsynsmyndigheita over tid medverka til at verks- emder utvikla tiltak og betra pasienttryggleiken.

Takk til alle som medverka til erfaringsspreiing og praktisk forbetningsarbeid

Både verksemdar og deltakarar med pasient- og pårørande erfaringar delte positivt og raust på konferansen. Helsetilsynet takkar alle som medverka og som delte denne dagen med oss.

Program og foredrag frå «Erfaringskonferanse om spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og samtidige ruslidelser» finn du på www.helsetilsynet.no ●

Psykotisk depresjon er ein underkjend tilstand i psykisk helsevern

Psykotisk depresjon er ein høgrisikotilstand som kan føre til sjølv mord. Helsetilsynet har under gjennomgangen av varsel dei siste tre åra funne mange saker der symptom som samsvarar med psykotisk depresjon har blitt tydeleg skildra, men oppfatta som noko anna og mindre alvorleg av helsepersonellet som gav helsehjelpa. Det er avgjerande i det sjølv mordsførebyggjande arbeidet at verksemdene sikrar forsvarlege rammer og tilstrekkeleg kompetanse i å oppdage og behandle denne potensielt livstrugande tilstanden.

Viktig med kompetanse i å kjenne att psykotisk depresjon

Dei fleste varsel som Helsetilsynet tek imot frå psykisk helsevern gjeld sjølv mord eller sjølv mordsforsøk. Når vi har gått gjennom varsla, har vi fått innsikt i at dei som har kartlagt og vurdert pasientane, ofte ikkje har kjent att og forstått symptom-spekteret hos pasientar med psykotisk depresjon. I somme saker fann vi at så godt som alle kjernesymptoma på psykotisk depresjon var skildra, utan at tilstanden blei tilstrekkeleg fanga opp og behandla i samsvar med dette. Helsetilsynet er klar over at det kan vere krevjande å kjenne att dei psykotiske symptoma, kanskje fordi symptoma ofte er annleis og meir subtile enn dei ein ser for eksempel ved schizofreni. Pasientane kan òg dekkje over at dei har tankar med psykotisk innhald. Grubling, angst og agitasjon er ofte dei mest grunnleggjande symptoma, i tillegg til dei vanlege teikna ved depresjon som idear om eiga skuld, skam og somatisk uro. Ofte ser vi at det har vore eit markant funksjonsfall hos ein person med god funksjon før symptomdebuten.

Sjølv mordsfaren blei vurdert som låg

Vi har gjennom varsel om sjølv mord og alvorlege sjølv mordsforsøk fått innsikt i at pasientar med alvorlege depressive symptom ofte svarte nektande på spørsmål om sjølv mordstankar og -planar kort tid før hendinga, og at behandlarane vurderte sjølv mordsfaren som «låg». I tillegg blei det kanskje ikkje påvist andre typiske risikofaktorar for sjølv mord, som tidlegare sjølv mordsforsøk, rusproblem eller relasjonsproblem. Helsetilsynet vil peike på at det viktigaste er at det blir gjort ei god klinisk vurdering, og at psykotisk depresjon er ein så alvorleg og tungtvegande risikofaktor at ein bør leggje stor vekt på denne i seg sjølv. Dersom det kjem fram opplysningar frå bekymra pårørande om at personen er «endra» med brått fall i psykososial fungering, bør ein leggje stor vekt på dette i den samla vurderinga.

«Intensivpasientane» i psykiatrien?

Graden av symptom og funksjonsfall bør avgjere kva for eit behandlingsnivå som er forsvarleg. Vi vil argumentere for at i den mest alvorlege fasen vil ein DPS-poliklinikk eller open døgnpost vanlegvis ikkje ha rammer til å undersøkje, behandle og verne pasienten på ein forsvarleg måte, først og fremst på grunn av auka sjølv mordsfare. Vi har erfart at mange pasientar i den aktuelle gruppa viser varierende grad av samtykkekompetanse etter kvart som sjukdomen utviklar seg, noko som kan utfordre vilkåra for frivillig psykisk helsevern. I fleire av varsla med psykotisk depresjon som enda med sjølv mord, har det heilt mangla ei vurdering av om farekriteriet i psykisk helsevernlova var oppfylt. Vi vil derfor minne om at dersom ein vurderer at pasienten er alvorleg psykisk sjuk og utgjer ein «nærliggjande og alvorleg fare for eige liv», kan ein leggje inn pasienten på tvungent psykisk helsevern sjølv om samtykkekompetansen ikkje er vurdert.

Lytt til pårørande

Pårørande er ei svært viktig kjelde til informasjon. Vi ser jamleg at helsepersonell ikkje i tilstrekkeleg grad har lytta eller lagt vekt på informasjon frå bekymra pårørande når dei har fortalt om alvorleg funksjonsfall og åtferdsendingar hos pasienten. I fleire saker har vi sett at pårørande har måtta handtera urimeleg store belastningar og mykje ansvar for å vareta alvorleg deprimerede pasientar med psykotiske symptom som blir behandla i heimen.

Verksemdene må leggje til rette for forsvarleg undersøking og behandling

Rask og rett diagnose og behandling kan berge livet til desse pasientane. Det er verksemdene som er ansvarlege for å sikre at helsepersonell får nødvendig kompetanse i førebygging av sjølv mord, og tilstrekkeleg opplæring i å undersøkje og behandle psykotisk depresjon. Verksemdene må forme ut tilstrekkelege rammevilkår, slik at pasientar med symptom på psykotisk depresjon blir fanga opp så raskt som mogleg og ikkje blir nedprioriterte frå eit riktig forsvarleg behandlingsnivå. Verksemdene må vidare syte for at alle sjølv mord eller alvorlege sjølv mordsforsøk blir gjennomgått systematisk i ettertid med tanke på læring og forbetningspunkt. ●

Referansar

- 1 Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
- 2 Mork E, Mehlum L, Walby F. Selvmord ved depresjon med psykotiske symptom og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorar og nevrobiologiske forhold. Suicidologi 2009; 14(2): 8 -11.
- 3 Fredriksen KJ et al. Psychotic depression and suicidal behavior. Psychiatry 2017; 80(1): 17-29.
- 4 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
- 5 Green D. Depresjon hos eldre. Foredrag. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017. <https://vimeo.com/198323734>

Brukermedvirkning er ikke noe en kan krysse av for i et skjema, det er en kontinuerlig prosess!

Brukerrådet til Helsetilsynet har nå lagt bak seg sitt første hele driftsår. Vi har fått informasjon om, og drøftet saker og problemstillinger i et vidt spekter. Særlig fokus gjennom året har prosjektet med nye varselordninger og landsomfattende tilsyn fått.

Våre innspill oppleves som ettertraktet fra Helsetilsynets side, og gjennom året opplever jeg at rådets medlemmer brenner for å bidra ut fra sitt ståsted. Helsetilsynets nedslagsfelt omfatter tjenester som ikke alltid er sammenlignbare. Til sammen skal Brukerrådet representere stemmen til de menneskene som bruker barneverntjenesten, sosiale tjenester i Nav, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i Norge. Det er derfor nødvendig at vi er representert med landsomfattende organisasjoner med et minst like stort nedslagsfelt. Dette forplikter!

Foruten våre ordinære møter deltok Brukerrådet ved leder og sekretariat på Nordisk tilsynskonferanse i Malmø i september. Der ble det holdt en sesjon hvor vi fortalte om våre erfaringer med et brukerråd: Hvilke kriterier vi mente måtte være tilstede for en slik systematisk brukerinvolvering, og hvordan tilsynene kunne nyttiggjøre seg det unike perspektivet fra brukerne i sine oppdrag. Vi holdt innlegget for et stappfullt møterom, og tilbakemeldingene derfra var udelt positive. Det viser at vi

er langt fremme i arbeidet med brukerinvolvering på systemnivå i Norge. Samtidig var det et stort ønske fra landene å lære mer av hvordan vi har jobbet. Selv om alt foregikk på engelsk.

Alle nye arbeidsmetoder trenger en viss tid før de er implementert på en skikkelig måte. Brukerrådet til Statens helsetilsyn er intet unntak. En skal bli kjent med stammespråk på alle sidene av bordet, en skal lære seg å forstå de forskjellige strukturene, og en skal ikke minst bli kjent med menneskene bak. Alt dette er helt nødvendig for at brukermedvirkningen skal kunne oppleves som relevant, samt ha en nytte for den som etterspør denne erfaringskunnskapen.

I et av våre hovedmål heter det at vi skal «bidra til å videreutvikle metoder og praksiser for å involvere brukere i tilsyn». Et eksempel på dette er arbeidet med å benytte mennesker med egenerfaring som fagrevisor inn i selve tilsynet. Dette er en spennende utfordring jeg tenker kan gi verdifull kunnskap.

På hver vår måte driver organisasjonene i brukerrådet med påvirkningsarbeid innenfor våre felt.

Vi utvikler politikk, og vi gir innspill til de som bestemmer politisk og faglig. Det å skulle samkjøre våre, til tider forskjellige verdener, kan oppleves som en vanskelig øvelse. Vi har på hvert vårt felt en unik kompetanse og erfaring som ikke alltid er like overførbar til den mer generelle brukerinvolveringen på systemnivå. Derfor har det vært veldig interessant å se hvordan Brukerrådet har utviklet seg i takt med at både vi og Helsetilsynet tilegner seg nye erfaringer og kunnskap fra hverandre.

Det er god kutyme å levere fra seg gården i bedre stand enn den var da man selv overtok. Brukerrådet har gjennom 2019 vist at vi både er relevante, og sammen med Helsetilsynet gjør vi et nybrottsarbeid innenfor brukermedvirkning. Det er derfor lett å se at dette er et særlig viktig arbeid, og jeg vil berømme Helsetilsynet for den satsingen de gjør for nettopp brukermedvirkning på systemnivå.

Jeg ser med glede frem til et nytt og spennende år. ●

Artikkelen er skrevet av Thomas Johansen, leder for Brukerrådet i Statens helsetilsyn



Det regionale helseføretaket sitt overordna ansvar for samhandling og koordinering

For å oppnå ei varig endring som betrar pasienttryggleiken, er det nødvendig å erkjenne svikt i tenestene. Når ein gjennomfører forbetringstiltak og evaluerer effekten, må dette følgjast opp. Helsetilsynet har gjennom oppfølginga ved tilsyn erfart at det regionale helseføretaket må vareta det overordna ansvaret dei har for å følgje opp at korrigerande tiltak i helseføretaka blir gjennomførte. Dei må sjå til at endringane faktisk blir utførte og har den effekten ein ønskjer når det er nødvendig med samhandling og koordinering mellom ulike helseføretak i regionen.

To aktuelle tilsynssaker

I ei tilsynssak frå 2010 som gjaldt helsehjelp til to pasientar med alvorleg nedkjøling (aksidentell hypotermi, og kroppstemperatur under 30 °C utan berande eigen blodsirkulasjon), konkluderte vi med at pasientane på eit tidlegare tidspunkt skulle ha vore overførte frå lokalsjukehuset til det regionale traumesenteret. Pasientane trong spesialisert behandling og oppfølging med utstyr som ikkje var tilgjengeleg på lokalsjukehuset. Helsetilsynet fekk tilbakemelding om at det ville bli gjennomført forbetringstiltak som kravde samarbeid og involvering på alle nivå i regionen. Gjennomføringa av tiltaka skulle mellom anna styrkje rutineane for varsling, kommunikasjon og koordinering av tenestene mellom dei ulike helseføretaka. Det skulle skje både på regionalt og nasjonalt nivå.

Likevel tok Helsetilsynet åtte år seinare imot eit varsel om liknande svikt ved overføring av ein pasient med alvorleg nedkjøling frå den same regionen. Vår gjennomgang av saka viste at helsepersonell involvert i pasientbehandlninga ikkje kjende til at det var innført ein felles prosedyre i regionen for handtering av pasientar med alvorleg nedkjøling. Etter denne prosedyren skulle pasienten overførast til det regionale traumesenteret. Det blei klart at verken helseføretaka eller det regionale helseføretaket i tilstrekkeleg grad hadde brukt erfaringane frå den tidlegare tilsynssaka i forbetningsarbeidet

sitt. Det regionale helseføretaket hadde ikkje følgt opp ansvaret sitt for å leggje til rette for nødvendig samarbeid mellom helseføretaka i regionen. Då svikten i helsetenesta blei gjort kjent, sette dei i verk tiltak for å ordne opp i dette.

Det regionale helseføretaket sitt ansvar for samhandling og koordinering

Kvart einskild helseføretak har hovudansvaret for helsehjelpa som blir gitt. Det regionale helseføretaket har likevel eit overordna ansvar for at innbyggjarane i helseregionen blir tilbydde forsvarlege tenester frå spesialisthelsetenesta. Dette inneber eit ansvar for å organisere og styre tenesta på eit overordna nivå, slik at den helsetenesta som blir tilbydd og ytt, er forsvarleg. Her bør ein leggje særleg vekt på risikofaktorar knytte til samhandling og overgangar internt og eksternt.

