

## HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene



# Innhold

|  |       |
|--|-------|
| Leve med konflikter . . . . .  | 3     |
| Når eldre får hjerneslag – er behandlinga god nok? . . . . .                       | 5–6   |
| Tvungen helsehjelp i sjukeheimar . . . . .   | 7–8   |
| Barn som døyr eller får alvorleg skade under fødsel . . . . .                      | 9     |
| Barnevernet snakkar for lite med barna . . . . .                                   | 11–12 |
| Pasientar og pårørende si rolle i tilsynssaker . . . . .                           | 13    |
| Korleis etterlever helsepersonell opplysningsplikta si til barnevernet? . . . . .  | 14    |
| Psykisk helsevern til barn under barnevernet – grunn til uro? . . . . .            | 15    |
| Når barn er pårørende – ei kartlegging i Aust-Agder . . . . .                      | 15    |
| Dei usynlege barna . . . . .   | 17    |
| Kva skjer med barna i Nav? . . . . .   | 17    |
| Helsestasjonsverksemda – god kommunal styring av tenesta? . . . . .                | 18    |
| Uønskte hendingar i fødselsomsorga . . . . .                                       | 19    |
| LAR-pasientar – ikkje som andre pasientar? . . . . .                               | 20–21 |
| Behandling av skrøpelege eldre pasientar med hoftebrot . . . . .                   | 21    |
| Ringverknader av tilsyn – kunnskap om sårbarheit og svikt på dagsordenen . . . . . | 22    |
| Tilsyn og læringsdialog . . . . .  | 22–23 |
| Læringsnettverk om legemiddelbehandling . . . . .                                  | 23    |
| Når svikta ligg i systema . . . . .  | 25–30 |
| Tannskader i sjukehus . . . . .  | 31    |
| Utrykningsgruppa – trussel eller støtte . . . . .                                  | 32–33 |
| Forsvarlege helsetenester til norsk militært personell i utlandet . . . . .        | 33    |
| Dei unge stemmene . . . . .  | 34    |
| Landsomfattande tilsyn 2012 . . . . .  | 35    |
| Og forøvrig meiner Statens helsetilsyn at . . . . .                                | 36–37 |
| Tal og fakta . . . . .   | 38–46 |
| Publikasjonar frå Helsetilsynet . . . . .  | 47    |

Utgitt av Statens helsetilsyn.

Ansvarleg redaktør: Lars E. Hanssen

Redaksjonsgruppe: Mariann Aronsen, Berit Austveg, Lise Broen, Magne Braaten, Helge Høifødt, Finn Pedersen (leiar), Anne Solberg og Nina Vedholm.

Grafisk formgjeving og trykking: 07 Gruppen. Opplag 26 000

Illustrasjonar: Inger Sandved Anfinnsen Kobolt Design

Satt med Times new Roman 10,6/12,2 pkt. trykket på Cocoon offset.

ISSN 1501-8083

Tilsynsmeldingar på internett: [www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding](http://www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding).

Trykte eksemplar kan bestillast frå Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0028 Oslo, telefon 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, epost [trykksak@helsetilsynet.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.no).

Kommentarar og spørsmål kan sendast til [tilsynsmelding@helsetilsynet.no](mailto:tilsynsmelding@helsetilsynet.no).

The Annual Supervision Report 2011 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Nokre av artiklane finst i samisk omsetjing på Helsetilsynet sin nettstad [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Muhtun artihkkaliid gávnnaat sámegeillii Dearvašvuodageahču neahttabáikkis [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).



## Leve med **konflikter**

Mange av sakene i Statens helsetilsyn er konfliktfylte. Arbeidet vårt og vedtaka våre blir drøfta i mange samanhengar. Såleis skal det vel også vere dersom eit tilsynsorgan skal vente seg verknader av arbeidet sitt. For Statens helsetilsyn var 2011 likevel eit litt spesielt år fordi ein del av den offentlege debatten ikkje berre handla om sakene våre, men om måten vi driv tilsynet vårt på. Mykje av det har handla om korleis tenestemottakarane, dei pårørande og tenesteytarane skal kunne kome med innspel til arbeidet vårt.

Dette er ein viktig diskusjon. På den eine sida skal vi arbeide for å auke tryggleiken og betre kvaliteten på dei tenestene som pasientane og brukarane får. Dette er kjernen i all tilsynsverksemd. Tilsynet fører til at det blir auka innsyn også i det som sviktar ved tenesteytinga. Dette trur vi på lang sikt medverkar til å auke tilliten til tenestene.

På den andre sida skal vi gjennom arbeidet vårt sikre rettstryggleiken til personellet. Dette siste er ikkje berre viktig for personellet sjølv, men også for at vi skal vere trygge på at velferdstenestene i Noreg har personell som også i møte med vanskelege og kompliserte utfordringar torer å bruke seg sjølv til beste for tenestemottakarane.

Utan frimodige fagfolk, som dagleg maktar å møte utfordringar og vanskar med menneskeleg varme og fagleg kompetanse, vil både tryggleik og kvalitet i tenestene fort svinne bort.



For Statens helsetilsyn er det krava i lovgjevinga og budsjettvedtaka frå Stortinget som er det sentrale grunnlaget for alt vi gjer. Det er i lovgjevinga vi finn kva normer som vi skal leggje til grunn for tilsynet vårt. Lovgjevinga

og dei årlege budsjetta gjev oss også rammene for verksemda vår. Vi ser at mykje av debatten som har vore handlar ikkje berre om måten som tilsynet arbeider på, men også om dei forventningane som ein har til eit tilsynsorgan.

Frå og med 2012 har vi fått vesentlege endringar i

krava som gjeld yting av helse- og omsorgstenester. Sett frå vår synsstad er det gledeleg at desse endringane medfører ei klårgjering av kravet til fagleg forsvarleg verksemd. Ikkje

berre handlar forsvarleg verksemd om ein minstestandard som tenestene skal etterleve, men det handlar også om å vere ei rettesnor som viser til korleis tenestene bør vere (Prop. 91 L (2010–2011) side 264). Dette er vesentleg både for dei som er ansvarlege for tenestene og for tilsynet. Det inneber også ei kraftig utfordring for sentrale styremakter til å klårgjere kva som til ei kvar tid skal vere legitime forventningar til velferdstenestene. Dess tydelegare desse krava er, dess tydelegare og kraftigare kan tilsynet også vere.

Krava både til tenesteytinga og til tilsynet er i jamn endring. Dei debattane som blir førde i samfunnet er med på å vise retninga på desse endringane. Utan tvil er det slik at både tenestemottakarar og tenesteytarar krev å bli høyrde i desse debattane. Likevel er det overordna statlege styremakter som til ei kvar tid må avgjere kva som er det ein skal ha krav på som tenestemottakar. Slik må det vere i eit demokratisk styrt tenestesystem. Men det er ganske sikkert at det alltid vil kunne liggje ei spenning mellom det som den einskilde vil krevje og det som kollektivet kan tilby.

Midt i dette spenningsfeltet er tilsynet sett som oppmann. Det er ei rolle som vi tek på alvor, mellom anna gjennom jamleg å utvikle tilsynet slik at det alltid arbeider i samsvar med krava som blir stilte til oss frå overordna, folkevalde organ. Men det er også ei rolle som gjer at vi vil måtte leve med konflikter rundt oss. Sjølv om vi ikkje alltid kan løyse desse konfliktane, så gjev dei oss ofte erfaringar som er nyttige å ta med inn i utviklinga av tilsynsverksemda vår.

*Lars E. Hanssen*

Lars E. Hanssen

” På den eine sida skal vi arbeide for å auke tryggleiken og betre kvaliteten på dei tenestene som pasientane og brukarane får.”



## Når eldre får hjerneslag – er behandlinga **god nok?**

Statens helsetilsyn har sidan 2009 gjennomført ei satsing på tilsyn med tenester til eldre. Behandlinga av pasientar over 80 år med hjerneslag blei derfor vald som eitt av tema for landsomfattande tilsyn i spesialisthelsetenesta i 2011.



God helsehjelp til skrøpelege eldre pasientar med akutt sjukdom krev ei heilskapleg tilnærming med brei vurdering av medisinske tilhøve, ernæringsstatus, funksjonsnivå, meistring og hjelpebehov. Samtidig med akuttbehandlinga må tidleg mobilisering og andre aktuelle rehabiliteringstiltak setjast i verk. Systematisk tverrfagleg samarbeid er derfor nødvendig i alle fasar av behandlinga. Studiar, blant anna frå Noreg, har vist at ei slik tilnærming ved akutt sjukdom gir auka sjanse for at pasienten overlever, får tilbake funksjon og greier seg i eigen heim.

Også innanfor slagbehandling er det eit grunnleggjande prinsipp at rehabilitering og funksjonstrening må setjast i gang samtidig med at ein gjennomfører akutt observasjon, utgreiing og behandling.

For å ta hand om eldre og skrøpelege slagpasientar på ein forsvarleg måte er det behov for tverrfagleg samarbeid i alle fasar av behandlinga. Som oftast vil det vere behov for legespesialist (nevrolog, geriatar eller indremedis-

nar), sjukepleiarar (slagsjukepleiar), fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Bemanninga må gjennom døgnet, i feriar og høgtider vere tilpassa oppgåvene som skal takast hand om. Dersom andre må ta over oppgåvene til personell med spesialkompetanse, må dei få relevant opplæring.

Tilsynet undersøkte om spesialisthelsetenesta gjennom styringsaktivitetane sine sikrar at eldre pasientar med hjerneslag får forsvarleg behandling. Tilsynet fokuserte også på omstende der svikt kan få alvorlege negative konsekvensar for den aktuelle pasientgruppa.

Til saman blei det gjennomført 29 tilsyn i 17 av helseføretaka i landet, inkludert eitt privat sjukehus. Rapportar frå kvart enkelt tilsyn finst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Ved ni tilsyn blei det påvist lovbrøt (avvik). Ved dei andre 20 tilsyna blei det ikkje påvist brøt på lovkrav, men ved åtte av dei blei det gitt merknader om aktuelle forbettringsråde.

Funna frå tilsyna der det blei påvist avvik eller gitt merknader, gir til saman eit viktig bilete av tilhøve som kan medverke til at ei sårbar gruppe som eldre slagpasientar ikkje får god nok sjukehusbehandling.

### Observasjonar og vurderingar det første døgnet – ein kritisk fase

For mange slagpasientar er dei første 24 timane dei mest kritiske, og svært mykje må observerast, vurderast og greiast ut da. Sjukehuset må derfor ha ordningar for å fordele ansvar for ulike oppgåver og for korleis samhandling skal gå føre seg, blant anna det å følgje med på vitale kroppsfunksjonar, vurdere blodforsyninga i

hjernen med biletdiagnostikk (CT/MR), kartleggje nevrologisk status, vurdere svelgjeffunksjon og språk- og talefunksjon.

Fleire tilsyn fann at slagpasientar ikkje fekk rask nok oppfølging av personell med spesialkompetanse når pasientane måtte vente lenge i akuttmottaket eller eventuelt i andre avdelingar før dei blei flytta over til slageininga. Også innanfor slageiningar blei det funne manglar ved rutinar, oppgåvefordeling og ved gjennomføringa av observasjonar og utgreiingar. For eksempel blei vitale funksjonar ikkje vurderte systematisk, det var uklart kven som skulle stå for nevrologisk undersøking, standardiserte metodar for denne

undersøkinga blei ikkje brukte, og svelgjeffunksjonen blei ikkje systematisk vurdert. Også språk- og talefunksjon blei fleire stader mangelfullt følgt opp på grunn av mangel på kvalifisert personell, uklare ansvarsforhold og tilvingsrutinar. Eksempel på slike funn:

*”Det er ikkje klart kor ofte nevrologisk status, måling av blodtrykk, puls, temperatur og oksygenmetning skal gjerast på sengepost.”*

*”Test av svelgfunksjon og dokumentasjon av dette blir ikkje alltid foretatt i henhold til rutine.”*

*”Sykehuset mangler p.t. logoped. Det er ikkje etablert system som sikrer at utfordringar rundt pasienter med taleforstyrrelser blir ivarettatt.”*



Tidleg mobilisering er svært viktig for at slagpasientar skal overleve”



## Tidleg mobilisering og rehabilitering – viktig for vidare livskvalitet

Tidleg mobilisering er svært viktig for at slagpasientar skal overleve, og det første tiltaket i rehabiliteringsprosessen. Sjukehuset må ha opplegg for å setje i gang mobilisering tilpassa situasjonen kvar enkelt pasient er i, og sikre at dette også kan gå føre seg i helgar og feriar. Tidleg mobilisering dreier seg om alt frå enkle rørsler i seng og ut av seng til daglege aktivitetar som å vaske og kle på seg. Det er viktig med klar ansvars- og oppgåvefordeling mellom dei ulike faggrup-

pene som skal samarbeide om å kartleggje rehabiliteringsutsiktene og gjennomføre tiltaka.

Ved fleire tilsyn blei det funne svikt i gjennomføringa av tidleg mobilisering. Ansvarstilhøve var uklare, og det skorta på mobilisering og anna funksjonstrening i helgar og feriar på grunn av manglande kapasitet og kompetanse hos personellet. Eksempel på funn:

### Slageining

Dei nasjonale retningslinjene frå Helsedirektoratet skildrar slageininga slik: Ei organisert behandling av slagpasientar i ei geografisk avgrensa eining med faste senger, bemanna med tverrfagleg spesialopplært personale og med standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidleg rehabilitering.

*”Tidlig mobilisering skjer ikke rutinemessig og er tidvis avhengig av når pasienten legges inn. Kapasitet og kompetanse for å ivareta tidlig mobilisering varierer sterkt i ferier og høytider.”*

*”Det ble opplyst at pleiepersonellet ikke har tid til å gjennomføre tilstrekkelig mobilisering og oppgaverelatert funksjonell trening.”*

### Er det avgjerande korleis slagbehandlinga er organisert?

Helseføretaka har organisert behandlinga av eldre slagpasientar på ulike måtar. Ved tilsynet blei det undersøkt om helseføretaket sikra at eldre slagpasientar fekk forsvarleg behandling og rehabilitering uavhengig av om dette skjedde i ei eining kalla slageining eller i ein annan type sengeavdeling.

Funn frå tilsynet viste at for pasientar som ikkje fekk opphald i ei veldefinert slageining, anten på grunn av plassmangel eller fordi slik eining mangla, var det auka risiko for at helsehjelpa ikkje blei god nok. Blant anna blei det fleire stader peikt på at personell på vanlege sengepostar ikkje hadde fått tilstrekkeleg opplæring i fleire av dei standardiserte prosedyrane som gjaldt for observasjon og vurderingar av slagpasientane, og at fleire av undersøkingane heller ikkje blei utførte. Det blei også peikt på at det ikkje var same søkjelyset på tidleg mobilisering, og at ein ikkje tok godt nok vare på tverrfagleg samarbeid. Leiinga hadde ikkje vurdert risikoen for svikt i pasientbehandlinga for pasientar som blei lagde inn på andre sengepostar.

### Fakta om hjerneslag

Verdshelseorganisasjonen (WHO) definerer hjerneslag som ei akutt forstyrning i hjernefunksjonane som har si årsak i svikt i blodgjennomstrøyminga, og som varer i meir enn 25 timar eller fører til død. Om lag 85 % av slagtilfella kjem av hjerneinfarkt og om lag 10 % kjem av hjernebløding.

65 % av dei om lag 15 000 årlege slagtilfella i Noreg råkar aldersgruppa over 75 år. Hjerneslag er i Noreg den tredje hyppigaste dødsårsaka og den vanlegaste årsaka til funksjonshemming hos eldre.

Første månad dør 15–20 %. Om lag ein tredel av dei som overlever, får ei betydeleg funksjonssvikt som gjer dei avhengige av hjelp i det daglege. Seinfølgjer av slag kan vere lammingar i ulike delar av kroppen, taleforstyrningar og ulike forstyrningar i mentale funksjonar.

### Slagbehandling anno 2011: Mykje bra, men framleis sårbart i nokre helseføretak

Det blei ikkje påvist lovbrøt ved to tredelar av tilsyna, noko som gir grunn til å gå ut ifrå at spesialisthelsetenesta i hovudsak gir eit forsvarleg behandlingstilbod til eldre slagpasientar. Erfaringane frå tilsynet kan tyde på at det er teke tak i eit sårbart felt som slagbehandling slik at det har fått nødvendig prioritet i mange helseføretak. Viktig fagleg aktivitet på fleire hald kan ha medverka til dette, blant anna arbeidet med nasjonale retningslinjer.

Akutt slagbehandling er krevjande. Mange faggrupper skal samarbeide, og mange tiltak må setjast i gang og følgjast opp samtidig. For at alle slagpasientar skal få eit forsvarleg tilbod, treng ein i nokre helseføretak å styrkje kapasiteten for spesialisert slagbehandling og få til eit tverrfagleg samarbeid som fungerer betre. Til dette trengst også ei sterkare styringsmerksemd om å skaffe fram relevant informasjon for å vurdere risiko ved behandlingstilbodet og evaluere det.

Litteratur: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med behandling av eldre pasienter med hjerneslag

Rapport fra Helsetilsynet 3/2012



## Tvungen helsehjelp i sjukeheimar

Mange pasientar i norske sjukeheimar har demens eller annan kognitiv svikt, noko som gjer at dei ikkje greier å vurdere eige behov for omsorg og helsehjelp. Kanskje motset dei seg helsehjelpa? I mange sjukeheimar blir det gjort mykje for at pasientar som treng helsehjelp, skal få det, men det viser seg at leiing og tilsette manglar grunnleggjande kunnskap om kva dei skal gjere dersom pasientane nektar å ta imot slik hjelp.

I 2011 har Helsetilsynet gjennomført landsomfattande tilsyn med tvungen helsehjelp til pasientar i sjukeheimar etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A. Kapitlet gir reglar for når tvang kan brukast for å gjennomføre somatisk helsehjelp, og for korleis den tvungne helsehjelpa i så fall skal gjennomførast.

Når pasientar i sjukeheimar motset seg omsorg og helsehjelp, må det vurderast om dei forstår konsekvensane av at helsehjelpa eventuelt ikkje blir gitt. Mange av pasientane som bur på sjukeheimar kan ikkje alltid forstå dette, dei kan mangle «samtykkekompetanse». Sjukeheimane må derfor vurdere om reglane i pasient- og brukarrettslova kapittel 4A skal brukast overfor pasientane som bur der. Regelverket skal sikre at pasientar som manglar samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelpa, både får nødvendig helsehjelp og ikkje blir utsette for ulovleg tvangsbruk.

Tvungen helsehjelp er eit særleg risikoområde fordi konsekvensane av dei vurderingane og avgjerdene som blir tekne, er viktige for kvar enkelt pasient. Uriktige avgjerder gir alvor-

lege konsekvensar: anten at det blir brukt ulovleg tvang, eller at pasientar med manglande samtykkekompetanse ikkje får nødvendig helsehjelp. Risikoen for å ta uriktige avgjerder kan reduserast dersom verksemda og kvar enkelt helsepersonell er førebudd på ulike situasjonar.

I 2011 blei det ført tilsyn med sjukeheimar i 43 kommunar og bydelar over heile landet. Tilsynet undersøkte om kommunane sikrar at tenestene på sjukeheimen blir utførte, styrte og forbetra i tråd med krava i pasient- og brukarrettslova kapittel 4A. Tilsynet var ikkje retta mot korleis kvart enkelt helsepersonell utførte arbeidet sitt.

Tilsynet held fram i 2012, og ein nasjonal oppsummeringsrapport skal publiserast i første kvartal 2013.

Tilsynet har undersøkt om kommunane sikrar at sjukeheimane:

- fangar opp om pasientar motset seg helsehjelp og vurderer samtykkekompetansen deira,
- prøver med tillitsskapande tiltak før dei gjennomfører tvungen helsehjelp,
- gjer helsefaglege vurderingar av om den aktuelle helsehjelpa kan gjennomførast med tvang.

### Funn under tilsynet

Tilsynet viste at både leiarar og tilsette ved sjukeheimane nesten gjennomgåande mangla kunnskap om regelverket. Regelverket blei oppfatta som komplisert. Mange var usikre på kva som ligg i omgrepet *tvang*, og kva det inneber å uttrykkje motstand. Det var også uvisse om kva som er eit gyldig



Risikoen for å ta uriktige avgjerder kan reduserast”



samtykke, og om samtykkekompetanse er noko permanent, eller noko som må vurderast heile tida. I mange sjukeheimar visste ikkje dei tilsette korleis samtykkekompetanse skulle vurderast, når dette skulle gjerast, og kven som hadde ansvaret for å gjere det.

I sjukeheimar der opplæring var gjennomført, var opplæringa anten ikkje tilstrekkeleg, eller ho hadde ikkje



omfatta alle tilsette. Leiinga hadde ofte ikkje oversikt over kunnskapar og ferdigheiter som dei tilsette hadde på området, og om kunnskapen var forstått. Ved nokre sjukeheimar var det heller ikkje gjennomført nødvendig opplæring. Temaet tvang blei i liten grad drøfta på personalmøte eller i andre eigna fora. I eitt tilsyn blei det kommentert at det ofte var opp til kvar enkelt korleis reglane etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A skulle følgjast.

” Dette er alvorleg for pasientar som er i ein sårbar situasjon.”

Personalet på dei fleste sjukeheimane fokuserte på at det ikkje skulle brukast tvang, og det blei brukt mykje tid på tillitsskapande tiltak som skulle gjere tvangsbruk unødvendig. Samtidig var det mindre kjent at

det var høve til å gi nødvendig helsehjelp sjølv om pasienten ikkje ville det, for å forhindre helseskade.

Resultatet av manglande kunnskap om regelverket var at det på mange sjukeheimar blei brukt tvangstiltak utan at det var fatta vedtak. I nokre sjukeheimar blei det brukt alarmsystem utan samtykke og utan at det blei gjort vedtak om det. Tilsynet avdekte at medisinar blei knuste i mat, og roande medisinar blei gitt til pasientar som ytte motstand mot stell. Det blei også brukt sengehestar og spesielle nattdressar utan at tiltaka blei problematiserte opp mot regelverket.

Sentralt i dette tilsynet var å finne ut om kommunen hadde styring med og kontroll over at krava til rettstryggleik, pasienttryggleik og forsvarleg verksemd blei oppfylte. Avklarte ansvarstilhøve, kompetanse, klare og kjende rutinar, ordningar for å fange opp

sårbare tilhøve ved verksemda og oppfølging frå leiinga skal bidra til å forebygge svikt.

Helsetilsynet i Rogaland oppsummerte tilsynet i ein kommune i fylket på denne måten:

«Helsehjelp er i flere tilfeller gjennomført på tross av motstand fra pasient, uten at det foreligger vedtak om bruk av tvang. Tvangsbruk er ikke alltid dokumentert i pasientjournalen, og den er ikke fanget opp av kommunens avvikssystem eller andre internkontrolltiltak. Det er derfor ikke satt i verk tiltak for å rette opp forholdene.»

#### Tilsynet held fram i 2012

Dei mange lovbrota viser at tilsynet har undersøkt eit område der risikoen for svikt er høg. Dette er alvorleg for pasientar som er i ein sårbar situasjon. Potensialet for forbetring er derfor tilsvarande stort når lovbrota det er peikt på, blir retta opp, og kommunar med sjukeheimar der det ikkje er gjort tilsyn, set i gang tiltak for å undersøkje om og korleis dei praktiserer tvang. Tilsynet held fram i 2012. Statens helsetilsyn oppfordrar kommunane til å gå gjennom eiga verksemd og til å ta utfordringa med å lære av dei feila andre gjer. Tilsynsrapportar er tilgjengelege på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).



# Barn som **døyr** eller får **alvorleg skade** under fødsel

Det er få barn som døyr under fødsel i Noreg; ein reknar med at det er mellom 12 og 24 kvart år. Kvart tilfelle der barn døyr eller blir skadde under fødsel, er tragisk. 98 prosent av fødslane skjer i fødeinstitusjon, og det burde vere mogleg å unngå somme av desse dødsfalla.

Helsetilsynet behandlar årleg omkring 100 tilsynssaker innanfor spesialiteten fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Ein tredel av sakene gjeld skadar på barn under fødsel. Statens helsetilsyn har gått gjennom saker frå treårsperioden 2006–2008 som blei melde til Helsetilsynet i kvart fylke. Føremålet var å identifisere område med risiko for svikt, og område der det er grunnlag for å betre kvaliteten.

Helsetilsynet i fylka blei kontakta med førespurnad om å få sendt over avslutningsbrevet i saker som dreier seg om barn som døyde eller fekk alvorleg skade under fødsel. Opplysningar om svangerskap, fødselsforløp og tilstanden til barnet blei registrerte. Fødeinstitusjonane blei kategoriserte i avdelingar som hadde etter tur fleire eller færre enn 1000 fødselar per år.

## Tal på saker

101 saker var relaterte til fødsel, men 16 av desse blei ekskluderte fordi dei dreidde seg om mindre skade på barnet eller skade på den fødande, og i

fire saker var det ikkje råd å hente inn ytterlegare informasjon. Materialet inneheldt derfor 81 saker. 24 barn døyde under fødsel, 34 døyde kort tid etter fødsel, og 23 barn fekk alvorleg skade. I dette materialet var det 60 skadar på fødeinstitusjonar med meir enn 1000 fødselar per år og 21 skadar på fødeinstitusjonar med færre enn 1000 fødselar årleg. Ser ein dette i forhold til fødselstalet, er det meldt 3,9 gonger så mange skadar på dei små fødeinstitusjonane.

## Fosterovervaking

Barn som døyr under fødselen, er ofte utsette for langvarig oksygenmangel. Det er mogleg å oppdage dette ved rett bruk av fosterovervaking. Risikofødselar skal overvakast med kardiokografi (CTG), eventuelt supplert med STAN (ST-analyse av EKG) eller laktat frå fosterblod. Denne undersøkinga viser at fosterovervakinga var utilfredsstillande i nesten to tredelar av tilfella. Manglande bruk av CTG eller feiltolking av denne var det funnet som dominerte.

## Seleksjon av fødande

I dei alvorlege hendingane hadde tre firedelar av dei gravide kjende risikofaktorar under svangerskapet, og i halvparten av fødslane oppstod det

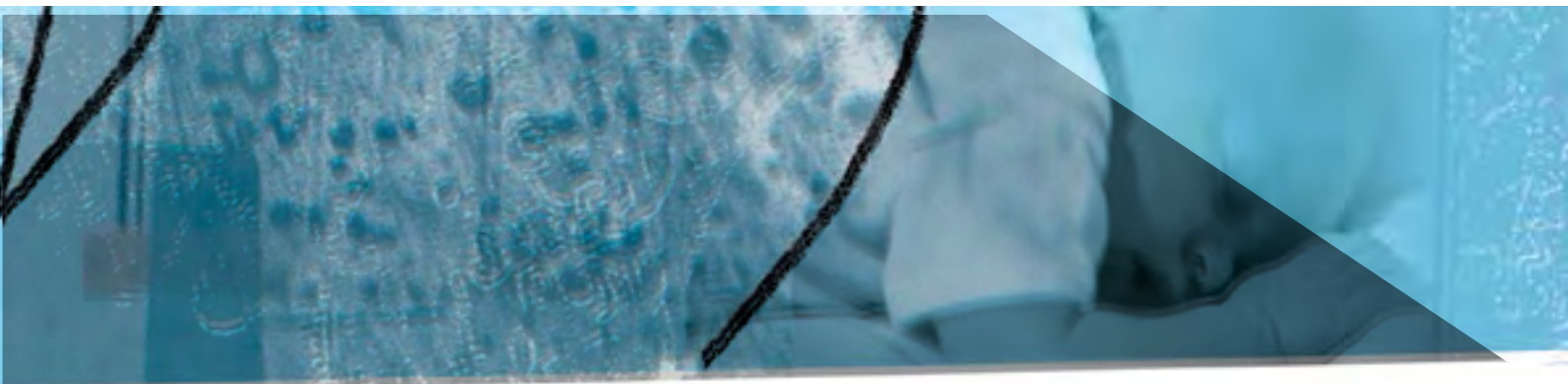
ytterlegare risikofaktorar under sjølve fødselen. Det er viktig å velje ut pasienten til fødsel på rett nivå, men vel så viktig er det at eit avvikande fødselsforløp blir oppdaga i tide, slik at både den fødande og barnet får nødvendig overvaking. Fødeinstitusjonane må ha innarbeidd rutinar for når lege skal tilkallast, slik at dei kompliserte fødselsforløpa har personell med nødvendig kompetanse til stades. Gjennomgang av dei alvorlege hendingane har vist at kompetent lege med nødvendig ekspertise ikkje blir tilkalla i halvparten av hendingane.

”Barn som døyr under fødselen, er ofte utsette for langvarig oksygenmangel.”

## Melderutinar

Når barn døyr eller får alvorleg skade under fødsel, skal det meldast til Helsetilsynet i fylket (frå 1.1.2012 Fylkesmannen) etter spesialisthelsetestestelova § 3-3. Statens helsetilsyn fann at berre litt over halvparten av hendingane som tilsynet er kjende med blei melde av helseføretaket. Melderutinane ved alvorlege hendingar kan bli betre, og føremålet med slike meldingar er at ein kan unngå liknande hendingar i framtida.

Les meir om meldeordninga på side 31.





## Barnevernet snakkar **for lite** med barna

Det landsomfattande tilsynet med kommunalt barnevern i 2011 viste at barnevernet i for liten grad lét barna komme til orde. I mange kommunar var det tilfeldig både om og korleis samtalar med barn blei gjennomførte.

Statens helsetilsyn fekk det overordna faglege tilsynet med barnevernet 1. januar 2010 og har i 2011 saman med fylkesmennene gjennomført landsomfattande tilsyn med barnevernet.

Formålet med tilsynet var å undersøkje om eit utval norske kommunar, til saman 44, styrte og leidde barnevern-

tenesta slik at dei sikra at kommunane handla i tråd med krava i barnevernlova: dette gjeld undersøking, evaluering av hjelpetiltak, høvet barn har til å medverke – det vil seie at barnet blir informert og får høve til å uttale seg.

### **Barnet er hovudpersonen og har rett til å bli høyr**

Det er viktig at barn får høve til å fortelje om seg sjølve og om korleis dei opplever sin eigen situasjon. Dette kan gi barnevernet betre innsikt i situasjonen barnet er i, og gjere det lettare å finne gode hjelpetiltak.

Både barnevernlova og FN's barnekonvensjon har reglar som skal sikre retten barna har til å bli høyr. Barne-

Barn som har fylt sju år, men også yngre barn som er i stand til å danne sine egne synspunkt, skal informerast og få høve til å uttale seg før det blir teke avgjerder som vedkjem dei. Ein føresetnad for dette er at barnevernstenesta informerer barnet om denne retten. Ein må gi informasjonen på barnet sine premisser, og han må tilpassast alderen til barnet og kor modent det er.

### **Det blir ikkje snakka med alle barn**

Tilsynet viste at fylkesmennene i 40 av 44 kommunar peikte på lovbrøt eller betringsområde i arbeidet med undersøkingar, evaluering av hjelpetiltak og høvet barn har til å medverke.



Ein må gi informasjonen på barnet sine premisser”

I fleirtalet av kommunane mangla det systematikk for å samtale med barn. I somme kommunar snakka barnevernet med barna, mens i andre kommunar gjorde dei ikkje det.



Ein må gi informasjonen på barnet sine premisser”

vernet skal informere barnet og gi det høve til å uttale seg både i undersøkingsfasen og når hjelpetiltaka som er sette i verk, skal evaluerast. Barn har inga plikt til å uttale seg, men alle barn skal få høve til å seie kva dei meiner og ønskjer, før det blir teke avgjerder om dei. Barnevernstenesta skal vurdere behovet for å snakke med barnet i einerom.

Rapportane frå tilsynet gir nokre indikasjonar på kva dette kan komme av:

- Barnevernstenesta mangla rutinar for samtalar med barn.
- Dei hadde rutinar, men følgde dei ikkje.
- Dei gjennomførte samtalar, men dokumenterte dei ikkje.
- Leiinga spurde ikkje etter samtalar med barn.
- Dei tilsette i barnevernstenesta mangla kunnskap om retten barn har til å medverke.



Nokre observasjonar frå tilsynsrapportane kan illustrere funna:

*«Barn fra 7 år blir ikke alltid informert og gitt anledning til å uttale seg før det blir tatt beslutninger som gjelder dem. Barnevernstjenesten dokumenterer ikke alltid at de har snakket med barna, ev hvorfor ikke, eller hvilken vekt det er lagt på hva barnet mener. Prosedyren stiller ikke krav til hvordan barna skal involveres i egen sak. Ledelsen følger ikke systematisk opp hvordan barna får medvirke i saken sin.»*

Tilsynet gir ikkje svar på kor mange barn det faktisk blei snakka med. I tilsynsrapportane er det brukt formuleringar som at barnet ikkje blei snakka med i «alle saker», eller det blei gjennomført «ein del» samtalar med barn. «Mange saker» mangla dokumentasjon på at barnet var spurt om korleis det opplevde at hjelpetiltaket fungerte.