Helsetilsynet peika i den siste tilsynssaka på at det er det regionale helseføretaket som kan påleggje helseføretaka å rette seg etter prosedyrane og retningslinjene som blir innførte i regionen. Eit sentralt element i det overordna ansvaret til det regionale helseføretaket, er ansvaret for å leggje til rette for og evaluere drifta når samarbeid og koordinering mellom helseføretak er nødvendig. Det å evaluere gjennomføringa av planar og tiltak som følgje av at det har oppstått område med fare for svikt, er ein del av dette ansvaret. Dersom det ikkje blir tilbydd eller ytt tilstrekkelege og forsvarlege helsetenester, må

det regionale helseføretaket setje i verk korrigerande tiltak på eige initiativ. Kor tett ein må følgje opp enkelthendingar, kjem mellom anna an på alvorsgraden. I den første tilsynssaka peika Helsetilsynet på at svikten var alvorleg.

Læring på tvers er ein nødvendig suksessfaktor for varig endring

Manglande samhandling og koordinering mellom helseføretak i ein region, aukar risikoen for svikt når behandlinga skal gjennomførast. Erfaring frå tilsynssakene har vist at det ikkje er tilstrekkeleg å skildre eit system eller ein prosedyre utan samstundes å sikre at slike styringsmessige verkemiddel er kjende, og blir forstått og etterlevd av dei som skal bruke desse. For å sikre at uønskete hendingar og funn frå tilsyn blir fanga opp i heile organisasjonen, må det regionale helseføretaket leggje til rette for at underliggjande helseføretak lærer kollektivt av systemsvikt. Det er viktig at leiinga tek ansvar for å gjennomføre og følgje opp tiltak.

RHF – Overordna ansvar for spesialisthelsetenestene i sin region. Ansvar for nødvendig samarbeid mellom helseføretak innetter i regionen. Kan peike ut helseføretak i regionen som har eit særleg ansvar for å følgje opp einskilde pasientgrupper.

HF (sjukehus) – har eit særleg ansvar for at pasientbehandlninga som blir gitt i det aktuelle er forsvarleg, i tillegg til ansvar for utdanning av helsepersonell og forskning.

Tilsyn kan vere utfordrande



Det er viktig at tilsynsorgana er medvetne om at det er nødvendig med omsynsfull åtferd under tilsynsintervju.

Gol kommune har hatt fleire tilsyn, og dei tilsyna som gjeld Miljøterapitenesta gjekk til slutt til Statens Helsetilsyn i 2019. Fylkesmannen i Buskerud fann at Miljøterapitenesta hadde første lovbrøt i 2008, vart følgt opp i 2012 og 2018. Helsetilsynet avslutta påleggssak i 2019.

Gol kommune ved administrasjonen er godt fornøgd med at vi møtte tilsette frå Statens Helsetilsyn i september 2019 og hadde ein god dialog der vi opplevde å bli høyrte, forstått og tatt på alvor. Erfaringa vår er at eit møte over bordet er betre enn telefonmøter i denne samanhengen.

Det har vore ulik leiing i Miljøterapitenesta frå 2008 til no, og det er gjort mykje læring. Den viktigaste læringa er at vi skal ha ein god internkontroll, sørge for kvalitet og forbetre praksis i tenesta. Det var nok lenge ei misforståing på kva som skulle til for at tilsynsmyndigheitene skulle bli fornøgde.

Denne misforståinga botnar truleg i at det kan vera for stor avstand mellom kommunane og tilsynsmyndigheitene sin kvardag med ulike oppgåver og oppdrag. Når lovbrøt blir avdekka, må slike lovbrøt handterast raskt, og tilsynsmyndigheitene må vera vår hjelper. Det er avgjerande at kommunen får nødvendig veiledning. Det er på tide å koma meir i forkant, og tilsynsmyndigheitene bør arrangere konferansar/kurs med formål at kommunar kan lære av kvarandre.

Dei siste åra er det i tenesta arbeidd med:

- organisasjonskart
- stillingsbeskrivingar
- rutinar og prosedyrar som gjeld tenestekvalitet
- rutinar og prosedyrar som gjeld HMS
- rutinar som gjeld avvik og uønska hendingar
- oppfølging av tilsette, endringsarbeid med støtte frå bedriftshelsetenesta og personalavdelinga
- arbeidsmiljø og ivaretaking av tilsette
- kompetansekartlegging, kor mange har utdanning, manglar utdanning, kva treng vi av kompetanse og korleis nå målet
- leiarutvikling og leiarstøtteprogram
- dokumentasjon i journalsystem
- opplæring av alle tilsette i HOL kap 9
- opplæring av alle tilsette i vergetrening
- rekruttering av kompetanse

Gol kommune har deltatt i læringsnettverk i regi av KS-Konsulent saman med Narvik, Mo Rana, Lillehammer og Haugesund i perioden 2017-2019. Læringsnettverk var



spesielt oppretta for tenester til menneske med utviklingshemming. Det vart samla inn data som vart behandla av KS-konsulentane, og formålet var å få betre innsikt i om kommunen gir effektive tenester ved å sjå på prioritering/ressursbruk, tilgjengelegheit og kostnader ved tenestene. Våre tal vart samanlikna med gjennomsnittet for dei 10 største kommunane i landet, samt dei som var med i nettverket.

Administrasjonen i Gol kommune ser på tilsyn som verdifullt ved at kommunen blir sjekka ut og kan få tilbakemelding om kva som bør korrigerast. Vi har tatt godt i mot tilsynsmyndigheitene med dialog før, under og etter tilsyn.

Likevel kan tilsyn opplevast som utfordrande, og tilsette, brukarar, pårørande og administrasjonen er litt spente før tilsyn.

Etter tilsynet kan det bli reaksjonar frå fleire hald når rapporten er offentleggjort, og det meste kan administrasjonen handtere. Det byr på noko ekstra utfordringar når lokalavisa har hatt overskrifter med «lovbrot, ulovlege og uforsvarlege

tenester» som har vakt uro blant brukarar, pårørande og tilsette som må handterast av administrasjonen undervegs og i etterkant.

Det er viktig at tilsynsorgana er medvetne om at det er nødvendig med omsynsfull åtferd under tilsynsintervju. Administrasjonen tek sjølvkritikk på at vi i 2018 ikkje gav tilsynsmyndigheitene tilbakemelding straks etter tilsynet om at det var fleire av intervju-objekta som gråt under og etter tilsynet.

Det kan virke som det er noko ulik praksis i framgangsmåten til tilsynsorgan i dei ulike fylka rundt i landet. Når vi i ulike fora fortalde om at vi har hatt tilsyn med vedtak om pålegg sidan 2008 og strevar hardt med å lukke avvika, var reaksjonen frå kollegaer i andre fylker at tilsynsmyndigheitene i Buskerud var kjent for å vera veldig strenge.

Uansett, for strenge eller ikkje, så har Gol kommune arbeidd målretta for å forbetre praksis som følgje av tilsynet. Det er gjort mange endringar ved tenestene som følgje av tilsynet. Det er gjort endringar i rutinar og prosedyrar uavhengig av om det vart peika på avvik

eller ikkje. Det kan virke som tilsyn i seg sjølv bidreg til forbetringar.

Ved framtidige tilsyn som viser eventuelle lovbrøt, vil Gol kommune ta tidleg kontakt med og ta i mot tilsynsmyndigheitenes tilbod om at dei kan bidra til at kommunen skal kunne rette forholda som førte til lovbrøta. ●

Artikkelen er skriven av Aud Torill Sæbø, kommunalsjef helse og omsorg i Gol kommune

Helsetilsynet inviterer også eksterne forfattarar til å skrive åpent og fritt i våre publikasjonar, for å reflektere andre stemmer enn vår eigen. Andre samfunnsaktørars perspektiv, innspill og synspunkt bidrar til at vi blir betre. Ikkje minst er det viktig med konstruktive kritiske stemmer som stiller spørsmål ved våre vurderingar og konklusjonar.

Autorisasjon er ingen garanti for kvalitet



Leiinga har ansvaret for at pasientar og brukarar som tek imot helse- og omsorgstenester i institusjon, i heimen eller andre stadar, får forsvarlege tenester.

Kva gjer arbeidsgivar når eit helsepersonell ikkje varetek oppgåvene sine og ansvaret sitt fagleg godt nok, og kva kan tilsynsmyndigheita gjere i slike tilfelle?

Plikta til å leggje til rette for fagleg forsvarleg utøving

Leiinga har ansvaret for at pasientar og brukarar som tek imot helse- og omsorgstenester i institusjon, i heimen eller andre stader, får forsvarlege tenester. Det inneber å leggje til rette for at helsepersonell har rammer som gjer det mogleg å utføre oppgåver og ta ansvar på ein god og sikker måte. Det inneber òg at arbeidsgivaren følgjer med på korleis helsepersonellet utfører oppgåver og tek ansvar.

Dersom det blir avdekt fagleg svikt, må ein handtere det forsvarleg. Slike situasjonar kan vere krevjande fordi leiinga må vareta både det personalmessige og arbeidsrettslege og tryggleiken for pasientane.

Når det blir avdekt fagleg svikt - to eksempel

Helsetilsynet tek kvart år imot tilsynssaker som gjeld svikt i den faglege yrkesutøvinga til helsepersonell. Somme av desse sakene handlar om svikt på fleire område, slik desse eksempla med to sjukepleiarar viser.

Leiinga fekk i begge sakene fleire uromeldingar frå andre tilsette. Meldingane inneheldt fleire forhold. Det handla om at sjukepleieoppgåver

ikkje blei utførte på ein god og sikker måte, og at sentrale rutinar ikkje blei følgde. Det gjekk òg på samarbeid og samhandling med anna personell.

Arbeidsgivar la arbeidssituasjonen til rette med meir opplæring på område som uromeldingane dreia seg om og sjukepleiarane sjølve bad om. Dei la turnusen til rette slik at dei jobba saman med andre sjukepleiarar og kunne få nødvendig rettleiing.

Arbeidsgivarane fekk likevel framleis liknande uromeldingar. Dei to sjukepleiarane var ikkje fullt ut samde i det som kom fram, og hadde til dels ei anna forståing og oppfatning av yrkesutøvinga si enn arbeidsgivarane hadde. Etter ei tid vurderte begge arbeidsgivarane at sjukepleiarane ikkje hadde vist nødvendig betring. Dei vurderte at det ikkje var forsvarleg at sjukepleiarane utførte sjukepleieoppgåver og hadde sjukepleiefagleg ansvar. Verksemda melde saka til fylkesmannen.

Vurderingar frå Helsetilsynet

I tilsynssaker som dette vurderer vi òg om arbeidsgivaren har lagt til rette for at tenestene kan utførast på ein forsvarleg måte. I desse to sakene viste dokumentasjonen at ein hadde følgd opp sjukepleiarane med samtalar, opplæring og rettleiing. Vi gjorde vedtak om avgrensa autorisasjon for begge sjukepleiarane og fastsette vilkår for yrkesutøvinga. Vilkåra skal syte for at helsepersonellet arbeider innanfor rammer som i størst mogleg grad sikrar ei forsvarleg yrkesutøving.

Å setje vilkår for yrkesutøvinga i saker som dreier seg om fagleg svikt, er særleg aktuelt når svikten gjeld på fleire område, sentrale område og grunnleggjande område i profesjonen. Det er òg særleg aktuelt der helsepersonellet ikkje gir uttrykk for å forstå eller ta inn over seg manglande kunnskapar eller ferdigheiter, eller ikkje har betra den faglege utøvinga si.

Skal arbeidsgivaren alltid melde slike forhold til tilsynsmyndigheita?

Svaret på det spørsmålet kjem an på fleire faktorar, mellom anna kor erfaren helsepersonellet er, kor mykje oppfølging, opplæring og rettleiing dei har fått, kor alvorleg svikten er og om helsepersonellet framleis er tilsett eller ikkje. Arbeidsgivaren må vurdere dette under eitt.

Dersom arbeidsgivaren syter for at helsepersonellet arbeider innanfor rammer som gjer at utøvinga blir vurdert som forsvarleg, må ikkje dette meldast til tilsynsmyndigheita. Dersom arbeidsgivaren vurderer at situasjonen ikkje lenger er forsvarleg eller helsepersonellet sluttar, skal det meldast til tilsynsmyndigheita. Arbeidsgivaren må då syte for at svikten, oppfølginga og tilrettelegginga er godt dokumentert.