I somme kommunar blei det peikt på manglande rutinar for å gi barn høve til å medverke:

*«Kommunen har ikke rutiner som sikrer barns rett til medvirking i undersøkelser, herunder foreligger det ikke rutiner for samtaler med barn. Det framkom at det ble foretatt en del samtaler med barn, men de var ikke strukturert slik at de inneholdt lovkravene til medvirking og de var i liten grad dokumentert i saksmappene.»*

I andre kommunar var det rutinar for å gjennomføre samtalar med barn, men samtalanane var ikkje dokumenterte i saksmappa.

*«Barneverntjenesten hadde rutiner som skulle sikre at det ble gjennomført samtaler med barn. Vi fant imidlertid lite dokumentasjon på at barneverntjenesten har informert barnet om deres rett til å bli hørt og deres rett til å uttale seg. Vi så enkelte saker hvor det*

*manglet dokumentasjon på at det var gjennomført samtaler med barnet. Det var heller ikke redegjort for hvorfor samtale ikke var gjennomført.»*

Tilsynsrapportane tyder på at det i ein del kommunar var tilfeldig om det blei snakka med barn eller ikkje, og at det ikkje var ein fast og felles praksis for samtalar med barna. Leiinga spurde heller ikkje etter samtalar med barn.

*«I flere saker vi gjennomgikk, gikk det frem av journalnotater at en hadde hatt samtaler med barn. Gjennom intervjuene kom det imidlertid frem at det ikke var et krav fra ledelsen at man alltid skulle snakke med barna, men at dette i stor grad var opp til den enkelte saksbehandler.»*

Kommunen skal leggje til rette for at barnevernstenesta kan snakke med barnet aleine når undersøkinga blir gjennomført. Ein tilsynsrapport viste at eit barn ikkje fekk høve til einestamtale, trass i at meldinga til barnevernstenesta tyda på at foreldra brukte vald.

I ein annan tilsynsrapport peiker Fylkesmannen på at barnevernstenesta manglar kunnskap om kva medverknad vil seie.

*«Ansatte har ikke tilstrekkelig kunnskap om når barnevernstjenesten kan skal snakke med barnet alene, uten samtykke fra foreldrene. Barnets alder, om barnet har partsrettigheter i saken, eller hvordan foreldrene stiller seg til en slik samtale, er i seg selv ikke avgjørende for bruk av enesamtale.»*

### Tilsynsvurdering

Statens helsetilsyn er svært uroa over at nokre av dei mest sårbare barna ikkje i tilstrekkeleg grad blir informerte, og at dei ikkje har fått høve til å uttale seg i eiga barnevernssak. Retten barn skal ha til å medverke, blir ikkje godt nok sikra. Om barn får medverke, blir ofte tilfeldig og opp til den einaskilde saksbehandler. Tilsynet gir

### Undersøking:

Ei barnevernssak tek til med at barnevernet får ei melding frå ein person eller ein instans med uro for eit barn. Barnevernlova krev at barnevernstenesta så snart som råd, og seinast innan ei veke, skal gå gjennom meldingar som er komne inn, og vurdere om meldingane skal følgjast opp med undersøkingar. Der som det er rimeleg grunn til å gå ut ifrå at her er omstende som kan gi grunnlag for tiltak, skal ei undersøking setjast i verk.

### Evaluering av hjelpetiltak:

Barnevernstenesta skal bidra til å gi kvart enkelt barn gode levekår og høve til å utvikle seg ved å gi råd, rettleiing og å setje i verk hjelpetiltak. Hjelpetiltak kan omfatte til dømes støttekontakt, plass i barnehage, besøksheimar, avlas-tingstiltak i heimen, økonomisk hjelp eller andre tiltak. Barnevernet skal evaluere tiltaka regelmessig for å sikre at dei er tenlege for barnet.

ikkje svar på kvifor barnevernstenesta ikkje snakkar med barna, men observasjonane i tilsynsrapportane gir nokre indikasjonar på utfordringar som kommunane bør gripe fatt i for å sikre det arbeidet barnevernstenesta driv på dette området.

Statens helsetilsyn har publisert ein rapport som summerer opp heile tilsynet.



Litteratur: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkinge og evaluering

Rapport fra Helsetilsynet 2/2012

## Pasientar og pårørande si **rolle** i tilsynssaker

Når det har gått gale i helse-tenesta, er det tilsynet som har oppgåva med å gå gjennom hendinga og vurdere om personell eller verksemd har handla i samsvar med lova. Formålet med tilsynet er å fremje kvalitet og tryggleik i helsetenesta. I tilfelle der helsepersonell har brote helsepersonellova, kan ein reagere mot helsepersonellet eller verksemda. Statens helse-tilsyn måler ikkje ut straff, det er ei oppgåve for påtalemakta.

Pasienten kan etter helsepersonellova § 55 be om at ei behandling blir vurdert. Tilsynet har som praksis at oppmoding frå pårørande til avdøde pasientar er likestilt med oppmoding frå pasientar etter § 55. Pasientar eller pårørande er ikkje partar i tilsynssaka. Dette vart vedteke da helsepersonellova vart behandla og vedteken av Stortinget.

Kva stilling pasientar og pårørande skal ha i tilsynssaker, har vore debattert. Det er hevda at stillinga deira må styrkjast, og at pasientar bør være part i tilsynssakar (dokument 8-forslag (Dok. 8:106) i Stortinget 15. juni 2010).

Helse- og omsorgsdepartementet sette derfor 12. november 2010 ned eit utval som skulle vurdere kva rolle pasientar og pårørande skal ha i tilsynssaker. Utvalet la fram rapporten sin 15. april 2011. Utvalet meinte at dagens regelverk ikkje reflekterer

interessene til pasientar og pårørande godt nok. Eit samla utval foreslo at pasientar eller pårørande skal få utvida rett til innsyn og uttale i sjølvmelde tilsynssaker som blir behandla av Helsetilsynet i fylket (no Fylkesmannen), sjølv om dei i juridisk forstand ikkje er partar i saka. Eit fleirtal i utvalet meinte at pasientar og pårørande også bør ha klagerett på avgjerdene som blir tekne av Helsetilsynet i fylket. Eit samla utval meiner at spørsmålet om å gi partsliknande rettar til pasientar og pårørande berre bør omfatta saker som blir behandla av Helsetilsynet i fylket, og ikkje saker som blir behandla av Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd. Rapporten har vore til høyring og blir no behandla i departementet.

I ei tilsynssak vurderer tilsynet om helsepersonell eller verksemda har brote helselovgivinga. Ei sak kan starte med ei oppmoding frå pasient eller pårørande. Pasient og eventuelt pårørande kan bidra med informasjon om hendinga, og dei blir haldne orienterte om saksbehandlinga. Dei får informasjon om avgjerda i saka. Dei er ikkje part i saka og er såleis ikkje aktørar på same måten som helsepersonell og verksemdar. Dei har mellom

anna ikkje rett til å klage på avgjerda. Helsepersonell og verksemd har rett til å klage på vedtak om sanksjonar.

Ein kan vente at tilsynet blir gjennomført profesjonelt og etterretteleg. Vi er merksame på at pasientar og pårørande og helsepersonell kan oppleve det som belastande å vente på at tilsynet skal behandle ei tilsynssak. For helsepersonell som er involvert, kan det også vere tyngjande dersom

media omtaler saka. Ei tilsynssak vil ikkje alltid gi pasienten eller dei pårørande svar på alle spørsmål etter ei hending sidan temaet for vurderinga er om helselovgivinga er broten.

Helsetenesta har eit ansvar for å følge opp pasientar og pårørande etter alvorlege hendingar. Det er viktig at dei får informasjon om hendinga og om korleis dei kan

vente å bli følgde opp. Informasjon om Norsk pasientskadeerstatning er til dømes viktig ved skade på pasient. God informasjon og oppfølging er viktig for å skape tillit til helsetenesta.



Eit samla utval foreslo at pasientar eller pårørande skal få utvida rett til innsyn og uttale i sjølvmelde tilsynssaker som blir behandla av Helsetilsynet i fylket”

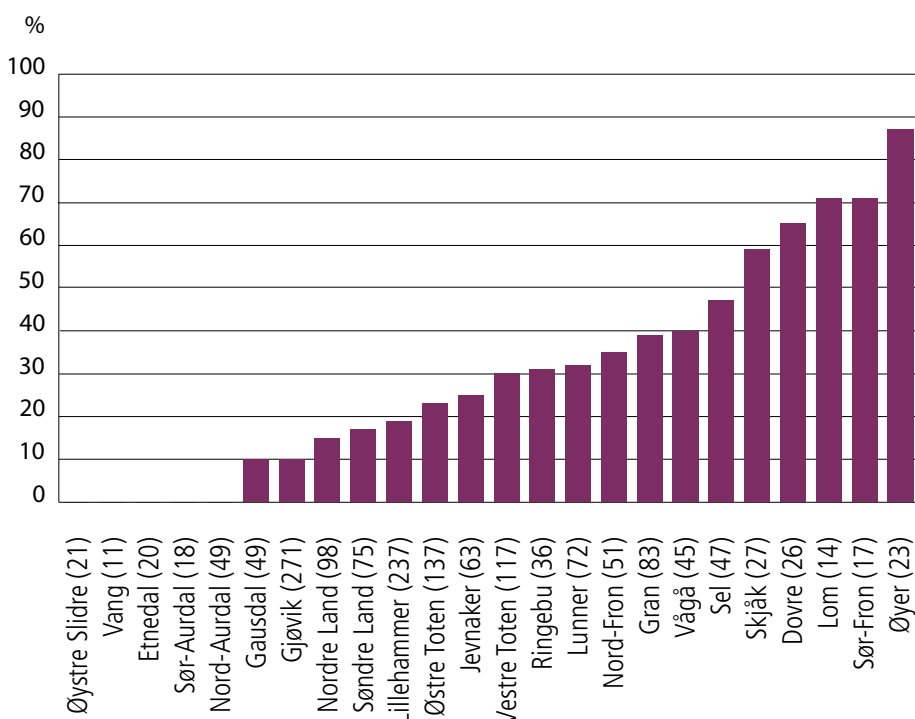
## Korleis etterlever helsepersonell **opplysningsplikta** til barnevernet?

Tieplikta for helsepersonell er ein av berebjelkane i helsevesenet, og ho er nødvendig for tilliten til tenestene og til personellet. Men somme gonger må tieplikta vike, og helsepersonellet har plikt til å gi opplysningar til barneverntenesta. Opplysningsplikta gjeld når det er grunn til å tru at barn og unge lever under tilhøve som kan skade helsa og utviklinga deira. Plikta går fram av helsepersonellova § 33. Denne lovregelen viser til barnevernlova, som nærare gjer greie for kva situasjonar det kan dreie seg om. Opplysningsplikta gjeld ikkje berre barnet sjølv, men også dersom foreldra har sjukdom, eller dersom det er andre omstende som gjer at omsorgsevna deira ikkje strekkjer til.

Helsetilsynet i Oppland kartla i 2011 talet på meldingar til barneverntenestene i kommunane i åra 2008–2010 frå ulike helsepersonellgrupper, og dessutan frå legevakter og Sjukehuset Innlandet. Kommunane slutta godt opp om undersøkinga, berre to kommunar lét vere å svare. Tabellen under viser talet på meldingar til dei ulike kommunane og prosentdelen av alle meldingar til barnevernet som kjem frå helsetenesta.

Det finst ingen fasit eller standard for kor stort tal uromeldingar til barnevernet det bør vere frå helsepersonell eller helseinstitusjonar. Helsetilsynet i Oppland venta også at det skulle vere store forskjellar mellom kommunane, fordi den faktiske situasjonen i kommunane er ulik, og fordi det er store forskjellar i folketal og befolkningsamansetning. Kartlegginga avdekte likevel betydeleg større forskjellar i talet på meldingar enn det

### Meldingar til barnevernet som kjem frå helsetenesta i prosent av alle meldingar



Tala i parentes er talet på meldingar til barnevernet totalt.



Helsetilsynet i Oppland hadde venta, og ein går ut ifrå at desse forskjellane speglar av svært store ulikskapar i praksisen til helsepersonell når det gjeld opplysningsplikta til barnevernet. Det er sett omfattande vilkår for opplysningsplikta, og Helsetilsynet i Oppland reknar med at desse vilkåra blir vurderte svært ulikt.

Kommunane og sjukehuset kjem til å bli orienterte om resultatene av kartlegginga, slik at kommunane sjølve kan vurdere om dei viser eit korrekt bilete av tilhøva. Helsetilsynet i Oppland er særleg uroa for kommunar med ingen eller svært få meldingar, og går ut ifrå at det er ei underrapportering til barneverntenesta der. I 2012 vil Fylkesmannen i Oppland ha mange aktivitetar om temaet «opplysningsplikt til barnevernet».

## Psykisk helsevern til **barn** under barnevernet – grunn til **uro**?

Har barn og unge som er under omsorg frå barnevernet, dårlegare tilgang til psykisk helsevern enn andre barn og unge med same problem? Mange hevdar at barn under omsorg frå barnevernet blir avviste med at omsorgssituasjonen er uavklart, at barnet eller ungdommen ikkje er motivert, eller at psykisk helsevern for barn og unge ikkje har noko behandlingstilbod som høver. Kva kunnskap finst som kan kaste meir lys over dette?

Statens helsetilsyn har det overordna tilsynsansvaret for både helse-, sosial- og barneverntenesta. For å målrette tilsynet med barneverntenesta og psykisk helsevern for barn og unge har vi starta arbeidet med å oppsummere kunnskap om barnevern og psykisk helsevern. Vi vil samle

kunnskap frå empirisk forskning, statistikk og tilsynserfaringar. Siktemålet er å etablere eit kunnskapsgrunnlag for tilsynet vårt med desse to tenesteområda. Kunnskapsoppsummeringa kan også bidra til å kaste lys over behovet for tiltak innanfor ansvarsområdet til andre aktørar.

Oppsummeringa vil rette søkjelyset mot følgjande sakstilhøve:

- talet på barn og unge med tiltak frå barnevernet
- omfanget av psykiske problem hos barn og unge med tiltak frå barnevernet
- talet på barn og unge med tiltak frå barnevernet, og som får tenester frå psykisk helsevern for barn og unge
- samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge
- gjennomgang av tilsynserfaringar

Kunnskapsinnhentinga til no viser at barn og unge med tiltak frå barnevernet er sårbare og ofte lever under vanskelege levekår. Dei studiane vi har funne, viser også at mange har omfattande psykiske og somatiske problem. I det vidare arbeidet vil vi sjå nærare på om dei får dei tenestene dei treng og har rett til.

Arbeidet blir publisert som rapport våren 2012.

## Når **barn** er **pårørande** – ei kartlegging i Aust-Agder

I januar 2010 fekk barn som er pårørande, lovfesta rettar. Helsepersonell fekk ei tilsvarande lovfesta plikt til å avklare om pasientar som er psykisk sjuke, er avhengige av rusmiddel eller har alvorleg somatisk sjukdom eller skade, har barn. Vidare pliktar dei å bidra til å ta vare på dei behova barna har som følgje av sjukdommen til foreldra. Leiinga i verksemdene i spesialisthelsetenesta skal sjå til at dei tilsette følgjer opp plikta til å ta vare på barn som er pårørande, og ein barnekoordinator skal vere bindeledd mellom leiinga og avdelingane. Avdelingsleiar eller einingsleiar har det daglege ansvaret, og helsepersonell som yter helsehjelp til pasientar, har også eit individuelt ansvar.