Arbeidsgivar kan førebyggje svikt i fagleg utøving

Ved å følgje med på utøvinga til helsepersonell kan arbeidsgivaren setje i gang tiltak tidleg. Det førebyggjer og hindrar svikt i utøvinga og medverkar til å sikre kvaliteten og tryggleiken i helse- og omsorgstenesta. ●

Arbeidsgivar sitt ansvar dersom helsepersonell møter rusa på jobb



Når helsepersonell møter ruspåverka på arbeid, står pasienttryggleiken i fare. Arbeidsgivaren kan derfor krevje at helsepersonellet leverer rusmiddelprøve. Det er viktig at verksemda har rutinar på plass, slik at dei tilsette på vakt er i stand til å handtere situasjonar der det er mistanke om ruspåverka helsepersonell. Rusmiddelmisbruk har i fleire år vore den vanlegaste årsaka til tilbakekalling av autorisasjon. I 2019 mista 136 helsepersonell til saman 145 autorisasjonar. Den hyppigaste årsaka til at Helsetilsynet tilbakekalte autorisasjonen, er som tidlegare år, misbruk av rusmiddel og åtferd som ikkje høver med yrkesutøving.

Arbeidsgivaren skal førebyggje og handtere rusmiddelproblem

Arbeidsgivaren har ansvar for å førebyggje bruk av rusmiddel på arbeidsplassen. Det finst mange verktøy og tiltak som arbeidsgivar kan bruke. Akan er ein instans å kontakte for råd og rettleiing. Rusmiddelproblem hos tilsette kan vere utfordrande å oppdage, og er ofte eit vanskeleg tema å snakke om.

Rusmiddelbruk kan føre til svekka konsentrasjon, sviktande minne,

innlæringssvikt, kritikklausheit og endra stemningsleie. Å arbeide i ruspåverka tilstand utgjer ein stor risiko for feilvurderingar og svikt i pasientbehandling, og det er vesentleg at dette blir avdekt og handtert på ein tilfredsstillande måte. Det er viktig å gripe inn så tidleg som mogleg, slik at helsepersonellet får hjelp og situasjonen ikkje blir verre. Det er derfor svært viktig at leiarar på alle nivå har kunnskapar om dette. For å syte for at pasientane får forsvarleg behandling skal helsepersonell som ein mistenkjer er ruspåverka, takast ut av arbeid.

Arbeidsgivaren må vere merksam på at rusmiddelmisbruk hos helsepersonell skjer, og gi opplæring til leiarar og andre tilsette for at dei skal kunne kjenne att symptom og åtferd som kan hengje saman med ruspåverknad, og korleis ein skal handtere dette.

Mistanke om ruspåverknad skal følgjast opp

Vi har i fleire tilsynssaker sett at det er viktig at verksemdar har retningslinjer for korleis dei skal handtere ruspåverknad hos dei tilsette, og at rutinane er drøfta og kjende for alle arbeidstakarane. Vi har sett tilfelle der tilsette har meldt frå om påfallande åtferd hos kollegaer utan at leiarar har teke uroa på alvor eller følgd opp saka. Det finst òg eksempel på at helsepersonell har møtt ruspåverka på arbeid, men likevel fått delta i behandling og pleie av pasientar, utan at nokon har gripe inn.

Rusmiddelprøve for å sikre bevis

Om ein mistenkjer at eit helse-

personell har teke rusmiddel, kan arbeidsgivaren krevje at helsepersonellet rusmiddeltestar seg. Det er viktig å ha klare rutinar for kven som kan påleggje testing når leiaren ikkje er til stades. Rusmiddelprøve er viktig for å sikre bevis, slik at mistanken om rusmiddelbruk kan stadfestast eller tilbakevisast. Dersom helsepersonell nektar, eller på annan måte lét vere å teste seg, kan arbeidsgivaren be politiet om hjelp. Ein rusmiddelprøve er objektiv dokumentasjon som vil lette arbeidet i ei personalsak, tilsynssak eller straffesak.

Der hendinga avdekkjer påverknad av rusmiddel hos helsepersonellet som kan føre til fare for pasienttryggleiken, er det viktig at verksemda sender melding til tilsynsmyndigheita. Verksemda skal leggje til rette for at ein rettar seg etter meldeplikta til tilsynsmyndigheita.

I tilsynssaker som gjeld bruk av rusmiddel, kjem det ofte for dagen at helsepersonellet også har stole narkotiske og/eller vanedannande legemiddel frå arbeidsplassen. I slike situasjonar bør arbeidsgivaren også melde forholdet til politiet. Det er viktig med tilstrekkeleg dokumentasjon for å kunne vurdere dette på ein god måte, og ein positiv rusmiddelprøve kan vere avgjerande for både politiet og tilsynsmyndigheita sitt arbeid.

Helsepersonell som møter rusa på jobb kan utgjere ein alvorleg risiko og setje pasienttryggleiken i fare. Derfor er det vesentleg at arbeidsgivar grip inn og melder forholdet til tilsynsmyndigheita. ●

Få helsepersonell mistar autorisasjonen på grunn av psykisk lidning



Føremålet er å få vurdert om helsepersonellet har ei psykisk lidning, og korleis denne lidinga påverkar helsepersonellet sitt funksjonsnivå.

Psykisk lidning var årsak til tilbakekalling av autorisasjonen til helsepersonell i en svært liten del av tilsynssakene våre, viser ein gjennomgang av tilsynssaker frå ein tidsperiode på åtte år. Dette kan tyde at dei fleste helsepersonell som har ei psykisk lidning evnar å stå i arbeidet.

Alvorleg sinnsliding og psykisk svekking

Når Helsetilsynet tek imot tilsynssaker som handlar om psykisk lidning hos helsepersonellet, eller mistanke om dette, er det vilkåra *alvorleg sinnsliding* og *psykisk svekking* i helsepersonellova som er aktuelle å vurdere.

Alvorleg sinnsliding er eit juridisk omgrep som viser til psykoselidingar som schizofreni, schizoaffektiv lidning, bipolar lidning og paranoid psykose. Andre psykiske lidningar blir ikkje rekna som så alvorlege at dei kan tenkjast å påverke yrkesutøvinga og dermed pasienttryggleiken.

Psykisk svekking er eit vilkår som fangar opp andre psykiske lidningar som kan påverke yrkesutføringa, men som ikkje blir rekna som ei alvorleg sinnsliding. Eksempel kan vere demensproblematikk og skadar etter ulykker eller langvarig

alkoholmisbruk. I tillegg kan psykiske lidningar som kan skape større utfordringar i samarbeid på arbeidsplassen vere aktuelle, for eksempel alvorlege personlegdomsforstyrningar.

Gjennomgang av tilsynssaker

Helsetilsynet kalla tilbake til saman 1083 ulike autorisasjonar frå 1007 helsepersonell i ein periode på åtte år.

Helsetilsynet gjekk gjennom alle avslutta tilsynssaker der alvorleg sinnsliding eller psykisk svekking førte til tilbakekalling av helsepersonellet sin autorisasjon i den same tidsperioden. Vi vurderte tilbakekalling av autorisasjonar for 63 helsepersonell, og kalla tilbake ein eller fleire autorisasjonar for 36 av desse. Alvorleg sinnsliding var grunnlag for tilbakekalling i 26 saker, og psykisk svekking var grunnlag i 10 saker. I ein del av sakene blei autorisasjonen til helsepersonellet suspendert tidleg i sakshandsaminga, på grunn av fare for tryggleiken i helse- og omsorgstenesta. For alvorleg sinnsliding gjaldt dette 11 av dei 26 sakene.

Vurdering frå Helsetilsynet

Når Helsetilsynet skal vurdere den psykiske helsa til helsepersonellet, er det ikkje plikt til å gi samtykke til å hente inn helseopplysningar, og sjølv om desse ligg føre gir dei ikkje alltid tilstrekkeleg informasjon. I ein del av sakene blir derfor helsepersonellet

pålagt ei undersøking gjennomført av ein ekstern sakkunnig. Føremålet er å få vurdert om helsepersonellet har ei psykisk lidning, og korleis denne lidinga påverkar helsepersonellet sitt funksjonsnivå.

I vurderingane frå Helsetilsynet var det alvorlighetsgraden for den psykiske lidinga, storleiken på funksjonstapet, graden av sjukdomsinnsikt og deltaking i eit behandlingstilbod som var sentrale kriterium for om vi gjorde vedtak om tilbakekalling av autorisasjon.

Gjennomgangen viser at det er svært få helsepersonell som får autorisasjonen sin kalla tilbake på grunn av psykisk lidning. Det kan tyde at dei fleste helsepersonell som har ei psykisk lidning evnar å stå i arbeidet. Dette gjeld sjølv dei med alvorlege psykiske lidningar, sjølv om det kan vere mange forhold som påverkar dette.

Ved tilbakekalling har ein høve til seinare å søkje om ein ny autorisasjon, eller ein avgrensa autorisasjon. Ved tilbakekalling har Helsetilsynet plikt til å føre bevis, mens ved ein søknad ligg denne plikta hos søkjaren. I ein søknad må ein sannsynleggjere at den psykiske lidinga er under kontroll. Dokumentasjon av sjukdomsinnsikt vil i tillegg gi tryggleik knytt til ei eventuell ny forverring av den psykiske lidinga. ●

Når helsepersonell utfører kosmetisk behandling



Statens helsetilsyn har i fleire tilsynssaker mot helsepersonell lagt til grunn at behandling med Botox-injeksjonar mot rynker kjem inn under helsepersonellova, sjølv om det ikkje er helsehjelp.

Helsepersonellova kan òg gjelde for kosmetisk behandling. Helsepersonell som utfører den typen behandling, må yte forsvarlege tenester og ikkje gå utanfor dei faglege kvalifikasjonane sine.

Helsepersonellova kan omfatte kosmetisk behandling

Helsepersonellova gjeld for helsepersonell og verksemder som yter helsehjelp. Med helsehjelp meiner vi all handling som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller pleie- og omsorgsføremål, og som blir utført av helsepersonell. Botox-injeksjonar mot spenningshovudverk og såkalla PRP-/vampyrbehandling mot solskadar i huden blir for eksempel rekna som helsehjelp.

Handlingar som ikkje fell inn under omgrepet helsehjelp, men som blir utførte av helsepersonell, som for eksempel kosmetisk behandling utan medisinsk indikasjon, kan òg kome inn under helsepersonellova. Helsetilsynet må i vurderinga av dette sjå på omstenda rundt behandlinga konkret og under eitt. Eit sentralt moment i vurderinga er om det blir nytta metodar og prosedyrar som krev medisinsk eller helsefagleg kompetanse.

Statens helsetilsyn har i fleire tilsynssaker mot helsepersonell lagt til grunn at behandling med Botox-injeksjonar mot rynker kjem inn under helsepersonellova, sjølv om det ikkje er helsehjelp. Botox er eit reseptpliktig legemiddel, og ansvarleg lege må rekvirere det til bruk på pasienten. Helsepersonellet som injiserer legemiddelet, må ha den nødvendige kompetansen til å utføre injeksjonen og handtere eventuelle biverknader.

Når ein behandlar stikk ei nål gjennom huden til pasienten, er det alltid ein viss risiko for biverknader som smerte, infeksjon eller skade på nerver eller blodårer. I tillegg inneber alle substansar som blir injiserte ein viss risiko for uønskt effekt/biverknad. Når helsepersonell utfører slik behandling, må ho vere forsvarleg. Vurderinga av om noko er forsvarleg baserer seg på kva som er god praksis ved den aktuelle behandlinga.

Eksempel frå saker om kosmetisk behandling

Vi har i 2019 behandla fleire tilsynssaker mot både legar og sjukepleiarar som driv med kosmetisk behandling. Typiske problemstillingar er om sjølve behandlinga har vore forsvarleg, og om helsepersonellet har handla innanfor sin kompetanse, om helsepersonellet har gitt nødvendig informasjon om behandlinga, og om relevante og nødvendige opplysningar er journalførte.

Eit sentralt tema i tilsynssakene mot sjukepleiarane er at dei ikkje skal gå ut over dei faglege kvalifikasjonane eller den lovbestemte kompetansen sin. I to tilsynssaker la Helsetilsynet til grunn at sjukepleiarane ikkje sjølve hadde myndigheit til å vurdere at pasientar skulle behandlast med Botox eller andre legemiddel. Den ansvarlege legen, som er den legen som har rekvirert Botox, må sjølv vurdere pasienten og avgjere kva for behandling som er aktuell.

I tilsynssakene mot to legar vurderte Helsetilsynet at rekvirering av legemiddel (Botox) til klinikkar der sjukepleiarar utfører behandling utan samråd med legen, har vore uforsvarleg. Legane gjorde ikkje ei sjølvstendig vurdering av pasientane og hadde ikkje kontroll over kven som fekk behandling med Botox. I tillegg vurderte vi at manglande kontroll og tilsyn frå legane si side med sjukepleiarane som deira hjelpearar, var uforsvarleg. Legane var ikkje sjølve tilgjengelege for å gi råd, rettleiing og instruksjon undervegs.