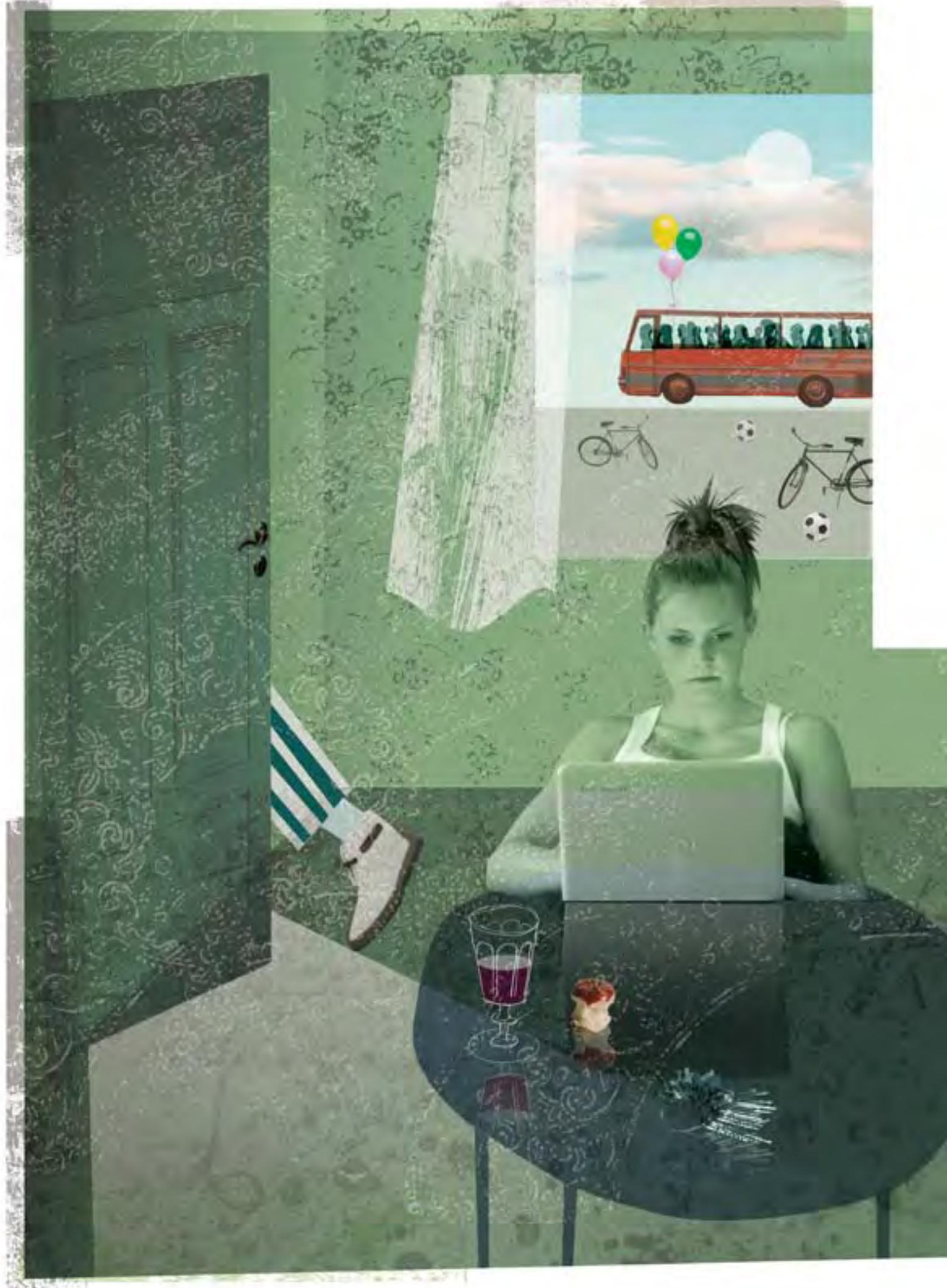
Fylkesmannen i Aust-Agder har gjennomført ei kartlegging for å sjå korleis Sørlandet sjukehus i Arendal tek hand om pliktene dei har overfor barn som er pårørande. Undersøkinga blei gjennomført i kirurgisk og medisinsk klinikk, og i klinikk for psykiatri, der også avdeling for rus- og avhengighetsbehandling ligg.

Kartlegginga viste at alle avdelingane hadde rutinar for å avklare om ein pasient har barn. Alle hadde også barneansvarleg personell, og dei tilsette var kjende med kven som hadde denne rolla. Det var berre klinikk for psykisk helse som hadde rutinar for formalisert kontakt og rapportering til dei barneansvarlege.



Det er dei barneansvarlege som skal sikre at helsepersonell får innsikt i dei behova barn har for informasjon og oppfølging, og for kontakten mellom sjukehuset og kommunane etter sjukehusopphaldet. Medisinsk avdeling melde at dei planla å begynne arbeidet med interne prosedyrar i samarbeid med barnekoordinator.

Resultata frå denne kartlegginga viste at det er behov for utviklingsarbeid, og dei gav nyttig informasjon til det arbeidet Fylkesmannen skal gjere vidare.





## Dei **usynlege** barna

Kommunane skal gjennom Nav sikre at utsette barn og unge og familiane deira får eit heilskapleg og samordna helsetilbod. Dette blei teke inn i formålsparagrafen da Stortinget vedtok lov om sosiale tenester i Nav i 2009.

Barn av sosialhjelpsmottakarar er ei sårbar gruppe. Statens helsetilsyn følgjer med på korleis kommunen tek omsyn til barna når han måler ut økonomisk sosialhjelp.

Det landsomfattande tilsynet i 2010 viste at kommunane i liten grad kartlegg dei behova barna har, når kommunane reknar ut stønadsbeløpet.

Barna var lite synlege i dei sakene som blei gått gjennom i dette tilsynet.

Hausten 2011 gjekk ei arbeidsgruppe frå Statens helsetilsyn gjennom 87 klagesaker frå seks fylke. I alle sakene representerte klagar ein husstand med barn. Berre 25 prosent av sakene inneheldt opplysningar om barna utover reine personalia- opplysningar. Ikkje i nokon av desse sakene fann vi at det var greidd ut kva behov barna hadde.

Gjennom intervju fortel tilsette hos fylkesmennene at det sjeldan blir gjort greie for kva situasjon barna er i, og at barna så å seie aldri blir høyrde i desse sakene. Dei fortel også at svært få kommunar følgjer rutinar for å greie ut kva behov barna har. Når det i saka ikkje blir gjort greie for situasjonen til barna, blir han heller ikkje ein del av avgjerdsgrunnlaget som følgjer den vidare saksgangen. Kommunane manglar mange stader kompetanse til å gjere utgreiingar, og leiinga spør i liten grad etter situasjonen til barna når saker blir godkjende. Dette gir etter vår meining grunn til uro.

Kommunen må gjennom styring og leiing sikre at også behova til barna blir tekne vare på når det blir målt ut økonomisk stønad til barnefamilial, slik lova føreset. Statens helsetilsyn vil gjennomføre eit landsomfattande tilsyn med dette temaet i 2012 (sjå side 35).

## Kva skjer med **barna** i Nav?

Nav-reforma har ført med seg mykje nytt. Ei nyheit er formålsparagrafen om sosiale tenester i Nav. Omsynet til utsette barn og unge er viktig her. Men kva skjer i praksis?

Våren 2011 gjennomførte Fylkesmannen i Buskerud systemrevisjon med Drammen kommune ved Nav Drammen. Temaet var tilbodet om økonomisk sosialhjelp frå kommunen til familiar med barn og unge.

Vi fann blant anna at foreldre som oppsøkte kontoret med ein sosialhjelp-søknad, sjeldan blei spurde om kva barna hadde behov for. Foreldre blei heller ikkje informerte systematisk om høva til å søkje om sosialhjelp for å dekkje dei behova barna har for å ta del i sosiale samanhengar.

Vi gjorde to viktige val da vi planla tilsynet. Det første gjaldt kva barnefamilial tilsynet skulle gjelde. I det norske samfunnet handlar sårbarheita til barn som har foreldre med låg inntekt, ofte om at dei ikkje har høve til å gjere det same som «alle andre». Barn og unge i skolealder er meir sårbare for relativ fattigdom enn dei yngre. Tilsynet blei avgrensa til å handle om denne gruppa.

Det andre valet gjaldt føreundersøkingar. Før tilsynsbesøket intervjuar vi instansar i lokalmiljøet som vi visste hadde kontakt med brukargruppa: dei lokale avdelingane av Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon og Senter for oppvekst, som kommunen sjølv driv. Informasjonen herfrå gav nyttig hjelp til å stille spørsmål under tilsynsbesøket.

Tilsynet peika på to avvik. Det eine avviket gjaldt mangelfull sikring av at saksbehandlninga skulle vere i tråd med lovverket. Det andre gjaldt mangelfull sikring av tieplikta.



## Helsestasjonsverksemda – god kommunal styring av tenesta?

Helsestasjonsverksemda er ei lovpålagd teneste som skal ta hand om det heilskaplege førebyggjande og helsefremjande arbeidet retta mot barn og unge i aldersgruppa 0–20 år, og til gravide som ønskjer å gå til svan-gerskapskontroll i tilknytning til helsestasjonen. Tenesta skal vere eit lågterskeltilbod. Det er brei semje om at helsestasjonsverksemda har hatt, har og skal ha ei framstående rolle i det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet, og skal vere med på å sikre at barn og unge utviklar seg trygt. Det vi veit i dag, er at det å styrkje det «friske» hos barn og familiar med auka meistring framfor å fokusere på problema, bidreg til god helse på sikt.

I den nye Samhandlingsreforma, som tok til å gjelde frå 1. januar 2012, skal helsestasjonsverksemda først vidare i den forma ho har i dag. Den nye lova presiserer spesifikt at tilbodet skal vere heilskapleg og koordinert. Det vil seie at brukarar skal møte eit heilskapleg tenestetilbod frå graviditet til barnet er i skolealder. Ny folkehelselov skal bidra til at kommunane i mykje større grad skal tenkje «helse i alt dei gjer». Det vil seie at dei førebyggjande helsetenestene som helsestasjonen representerer, må styrkjast.

Kommunane har ansvar for å styre helsestasjonsverksemda slik at ein kan oppnå formålet om eit heilskapleg førebyggjande og helsefremjande arbeid som er tilstrekkeleg tilgjengeleg for brukarane.

I 2011 gjennomførte Statens helsetilsyn på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet tilsyn med helsestasjonsverksemda. Tilsynet kartla korleis eit representativt utval av 50 kommunar og bydelar organiserer og styrer

helsestasjonstilbodet til barn frå fødsel til skolestart. Kartlegginga gir ein indikasjon på kor god styring kommunane har med å prioritere, gjennomføre og evaluere helsestasjonstilbodet. Sjølv om det er store forskjellar mellom kommunane og bydelane, teiknar det seg eit bilete av eit tenesteområde der styringa i hovudsak er overlaten til helsestasjonspersonellet. Statens helsetilsyn stiller derfor spørsmål om den øvste leiinga i kommunen har god nok kontroll med at barn i aldersgruppa 0–6 år får den helsehjelpa dei har rett på frå helsestasjonen. Det er også eit spørsmål om kommuneleiinga har eit godt nok grunnlag for å vurdere kvaliteten på tenesta og for å definere eigeninnsatsen på dette området.

Kartleggingsresultatet vil kunne vere med på å gi kommunane eit grunnlag for å lære og utvikle kvaliteten i helsestasjonstenesta. Dette er særleg interessant i samband med at den nye helse- og omsorgstenestelova og folkehelselova skal implementerast.

På grunnlag av funn i denne kartlegginga meiner Statens helsetilsyn:

Statlege helsestyresmakter må konkretisere kven som har ansvar for kva innanfor ulike delar av dei førebyggjande helsetenestene. Helsestasjonsverksemda treng ei slik avklaring for å kunne sikre eige tenestetilbod, men også for føremålstenleg samarbeid med fastlegar, kommunal fysioterapi-teneste, barnehagar, barnevern, helseføretak etc. Dette bør vurderast gjennom forskrifter, rettleiarar, retningslinjer og gjennom opplæring og diskusjon i faglege fora. Kommunane må sørge for systema-

tisk overvaking og gjennomgang av internkontroll og styring med helsestasjonsverksemda for å sikre at ho fungerer som føreset. Det må gjennomførast systematiske risikovurderingar av helsestasjonsverksemda og fastsetjast plan for verksemda. Det må etablerast rutinar for samarbeid mellom helsestasjon og fastlegar. Ein må sjå til at barna sine helsekort og pasientsjournalar ved helsestasjonen inneheld nødvendige opplysningar. Ein må etablere ordningar som avdekkjer, rettar opp og førebyggjer avvik frå faglege krav til helsestasjonsverksemda. Vidare må ein sørge for nødvendig rapportering frå helsestasjonsverksemda til kommuneleiinga, og til staten gjennom KOSTRA. Ein må gjennomføre systematisk evaluering og analyse av helsestasjonstenesta.

Statens helsetilsyn støttar Helse- og omsorgsdepartementet i at det er nødvendig å etablere ny eller utvida statistikk for helsestasjonsverksemda. I kartlegginga vi har gjennomført i 2011, viser det seg at tilgjengelege data i KOSTRA ikkje er pålitelege nok.

” eit tenesteområde der styringa i hovudsak er overlaten til helsestasjonspersonellet.”



Litteratur: Styre for å styrke – Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten

Rapport fra Helsetilsynet 1/2012

**Statens helsetilsyn planlegg landsomfattande tilsyn med helsestasjonstenesta i 2013.**

## Uønskte hendinger i fødselsomsorga

Dei siste ti åra har Meldesentralen årleg registrert mellom 150 og 200 meldingar om uønskte hendingar knytte til fødslar. Meldesentralen er ein database for meldingar om uønskte hendingar i spesialisthelsetenesta. Meldingane om fødslar utgjør omtrent åtte prosent av alle melde hendingar i denne perioden.

Dei hyppigast melde skadane på mødrer er rifter i nedre del av fødselskanalen og kraftig bløding under fødsel. Dei hyppigast melde skadane på barna er mangel på eller fare for mangel på oksygen under fødsel, brot (fraktur) og skadar på nervar og blodårer i skulder (plexusskade).

Medisinsk fødselsregister, som hentar inn data frå alle fødslar i Noreg, registrerer årleg over 200 frakturar eller plexusskadar på barn. Skadane kjem i samband med kompliserte forløyisingar. Færre enn ti prosent av desse skadane kan finnast att blant melde skadar på barn i Meldesentralen. Det er nærliggjande å spørje om denne forskjellen er uttrykk for at frakturar og plexusskadar oppfattast som påreknaleg risiko? Kan vi auke pasienttryggleiken i fødselsomsorga ved oftare å vurdere desse skadane som uønskte hendingar, analysere kva årsaker som ligg bak hendingane, og endre praksis?

Gjennomgangen av meldingane viser at risikoen for uheldige hendingar i fødselsomsorga aukar når fødselsforløpet er komplekst. Ein må derfor fokusere særskilt på pasienttryggleik når det er behov for avansert overvaking og intervensjon.

### Eksempel:

«Den kontinuerlege registreringa av fosterlyden hos barnet viste at barnet var truga. Assistentlegen blei tilkalla, og det blei konferert med overlegen. Eit katastrofekeisarsnitt blei utført ved akutt forverring. Barnet blei stabilisert og sendt vidare til behandling.

Mogleg betringstiltak: I dette tilfellet burde overlegen ha vore meir var når assistentlegen formidla uvisse om korleis han skulle tolke tilstanden, og burde ha komme til avdelinga og vurdert situasjonen saman med assistentlegen.»



## LAR-pasientar – ikkje som andre pasientar?

Statens helsetilsyn er overordna organ i saker som gjeld pasientrettar, men får relativt få førespurnader som gjeld overprøving av vedtaka som er gjorde av klageinstansen, og av desse igjen er det få saker der Statens helsetilsyn har funne grunn til å gjere om avgjerda som Fylkesmannen har teke. Statens helsetilsyn får også meir generelle førespurnader om LAR-behandling.

Behandlinga av LAR-pasientar ber preg av ei generell frykt for at pasientane sel vidare substitusjonslegemidla illegalt. Av dei førespurnadene Statens helsetilsyn mottok i 2011, var det særleg to problemstillingar som peikte seg ut, og begge var knytte til substitusjonsbehandlinga. Den eine gjaldt usemje om tid og stad for utlevering av legemiddel, og den andre problemstillinga gjaldt spørsmålet om spesia-

listhelsetenesta har høve til å krevje at ein LAR-pasient skiftar legemiddel mot ønsket til pasienten.

Det kan krevjast at substitusjonslegemiddelet skal takast under påsyn av helsepersonell for å unngå overdosering og for å hindre illegal distribusjon av legemiddelet, men det skal gjerast individuelle vurderingar. Somme pasientar opplever det tungvint og nedverdiggande å skulle møte dagleg på ein bestemt stad til ei bestemt tid for å få medisinen sin under påsyn av andre, særleg når dette går over lengre tid. I enkelte tilfelle kan strenge utleveringsvilkår også vere til hinder for studium eller jobb. Rehabilitering er eit sentralt mål i LAR. Det er derfor viktig med individuelle vurderingar, slik at ei rigid utleveringsordning ikkje blir til hinder for at pasienten skal bli rehabilitert. For LAR-pasientar som har fungert godt over tid, der det ikkje har vore mistanke om vidare- sal, må det vurderast om pasienten kan få ta-med-heim-dosar for fleire dagar om gongen. Dette er også presisert i LAR-retningslinja.