Dei aktuelle tilsynssakene viste at både lege og sjukepleiar hadde manglande kjennskap til aktuelle lovføresegner som gjeld ved kosmetisk behandling med reseptpliktige legemiddel og til helsepersonellet sin bruk av medhjelpar. ●

Og ellers meiner Statens helsetilsyn at...

Kvart år kjem Statens helsetilsyn med høyringsfråsegner til fleire lovforslag og offentlege utgreiingar. I merknadene våre legg vi stor vekt på å formidle erfaringar vi har fått gjennom tilsynsverksemda. Nedanfor følgjer nokre smakebitar frå enkelte saker som vi kommenterte i 2019. Ei fullstendig oversikt over høyringsfråsegnene finn du på nettsidene våre.

NOU 2019:14 Tvangsavgrensingslova - høyringsfråsegn

Statens helsetilsyn har forståing for at ein ønskjer å ha ei lovregulering for bruk av tvang som heng saman og byggjer på dei same prinsippa, materielt, prosessuelt og lovteknisk. Samstundes viser utgreiinga og lovforslaget at ei løysing med ei felles lov er krevjande. Diskusjon om lovforslaget i media og under konferansar har ofte handla om at utgreiinga og lovforslaget er komplekst og at dei ikkje er lesne og forstått på ein riktig måte. Dette utgjer både eit pasient- og brukartryggleiksproblem og eit rettstryggleiksproblem for pasientar, brukarar, pårørande og for tenesteutøvarar når ein seinare skal ta i bruk forslaget til lov. Sakshandsamingsreglane og kontrollordningane heng saman. Det er viktig at ein gjer gode vurderingar om bruk og gjennomføring av tvang tidleg i sakshandsamingsprosessen av omsyn til tryggleiken og rettstryggleiken til pasientar og brukarar, framfor seinare ved klage eller obligatoriske kontrollar. Vidare er det viktig og nødvendig at dei ansvarlege verksemdene sjølve held oversikt over eigen tvangsbruk og følgjer opp denne.

Forslaget om å innføre tvangsavgrensingsnemnder inneber at fylkesmannen si rolle og oppgåve som tilsynsmyndigheit etter helse-tilsynslova blir uklare. Det same gjeld

forholdet mellom fylkesmannen som tilsynsmyndigheit og tvangsavgrensingsnemnda. Forslaget verkar å vere upraktisk, tungdrive og potensielt svært kostbart. Statens helsetilsyn føreslår derfor at departementet vurderer ei alternativ klage- og kontrollordning. Vi føreslår at fylkesmannen held fram med oppgåvene dei har i dag knytt til tvang, og at dei tek over dei oppgåvene som er føreslått lagt til tvangsavgrensingsnemndene. Då får vi ein klage- og kontrollinstans, forenkler delar av lova og reduserer eit stort innslag av overlappende oppgåver for klage- og kontrollorgana.

NOU 2019:5 Ny forvaltningslov - høyringsvar

Utkastet bevarer i stor grad det som er velfungerande i den noverande forvaltningslova, men det er likevel tilpassa samfunnsutviklinga i ei meir kompleks forvaltningsorganisering. Statens helsetilsyn ser på det som prisverdig at lova er utforma i eit klårt og tydeleg språk, då dette vil styrke rettstryggleiken til dei private partane på vårt område ved å gjera dei betre i stand til å forstå grunnlaget for sakshandsaminga.

Statens helsetilsyn støttar fleirtalet sitt forslag om ein generell forskriftsheimel for heilautomatisert sakshandsaming. Automatiserte prosessar er allereie ein del av norsk forvaltning. Me er, både av omsyn til rettstryggleik og det pedagogiske,

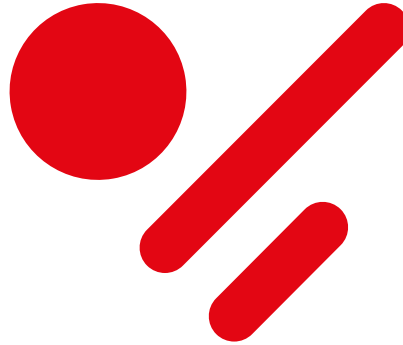
positive til at rammene for dette blir tydeleggjorte i forvaltningslova. Generelt kan heilautomatisk sakshandsaming vera eit gode for brukarane i vår sektor.

Statens helsetilsyn støttar òg ei løysing som gjev eit reelt høve til overprøving av vedtak for pasientar og brukarar i våre sektorar. For desse vil det kunna verka vilkårleg om dei har ulikt høve til overprøving av vedtak ut frå om tenesteytaren er kommunal eller ikkje.

Forslag til nasjonal rettleiing for legevakt - høyringsfråsegn

Utkastet til nasjonal rettleiing er grundig, omfattande, godt fagleg fundamentert og tek for seg alle dei sentrale delane av funksjonane til legevakta. Vi vurderer at rettleiinga blir eit godt hjelpemiddel for målgruppa og vil vere nyttig for kommunane, leiarar og tilsette i legevakttenesta. Rettleiinga vil òg vere nyttig for tilsynsmyndigheita, då ho kjem til å vere normerande for kva som er god praksis for organisering og drift av legevakttenesta.

Basert på våre tilsynserfaringar er det to hovudutfordringar som peikar seg ut: mangelfulle styringssystem og rutinar som ikkje er implementerte i organisasjonen. I høyringsnotatet blir det gjennomgåande vist til ansvaret kommunen, og den øvste leiaren hos legevakta, har for å sikre forsvarleg drift av legevakttenesta, og «Forskrift om



leining og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta» blir jamleg brukt for å understøtte dette. Legevakta er sårbar når det gjeld risiko for feil og uønskte hendingar, og eit godt kvalitetsarbeid bidreg til å redusere risikoen for uheldige hendingar.

Det er bra at det i rettleiinga blir presisert at det er kommunen sitt ansvar å sikre tilstrekkeleg bemanning ved legevakta både til behandling og til å svare på førespurnader frå publikum. Basert på tilsynserfaringane våre støttar vi tilrådingane i høyringsnotatet om bemanning og kompetansekrav, og vi støttar tilrådinga om at sjukepleiarar eignar seg godt til å bemanne mindre legevakter, då dei har ein allsidig og brei fagkompetanse. Vidare støttar vi at legen ikkje bør arbeide åleine, verken på legevaktstasjonen, under utrykking eller ved sjukebesøk, og at legevaktstasjonane derfor bør ha ei minimumsbemanning på to personar, lege og anna helsepersonell.

Vi støttar tilrådinga om at legevakta og legevaktssentralen bør ha eit system for prioritering og triagering av pasientar, for å kunne identifisere potensielt alvorleg sjuke pasientar som treng rask helsehjelp. Tilgang til avgjerdsstøtteverktøy og god opplæring i bruken av desse er viktig. Som påpeikt i rettleiinga er det òg viktig å ha eit system for å revurdere hastegrad hos pasientar som ventar.

Statens helsetilsyn meiner at nasjonale kvalitetsindikatorar er eit nyttig verkemiddel for å måle kvalitet i legevaktenesta og til kvalitetsforbetringsarbeid i verksemdene, og vi støttar at desse blir innførte.



Kunnskap om svikt er ei kjelde til betring. Tilsynet kan medverke til kvalitetsutvikling, ved at det gir høve til å formidle tilsynserfaringar til brukarar/pasientar, personell og tenester.

Forslag til ny barnevernlov - høyringsfråsegn

Helsetilsynet meiner at høyringsforslaget samla sett framstår som godt. Vi meiner det er ein styrke at den nye lova skal medverke til betre barnevernfagleg arbeid og styrkje rettstryggleiken til barn og foreldre, og at ein gjennomgåande tek omsyn til barnet sine behov. Vi meiner at intensjonen om eit styrkt barneperspektiv er heilt

avgjerande for om hjelp og tiltak etter lova er til beste for barnet.

Vi er samde med departementet i at det styrkjer rettstryggleiken til barn og unge som bur på institusjon, at krava til kvalitet i barnevernsinstitusjonar og at vilkåra for å utøve tvang og avgrensingar går fram av lova. Dette må òg implementerast i praksis. Tilsynserfaringane våre viser at mange av institusjonane ikkje har tilstrekkeleg kompetanse, verken barnefagleg kompetanse eller kompetanse om rettsforskrifta.

Helsetilsynet støttar at det går fram av lova at det skal vere ei barnevernsteneste i kvar kommune som har ansvar for tiltak etter barnevernlova, og at ansvaret om generell førebyggingsplikt blir lagt til kommunen. Vi meiner at kommunen si plikt til å innrette dette arbeidet på grunnlag av kunnskapen barnevernstenesta har om barn og unge i risiko, og det ansvaret barnevernstenesta har for ei årleg tilstandsrapportering til kommunestyret er gode grep. Vi støttar òg ei lovfesting av akuttberedskapen i kommunane. Vi meiner det er særleg sentralt å sikre ein tilgjengeleg barnevernsfagleg kompetanse når akuttsituasjonar oppstår og at kommunen innrettar beredskapsordningane sine slik at dei varetek dette. ●

Tal og fakta 2019



32	Barnevern
32	Tilsyn
34	Klager
35	Sosiale tenester i Nav
35	Tilsyn
35	Klager
36	Helse- og omsorgstenester
36	Tilsyn
37	Klager
38	Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt
40	Tilsynssaker handsama av Statens helsetilsyn
42	Varsel og operativt tilsyn
42	Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ
42	Folkehelse
42	Rekneskap og personell

Denne delen av Tilsynsmeldinga tek føre seg sentrale oppgåver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Meir materiale om desse oppgåvene blir publisert i årsrapporten frå Statens helsetilsyn og på nettstaden www.helsetilsynet.no. På nettsida finst det òg meir detaljert statistikk på dei ulike tilsynsområda.



Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med dei kommunale barneverntenestene, barneverninstitusjonane, omsorgssentera for mindreårige (under 15 år) som har søkt asyl, sentera for foreldre og barn og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Som ein del av tilsynet fører fylkesmennene kontroll med at barneverntenestene held fristar fastsette i barnevernlova. Dei handsamar òg klager på vedtak barneverntenestene gjer og klager på tvangsbruk og avgrensing av rettar i institusjonane.

Tilsyn

Tilsynssakene som inngår i tabell 1 er dei sakene fylkesmennene har avslutta på grunn av informasjon om hendingar og forhold som kan gjelde svikt i tenestene. I 2019 oppretta fylkesmennene 659 saker, ein vesentleg nedgang frå 2018 då det blei oppretta 847. Talet på avslutta saker var 702, mot 835 året før. I 2019 blei 256 overført til verksemdene for vidare oppfølging i samråd med den som hadde klaga på verksemda. Dei andre 446 sakene blei vurderte av fylkesmennene opp mot aktuelle lovkrav. Lovbrot blei konstatert i 58 prosent av sakene.

I tilsynssakene var 86 prosent av vurderingane retta mot den kommunale barneverntenesta, dei andre mot institusjonar eller Bufetat.

Det er mange kjelder til tilsynssakene. Barn var kjelde i 10 prosent, mor/far i 37 prosent, fosterforeldre i 7 prosent, annan privatperson i 9 prosent og advokat i 13 prosent av sakene.

Tabell 1 Tilsynssaker barnevern, tal på avslutta saker 2017 2019¹

Fylkesmannen i	Avslutta i 2017	Avslutta i 2018	Avslutta i 2019	Del saker i 2019 med eit eller fleire påpeikte lovbrot
Oslo og Viken	189	182	148	58%
Innlandet	71	77	29	76%
Vestfold og Telemark	35	29	18	39%
Agder	23	36	29	55%
Rogaland	56	72	60	38%
Vestland	73	52	63	70%
Møre og Romsdal	16	12	10	70%
Trøndelag	67	41	23	48%
Nordland	30	26	15	87%
Troms og Finnmark	67	58	51	59%
Heile landet	627	585	446	58%
I tillegg avslutta utan vurdering	228	250	256	

¹ Det blei innført ein ny struktur for fylkesmennene i 2019 og i tabellen er tidlegare år endra tilsvarande. Tal for fylkesmannsembeta i Buskerud, Østfold og Oslo og Akershus er slått saman til Oslo og Viken. Tal for fylkesmannsembeta i Hedmark og Oppland er slått saman til Innlandet. Tal for fylkesmannsembeta i Hordaland og Sogn og Fjordane er slått saman til Vestland. Andre samanståingar går fram av namnet på embetet.

Tabell 2 viser kva for lovreglar i barnevernlova som er blitt vurderte i tilsynssakene.