Den andre problemstillinga Statens helsetilsyn har fått førespurnader om, gjeld usemje mellom pasienten og spesialisthelsetenesta om kva for eit substitusjonslegemiddel pasienten skal få.

Ifølgje LAR-retningslinja er buprenorfin med nalokson (Suboxone) førstevalet der det er aktuelt med ta-med-heim-dosar. Årsaka er at det er vanskeleg å omsetje Suboxone illegalt sidan det ikkje har nokon ruseffekt ved injisering. Men det skal òg leggjast

” Somme pasientar opplever det tungvint og nedverdiggande å skulle møte dagleg på ein bestemt stad til ei bestemt tid for å få medisinen sin under påsyn av andre ”

vekt på det pasienten sjølv ønskjer, når ein vel substitusjonslegemiddel. Ut ifrå dei førespurnadene Statens helsetilsyn får, kan det verke som om spesialisthelsetenesta i liten grad legg vekt på eit grunnleggjande ønske frå pasienten ved val av legemiddel. Vi ser også store fylkesvise skilnader i val av legemiddel. Enkelte pasientar rapporterer om uheldige biverknader av Suboxone, og då må ein som elles i helsetenesta vurdere om eit anna legemiddel kan vere betre eigna.

Statens helsetilsyn har også motteke førespurnader frå LAR-pasientar som over tid har fungert godt med eitt legemiddel (for eksempel metadon eller Subutex), der det blir stilt krav om å skifte til Suboxone utan at det er indikasjon for å skifte legemiddel. Helsetenesta må i slike tilfelle grunngi kvifor det nye legemiddelet blir vurdert som mest eigna for den bestemte pasienten, og ikkje skifte legemiddel på grunn av ei generell frykt for illegal distribusjon.

## Behandling av **skrøpelege eldre** pasientar med hoftebrot

- LAR: legemiddelassistert rehabilitering.
- LAR har vore ein pasientrett sidan rusreforma i 2004.
- LAR-forskrifta tok til å gjelde 1. januar 2010.
- LAR-retningslinja – nasjonal retningslinje som gir råd og anbefalingar.
- Spesialisthelsetenesta har ansvar for LAR.
- Opioidavhengige med rett til nødvendig helsehjelp kan få helsehjelpa i form av LAR.
- Fylkesmannen er klageinstans i LAR-saker, og vedtak hos Fylkesmannen er endelege.

- Føremålet med LAR er at personar som er avhengige av opioid, skal få auka livskvalitet og eit betre meistrings- og funksjonsnivå. Føremålet er også å redusere skadane av opioidtrongen og faren for overdosedødsfall.
- Dei tre vanlegaste legemidla som blir brukte i LAR i Noreg, er Suboxone, Subutex og metadon. Substitusjonsbehandling er ofte brukt som fellesnemning.

Årleg bryt om lag 9000 eldre hofta. Hoftebrot gir smerter og ubehag, og det kan også føre til at pasienten taper funksjon og får redusert livslengd, auka hjelpebehov og auka behov for institusjonsomsorg.

Skrøpelege eldre pasientar med hoftebrot treng ei breiare tilnærming enn yngre og sprekare pasientar. Helsetenesta må fokusere på den totale helsetilstanden til pasienten og ikkje

berre på den spesifikke tilstanden. Eit landsomfattande tilsyn i 2011 med behandlinga av hoftebrot hos skrøpelege eldre i helseføretaka undersøkte ventetid frå innlegging til operasjon, legemiddelbruk, delir (delirium) og ernæringsstatus. På desse fire områda kan sviakt få store negative konsekvensar for pasientane.

Det blei gjennomført 23 tilsyn. Tilsynsrapportar er tilgjengelege på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), og ein samle-rapport vil bli publisert våren 2012.

Delir er ei akutt forstyrning av medvitsnivået med redusert evne til å fokusere, halde fast på eller skifte merksemd. Dette kan opptre saman med endringar i kognitive funksjonar. Tilstanden kan kome av ein medisinsk tilstand, for eksempel ein infeksjon.

”

Helsetenesta må fokusere på den totale helsetilstanden til pasienten og ikkje berre på den spesifikke tilstanden.”

## Ringverknader av tilsyn – kunnskap om sårbarheit og svikt

Korleis kan tilsynet stimulere kvalitetsarbeidet og eigenkontrollen i kommunane og helseføretaka? I den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre i regi av Helsetilsynet er ulike tilnærmingar tekne i bruk. Gjennom konferansar, arbeidsseminar og kartleggingar er leiarar og personell blitt utfordra til å reflektere over og kontrollere sitt eige tenestetilbod opp mot funn frå gjennomførte tilsyn. Fylkesmennene opplever at dialog om tilsyn og funn frå tilsyn skaper engasjement og refleksjon både hos leiarar og medarbeidarar.

Helsetilsynet har som ein del av eldresatsinga disponert ekstra tilskotsmidlar for å styrkje tilsynsarbeidet hos fylkesmennene. Fleire fylkesmanns-embete har nytta høvet til å prøve ut ulike verkemiddel og aktivitetar for å formidle funn frå tilsyn og fremje læring etter tilsyn – ikkje berre dei stadene der tilsynsorganet har vore og undersøkt konkret, men også på tenestestader som ikkje har hatt tilsyn, og som driv liknande tenester.

Tilsynsorganet har mykje kunnskap om det som sviktar, og om det som kan svikte, i helse-, sosial- og barneverntenesta. Denne kunnskapen er lett tilgjengeleg i ulike former for tilsynsrapportar og er relevante og mogleg å overføre til andre tenestestader. Vi vil medverke til at leiarar og medarbeidarar i desse tenestene gjer kunnskap frå tilsyn til ein naturleg del av det kunnskapsgrunnlaget dei bruker i kvalitetsarbeidet. Vi har eit felles mål om at tenestebrukarane skal få god behandling og omsorg.

Vi finn mange brot på regelverk, og nokre utfordringar går att på tvers av tenesteområda – ofte også år etter år. Internkontroll er ein lovpålagd reiskap for å styre og betre sosial- og helse-tenesta. Det dreier seg om dei systematiske og planmessige tiltaka leiinga set i verk for å sikre at tenestebrukarane dagleg får trygge tenester med høg fagleg kvalitet. Tilsynsorganet ventar at kommunar, helseføretak og andre tenesteleverandørar sjølv er opptekne av og har kontroll med at krava i regelverket blir følgde.

Helse-, sosial- og barneverntenesta treng handlekraftige leiarar som har same aktive haldning til å styre det faglege arbeidet som til å styre økonomien. Det handlar også om å førebyggje uheldige gleppar og kritiske hendingar. Tilsynsrapporten kan vere ei relevant kunnskaps- og informasjonskjelde i dette arbeidet. Den som les tilsynsrapportar, kan stille seg spørsmål som: «Korleis er dette hos oss?» og «Korleis kan vi unngå at dette skjer hos oss?». Leiinga må stille seg konkrete, og kanskje ubehagelege, kontrollspørsmål om omfang og kvalitet på tenestetilbodet:

- Har vi oversikt over behovet for tenester no og på lengre sikt?
- Har vi den informasjonen vi treng for å ha oversikt over drifta og det faglege arbeidet?
- Kva må vi gjere for at medarbeidarane skal ha tilstrekkeleg kompetanse?
- Har vi god nok oversikt over sårbare område og fare for svikt i tenesteutføringa?

- Korleis bruker vi tilbakemeldingar frå kompetente medarbeidarar i betringsarbeidet?
- Korleis bruker vi tilbakemeldingar frå tenestemottakarar og pårørande i betringsarbeidet?
- Kva tiltak har vi for å førebyggje uheldige og kritiske hendingar?

Dialog om funn frå tilsyn i møte og konferansar er ikkje tilstrekkelege i seg sjølv for å initiere den typen aktivitet i verksemdene som vi som tilsynsorgan er opptekne av å stimulere til. Men vi opplever at slik dialog blir godt teken imot, og vi vil halde fram vår del av arbeidet for å oppnå gode ringverknader av tilsyn.

### Tilsyn og læringsdialog

Helsetilsynet i Vestfold har på grunnlag av erfaringar frå Fylkesmannens prosjekt «Slik kommunene ser det» arbeid målretta for å auke dialogen i samband med tilsyn. Prosjektet auka kunnskapen om korleis kommunane opplever tilsyn. Tilbakemeldingane viste blant anna at eit tilsyn kunne gi eit større læringsutbytte dersom det blei følgt opp med dialog før og etter tilsynet.

## Læringsnettverk om legemiddelbehandling

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta blei i 2011 engasjert for å vere med på å utvikle eit læringsnettverk som skulle sikre pasientar nødvendig og rett legemiddelbehandling, og gjere leiarar dyktigare i å leie endrings- og betringarbeid. Bakgrunnen var funn Helsetilsynet i Telemark hadde gjort gjennom tilsyn på sjukeheimar. I tillegg låg Telemark fylke høgt i utskriving av antipsykotiske legemiddel til eldre, og statistikk frå tilsynsfarmasøyt viste stor variasjon i legemiddelbruken mellom sjukeheimane i fylket. Læringsnettverk byggjer på erfaringar frå «gjennombrotsmetoden», og er ein metode for å organisere

korleis ein skal gi kunnskap og rettleiing til leiarar og medarbeidarar i betringsteam rundt ei oppgåve over ein tidsperiode.

Deltakarane i nettverket kom frå seks sjukeheimar i kommunane Porsgrunn og Skien, og dei var organiserte i team sette saman av sjukeheimslege, avdelingsleiar og sjukepleiar eller vernepleiar. Fire team hadde med brukarrepresentant, og tilsynsfarmasøytar tok også del på fellessamlingane.

Deltakarane starta med å kartleggje og analysere legemiddelbehandling og -handtering i dei respektive avdelingane sine. Verknad og biverknader av legemiddel blei vurderte, i tillegg blei

det teke opp kva ein må ta omsyn til for å unngå at ulike legemiddel verkar uheldig inn på kvarandre når pasientar må bruke mange av dei samtidig. Deretter blei effekt målt og eventuell endring sett i verk. Ein føresetnad for at læringsnettverket skulle lykkast, var at pasientar og medarbeidarar skulle involverast heile vegen. Gjennomføringa har vist at deltakarane lærer av kvarandre, utnyttar og spreier kompetansen i organisasjonen. Det blir no gjort ein systematisk tverrfagleg legemiddelgjennomgang innan to veker etter innlegging, legene dokumenterer indikasjon for legemiddelbehandlinga, og observasjon og rapportering av verknad og biverknad er med i tiltaksplanen. Resultatet har vore opplyftande, og målingane som er gjorde, har vist god utvikling. Erfaringane viser også at god legemiddelbehandling og -handtering inneber ei kulturendring som det tek tid å få rotfesta i verksemda.

I modellen vår «Læringsdialog rundt tilsyn» har vi prøvd ut ei møterekkje knytt til dei ulike fasane i eit tilsyn:

1. Informasjonsmøte blir gjennomført innan 1. mars, og alle verksemdar som yter tenester innanfor tilsynstemaet dette året, blir inviterte. Møtet er prega av informasjonen vår til verksemdene.
2. Dialogmøte blir gjennomførte med verksemdar som har hatt tilsyn med same tema, etter at tilsynet er gjennomført. Her har vi lagt stor vekt på eigen aktivitet i verksemdene, med presentasjon, diskusjon og samhandling for å lære av kvarandre.

3. Oppsummeringsmøte blir gjennomført i desember for dei same verksemdene som tok del på informasjonsmøtet. Her har vi ei gjensidig utveksling av erfaringar og refleksjonar frå tilsynsprosessen. I dette møtet gir vi som tilsynsorgan også tilbakemeldingar om dei viktigaste funna vi har gjort under tilsynet.

Erfaringane våre og tilbakemeldingar frå verksemdene viser at meir dialog har vore med på å auke meirverdien og betre læringa av tilsyna både for dei som har hatt tilsyn, og for oss som tilsynsorgan. Dette gjeld også for verksemdar som ikkje har hatt tilsyn,

men som har teke del på informasjons- og oppsummeringsmøta. Møta har gitt oss meir kunnskap om verksemdene, noko som igjen kan betre tilsynspraksisen vår. Vi har gjennomført prosessen ved fleire tilsyn i 2010 og 2011 både på helseområdet og sosialområdet.

Læringsdialogen er no lagd inn i årskalenderen vår. Parallelt med val av tilsynstema og tilsynsobjekt drøftar vi kven som er aktuelle å invitere til dialogmøte. Vi meiner læringsmodellen er nyttig og vil utvikle han i det vidare arbeidet vårt.







Både helsepersonell og verksemdar pliktar å yte forsvarlege helse-tenester. Skal helsepersonell yte forsvarlege tenester, er det heilt nødvendig at verksemda er organisert slik at et er mogleg å yte gode tenester.

Eigarar og leiarar i helse- og omsorgstenesta har eit generelt ansvar for at tenestene blir drivne på ein fagleg forsvarleg måte. Kravet til forsvarleg



## Når svikta ligg i **systema**

verksemd i spesialisthelsetenesta går fram av spesialisthelsetenestelova § 2-2, mens det for kommunale helse- og omsorgstenester går fram av helse- og omsorgstenestelova § 4-1.

Plikta til forsvarleg verksemd omfattar både planlegging, utbygging, organisering, drift og vedlikehald av helse- og omsorgstenester. Forsvarleg verksemdsstyring krev at det blir arbeid systematisk med å avdekkje situasjonar der det har oppstått eller kan oppstå svikt, manglar eller uønskete hendingar, for så å setje i verk tiltak for å førebyggje at dette skjer igjen.

Helsetenesta er pålagd å etablere eit system for internkontroll. Internkontrollen skal bidra til fagleg forsvarlege helsetenester, og han er eit leiingsverktøy som skal sikre at daglege arbeidsoppgåver blir utførte, styrte og betra i tråd med lovkrava. Den som har ansvaret for verksemda, har også ansvaret for internkontrollen.

*Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten* gjer nærare greie for innhaldet i internkontrollar. Formålet med internkontrollen er å sikre at sosial- og helselovgivinga blir følgd gjennom systematisk styring og kontinuerleg forbetring.

Statens helsetilsyn har i tilsynsverksemda si dei siste åra auka merksemda om systemet som helsepersonell jobbar innanfor. Dette har Helsetilsynet gjort fordi menneskelege feil er

uunngåelege. Det er da viktig å leggje vekt på at eigarar og leiarar for verksemda har eit ansvar for å byggje inn sikringssystem/barrierar som skal hindre at feil oppstår, eller som skal minimalisere følgjene av slike feil.

Statens helsetilsyn vil i det følgjande presentere nokre tilsynssaker vi har hatt det siste året, der vi har konstatert brot på kravet om forsvarleg verksemd.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i kommunehelsetenesta – pasient med rehabiliteringsbehov**

Ein eldre mann blei etter eit sjukehusopphald overført til kommunehelsetenesta for opptrening etter hjerneslag. Han hadde også kronisk nyresvikt, hjerteproblem og diabetes, og derfor eit stort pleiebehov. Han døydde kort tid etter at han blei overført til kommunehelsetenesta. Pårande klaga på pleia og behandlinga han hadde fått i kommunen.



Internkontrollen skal bidra til fagleg forsvarlege helsetenester”

Før pasienten blei skriven ut frå sjukehuset, var det avtalt rehabilitering med kommunen. Det var ikkje ledig plass ved rehabiliteringsavdelinga i kommunen eller i sjukeheim, og pasienten

fekk i staden korttidsopphald ved ein aldersheim. Først etter tre veker fekk han plass i rehabiliteringsavdelinga, men på grunn av ferieavvikling og liten kapasitet til å gi opptrening, tok det over ein måned før eit tverrfagleg



team planla eit rehabiliteringsopplegg for han. Pasienten fekk akutte hjarte- problem og blei innlagd på sjukehuset igjen. Etter inntaks-reglane i kommunen mista han da rehabiliteringsplassen og kom til vanleg sengepost på sjukeheimen etter sjukehusopphaldet. Rehabiliteringspotensialet hans var på dette tidspunktet blitt sterkt redusert. Statens helsetilsyn konkluderte med at pasienten ikkje fekk nødvendig rehabilitering etter hjerneslaget. Rehabilitering etter hjerneslag må setjast i verk med ein gong, og ho kan da gi betre overleving og funksjon. Rehabiliteringa som denne pasienten fekk, var sterkt i strid med faglege krav.

Etter å ha henta inn styringsdokumenta til kommunen på dei aktuelle områda, fann Statens helsetilsyn at internkontrollen i kommunen var svært mangelfull. Leiinga hadde ikkje etablert nødvendige kvalitetsstyrings-system for å sikre forsvarleg behandling, pleie og omsorg. Kommunen mangla prosedyrar på fleire sårbare område med stor risiko for svikt, eller det fanst berre uklare rutinar. Dette gjaldt viktige område som ernæring, adekvat helsehjelp, dokumentasjon, avvikshandtering med meir. Dessutan hadde leiinga svært mangelfull kontroll med om etablerte prosedyrar blei følgde. Dette medverka til at pasienten fekk uforsvarleg behandling.

Statens helsetilsyn kom i denne saka til at kommunen ikkje hadde ytt forsvarleg helseteneste, og at han dermed hadde brote kravet om forsvarleg verksemd i kommunehelsetenestelova.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i kommunehelsetenesta – pasient med trykksår**

Pårørande til ein pasient i sjukeheim klaga til Helsetilsynet etter at pasienten døydde av blodforgifting, som sannsynlegvis hadde årsak i eit infisert trykksår. Pasienten hadde alle risiko-



faktorar for å utvikle trykksår fordi han var lam etter hjerneslag, sat i rullestol, var inkontinent og hadde alvorleg diabetes, og var følgeleg sterkt pleietrengande. Da han blei innlagd på sjukehus kort tid før han døydde, var han svært dehydrert og hadde nyresvikt.

Da Statens helsetilsyn gjekk gjennom pasientjournalen frå sjukeheimen, fann vi at pasienten det siste halvåret før han døydde hadde hatt fleire teikn på trykksår. Eitt trykksår var infisert og illeluktande. Journalnedteikningane om sårutviklinga var sporadiske og usystematiske, i hovudsak utan å skildre tiltak. Dei tiltaka som var skildra, mangla ofte vurdering av om tiltaka verka. Statens helsetilsyn fann ingen journalnotat knytte til å kartleggje risikofaktorar for trykksår. Det gjekk heller ikkje fram av journalen at det var sett i verk systematiske behandlingstiltak for manifesterte trykksår. Pasienten fekk først spesialmadrass etter at han hadde utvikla sår. Tiltak for å avlaste

trykkutsette område av kroppen blei etablert ved såkalla «snuliste», men det er usikkert om lista blei følgd, fordi ho sjeldan blei signert.

Det gjekk også fram av journalen at ernærings situasjonen for pasienten ikkje blei kartlagd, og det blei ikkje sett i verk målretta tiltak. Det var ingen systematiske registreringar i journalen over kva pasienten åt og drakk, berre sporadiske og usystematiske notat utan relasjon til definerte mål, og heller inga evaluering av situasjonen. Kva pasienten vog, var heller ikkje notert. Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring skal sikre at risikopasientar blir følgde spesielt opp, om nødvendig med registrering av mat- og væskeinntak.

Verksemda hadde ein prosedyre for å førebyggje og behandle trykksår, men den var svært mangelfull. Kommunen mangla prosedyrar for å kartleggje risikopasientar og behandle årsaker til trykksår.



Det var heller ikkje etablert styringssystem for å sikre at pasientar fekk tilstrekkeleg ernæring”

system for å sikre at pasientar fekk tilstrekkeleg ernæring, og for å avdekkje svikt på dette området. Dette er i strid med krava i internkontroll- og kvalitetsforskrifta. Statens helsetilsyn kom også til at verksemda ikkje hadde sørgt for eit journal- og dokumentasjonssystem som oppfyller krava i helselovgevinga.

Statens helsetilsyn konkluderte med at verksemda ikkje hadde etablert nødvendige styringssystem for å sikre at forsvarleg behandling av trykksår og for å avdekkje svikt på dette området. Det var heller ikkje etablert styrings-

Verksemda mangla også styringsdokument for korleis leiinga skulle følgje med på at krav til dokumentasjon i lover og forskrifter blir følgde. Kommunen hadde med dette brote kravet om forsvarleg verksemd.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenesta – varsel om pålegg på grunn av mangelfull legebemanning ved fødeavdeling**

Hausten 2010 blei det gjennomført eit planlagt tilsyn ved Universitetssjukehuset i Nord-Noreg HF, Narvik. Her blei det konstatert at legebemanninga ved fødeavdelinga var mangelfull, og at dette gjorde det uforsvarleg å ta imot risikogravide. Sjukehuset fekk ein frist til å rette opp i tilhøva. Da dette ikkje blei gjort innan fristen, varsla Statens helsetilsyn sommaren 2011 sjukehuset om pålegg etter spesialisthelsetenestelova § 7-1. Helseføretaket blei no gitt ein frist på to veker til å rette på tilhøva. Statens helsetilsyn fekk etter dette svar frå sjukehuset der dei gjorde greie for følgjande tiltak som var sette i verk:

- Gravide som sokna til den aktuelle fødeavdelinga, blei no strengt selekterte i tråd med gjeldande retningslinjer for fødsel ved kvinneklinikk/fødeavdeling utan barneavdeling. Gravide med identifiserte risikofaktorar ville bli fagleg vurderte for fødsel ved UNN Tromsø.
- Bemanninga av fødeininga var styrkt med gynekologar frå UNN Tromsø.
- Sjukehuset ville sikre at gynekologvikarar som blir rekrutterte til fødeavdelinga, skal ha nødvendig obstetrisk kompetanse.
- Gravide med risikofaktorar som tilseier fødsel ved fødeavdeling, ville få fødetilbod ved UNN Tromsø eller UNN Harstad.
- Ved mangelfull gynekologbemanning skal fødeininga fungere som ei jordmorstyrt fødestove i sjukehus.

Statens helsetilsyn fann etter denne utgreiinga at verksemda hadde sett i verk tilfredsstillande tiltak. Helsetilsynet i fylket fekk i oppgåve å stå for den vidare tilsynsoppfølginga av fødeininga ved UNN Narvik.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenesta – alvorleg svikt i rutinar for postoperativ overvaking**

Ein ung mann blei innlagd for hjelp med ein gong for operasjon på grunn av brot i kneet. Pasienten opplyste at han hadde svima av fleire gonger, og at han var under utgreiing for mogleg hjartearytmi. På grunn av ei sjukehistorie med anfall der han svima av, blei det teke EKG. Dette blei likevel ikkje vist til lege. Anestesilegen undersøkte pasienten først da han kom til operasjonsavdelinga knapt to døgn etter innlegginga. Inngrepet i seg sjølv var ukomplisert, men etter operasjonen hadde pasienten mykje smerter. Han blei først overvaka på postoperativ avdeling og deretter flytta over til vanleg sengepost. Legen undersøkte pasienten to gonger om kvelden utan å finne teikn til alvorlege komplikasjonar. Han ordinerte munnleg eit morfinpreparat mot smertene. Dette skulle ein gi til pasienten når han trong det. Legen gav ikkje opp nokon maksimaldose for preparatet. Pasienten trong til saman store dosar smertestillande før han sovna tungt. Han blei berre sedd til av sjukepleiaren eit par gonger gjennom natta. Om morgonen blei han funnen død i senga.

Statens helsetilsyn kom til at sjukepleiaren som hadde ansvaret for pasienten om natta, burde ha overvaka pasienten betre. Handlemåten hennar blei sedd på som uforsvarleg. Vi kom også til at legen burde ha gitt opp ein maksimaldose av morfinpreparatet, og samstundes gitt beskjed om å bli kontakta igjen dersom pasienten trong store dosar.

Statens helsetilsyn konkluderte med følgjande avvik på systemnivå: svikt i rutinane for overvaking av pasientar som hadde fått morfinpreparat, mangelfulle rutinar for informasjon til pasientar før operasjonar, mangelfull utgreiing ved informasjon som kunne innebære risiko i samband med operasjon, og forseinka tilsyn frå anestesilege før operasjon. Sjukehuset hadde brote kravet om forsvarleg





verksemd i spesialisthelsetenestelova § 2-2. Verken legen eller sjukepleiaren blei gitt administrativ reaksjon (åtvaring) i denne saka. Årsaka til dette var at saka avdekte alvorleg svikt i rutinane ved sjukehuset.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenesta – alvorlege brot på helselovgivning-ga ved kirurgisk avdeling**

Statens helsetilsyn avslutta i 2011 ei alvorleg tilsynssak der vi konkluderte med at verksemda var organisert i strid med kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenestelova, og også i strid med reglar i pasientrettslova og internkontrollforskrifta.

I desember 2009 blei det avdekt svikt i poliklinisk oppfølging av pasientar ved kirurgisk avdeling, Sjukehuset Asker og Bærum. Etter nærare undersøkingar blei det oppretta tilsynssak, og saka blei politimeld. Politietterforskinga og tilsynssaka har blant anna avdekt at:

- Pasientar hadde systematisk og over tid fått endra datoen for rett til helsehjelp, utan at dette var medisinsk grunnitt.
- Pasientar hadde ikkje fått informasjon dei hadde krav på om frist for rett til helsehjelp, klagerett eller rett til fritt sjukehusval.
- Leiinga mangla tilstrekkeleg overordna oppfølging, rapportering og kontroll med ventelistepasientar og oppfølging av behandlingsfristar.
- Tilsette som handterte ventelistepasientar, hadde ikkje fått god nok opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet ved sjukehuset og det aktuelle regelverket.
- Den kirurgiske avdelinga mangla tilfredsstillande system for prioritering av tilviste pasientar og kontrollpasientar.

I november 2010 fekk Vestre Viken HF eit førelegg på fem millionar kroner på vilkår med ei prøvetid på fem år. Vestre Viken HF godtok førelegget. Statens helsetilsyn har varsla at vi i prøvetidsperioden kjem til å gjennomføre ei tilsynsoppfølging av helseføretaket.

### **Brot på kravet om forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenesta – systemsvikt på grunn av mangelfulle rutinar ved sjølvmondsrisiko**

Ein ung pasient med fleire tidlegare sjølvmondsforsøk blei utskriven etter eit kort opphald ved psykiatrisk avdeling. Årsaka til innlegginga var ein akutt psykotisk episode med høg sjølvmondsfare. Ved utskrivinga fekk han med seg ein resept på antipsykotisk medikasjon. Kort tid etter blei han igjen innlagd på grunn av eit nytt sjølvmondsforsøk, han hadde teke alle tabletane. Pasienten tok livet sitt på sjukehuset. Pårørande hadde dagen før peikt på at pasienten hadde farlege gjenstandar som leidningar og plastposar på rommet. Pårørande fortalde at da dei blei kontakta frå avdelinga tre dagar etter sjølvmordet, fekk dei informasjon om at sjukehuset først måtte ta seg av dei tilsette. Pårørande opplevde at dei blei dårleg tekne vare på etter hendinga.

Statens helsetilsyn konkluderte med at pasienten ikkje hadde fått forsvarleg helsehjelp i tråd med spesialisthelsetenestelova § 2-2. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* frå Helsedirektoratet var grunnlaget for vurderinga. Bakgrunnen for dette var at verksemda hadde mangelfulle rutinar for risikovurdering av sjølv mord ved utskriving

og mangelfulle tryggingstiltak ved sjølvmondsfare, mangelfulle rutinar for samhandling med pårørande og mangelfullt system for journalføring.

### **Brot på internkontrollplikta i kommunehelsetenesta – svikt i informasjonstryggleiken**

På grunn av store problem med eit nytt journalsystem gjekk legekantoret tilbake til det gamle systemet sitt. Da det oppstod straumbrot, mista legekantoret alle journalnotat for ein periode på eitt år og tre månader. Det låg ikkje føre sikringskopi. Serveren for sikringskopiar stod i IT-avdelinga i kommunen. På grunn av «misforståelse eller kommunikasjonssvikt» gav ikkje leverandøren av journalsystemet beskjed til IT-avdelinga i kommunen om endringa til gammalt system, slik at det berre blei køyrt sikringskopi for det nye systemet.

” vi i prøve-  
tidsperioden  
kjem til å  
gjennomføre ei  
tilsynsoppfølging  
av helseføretaket.”

Kommunen vedgår at rutinar og etablert praksis for å sikre helseopplysningane ikkje hadde vore tilfredsstillande, og at melding om skifte av journalsystem skulle ha vore send til IT-avdelinga ved overgang til gammal versjon.

Vurderingstema for Statens helsetilsyn var om kommunen hadde eit adekvat internkontroll-/styringssystem for informasjonstryggleiken. Statens helsetilsyn peikte på at både leverandøren av journalsystemet og kommunen måtte ta på seg ein del av ansvaret for tapet av pasientdataene. Verksemda er likevel ansvarleg for informasjonstryggleiken.

Det følgjer av helseregisterlova § 16 jamfør personopplysningsforskrifta § 2-12 at verksemden i helsesektoren



skal ta sikringskopi av helse- og personopplysningar. Det ligg i kravet om forsvarleg verksemd at tenesteytaren må etablere system som i størst mogleg grad sikrar at svikt ikkje skjer. Verksemda skal gjennom internkontrollen sin sikre fagleg forsvarlege helsetenester og sjå til at helselovgivinga blir oppfylt gjennom systematisk styring og kontinuerleg forbetningsarbeid, jamfør internkontrollforskrifta.



kommunen hadde brote internkontrollplikta og fleire reglar i helselovgivinga.”

Vidare følgjer det av helsetilsynslova § 3 og helseregisterlova § 17 at verksemda må etablere eit styringssystem for informasjonstryggleik. Styringssystemet skal liste opp aktivitetar for å rettleie og styre verksemda. Rettleiaren *Personvern og informasjonssikkerhet for legekontorer* frå Helsedirektoratet gjer greie for tryggleikskrav og prosedyrar legekontor må etablere som eit minimum.

Vi føreset at legekontor tek sikringskopi av helse- og personopplysningar etter ein fullgod fastsett prosedyre. Prosedyren bør blant anna innehalde ei vurdering av kor ofte ein skal ta sikringskopi, korleis ein skal kvalitets sikre sikringskopiane, korleis dei skal lagrast, og korleis dei skal testast (gjenoppretting). Leiinga må sjå til at prosedyrane er sette i verk i verksemda.

Statens helsetilsyn fann at kommunen ikkje hadde utvikla og sett i verk fullgode rutinar og/eller prosedyrar for sikringskopiering på det aktuelle tidspunktet.

Vidare skal leiinga for verksemda jamleg utføre risikovurderingar for å kartleggje kor sannsynleg uønskte hendingar er, og kva konsekvensar dei

kan få. Statens helsetilsyn fann at det var grunn til å gjennomføre ei risikovurdering av sikringskopieringa i lys av overgangen frå eitt system til eit anna. Dette må særleg gjelde når ansvarstilhøvet mellom IT-avdelinga og leverandøren av EPJ-systemet stod fram som uklart.

Statens helsetilsyn fann at kommunen ikkje hadde gjennomført fullgode risikovurderingar knytte til informasjonstryggleiken ved legekantoret.

Det blir også stilt krav om at legekantor jamleg (minimum årleg) gjennomfører ein tryggleiksrevisjon. Formålet med revisjonen er blant anna å verifisere at tryggingstiltaka fungerer (for eksempel sikringskopiering). Behovet for tryggleiksrevisjonar aukar i samband med endringar som er viktige for informasjonstryggleiken. Statens helsetilsyn fann at kommunen ikkje hadde gjennomført tryggleiksrevisjon knytt til informasjonstryggleiken ved legekantoret. Vi peikte på at dersom kommunen hadde gjennomført ein tryggleiksrevisjon etter at ein gjekk tilbake til gammalt system, ville ein ha oppdaga at sikringskopieringa var sett på feil versjon.

Statens helsetilsyn konkluderte med at kommunen hadde brote internkontrollplikta og fleire reglar i helselovgivinga.

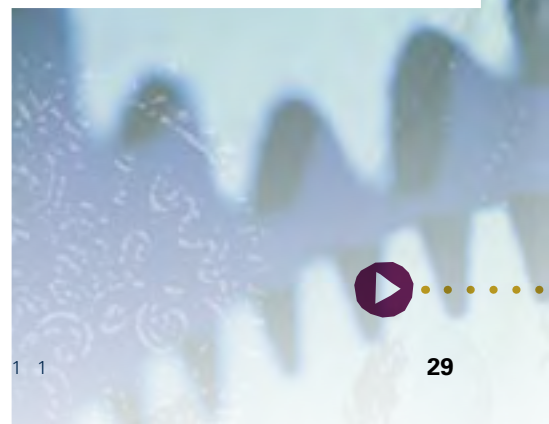
## Journalssystem i strid med lovgivinga


Ein kommune hadde opna opp for direkte tilgang til alle pasientjournalane på tvers av dei tre legekantora i kommunen.