Tabell 2 Vurderte lovreglar i dei avslutta tilsynssakene mot barneverntenestene og barneverninstitusjonane i 2019		
Vurderte lovreglar	Tal gonger vurdert	Påpeikte lovbrøt
Barnevernteneste (kommunal)	974	60%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	18	6
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	212	124
Bvl. § 1-5 Barnets rett til nødvendige barneverntiltak	5	4
Bvl. § 1-6 Barnets rett til medvirkning	86	46
Bvl. § 1-7 Barnevernets plikt til å samarbeide med barn og foreldre	17	8
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	8	7
Bvl. § 4-1 Barnets beste	80	47
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	30	14
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	82	50
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	42	23
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	61	46
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	5	4
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	8	5
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	67	31
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	30	19
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	1	1
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	19	14
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	69	41
Bvl. § 6-3a Krav til begrunnelse	8	7
Bvl. § 6-4 Opplysningsplikt	3	3
Bvl. § 6-7 Taushetsplikt	12	10
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	6	4
Bvl. § 6-9 Frister	21	17
Bvl. § 7-10 annet ledd Barneverntjenestens innledning til sak	16	12
Bvl. Andre plikter	68	38
Barneverninstitusjon*	121	51%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	48	24
Bvl. § 4-1 Barnets beste	15	5
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	32	16
Bvl. Andre plikter	26	17
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	38	63%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	7	4
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	13	10
Bvl. § 4-1 Barnets beste	7	5
Bvl. Andre plikter	11	5
Sum vurderingsgrunnlag	1133	667
Sum saker vurderingane er fordelte på	446	
Sum saker med minst eitt påpekt lovbrøt		259
I tillegg saker løyste på minneleg vis gjennom lokal avklaring mellom dei involverte	256	

*Omfattar også omsorgssentre og sentre for foreldre og barn

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éi lovregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). Kravet til forsvarleg drift er den lovregelen som verksemdene blir vurderte flest gonger opp mot (bvl § 1-4), deretter omsynet til det beste for barnet (bvl. § 4-1), retten barnet har til å medverke (bvl. § 1-6), retten og plikta barneverntenesta har til å gjere undersøkingar (bvl. § 4-3), barn sine rettar under sakshandsaminga (§ 6-3) og plikta til å følgje opp barn som er tekne under omsorg av barneverntenesta (§ 4-16).

Tabell 3 gjeld forskriftspålagde tilsyn i barneverninstitusjonane. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene i kor mange institusjonar og einingar/avdelingar dei må føre tilsyn med.

Tabell 3 Tilsyn med barneverninstitusjonar utførte av fylkesmennene i 2019				
Fylkesmannen i	Tal på einingar i institusjonar 2019	Tal på gjennomførte tilsyn	Tal på samtaler med barn	Samtaldel ¹
Oslo og Viken	155	183	147	34%
Innlandet	45	99	136	68%
Vestfold og Telemark	25	61	101	57%
Agder	61	143	136	55%
Rogaland	31	68	98	54%
Vestland	55	100	106	42%
Møre og Romsdal	15	31	44	59%
Trøndelag	38	75	117	59%
Nordland	6	17	35	56%
Troms og Finnmark	26	65	88	57%
Heile landet	457	842	1008	51%

¹ Del barn det blei samtalt med, ut frå kor mange barn som var registrerte i institusjonen da tilsynet blei utført

Tilsyn med barneverninstitusjonar er forskriftspålagt og utgjer ein stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innan barnevernet. I 2019 blei det gjennomført 842 tilsyn med barneverninstitusjonane, mot 897 i 2018. Av tilsyna som blei gjennomførte i 2019 var 399 (47 prosent) umelde. Fylkesmennene førte tilsyn med til saman 155 institusjonar med 457 einingar som skulle ha to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plasserte etter dei såkalla åtferdsreglane i barnevernlova.

Samtale med barna i institusjonane er ein viktig del av desse tilsyna. Fylkesmannen skal ta kontakt med kvart einskild barn, og spørje om barnet sitt syn på opphaldet. I 2019 fekk 82 prosent av barna i barneverninstitusjonane tilbod om samtale, mot 86 prosent i 2018. Når tilbodet ikkje blir gitt til alle, kjem det av at ein del barn av ulike grunnar ikkje er til stades når tilsynet blir gjennomført. Fylkesmennene skal prøve å nå barna i ettertid med tilbod om samtale dersom dei ikkje får kontakt under tilsynsbesøket. Fylkesmennene gjennomførte samtale med 51 prosent av barna som var registrerte ved institusjonane i 2019, den same prosentdelen som i 2018. I alt blei det gjennomført 1008 samtalar, mot 1155 samtalar i 2018.

Dei fleste omsorgssentera for mindreårige asylsøkjjarar som blei oppretta i 2015 er no avvikla. I 2019 har berre to fylkesmenn ført slike tilsyn, med to senter. Det eine sentret hadde seks einingar/avdelingar, det andre tre einingar/avdelingar. Samla sett blei det gjennomført 10 tilsyn med >

> omsorgssentrene, der fire var umelde. Til samanlikning blei det i 2016 gjennomført 147 tilsyn med 95 einingar. Som del av tilsyna i 2019 hadde fylkesmennene 19 samtalar med bebuarar, eller 44 prosent av bebuarane som var registrerte ved sentera. Av dei registrerte bebuarane fekk 65 prosent tilbod om samtale med fylkesmannen, ein relativt låg prosentdel sett mot 98 prosent i 2018.

I 2019 blei det gjennomført tilsyn med 8 senter for foreldre og barn. I landet er det registrert 16 senter, og dei skal ha tilsyn minimum annakvart år. I 2018 blei det gjennomført 3 tilsyn.

Fylkesmennene har gjennomført 37 tilsyn med kommunale barneverntenester i 2019. Dei fleste var ein del av det landsomfattande tilsynet med ettervern og samarbeid mellom barnevernet og sosiale tenester i Nav.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 5 tilsyn med barneverntenester frå 2018 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2019.

Klager

Tabell 4 Avslutta klagesaker mot barneverntenester og barneverninstitusjonar 2017-2019¹

Fylkesmannen i	2017	2018	2019	
	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagaren
Oslo og Viken	178	160	226	18 %
Innlandet	68	95	100	27 %
Vestfold og Telemark	43	54	54	24 %
Agder	66	66	43	33 %
Rogaland	55	51	34	35 %
Vestland	60	82	72	26 %
Møre og Romsdal	7	6	15	27 %
Trøndelag	65	44	82	17 %
Nordland	29	42	53	25 %
Troms og Finnmark	37	60	46	24 %
Heile landet	608	660	725	23 %

¹ Det blei innført ein ny struktur for fylkesmennene i 2019 og i tabellen er tidlegare år endra tilsvarande. Tal for fylkesmannsembeta i Buskerud, Østfold og Oslo og Akershus er slått saman til Oslo og Viken. Tal for fylkesmannsembeta i Hedmark og Oppland er slått saman til Innlandet. Tal for fylkesmannsembeta i Hordaland og Sogn og Fjordane er slått saman til Vestland. Andre samanslåingar går fram av namnet på embetet.

Det er relativt få klagesaker innan barnevernet. Hovudtyngda av dei 725 realitetshandsama sakene i 2019 var klager frå barn i barneverninstitusjonar. Rettighetsforskriften, som gjeld for barneverninstitusjonar og omsorgssenter for mindreårige, gir institusjonane rett til - på visse vilkår - å bruke tvang og setje i verk avgrensingar. Av klagesakene, gjaldt 80 prosent klager frå barn i barneverninstitusjonar og omsorgssenter. Dei resterande 20 prosent gjaldt klager mot barneverntenestene på tenester og tiltak, eller mangel på slike.

I 2019 kom det inn 776 klagesaker, mot 690 året før. Fylkesmennene avslutta handsaminga av 772 saker. Av desse blei 47 avviste. Tabell 4 har berre med dei realitetshandsama sakene, altså ikkje avviste saker. Gjennomsnittleg saks-handsamingstid for dei realitetshandsama klagen frå barn i barneverninstitusjonar var 0,9 md, for klager mot barneverntenestene 2,6 md. Talet på ikkje avslutta saker (restansar) ved utgangen av året var 57, mot 53 ved utgangen av 2018.

Prosentdelen der klagaren får heilt eller delvis medhald, er høgare for forhold retta mot barneverntenestene (38 prosent) enn for forhold retta mot barneverninstitusjonane og omsorgssentera (18 prosent). Klagaren fekk medhald i 18 prosent av dei 330 vurderte reglane i klagesakene mot statlege institusjonar, 24 prosent av 226 av dei vurderte reglane i klagesakene mot private kommersielle institusjonar, og 15 prosent i dei 82 mot private ideelle institusjonar. I dei 55 vurderingane i klagesakene mot kommunale institusjonar blei det gitt medhald i 2 vurderingar. Sidan det er få klagesaker skal en vere varsam med å trekkje slutningar av utfalla. Det er mange forhold ved institusjonane, barna og klagen som verkar inn på klageomfanget og handsaminga.

I ei sak kan fleire forhold, og dermed lovreglar, bli vurderte. Tabell 5 gir ei oversikt over vurderingane, skilt mellom barneverntenestene og institusjonane. Den mest vurderte regelen er tvang i akutte faresituasjonar (rettighetsforskriften § 14).

Tabell 5 Vurderingsgrunnlag i avslutta klager på vedtak i barneverntenesta og i barneverninstitusjonar i 2019

Vurderte lovreglar	Tal gonger vurderte	Heilt eller delvis medhald for klagaren
Barneverntenester (kommunale)	163	38%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	29	17
Bvl. § 4-3 sjettede ledd Sak henlagt etter undersøkelse	23	7
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	1	0
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	74	23
Bvl. § 4-4 sjettede ledd Plass i fosterhjem/ institusjon/omsorgssenter	1	0
Bvl. Andre rettigheter	20	6
Fvl. § 21 Avslag på krav om å få gjøre seg kjent med et dokument	15	9
Barneverninstitusjonar og omsorgssentre (offentlege og private)	693	18%
Rettighetsforskr. § 13 Forbud mot tvang og makt	18	7
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte faresituasjonar	200	50
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	45	4
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	75	16
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintetgjøring eller overlevering til politiet	50	8
Rettighetsforskr. § 18 Beboernes korrespondanse	3	1
Rettighetsforskr. § 19 Rusmiddeltesting	1	0
Rettighetsforskr. § 20 Tilbakeføring ved rømming	16	1
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensingar	123	12
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	3	0
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunikasjonsmidler	93	5
Rettighetsforskr. § 25 Rusmiddeltesting - alvorlige atferdsvansker	17	2
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	49	22
Sum vurderingsgrunnlag	856	190
Sum saker vurderingene er fordelt på	725	

Statens helsetilsyn har som overordna organ ikkje handsama førespurnader om å overprøve klagesaker etter barnevernlova i 2019.

Statens helsetilsyn er klageinstans for pålegg gitt av fylkesmennene. Vi har handsama 1 klage i 2019. Klaga var frå Barne-, ungdoms- og familieetaten som hadde fått pålegg om å rette opp brot på hjelpeplikta. Vedtaket frå fylkesmannen blei stadfesta.

Sosiale tenester i Nav

Tilsyn

Tilsyn blir gjennomførte ved at fylkesmennene handsamar hendingar og forhold som dei blir kjende med gjennom klager frå einskildpersonar, informasjon frå tilsette i sosialtenesta eller andre kjelder, eller ved at det blir gjennomført planlagde tilsyn, vanlegvis som systemrevisjon.

Tradisjonelt handsamar fylkesmennene få tilsynssaker retta mot Nav-kontor. I 2019 blei det oppretta 59 saker og avslutta 63, mot høvesvis 70 og 72 i 2018. Av dei avslutta sakene blei 23 overførte til Nav-kontor for vidare oppfølging, fordi sakene var av ein slik karakter at moglege lovbrøt burde følgjast opp av verksemda sjølv i samråd med den som hadde klaga. I dei 40 sakene som fylkesmennene vurderte, blei det påpeikt lovbrøt i 63 prosent av sakene.

I 2019 gjennomførte fylkesmennene 114 tilsyn der sosiale tenester var tema. Av tilsyna var 57 systemrevisjonar, og for 57 var det brukt ein annan metodikk som oppfølging av kommunale eigenvurderingar og stikkprøver. 37 av tilsyna var ein del av det landsomfattande tilsynet retta mot ettervernet i kommunane og samarbeidet mellom barnevern-tenesta og Nav-kontora.

Dei andre systemrevisjonane har hatt tema som kvalifiseringsprogrammet og økonomisk stønad til forsørgjarar med barn.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 8 tilsyn med sosiale tenester i Nav frå 2018 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2019.

Tabell 6 Planlagde tilsyn med sosiale tenester i Nav utført av fylkesmennene i 2019

Fylkesmannen i	Systemrevisjonar	Andre metodar
Oslo og Viken	10	16
Innlandet	4	0
Vestfold og Telemark	5	0
Agder	7	0
Rogaland	3	1
Vestland	8	0
Møre og Romsdal	1	2
Trøndelag	7	38
Nordland	6	0
Troms og Finnmark	6	0
Heile landet	57	57

Klager

Det er relativt mange klager på sosiale tenester, sjølv om talet er lågt sett i forhold til vedtaka som blir gjort overfor dei om lag 133 000 mottakarane av sosialhjelp. I 2019 kom det inn 3843 klagesaker, mot 3634 i 2018. Det blei avslutta 3733 saker, og av desse blei 56 saker avviste. Talet på ikkje

avslutta saker (restansar) ved utgangen av året var 655, mot 545 ved utgangen av 2018.