Helsetilsynet i fylket orienterte kommunen om at journalssystemet var organisert på ein måte som var i strid med regelverket. I brev til Helsetilsynet i fylket foreslo kommunen å hente inn samtykke frå alle pasientar for å etablere lovleg grunnlag for ein felles pasientdatabase. Saka blei send over til Statens helsetilsyn slik at ho kunne bli behandla der.

Statens helsetilsyn viste innleiingsvis til helseregisterlova § 13 første ledd, der det går fram at fleire legekantor i utgangspunktet ikkje kan opprette eit felles EPJ-system.

Statens helsetilsyn viste vidare til lovendring 19. juni 2009, der det i andre ledd i føresegna er gitt ein forskriftsheimel til å opne for tilgang til helseopplysningar i EPJ-system på tvers av verksemdsgrenser. Forskriftsheimelen opnar ikkje for at helsepersonell skal få tilgang til fleire helseopplysningar enn etter reglane i dag, men at dei kan tileigne seg helseopplysningar direkte i staden for at det blir utlevert av anna helsepersonell. Statens helsetilsyn peikte likevel på at forskrifta ikkje er gjord gjeldande. Statens helsetilsyn viste også til tredje ledd i føresegna, der det går fram at helsepersonell kan få tilgang til helseopplysningar i EPJ-systemet hos



A collage of images including a CD, a notebook, a pen, and gears. The CD is in the top left corner. The notebook and pen are in the center. The gears are in the bottom right. The background is a mix of blue, green, and white.

eit anna legekantor dersom det ligg føre uttrykkeleg samtykke frå pasienten. Statens helsetilsyn meiner at dette høvet likevel først gjeld når det er gitt forskrift som nemnd over med heimel i andre leddet i føresegna.

Ved å vise til utgreiinga over kom Statens helsetilsyn til at det på dette tidspunktet ikkje var høve til å gi tilgang til helseopplysningar i EPJ-system mellom legekantor ved direkte tilgang, og at dette gjeld uavhengig av om pasientane har gitt sitt samtykke til ei slik løysing. Opplysningar som er nødvendige for å yte forsvarleg helsehjelp, må overførast på ordinær måte mellom legekantora med heimel i helsepersonellova § 25 første ledd første punktum og § 45 første ledd første punktum.

#### **Kva følgjer får det når verksemdar bryt kravet om forsvarleg behandling?**

Når Statens helsetilsyn har konkludert med brot på helselovgivinga, blir det sett ein frist for verksemda til å rette tilhøva. Helsetilsynet i fylket (no Fylkesmannen) følgjer så opp saka vidare. Dersom verksemda ikkje rettar tilhøva innan fristen, kan Statens helsetilsyn gje pålegg om retting. For spesialisthelsetjenesta kan ein fastsetje løpande tvangsmulkt inntil pålegget om retting er oppfylt. Dersom vi finn det nødvendig av omsyn til pasienttryggleiken, er det høve til å gi pålegg om å stenge helseinstitusjonen.

# Tannskader i sjukehus

Nokre uønskete hendingar gjeld pasientar som får skadar på tennene sine mens dei blir behandla på sjukehus. Her illustrerer vi slike hendingar ved å gi eksempel på uønskete hendingar registrerte i Meldesentralen.

Alle helseinstitusjonar i spesialisthelsetenesta har plikt til å rapportere uønskete hendingar som gir eller kan gi betydelege personskeidar. Meldingar blir registrerte i ein sentral database, Meldesentralen. I tidsperioden frå 2001 til 2010 blei det registrert 18 745 meldingar. Av desse gjaldt 129 meldingar, det vil seie 0,7 prosent, tannskade i samband med

- intubasjon når pasienten fekk narkose (87)
- fall (25)
- vald: ein pasient mot ein annan pasient (8)
- gastroskopi (7)
- munnstell (2)

Kvart år gjennomgår om lag 310 000 pasientar i Noreg eit kirurgisk inngrep under narkose. Skadar på tenner i samband med narkose skjer relativt sjeldan, og utfallet er ofte ikkje alvorleg. Men slike skadar kan føre til ubehag og store kostnader for pasienten. Dei siste fem åra (frå 2006 til 2010) har Norsk pasientskadeerstatning behandla 118 saker som gjeld tannskadar i samband med narkose (intubasjon). I 27 av desse sakene fekk pasienten medhald, og til saman fekk dei 2,3 millionar kroner i erstatning.

Fleire faktorar kan påverke risikoen for tannskadar i samband med narkose:

- Om pasienten har god eller dårleg tannstatus:  
*Pasienten hadde dårlege tenner i overkjeven. Dei var sterkt bøygde utover. Eg var svært forsiktig da eg intuberte. Det var ein vanskeleg intubasjon med dårleg innsyn. Eg måtte lyfte laryngoskopet ekstra, og tre framtenner losna. Dei var heilt svarte og etterlét inga bløding. Det blei ikkje brukt spesiell kraft.*
- Om pasienten har tenner som har stor risiko for å bli skadde (bruer, kroner, implantat, midlertidige fyllingar):  
*Ei krone losna under intubasjon. Pasienten hadde ikkje opplyst at ho hadde ei krone. Under operasjon sette anestesijukepleiar maske utan problem. Da pasienten vakna, hadde ho tanna laust i munnen og spytta henne ut.*
- Om narkosen er gitt i ein krisesituasjon der intubasjon må skje raskt:  
*Ein bit av emaljen på høgre fortann var borte etter narkosen. Det var gjort hastekeisarsnitt, magen var ikkje tømd, og det var avgjerande at tuben gjekk raskt ned.*

*Pasient med multitraume – køyrde med bil mot fjellvegg. Han blei operert med narkose. Under intubasjon losna ei tann. Pasienten hadde brekt kjeven. Det er mogleg at tannskaden var påverka av bilulykka.*



Litteratur: Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008-2011

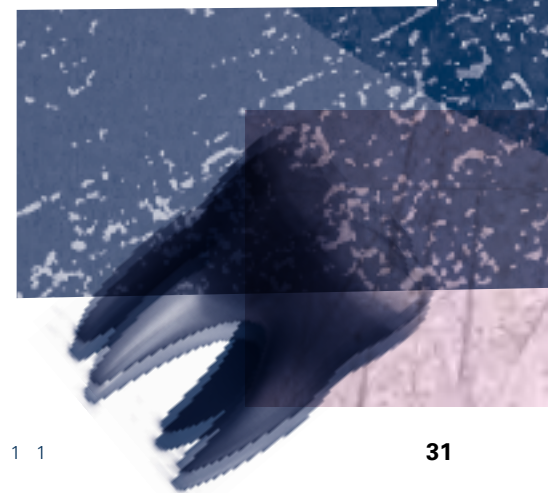
Rapport fra Helsetilsynet 4/2012

- Om det er vanskelege forhold for intubasjon:  
*Vanskeleg intubasjon. Første forsøk gjort av erfaren assistentlege, andre forsøk av overlege. Skade i leppe og tann i overkjeven etter intubasjonsforsøk.*

Vi går ut ifrå at mange tilfelle av tannskade som skjer under narkose, ikkje blir rapporterte. Somme blant helsepersonell ser på slike skadar som ein pårekneleg risiko, og da er dei ikkje meldepliktige:  
*Pasienten fekk spinalanestesi under keisarsnitt. Venstre tann i overmunnen losna ved intubasjon. Dette er ein kjend risiko ved intubasjon.*

I somme tilfelle får pasienten informasjon om risiko på førehand:  
*Pasienten undersøkt i narkose med mikrolaryngoskop. Informert preoperativt om mogleg fare for tannskade i samsvar med rutine. Vanskeleg å få oversikt under innstilling på utstyret. Etter inngrepet oppdaga eg skade på tann i venstre underkjeve.*

Uønskete hendingar kan skje på grunn av feil, mangelfulle ferdigheiter hos helsepersonell, uføresette komplikasjonar eller av andre grunnar. Det er ikkje svært mange saker det er snakk om, og somme av sakene som er illustrerte her, var ikkje til å unngå. Men andre skadar kunne ha vore unngått og skjedde på grunn av manglande kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonellet.



Meldeplikta spesialisthelsetenesta har til Helsetilsynet i fylket om hendingar som har ført til eller kunne ha ført til alvorleg helse-skade, skal ta slutt. Samtidig blir det oppretta ei ny meldeordning i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten frå 1. juni 2012.

Helseføretaka skal sende meldingar til Fylkesmannen (inntil 1.1.2012 Helsetilsynet i fylket) som før i første halvår 2012.

# Utrykningsgruppa - trussel eller støtte?

## Erfaringer etter tilsyn ved Sykehuset Telemark

Kristian Heldal, klinikkoverlege, Sykehuset Telemark HF, Skien

1. juni 2010 ble Statens helsetilsyns utrykningsgruppe etablert som et toårig prøveprosjekt for å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp/saksforhold og som en følge av dette, kortere saksbehandlingstid ved alvorlige tilsynssaker. Allerede tre uker senere fikk Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF sitt første (og hittil eneste) møte med utrykningsgruppa da en 28 år gammel utenlandsk sjømann døde kort tid etter at han ble innlagt med spørsmål om en alvorlig infeksjon. Etter en gjennomgang av hendelsesforløpet ble det reist tvil om pasienten hadde mottatt forsvarlig helsehjelp og vi valgte derfor å kontakte utrykningsgruppa på e-post slik de nye retningslinjene tilsa. Etter telefonkonferanse mellom en representant for utrykningsgruppa og medisinsk faglig ansvarlige overlege ved Medisinsk klinikk, bestemte Statens helsetilsyn at utrykningsgruppa skulle komme på tilsyn to dager senere. Fram til da fikk vi i oppgave å fremskaffe alle relevante retningslinjer og journaldokumentasjon, i tillegg til å identifisere og informere aktuelle intervjuobjekter.

Dagene fram til tilsynet skulle finne sted ble også benyttet til å gjennomgå saken med alle involverte, både for å danne et bilde av hva som egentlig hadde skjedd, hvor det eventuelt hadde sviktet og for å gi faglig og personlig støtte til involvert helsepersonell. Det var tydelig at hendelsen hadde vært meget traumatisk for alle og det var derfor nødvendig å bruke mye tid på dette.

Selve tilsynet ble gjennomført i en god tone. Man innledet med et felles møte og deretter ble alle involverte intervjuet hver for seg, og med mulighet til å ha med seg en tillitsvalgt. Samtlige intervjuobjekter opplevde intervju-situasjonen som god. Tilsynet ble avsluttet med en oppsummering der medisinsk faglig ansvarlig overlege og sykehusets kvalitetssjef deltok. Vi ble lovet en relativt rask tilbakemelding med beskrivelse av hendelsesforløpet og mulighet til å kommentere dette. Denne beskrivelsen var gjennomgående meget god og vi hadde svært få kommentarer til den. Det tok imidlertid nesten 4 måneder før den kom. Deretter gikk det ytterligere 3 måneder før den endelige rapporten kom, der det ble konkludert med at Sykehuset Telemark HF ikke hadde gitt pasienten forsvarlig helsehjelp. I tillegg ble flere av de involverte kritisert for å ha gjort sviktende vurderinger, men det ble ikke gitt noen individuelle reaksjoner.

Hva var positivt ved dette tilsynet? Først og fremst at det ble gjennomført så kort tid etter hendelsen, mens detaljene fortsatt var ferske. Selve gjennomføringen var også svært tilfredsstillende, og det var viktig at de involverte fikk anledning til å ha med seg en tillitsvalgt. I den sjokkfasen mange befant seg i er det avgjørende at man kan få hjelp til å bearbeide inntrykkene. Vurderingene av hendelsesforløpet og konklusjonene i rapporten ble også vurdert å være av høy kvalitet. Problemet var bare at det tok lang tid før de kom. Dette førte til at man gjenopplevde hendelsen flere ganger og at man stadig hadde en redsel for individuelle reaksjoner hengende over seg. I ettertid ble vi gjort oppmerksom på at man med følgende formulering

hadde ment å si at det *ikke* ville komme individreaksjoner da man sendte ut beskrivelsen av hendelsesforløpet etter fire måneder: *”Statens helsetilsyn vil vurdere om Sykehuset Telemark HF har gitt aktuelle pasient en forsvarlig helsehjelp i tråd med kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.”* Det var imidlertid ingen av oss som forsto at dette impliserte at det ikke ville bli vurdert individuelle reaksjoner.

Selv om vi gjerne skulle vært hendelsen foruten, har vi i ettertid opplevd en betydelig læringseffekt. I vår egen utredning identifiserte vi flere systemfeil som fortløpende ble korrigert. Dette ble gjennomført mye raskere enn dersom vi skulle ventet på utrykningsgruppas konklusjoner. I det store og det hele var konklusjonene også sammenfallende. En slik tidlig gjennomgang vil helt klart være nyttig, og bør vurderes innført også ved mindre alvorlige hendelser. Viktigheten av å gi faglig og personlig støtte til de involverte ble også svært tydelig. Samlet opplever vi at vi har

” Samtlige intervjuobjekter opplevde intervjusituasjonen som god.”

kommet styrket ut av hendelsen, både med tanke på vår medisinske praksis og krisehåndtering. Det hadde imidlertid kunne vært enda bedre dersom tilbakemeldingene og konklusjonene hadde kommet raskere og at de var skrevet på et språk som alle kunne forstå. I forhold til at ordningen skal videreføres er det derfor av stor betydning at man vektlegger dette i tillegg til at man fortsatt sørger for å opptre forståelsesfullt ovenfor det helsepersonellet man har tilsyn med og som befinner seg i en dyp faglig og personlig krise. Det er også viktig å oppfordre til at avdelinger som mottar tilsyn gjør sin egen utredning parallelt med utrykningsgruppens.



## Varselordninga og lovgrunnlaget:

Helseministeren påla 4. mai 2010 dei regionale helseføretaka å påleggje underliggjande helseføretak og dei verksemdene dei har avtale med, å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlege hendingar i ein prøveperiode på to år frå 1. juni 2010.

Frå 1. januar 2012 er ordninga lovfesta gjennom spesialisthelsetenestelova § 3-3a  
*Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser:*

*For å sikre tilsynsmessig oppfølging, skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.*

Frå merknadene til spesialisthelsetenestelova § 3-3a:

*Det forutsettes at tilsynsmyndigheten fører dialog både med pasient, pårørende og involvert personell i den utstrekning det er nødvendig for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst.*

Når ein vurderer om ein skal varsle, skal ein leggje vekt på:

- om hendinga kan komme av feil, forsømingar eller uhell på system- og/eller individnivå,
- om det er uklart kva som har skjedd, og
- om saka er kompleks med fleire involverte frå helsepesonellet.

Helseføretaka skal med ein gong (snarast og seinast dagen etter) varsle Statens helsetilsyn. Kvar enkelt verksemd må på bakgrunn av korleis ho er organisert, bestemme kven som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlege hendingar.

Jamfør helsetilsynslova § 2 6. ledd, oppgåver for Fylkesmannen og Statens helsetilsyn:

*... Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta et stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.*

Lovregelen inneber med andre ord ikkje at Statens helsetilsyn må rykkje ut i alle saker som blir varsla. Dersom Helsetilsynet ikkje rykkjer ut, må ein vurdere anna tilsynsoppfølging.

I 2011 mottok Statens helsetilsyn 140 varsel. 42 prosent av varsla (59 varsel) var frå psykisk helsevern og 58 prosent (81 varsel) frå somatiske helsetenester.

Ti prosent av varsla (14 varsel) førte til utrykking, og 48 prosent (67 varsel) blei sende over til Fylkesmannen for vidare tilsynsoppfølging.

Flest varsel kom frå St. Olavs hospital HF (18 varsel), Oslo universitetssjukehus HF (15 varsel) og Helse Møre og Romsdal HF (12 varsel).

## Forsvarlege helsetenester til **norsk militært** personell i utlandet

Statens helsetilsyn har berre lovheimel til å føre tilsyn med tenester på norsk territorium. Styremaktene har likevel ønskje om å kontrollere helsetenestetilbodet til norsk militært personell under operasjonar i utlandet på same måte som ein kontrollerer tenestetilbodet i Noreg. Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har difor gjennom avtale seg i mellom gjeve Statens helsetilsyn oppdraget med å gjennomføre tilsyn med tenestetilbodet i utlandet på same vis som tilsynet blir gjennomført heime.

I 2011 gjennomførte difor Statens helsetilsyn tilsyn med den akuttmedisinske tenestekjeda til norske soldatar i Afghanistan. Ved dette tilsynet, som

blei utført gjennom aktivitetar både i Noreg og i utlandet, fann vi ikkje forhold som gav grunn til uro. Tenestene som blirytte til det militære

personellet lever opp til dei standardane som er sette for slik verksemd. Dette er standardar som dels byggjer på det som blir kravd i vanleg norsk akuttmedisin og dels på internasjonale krav. Tilbodet til norske soldatar i utlandet byggjer på nært samarbeid med militærmedisinske tenester som andre nasjonar har ansvaret for.