Gjennom mange år har om lag fire av fem klager blitt stadfesta. Slik var det òg i 2019. Fylkesmennene endra 10 prosent av vedtaka, og oppheva 10 prosent ved at sakene blei sende tilbake til Nav-kontoret for ny handsaming.

Tabell 7 Klagesaker behandla av fylkesmennene etter lov om sosiale tenester 2017-2019¹

Fylkesmannen i	2017	2018	2019	
	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagaren
Oslo og Viken	1240	1588	1272	25 %
Innlandet	401	356	395	23 %
Vestfold og Telemark	327	317	350	17 %
Agder	234	199	269	16 %
Rogaland	364	324	318	11 %
Vestland	429	434	492	16 %
Møre og Romsdal	95	88	93	28 %
Trøndelag	163	179	204	33 %
Nordland	117	95	113	13 %
Troms og Finnmark	131	143	171	14 %
Heile landet	3501	3723	3677	21 %

¹ Det blei innført ein ny struktur for fylkesmennene i 2019 og i tabellen er tidlegare år endra tilsvarande. Tal for fylkesmannsembeta i Buskerud, Østfold og Oslo og Akershus er slått saman til Oslo og Viken. Tal for fylkesmannsembeta i Hedmark og Oppland er slått saman til Innlandet. Tal for fylkesmannsembeta i Hordaland og Sogn og Fjordane er slått saman til Vestland. Andre samanståingar går fram av namnet på embetet.

Dei fleste klagesakene gjeld økonomisk stønad, men ein del gjeld andre tema etter sosialtjenesteloven. I tabell 8 er det gitt ei oversikt over klagetema, og utfallet av sakene som fylkesmennene har handsama.

Tabell 8 Vurderingane til fylkesmennene i klagesaker etter sosialtjenesteloven i 2019

Vurderte reglar i sosialtjenesteloven	Tal gonger vurderte	Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren
Lovens virkeområde § 2 (personar utan fast bustad i Noreg)	106	25 %
Opplysning, råd og veiledning (§ 17)	17	18 %
Stønad til livsopphold (§ 18)	3311	19 %
Stønad i særlege tilfeller (§ 19)	191	6 %
Bruk av vilkår (§ 20)	44	39 %
Midlertidig botilbud (§ 27)	19	42 %
Kvalifiseringsprogrammet (§§ 29-40)	30	20 %
Andre tema i sosialtjenesteloven	181	36 %
Sum vurderingsgrunnlag	3899	20
Tal saker som vurderingane er fordelte på	3677	

Statens helsetilsyn fekk som overordna organ ingen klagesaker til overprøving i 2019.

Helse- og omsorgstenester

Tilsyn med helse- og omsorgstenestene blir utført dels av fylkesmennene, dels av Statens helsetilsyn. I gjennomgangen nedanfor tek vi først føre oss tilsyn og klagesaker som fylkesmennene har utført og handsama, deretter oppgaver utførte av Statens helsetilsyn.

Tilsyn

Tilsynssaker er saker som er handsama på grunn av klager frå pasientar, pårørende og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene. For heile landet kom det inn 3851 nye tilsynssaker innan helse- og omsorgstenester i 2019. Det er 2 prosent færre enn i 2018, då det kom inn 3944 saker. Talet på avslutta saker var 3958 i 2019, mot 3742 året før. Dermed har talet på tilsynssaker under arbeid (restansar) hos fylkesmennene gått ned frå 2178 ved byrjinga av året til 2071 ved utgangen av 2019. Dette gir ein reduksjon på 5 prosent.

Tabell 9 Tilsynssaker helse- og omsorgstenester tal på avslutta saker hos fylkesmennene 2017 2019¹

Fylkesmannen i	Avslutta 2017	Avslutta 2018	Avslutta 2019	Av sakene i 2019	
				har desse eitt eller fleire påpekte lovbrøt	er desse sende til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon
Oslo og Viken	777	889	881	326	91
Innlandet	251	281	264	106	28
Vestfold og Telemark	234	252	238	147	13
Agder	160	198	170	72	13
Rogaland	214	223	234	74	15
Vestland	376	413	394	138	16
Møre og Romsdal	85	135	107	34	14
Trøndelag	281	234	307	113	29
Nordland	137	135	120	46	14
Troms og Finnmark	185	179	215	95	11
Heile landet	2700	2939	2930	1151	244
I tillegg avslutta utan vurdering	752	803	1028		

¹ Det blei innført ein ny struktur for fylkesmennene i 2019 og i tabellen er tildelgare år endra tilsvarende. Tal for fylkesmannsembeta i Buskerud, Østfold og Oslo og Akershus er slått saman til Oslo og Viken. Tal for fylkesmannsembeta i Hedmark og Oppland er slått saman til Innlandet. Tal for fylkesmannsembeta i Hordaland og Sogn og Fjordane er slått saman til Vestland. Andre samanslåingar går fram av namnet på embetet.

Fylkesmennene konstaterte eitt eller fleire lovbrøt i 39 prosent av sakene (1151 av 2930). I tillegg blei 244 saker (8 prosent) vurderte å vere av ein slik alvorsgrad at dei blei sende vidare til Helsetilsynet for å få vurdert ein administrativ reaksjon mot helsepersonell. Prosentdelen av saker med lovbrøt er den same som i 2018, men delen saker som er sende vidare er redusert med 4 prosentpoeng frå føregåande år.

Tabell 10 Vurderingsgrunnlag i avslutta tilsynssaker hos fylkesmennene i 2019

	2019	2019
Regel i helsepersonelloven	Tal på vurderingar	Av desse er det konstatert lovbrøt eller grunnlag for oversending til Statens helsetilsyn
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	105	35
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjonar (§ 4)	34	19
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	135	86
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	919	371
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	11	7
Informasjon (§ 10)	51	25
Organisering av virksomhet (§ 16)	129	100
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	248	143
Pasientjournal (§§ 39-45)	227	176
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	25	18
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	60	52
Andre pliktreglar i helsepersonelloven	157	104
Regel i spesialisthelsetjenesteloven		
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	1184	429
Journal- og informasjonssystemer (§ 3-2)	24	11
Informasjon (§ 3-11)	55	30
Andre pliktreglar i spesialisthelsetjenesteloven	55	35
Regel i helse- og omsorgstjenesteloven		
Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (§§ 3-1, 3-2, 3-2a)	63	26
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	736	307
Informasjon (§ 4-2a)	25	14
Plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	28	22
Andre pliktreglar i helse- og omsorgstjenesteloven	61	32
Pliktreglar i anna helselovgeving	106	55
Sum vurderingsgrunnlag	4438	2097
Tal på saker vurderingane er fordelte på	2930	1395

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éi pliktregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). Talet på vurderingsgrunnlag gjekk ned i 2019 til 4438 frå 4529 året før. Det er plikta til å gi forsvarlege helsetenester som oftast blir vurdert. Plikta til å yte forsvarlege tenester er både ei individuell plikt (helsepersonelloven § 4) og ei plikt som verksemdar har (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Samla sett gjaldt 70 prosent av vurderingane ei av desse reglane. Denne prosentdelen er som i dei fire føregåande åra.

I 2019 gjennomførte fylkesmennene 222 planlagde tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstenesta, mot 185 i 2018. Av tilsyna som blei gjennomførte i 2019 var 144

systemrevisjonar, og 48 av desse blei gjennomførte som ledd i det landsomfattande tilsynet retta mot miljøretta helsevern i barnehagar og skular. I dei 96 systemrevisjonane som ikkje var del av det landsomfattande tilsynet, var 27 tilsyn med kommunal beredskapsplikt og helseberedskap, 15 tilsyn med bruk av tvang i sjukeheim mot personar utan samtykkekompetanse, 15 tilsyn med andre tema i sjukeheim, 8 tilsyn med bruk av tvang mot personar med utviklingshemming, 6 tilsyn med avlastningstiltak til barn og unge, og 25 tilsyn med andre tema.

I tillegg blei det gjennomført 78 tilsyn som ei oppfølging av kommunale eigenvurderingar, stikkprøver eller ved bruk av andre tilsynsmetodar.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 53 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester frå 2018 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2019.

Tabell 11 Planlagde tilsyn med helse- og omsorgstenester utførte av fylkesmennene i 2019

Fylkesmannen i	Tilsyn i kommunar		Tilsyn i spesialisthelsetjenesta	
	Systemrevisjonar	Andre metodar	Systemrevisjonar	Andre metodar
Oslo og Viken	12	0	2	0
Innlandet	28	3	2	1
Vestfold og Telemark	11	0	1	0
Agder	26	1	2	4
Rogaland	3	5	3	3
Vestland	26	1	3	0
Møre og Romsdal	5	13	0	5
Trøndelag	23	52	1	7
Nordland	5	3	0	0
Troms og Finnmark	5	0	0	0
Heile landet	144	78	14	20

I 2019 gjennomførte fylkesmennene 34 planlagde tilsyn i spesialisthelsetenesta, mot 56 i 2018. Av tilsyna som blei gjennomført i 2019 var 14 systemrevisjonar. Dei fleste var ein del av det landsomfattande tilsynet med utlokaliserte pasientar. Av dei 20 tilsyna som ikkje var systemrevisjonar, var 14 oppfølging av verksemder. Resten var stikkprøver, eigenvurderingar og annan tilsynsmetodikk.

I tilsyn retta mot spesialisthelsetenesta er det vanleg å setje saman tilsynslag frå fleire fylkesmenn i ein region. Fylkesmennene har dermed vore involverte i fleire tilsyn enn fylkesfordelinga viser.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 12 tilsyn med spesialisthelsetenester frå 2018 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2019. Av desse er 9 frå det landsomfattande tilsynet med sepsis som er følgt opp etter ein særskilt plan med gjennomgangar 8 og 14 månader etter tilsynet.

Klager

Fylkesmannen er klageinstans når ein person ikkje får oppfylt rettane som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven og anna helse- og omsorgslovgiving. Den som har ansvaret for tenesta (kommunen, sjukehuset/helseføretaket osv.) skal ha vurdert saka på nytt, før fylkesmannen handsamar klaga.

Tabell 12 Klager på manglande oppfylting av rettar etter lovgivinga om helse- og omsorgstenester. Talet på avslutta saker hos fylkesmennene 2017-2019¹

Fylkesmannen i	2017	2018	2019	
	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagaren ²
Oslo og Viken	939	1100	1922	21 %
Innlandet	169	244	409	22 %
Vestfold og Telemark	248	213	574	21 %
Agder	158	220	400	20 %
Rogaland	201	281	298	23 %
Vestland	507	549	1011	12 %
Møre og Romsdal	121	163	323	25 %
Trøndelag	306	335	614	13 %
Nordland	162	360	558	11 %
Troms og Finnmark	254	342	571	17 %
Heile landet	3065	3807	6680	18

¹ Det blei innført ein ny struktur for fylkesmennene i 2019 og i tabellen er tidlegare år endra tilsvarande. Tal for fylkesmannsembeta i Buskerud, Østfold og Oslo og Akershus er slått saman til Oslo og Viken. Tal for fylkesmannsembeta i Hedmark og Oppland er slått saman til Innlandet. Tal for fylkesmannsembeta i Hordaland og Sogn og Fjordane er slått saman til Vestland. Andre samanslåingar går fram av namnet på embetet.

² Delen saker der fylkesmannen anten endra vedtak i førsteinstansen heilt eller delvis, eller sende saka tilbake til førsteinstansen for ny handsaming på grunn av formelle feil i handsaminga til førsteinstansen

Talet på saker har gått vesentleg opp også i 2019. Medan oppgangen var 24 prosent i 2018, steig han til 75 prosent i 2019, frå 3807 til 6680 saker.

I 18 prosent av sakene fekk den som klaga medhald, anten ved at fylkesmannen endra vedtaket til fordel for klagaren, eller ved at fylkesmannen sende saka tilbake for ny handsaming. Dette er ein svak nedgang frå året før då denne delen var 24 prosent.

Det blir klaga mest på manglande refusjon av reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). Talet på slike saker har auka betydeleg dei to siste åra. I 2017 var det 949 slike saker. Dette auka til 1706 saker i 2018 og vidare til 4235 saker i 2019. Dette forklarar auken i det samla talet på klagesaker knytt til helse- og omsorgstenester.

Tabell 13 Klager på manglande oppfylging av rettar etter lovgivinga om helse- og omsorgstenester. Talet på vurderingar i avslutta saker hos fylkesmennene i 2019.

	2019	
	Tal på vurderingar	Av desse med heilt eller delvis medhald for klagaren
Pasient- og brukarrettighetsloven (Pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen		
- augeblikkeleg hjelp	1	
- helsetenester i heimen	83	28
- plass i sjukeheim	141	52
- plass i annan institusjon	44	12
- praktisk bistand og opplæring	139	65
- støttekontakt	171	53
- brukarstyrt personleg assistanse	279	110
- omsorgslønn	390	182
- avlastningstiltak	197	108
- kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	102	34
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	671	135
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	10	2
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	6	5
Pbrl. § 2-4. Rett til fritt behandlingsvalg	7	3
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	19	5
Pbrl. § 2-6. Dekning av utgifter til pasientreiser	4235	357
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	27	8
Pbrl. kapittel 4. Samtykke til helsehjelp	1	
Pbrl. kapittel 5. Rett til journalinnsyn	77	28
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til tannhelsehjelp	1	1
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstenester	143	33
Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjoner	1	
Andre lovparagrafar som gir rettar på helse- og omsorgsområdet	35	12
Sum vurderingsgrunnlag*	6780	1233
Tal saker som vurderingane er fordelte på	6680	1195

*Nokre av sakene omfattar vurderingar opp mot meir enn éin regel om rettar. Derfor blir summen av vurderingane større enn summen av talet på saker.

Det er ikkje høve til å klage på fylkesmannen sitt vedtak i ei rettsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saka som overordna forvaltningsorgan, jf. forvaltningslova § 35. Statens helsetilsyn har i 2019 handsama 5 slike saker. I ei sak oppheva vi vedtaket frå fylkesmannen, i 1 anna sak gjorde vi om på vedtaket frå fylkesmannen og i 3 andre saker fann vi ikkje grunnlag for å overprøve vedtaket frå fylkesmannen.

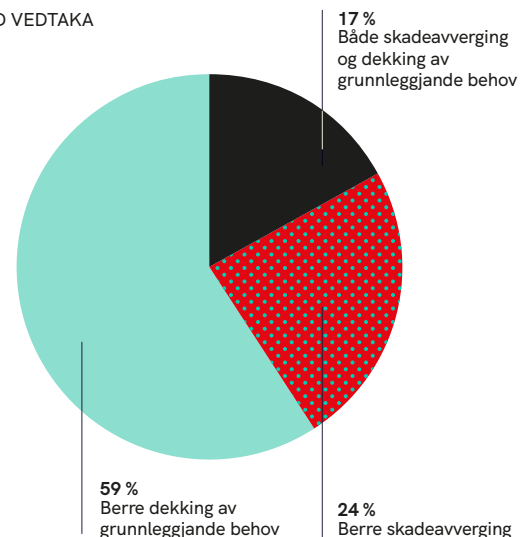
Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruken av tvang overfor personar med utviklingshemming. Føremålet er å unngå eller redusere bruken av tvang, hindre at personar utset seg sjølve eller andre for vesentleg skade og sikre at personar får dekt grunnleggjande behov. Som tvang blir rekna både tiltak som personen ikkje ønskjer, og tiltak som objektivt er å rekne som tvang. Tiltaka er grovt delt inn i to grupper: skadeavverjande tiltak og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova hjå tenestemottakaren, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Fylkesmannen må godkjenne vedtaket før ein kan setje i verk tvangstiltak. I 2019 overprøvde fylkesmannen 1653 vedtak, mot 1667 året før. 1528 av vedtaka blei godkjende.

Figur 1
Formål med vedtak om tvang overfor personar med utviklingshemming 2019

FORMÅL MED VEDTAKA



I 59 prosent av vedtaka var føremålet berre å dekkje grunnleggjande behov, i om lag ein fjerdedel (24 prosent) var føremålet berre skadeavverjing, medan om lag ein sjettedel av vedtak (17 prosent) hadde begge føremåla. Denne fordelinga skil seg lite frå 2018.

Ved utgangen av 2019 var det vedtak med verksame tvangstiltak overfor 1410 personar, det same talet som ved utgangen av 2018. Det var 39 prosent kvinner og 61 prosent menn. Dette er svært nær den same kjønnsfordelinga som i 2018. Dei godkjende vedtaka i 2019 omfatta 3450 einskildtiltak, mot 3273 i 2018.

Dei vanlegaste tiltaka for å dekkje grunnleggjande behov er å avgrense tilgangen til mat, drikke, nyttingsmiddel og egedelar, hindre tilgang til vatn/eigedelar, låse dør/vindaug, ha varslingsystem for utgang, utføre tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl- og hårklipp og liknande).

Blant tiltaka som blir kategoriserte som skadeavverjande er dei vanlegaste å halde, føre, skjerme, hindre tilgang til vatn/eigedelar og nedleggje.

**Tabell 14** Tvang og makt overfor personar med utviklingshemming i 2019, helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

Fylkesmannen i	Skadeavverjande tvangstiltak i nødsituasjonar		Vedtak om tvang som skadeavverjande tiltak og tiltak for å dekkje grunnleggande behov				Tal på personar med godkjende vedtak per 31.12.2019	Tal på tilsyn på staden
	Tal på melde tiltak	Tal på personar som tiltaka gjaldt	Tal på overprøvde vedtak	Del overprøvd innan 3 md.	Tal på godkjente vedtak	Godkjente vedtak med innvilga dispensasjon		
Oslo og Viken	8411	555	403	6%	353	247	343	10
Innlandet	1635	106	182	92%	178	166	176	21
Vestfold og Telemark	972	88	138	72%	130	113	119	3
Agder	250	68	138	96%	136	108	127	27
Rogaland	7135	110	165	14%	143	136	135	4
Vestland	2320	162	277	75%	273	164	224	49
Møre og Romsdal	878	52	124	44%	102	65	90	7
Trøndelag	2046	92	142	96%	136	65	130	18
Nordland	82	26	51	92%	49	41	39	8
Troms og Finnmark	2976	39	33	55%	28	25	27	2
Heile landet	26705	1298	1653	55%	1528	1130	1410	149

Fylkesmennene registrerte også skadeavverjande tiltak i enkelte nødsituasjonar jf. helse- og omsorgstjenestelova § 9-5 tredje ledd bokstav. I 2019 blei det registrert 26 705 tiltak mot 24 284 i 2018. Samla sett var det 1298 personar som var utsette for skadeavverjande tiltak i nødsituasjonar, mot 1358 i 2018.

Det er vanlegvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2019 blei det registrert 8 klager på avgjerder om tvang i nødsituasjonar og overprøvde vedtak, mot 13 i 2018.

I 2019 gjennomførte fylkesmennene 149 stadlege tilsyn for å kontrollere godkjende tvangstiltak eller undersøkje forholda der fylkesmannen anten kjenner til, eller reknar med, at det blir brukt tvang. I 2018 blei det gjennomført 228 stadlege tilsyn. Det er ein nedgang på 35 prosent.

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjeld somatisk helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelp. Pasientane det gjeld er hovudsakleg demente og utviklingshemma. Helsetenesta skal gjere vedtak om bruk av tvang. Det skal sendast ein kopi av vedtaket til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre eller oppheve det. I 2019 gjekk fylkesmennene gjennom 4719 vedtak mot 4412 året før.

Dersom det ikkje er klaga på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpa varer, skal fylkesmannen av eige tiltak vurdere om det framleis er trong for helsehjelpa når det er gått tre månader frå vedtaket blei gjort. Eit vedtak varer i maksimalt eitt år. Når vedtakstida er over, må verksemda vurdere situasjonen på nytt og eventuelt gjere eit nytt vedtak. Talet på tremånadersgjennomgangar hos fylkesmennene i 2019 var 1870 mot 1666 året før.

Fylkesmennene oppheva eller endra 10 prosent av vedtaka som blei gjennomgått då dei kom inn, og 19 prosent av vedtaka under den nye gjennomgangen etter tre månader. Desse prosentdelane er svært nær dei tilsvarande delane i 2018. Det er svært få klager på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, mindre enn éin prosent. I 2019 blei det handsama 18 klager, medan det blei handsama 13 klager året før.

Statens helsetilsyn har i 2019 handsama 2 klager på vedtak fylkesmennene har gjort etter kapittel 4 A.

Tabell 15 Fylkesmennenes behandling av vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A i 2019

Fylkesmannen i	Tvungen helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse. Gjennomgåtte vedtak i 2019				Behandla klager på vedtak
	Gjennomgang ved inntekt		Fornya gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		
	Tal	Del oppheva eller endra	Tal	Del oppheva eller endra	Tal
Oslo og Viken	1097	10%	313	24%	3
Innlandet	423	12%	190	16%	1
Vestfold og Telemark	513	10%	226	10%	5
Agder	251	8%	137	31%	2
Rogaland	249	28%	64	27%	2
Vestland	501	15%	170	11%	4
Møre og Romsdal	245	5%	136	7%	0
Trøndelag	693	6%	255	11%	1
Nordland	449	3%	261	40%	0
Troms og Finnmark	298	4%	118	4%	0
Heile landet	4719	10%	1870	19%	18

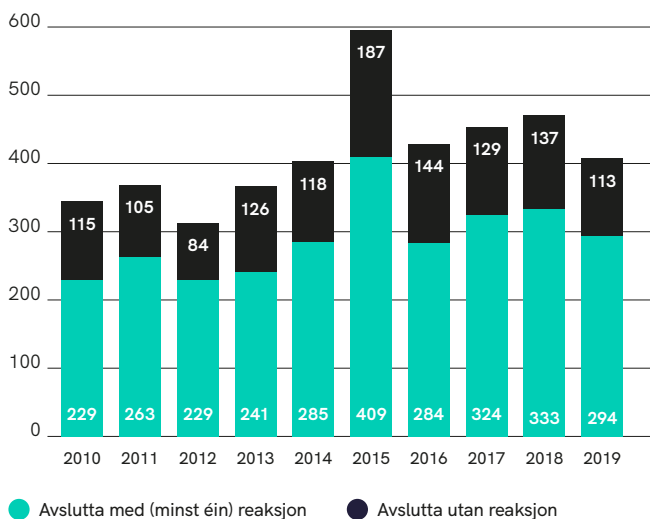
Tilsynssaker handsama av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn handsamar dei alvorlegaste tilsynssakene, som i all hovudsak blir sende vidare frå fylkesmennene. I 2019 avslutta vi 407 saker mot helsepersonell og verksemder i helse- og omsorgstenesta, det tilsvarande talet året før var 470. Median sakshandsamingstid i 2019 var 4,5 månader, mot 4,6 månader i 2018.

Vi fekk 340 nye saker til handsaming i 2019, mot 475 i 2018. Per 31. desember 2019 var 146 saker til handsaming, det tilsvarande talet året før var 213.

I 2019 kravde vi påtale mot 12 personell og mot 6 verksemder. I 18 saker fann vi ikkje grunnlag for å krevje påtale mot personell eller mot verksemder. I 294 av dei avslutta sakene gav vi til saman 269 reaksjonar retta mot helsepersonell og påpeikte lovbrøt overfor 51 verksemder. I dei andre 113 sakene gav vi verken reaksjonar mot helsepersonell eller påpeikte lovbrøt overfor verksemder.

Figur 2
Tal på avslutta tilsynssaker og reaksjonar



Reaksjonar mot personell

I 2019 mista 136 helsepersonell til saman 145 autorisasjonar. Tilsvarande tal for 2018 var 161 autorisasjonar. Den vanlegaste årsaka til at vi kalla tilbake autorisasjonen, er som i tidlegare år misbruk av rusmiddel og åtferd som blir rekna å vere i strid med yrkesutøvinga. Døme på slik åtferd er tjuveri av legemiddel, narkotikalovbrøt og vald.

Vi kalla tilbake autorisasjonen til 10 helsepersonell der uforsvarleg verksemd i form av sviikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar var det einaste grunnlaget – mot 11 tilbakekallingar i 2018. For 31 tilbakekallingar var sviikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar eitt av fleire grunnlag for tilbakekallinga – der rusmiddelbruk var det hyppigaste tilleggsgrunnlaget.

Statens helsetilsyn avgrensa i 2019 autorisasjonen til 20 helsepersonell i medhald av helsepersonellova §§ 59 og 59 a. For 9 helsepersonell var grunnlaget sviikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar. Ut over dette mista 9 legar rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B heilt eller delvis på grunn av uforsvarleg rekvirering.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 24 helsepersonell medan saka vart handsama. Vi forlengde suspensjonen til 7 helsepersonell.

Det var 18 helsepersonell som gav frivillig avkall på autorisasjonen, og 6 legar som gav frivillig avkall på rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B. I 2019 bad Helsetilsynet om ei sakkunnig vurdering i 9 avslutta saker. Vidare påla vi 5 helsepersonell sakkunnig medisinsk eller psykologisk undersøking, jf. helsepersonellova § 60.

Søknader om ny/avgrensa autorisasjon og ny rekvireringsrett

I 2019 handsama Statens helsetilsyn 151 søknader frå 131 helsepersonell. Vi gav heilt eller delvis medhald til 71 søknader og av slo 92. Når ein søknad gjeld både ny og avgrensa autorisasjon, blir begge utfalla registrerte. Summen av talet på godkjenningar og avslag er derfor høgare enn talet på handsama søknader.

Vi gav 23 helsepersonell ny autorisasjon utan avgrensingar og 23 fekk avgrensa autorisasjon til å utøve verksemda si under særlege vilkår. Vi oppheva etter søknad avgrensingane i autorisasjonen til 23 helsepersonell. To legar fekk tilbake rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B.

Klage på vedtak

I 2019 sende Helsetilsynet vidare 79 klager på vedtak til Helseklage ved Statens helsepersonellnemnd (HPN), det same talet som i 2018. Av desse klagene var 63 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 6 suspensjonsvedtak. Det var 16 klager som gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon / avgrensa autorisasjon.

HPN handsama 109 klager på vedtaka våre i 2019. Dei stadfesta 96 vedtak, gjorde om på 8 vedtak heilt eller delvis, og oppheva 5 vedtak. Vidare avviste dei 1 klage.

Reaksjonar mot verksemder

Dei fleste tilsynssakene mot verksemder blir avslutta av fylkesmennene. Talet på slike saker som er handsama av Statens helsetilsyn er derfor relativt lågt samanlikna med det samla talet på avslutta saker.

I 2019 handsama Statens helsetilsyn 70 saker som inkluderte 81 verksemder i spesialisthelsetenesta og i den kommunale helse- og omsorgstenesta, mot 79 saker og 84 verksemder i 2018. Vi påpeikte brot på helse- og omsorgslovgivinga overfor 51 verksemder, mot 49 i 2018. I 7 av sakene fann ein brot på opplysningsplikta til tilsynsmyndigheita; 5 saker i spesialisthelsetenesta og 2 i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Statens helsetilsyn gav 3 pålegg med heimel i helseforskningsloven § 51 i 2019. Det eine pålegget gjaldt stans av 2 forskingsprosjekt, og sletting av personopplysningar. Vi gav vidare pålegg om å leggje ned 1 biobank, og påla 1 forskingsprosjekt å slette personopplysningar. Vi gav 1 varsel om tvangsmulkt med heimel i helseforskningsloven § 53 til ei verksemd som ikkje hadde oppfylt pålegget vi hadde gitt innan den fastsette fristen.

Vi gav varsel om tvangsmulkt til 5 verksemder som ikkje hadde oppfylt opplysningsplikta til tilsynsmyndigheita, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Sakene er avslutta då verksemdene etter pålegg oppfylte opplysningsplikta. Vi gav ikkje pålegg om retting eller stenging og fastsette heller ikkje tvangsmulkt med heimel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.



Tabell 16 Administrative reaksjonar mot helsepersonell 2017- 2019

	Åtvaring			Avgrensa autorisasjon eller lisens			Tilbakekalling av autorisasjonen eller lisensen			Tap av rekvireringsretten heilt eller delvis			Sum 2017	Sum 2018	Sum 2019
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019			
Legar	59	78	52	12	11	11	47	45	40	7	8	9	125	142	112
Tannlegar	3	4	2				2	6	1				5	10	3
Psykologar	6	1	2	1		1	2	3	3				9	4	6
Sjuepleiarar	18	17	20	3	3	5	70	60	49				91	80	74
Jordmødrer	1	1	1						1				1	1	2
Fysioterapeutar	4	2	3		1		2	5	1				6	8	4
Vernepleiarar	2		2	1	1	1	8	3	5				11	4	8
Hjelpepleiarar/ omsorgsarbeidarar/ helsefagarbeidarar		9	8	1		2	22	31	33				36	40	43
Anna autorisert helsepersonell	13	5	5				7	8	12				7	13	17
Sum	106	117	95	18	16	20	160	161	145	7	8	9	291	302	269

Tabell 17 Årsak til tilbakekalling av autorisasjon i 2019

Årsaker til tilbakekalling ¹ av autorisasjon/lisens	Legar	Sjuepleiarar	Hjelpepleiarar/ omsorgsarbeidarar/ helsefagarbeidarar	Andre	Sum
Helsefagleg svikt i yrkesutøvinga	7	13	15	6	41
Ikkje innretta seg etter åtvaring	5			1	6
Rusmiddelbruk	13	32	19	10	74
Legemiddeltjuveri	2	16	13	6	37
Seksuell utnytting av pasient/bruker	2			2	4
Rollesamanblanding		1	3	2	6
Anna åtferd i yrkesutøvinga	2	3	8	7	20
Anna åtferd utanfor yrkesutøvinga	3	7	6	4	20
Sjukdom	4	1		3	8
Mista godkjenning i utlandet	11	4	2	1	18
Sum årsaker/vurderingsgrunnlag for tilbakekall	49	77	66	42	234
Tal på tilbakekalla autorisasjonar/lisensar²	40	49	33	23	145
Tal på helsepersonell					136

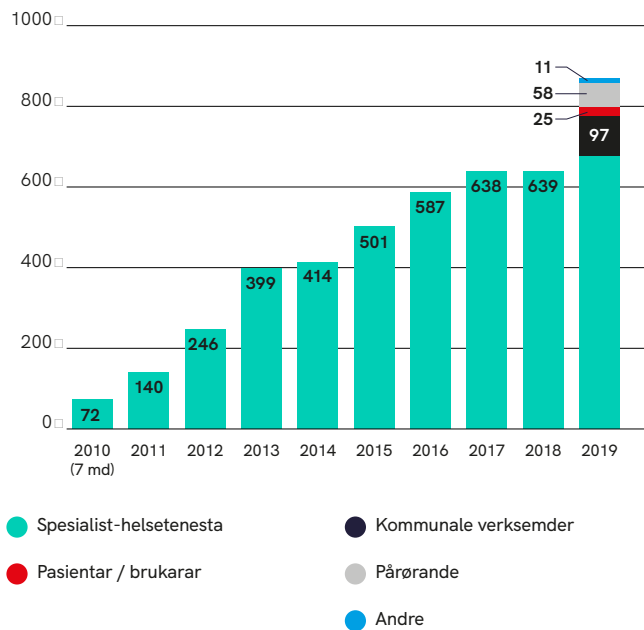
¹ Det kan være fleire grunnar til at autorisasjonen blir kalla tilbake i ei enkelt sak. I tabellen kjem det fram kva grunnlaget var for å kalle tilbake autorisasjonen. I enkelte saker var det fleire grunnlag som kvar for seg ville ha vore tilstrekkeleg for tilbakekalling. Talet på grunnlag er derfor høgare enn talet på tilbakekalla autorisasjonar.

² I enkelte saker har eit og same helsepersonell fått fleire autorisasjonar tilbakekalla (f. eks både autorisasjon som sjuepleiar og hjelpepleiar). Talet på tilbakekalla autorisasjonar er derfor litt høgare enn talet på helsepersonell.

Varsel og operativt tilsyn

Frå 1. juli 2019 blei varselordninga endra slik at alle verksemdar som yter helse- og omsorgstenester fekk varslingsplikt, og pasientar/brukarar og næraste pårørande fekk varslingsrett. Dette følgjer av helse-tilsynsloven § 6. Fram til dette tidspunktet hadde berre verksemdar i spesialisthelsetenesta varslingsplikt. I 2019 fekk Statens helsetilsyn inn 869 varsel, samanlikna med 639 i 2018. Auken kjem hovudsakleg av at varselordninga blei utvida frå 1. juli 2019.

Figur 3
Tal på varsel fordelt på år



Avdelinga for varsel og operativt tilsyn følgjer opp varsla om alvorlege hendingar på fleire ulike måtar. Alle varsel blir opplyste ved å hente inn informasjon om hendinga, og ein avgjer så om det er grunn til å følgje opp saka gjennom tilsyn frå Helsetilsynet eller fylkesmannen.

Tabell 18 Tal på varsel fordelte på korleis varsla er følgd opp

Korleis varsla er følgde opp	2017	2018	2019
Oppfølging hos fylkesmannen	248	290	372
Tilsyn på staden frå Statens helsetilsyn	13	18	13
Førespurnad om forklaring frå verksemda (sjukehus, helseføretak, kommunal verksemd)	17	0	6
Annan tilsynsmessig oppfølging	2	2	2
Avslutta etter innleiande undersøkingar	358	327	474
Ikkje ferdigbehandla		2	2
Totalt	638	639	869

Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ

Statens helsetilsyn fører jamlege tilsyn etter blodforskriften, forskrift om handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon. I 2019 blei det gjennomført til saman 16 tilsyn som femna om tilsynsbesøk ved 26 avdelingar og dokumenttilsyn ved 7 avdelingar/einingar innan ulike fagområde. Forskrift om humane organer til transplantasjon stiller ikkje krav til tilsynsfrekvens, og vi har ikkje gjennomført planlagde tilsyn med donorsjukehus og transplantasjonsverksemd i 2019. Vi har følgd opp området ved å vere med på ulike møte innan dette fagområdet, og gjennom eitt stadleg tilsyn etter ei alvorleg hending ved eit donorsjukehus.

Tabell 19 Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2019

Område det er ført tilsyn med	Tal på besøkte avdelingar	Tal på dokumenttilsyn	Tal på avvik	Aktivitet
Blod	14	0	6	Blod og blodkomponentar
Celler og vev	12	7	4	Egg, sæd, embryo, bein-, brusk- og senevev, navlestrengsblod, hornhinner, amnionhinner, sclera, smittetesting av donorar, kraniebein, stamceller og produkter som inneheld humant materiale
Organ	0	0	0	Organdonasjon og transplantasjon
Totalt	26	7	10	Blod, celler, vev og organ

Folkelohelse

Temaet for det landsomfattande tilsynet i 2019 var korleis kommunane vareteik det tilsynsansvaret dei har med miljøretta helsevern i barnehagar og skular. Fylkesmennene i landet har gjennomført tilsyn i til saman 50 kommunar. Det blei konkludert med lovbrøt i 4 av 5 tilsyn. Statens helsetilsyn publiserer ein oppsummeringsrapport våren 2020.

I 2019 handsama fylkesmennene 26 klagesaker om miljøretta helsevern.

Rekneskap og personell

Budsjettet tildelt for Statens helsetilsyn var 155,7 millionar kroner. Rekneskapen for 2019 viste eit mindreforbruk på 2,7 millionar kroner.

I 2019 var det 104 utførte årsverk i Statens helsetilsyn.

Rapport frå Helsetilsynet

Det å reise vasker øynene.

Gjennomgang av 106 barnevernssaker.
Rapport fra Helsetilsynet 2019, unummerert.

Når muligheten til å gi kan redde liv.

Oppsummeringsrapport etter tilsyn med donorsykehus og transplantasjonsvirksomhet 2015-2018.
Rapport fra Helsetilsynet 1/2019.

Saman om betre tilsyn.

Tilrådingar om brukarinvolvering i tilsyn.
Rapport 2/2019.

Barnas hjem. Voksnes ansvar.

Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018.
Rapport 2/2019.

Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser.

Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018.
Rapport 4/2019.

Et stykke igjen til likeverdige tjenester.

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Rapport 5/2019.

Det heng dårleg saman.

Landsomfattande tilsyn i 2017-2018 med kommunale tenester til personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidning - oppsummeringsrapport.
Rapport 6/2019.

Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse. Rapport 7/2019.

Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene. Pasienter med sepsis - får de raskere behandling i akuttmottak?

Oppfølging av landsomfattende tilsyn 2016-2018. Rapport 8/2019.

Når barn trenger mer. Omsorg og rammer.

Rapport fra Helsetilsynet 9/2019.

Tvangsbruk i barneverninstitusjoner.

Rapport 10/2019.





www.helsetilsynet.no

Nettstaden til Statens helsetilsyn er laga for alle som arbeider med eller har ansvar for barnevern, sosiale tenester eller helse- og omsorgstenester. Andre viktige målgrupper er pasientar, brukarar, pårørande og journalistar.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health Supervision
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
T: (+47) 21 52 99 00
E: postmottak@helsetilsynet.no
Besøksadresse: Møllergata 24
Mars 2020

På nettstaden finn du:

- Krava styresmaktene stiller til tenester: Lover, forskrifter, rundskriv og andre dokument som uttrykkjer korleis styresmaktene forstår lover og forskrifter.
- Resultat av det arbeidet tilsynsorgana driv: Tilsynsrapportar, vedtak i enkeltsaker, serien Rapport frå Helsetilsynet, rapportar frå avdeling for varslar og operativt tilsyn, andre publikasjonar, høyringsfråsegner, andre brev og artklar.
- Informasjon om rettane og høva til å klage befolkninga har i møte med barnevern-, sosial- og helse- og omsorgstenestene.
- Informasjon om korleis tilsynsorgana arbeider: Metodar, kunnskapskjelder, tilsynsplanar, oppgåver, mynde og organisering.