Tilsynet med helsetenestene i Forsvaret blir vidareført i 2012 med ein gjennomgang av systemet for dokumentasjon og journalføring.

## Dei unge stemmene

*Landsforeningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken* delte i år på heideren ved at dei blei tildelte Karl Evang-prisen for arbeidet for at barn og unge skal få bruke røysta si i samfunnet og bli høyrde i saker som gjeld dei sjølve.

– Brukarrøynsle er like verdifull som annan kompetanse. Vi har ein god dialog med styresmaktene, og høyrer dei ikkje på oss, står vi på og prøver igjen, sier Ruzzel Abueg, som er styreleiar for dei om lag 300 medlemmene i Landsforeningen for barnevernsbarn.

Foreininga lèt seg høyre i mange saker. Eit knippe saker er ettervern, brukarmedverknad, einslege, mindreårige asylsøkjjarar og kampen for å gjere barn og unge merksame på kva rettar dei har.

– I år har vi satsa på å styrkje organisasjonen internt. Det er viktig for å få til ein solid organisasjon. Vi får mange førespurnader til kontoret om å delta på føredrag, konferansar og møte, men i år har vi måtta velje nøye kva vi skulle ta del i, sier Ruzzel, som til dagleg studerer på Høgskolen i Oslo og Akershus til å bli barnevernspedagog. Det blir mange timar med frivillig arbeid for ein student.

### **Brukarmedverknad**

Ruzzel Abueg engasjerer seg i Landsforeningens arbeid fordi ho gjerne vil bruke røynslene sine frå barnevernet på ein god måte.

– Eg trur det er på tide at politikarane fokuserer på brukarmedverknad. Vi treng betre rutinar for å høyre barn og unge når barnevernet skal avgjere kva som skal skje med dei. Dei vaksne skal setje grenser, men dei unge har meiningar om saka si. Til dømes kan dei få vere med på ansvarsgruppemøta. Ettervernet er ei anna viktig sak for Landsforeningen.

– Barne- og likestillingsdepartementet har gjort ein god jobb når det gjeld forskrift og rundskriv om ettervern, men framleis er det for få som får dette til dei blir 23 år. Ein 18-åring er ikkje godt nok førebudd på vaksenlivet aleine, og ein ungdom treng ein stad å dra tilbake til når ting kan bli litt vanskelege, seier Ruzzel Abueg. Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB) er både ein interesseorganisasjon og ein medlemsorganisasjon. Organisasjonen bidrar med dei røynslene medlemmene har, når han arbeider for eit stadig betre og meir høveleg barnevern i Noreg. Organisasjonen har som oppgåve å sikre denne kunnskapen og å forvalte og formidle han på best mogleg måte til omverda. LFB har vore med på å fjerne fordommar mot barnevernet og har medverka til at rettstryggleiken for barna har auka.

### **Forandringsfabrikken**

Den andre prisvinnaren, Forandringsfabrikken, har i meir enn ti år arbeidd for barn og unge. Forandringsfabrikken legg til rette for at ungdom skal komme i direkte kontakt med makta og såleis gi svar på korleis systema bør endrast. Forandringsfabrikken har vist at dei arbeider langsiktig, har gjennomføringsevne og går inn i vanskelege tema for samfunnet.



Ruzzel Abueg og Marit Sanner mottok prisen på vegne av Landsforeningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken. Foto: Magne Braaten

### **Karl Evang-prisen**

Karl Evang-prisen blir årleg delt ut til ein person eller ein organisasjon som har gjort ein særskild og framifrå innsats for å fremje anten folkehelsa og sosiale tilhøve knytte til denne, rettstryggleik og tryggleik i barnevernet, helse- og sosialtenestene eller opplysningsarbeid og deltaking i samfunnsdebatten om viktige spørsmål på desse områda. Det blir lagt vekt på at dei som får prisen har ytt ein innsats utover det ein ventar.

# Landsomfattande tilsyn 2012

Kvart år gjennomfører vi landsomfattande tilsyn på dei ulike tenesteområda våre. Når eit tilsyn er landsomfattande, blir det gjennomført i alle fylka. Tilsyna blir gjennomførte etter ein felles rettleiar for å sikre at tema er like, og at dei blir utførte på same måten, og for å sikre at funna blir vurderte på same måten.

Planen for landsomfattande tilsyn omfattar i 2012:

## Barnevern

I 2011 blei det gjort eit landsomfattande tilsyn med korleis barneverntenestene i kommunane arbeider med undersøkingar og evaluering av hjelpetiltak til barn som bur heime. Fylkesmannen undersøkte om kommunane styrer og kontrollerer at undersøkingar og evaluering av hjelpetiltak blir gjorde slik at barn og unge får den hjelpa og omsorga dei treng til rett tid. Dei såg vidare på om barna blir sikra rett til å medverke, det vil seie til å bli informerte og til å uttale seg i si eiga sak. Tilsynet i 2011 omfatta eit avgrensa tal kommunar

(sjå nærare omtale i artikkelen på side 11-12). Tilsynet skal først vidare i nye kommunar i 2012.

## Sosiale tenester i Nav

Som i 2010 skal Fylkesmannen i 2012 gjennomføre landsomfattande tilsyn med korleis kommunane forvaltar økonomisk sosialhjelp. Denne gongen skal tilsynet også undersøkje om kommunane gjennom styring sikrar at Nav-kontoret tar omsyn til om det er barn i husstanden, og tek hand om dei behova barna har, i samband med søknad om økonomisk sosialhjelp. Dette skal Nav-kontoret gjere når det kartlegg søknader, og gjennom dei individuelle vurderingane som blir gjorde.

## Helse- og omsorgstenester i kommunane

Fylkesmannen skal i 2012, som i 2011, føre tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A.

Det er strenge vilkår for å gi helsehjelp til ein pasient som motset seg hjelp. Regelverket skal sikre nødvendig helsehjelp for å hindre vesentleg

helseskade på pasientar som ikkje har samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelpa.

Tilsynet skal undersøkje om kommunane følgjer krava i lovverket om å vurdere samtykkekompetanse hos pasientane, om det er prøvd med tillitsskapande tiltak før tvungen helsehjelp blir gjennomført, om nødvendige helsefaglege vurderingar er gjorde, om det er fatta vedtak når det skal ytast tvungen helsehjelp, og om tvungen helsehjelp blir vurdert heile tida.

## Spesialisthelsetenester

I spesialisthelsetenesta skal det i 2012 gjennomførast tilsyn med om helseføretaka gjennom systematisk styring sikrar at tilvisingar av pasientar med mistanke om kreft i tjukktarm eller endetarm blir handsame og vurderte på ein forsvarleg måte, og med at helseføretaka på ein fagleg forsvarleg måte tek hand om vidare utgreiing og diagnostisering fram til behandlinga tek til.



Frå 1. januar 2012 blir Helsetilsynet i fylket teke bort som eigen instans.

Fylkesmannen har frå same dato mynde til å utføre tilsyn med barneverntenester, sosiale tenester i Nav, kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester.

I tillegg til dei områda der Fylkesmannen er utøvande tilsynsorgan, utfører Statens helsetilsyn sjølv tilsyn på somme område. Dette gjeld tilsyn med blodbankar, med einingar som handterer humane celler og humant vev, med helsetenester til militært personell i utlandet og med medisinsk og helsefagleg forskning.

## Og for øvrig meiner Statens helsetilsyn at...

Statens helsetilsyn kommenterer ei rekkje saker som blir sende på allmenn høyring frå andre stats-etatar. I slike høyringsfråsegner legg vi vekt på å formidle røynter frå tilsynsarbeidet slik at desse kan vere med på å prege utviklinga av velferdstenestene. Nedanfor følgjer sitat frå nokre av høyringsfråsegnene som vi utarbeidde i 2011. Eit fullt oversyn over slike fråsegner kan du finne på: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). menyen Publikasjoner/Brev og høyringsuttalelser.

### **Lov om folkehelsearbeid**

Strategiene som har vært benyttet siden slutten av 1980-tallet har ikke gitt ønskede resultater på folkehelseområdet. Departementet har med lovforslaget tatt flere grep som kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet. Tilpasninger til plan- og bygningsloven står sentralt. Statens helsetilsyn er likevel i tvil om de foreslåtte virkemidlene er gode nok, og om kontrollordningene som skisseres er optimale. Statens helsetilsyn hadde gjerne sett at departementet hadde foreslått en ytterligere harmonisering med plan- og bygningsloven.

Statens helsetilsyn mener at lovlig-hetskontroll av kommunalt folkehelsearbeid, gitt lovforslaget slik det foreligger, vil bli en krevende balansegang mot kommunens frie skjønn, ettersom det på dette området er svært vanskelig å definere hvor grensene for det frie skjønnet skal gå. Vektlegging av hensynet til ressursmessige avveininger i kommunene, gir et spillerom som i denne sammenheng kan svekke tilsynets mulighet for å bedømme og reagere med tilstrekkelig kraft.

Det er også en viktig forutsetning for statlig tilsyn med kommunens tilsyn at kravene til kommunens eget tilsyn er tydelige. Det må videre være en

omforent forståelse av hva statlig tilsyn med kommunens tilsyn innebærer, og hvilket ansvar som følger/ikke følger av det.

### **Endringer i plikta for politiet til å etterforske uventa bamedød**

Statens helsetilsyn tillater seg likevel å nevne at en ubetinget etterforskningsplikt og en obligatorisk dødstedsundersøkelse hvor politi og helsepersonell samarbeider om å finne dødsårsaken hadde vært å foretrekke. En slik ordning ville være både ryddigere, mer tidsbesparende og kunne virke mindre belastende for de pårørende. Slik det nå legges opp til er det derfor viktig, slik vi ser det, å avklare forholdet mellom politiets og helsetjenestens rolle der foreldrene har samtykket til gjennomføring av dødstedsundersøkelse samtidig som det iverksettes etterforskning fra politiet.

### **EU-direktiv om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner**

Statens helsetilsyn mener at man må videreføre dagens ordning fra EU med Certificate of Current Professional Status (CCPS). Det innebærer at helsepersonell ved søknad om norsk autorisasjon må fremlegge et oppdatert dokument fra sitt opprinnelseslands autorisasjonsmyndighet på at vedkommende har gyldig autorisasjon, og at det ikke foreligger alvorlige tilsynssaker mot vedkommende som gjør det aktuelt å tilbakekalle hans eller hennes autorisasjon.

I tillegg til den kontroll som kan foretas av statlige autorisasjonsmyndigheter, hviler det et ansvar på arbeidsgiver om å forsikre seg om personellens kvalifikasjoner og skikkethet til stillingen. Statens helsetilsyn kan ikke se at direktivets forslag til utvikling og implementering av "professional card" ivaretar ovennevnte hensyn. Vi finner

derfor ikke å kunne støtte dette forslaget. Ved denne vurderingen vektlegger vi særlig at informasjon om autorisasjonsstatus og referanser fra tidligere arbeidsgivere krever kontinuerlig oppdatering for å ha noen verdi ved vurdering av faglige kvalifikasjoner og skikkethet. Vi kan ikke se at det vil være kostnadseffektivt å etablere en organisasjon som skal kunne ivareta en slik funksjon for et stort antall helsepersonell i Europa.

### **Helsehjelp til personar som oppheld seg ulovleg i landet**

Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter hjemler retten til liv, og det er praksis for at den brukes i tilfeller der stater ikke gjør tilstrekkelig for å hindre unødige dødsfall fra sykdom.

Det er mye som tyder på at personer som oppholder seg ulovlig i Norge har en helsetilstand som er dårligere enn tilsvarende aldergruppe av personer med lovlig opphold, samtidig som de har mindre rettigheter i forhold til helsetjenester.

Siden feltet er uoversiktlig, anbefaler Statens helsetilsyn at det følges nøye med denne gruppen og deres spesielle behov for helsetjenester.

### **Forskrift til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen**

Statens helsetilsyn støtter i hovedsak innholdet i forslaget, men vil i høyringssvaret gi noen generelle kommentarer og gi konkrete innspill til enkelte av bestemmelsene.

Vi ber imidlertid departementet ta en bred gjennomgang av hva som bør presiseres i forskrift og hva som er egnet til å omtales i rundskrivsform.

Vi vil særlig trekke frem at det bør komme tydeligere frem hva som ligger i sentrale vilkår/begreper som f. eks. ”bopel i riket”. Videre bør forskriften, evt. rundskriv, tydeliggjøre hva som menes med sentrale vilkår som ”ikke kan dra omsorg for seg selv” og ”nødssituasjon”.

Det er et vilkår for å ha rett til individuelle tjenester etter lov om sosiale tjenester i Nav at oppholdet er lovlig. I utgangspunktet mener Statens helsetilsyn at regelverket om utlendingers oppholdsstatus bør forvaltes av utlendingsmyndighetene, slik at kommunen ved forvaltning av regelverket med hjemmel i lov om sosiale tjenester i Nav ikke må ta stilling til en søkers oppholdsstatus.

### Utfordringer i den sosiale bustadpolitikken (NOU 2011:15)

I et helhetlig tjenestetilbud mener Statens helsetilsyn at en trygg og god boligsituasjon kan være en forutsetning for å kunne motta andre velferdstjenester. For enkelte grupper med ekstra behov vil tilgang på og formidling av trygge og gode boliger være en viktig oppgave for kommunene. Grupper med ulike helseutfordringer vil kunne trenge tilrettelagte boligløsninger, som også vil kunne omfatte tilpassede boliger med hjelpe- og vernetiltak. Dette kan være eldre, enkelte personer med fysisk funksjonshemming eller psykisk syke, personer med rusproblematikk eller

psykisk utviklingshemmede. Personer i disse gruppene kan ha vanskeligheter med å få innpass på det ordinære boligmarkedet.

### Retningslinjer for heimefødslar

Statens helsetilsyn legger til grunn at faglige handlings- og vurderingsnormer som beskrives som god praksis utgjør kjernen i forsvarlighetsbegrepet. Det er derfor svært viktig at retningslinjene er klare i sin språkbruk når det gjelder å utforme normen som en ”bør” eller ”skal” oppgave.

Vi har merket oss at retningslinjene systematisk bruker ”bør”. Dette kan villede, fordi det ikke gjøres tydelig når innholdet i retningslinjene utledes av lovkravet forsvarlig helsetjeneste, jf. helsepersonelloven § 4, eller prosesskrav knyttet til for eksempel journalplikten som også har en rettslig status som en pliktbestemmelse, og der det er anbefalinger som er valgfritt å følge. Der retningslinjene er operasjonalisering av faglig forsvarlighetsbegrepet eller andre lovkrav, må beskrivelsen av handlingskriteriet uttrykkes i en ”skal” form.



# Tal og fakta

## Innhald

Denne delen av Tilsynsmeldinga gir oversikt over dei viktigaste oppgåvene fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Fylkesmannen tok over oppgåvene til Helsetilsynet i fylket frå 1. januar 2012. Nedanfor er det likevel brukt Helestilsynet i fylket, fordi vi presenterer statistikk frå 2011 og tidlegare.

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
| <b>Barnevernstenester</b> .....            | 38 | <b>Helsetenester</b> .....                         | 42 |
| <b>Sosialtenester</b> .....                | 39 | Klagesaker om at rettar i helsetenesta             |    |
| Klagesaker om at rettar i sosialtenesta    |    | ikkje er oppfylte .....                            | 42 |
| ikkje er oppfylte .....                    | 39 | Planlagt tilsyn med helsetenesta .....             | 43 |
| Planlagt tilsyn med sosialtenesta .....    | 40 | Bruk av tvang og makt overfor menneske utan        |    |
| Bruk av tvang og makt overfor personar med |    | samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp. .... | 44 |
| psykisk utviklingshemming .....            | 41 | Tilsynssaker (enkelt saker) .....                  | 44 |
|  |    | Varselordninga .....                               | 46 |
|  |    | Meldesentralen .....                               | 46 |
|  |    | <b>Rekneskap og personell</b> .....                | 47 |

## Barnevernstenester

Tabell 1 Tilsyn ved barnevernsinstitusjonar i 2011

| Fylkesmannen i   | Barnevernsinstitusjonar |            | Avd./einingar |            | Pålagde tilsyn |             | Gjennomførte tilsyn |             | Umelde tilsyn |            | Tal samtalar med barn | Tal barn    |
|------------------|-------------------------|------------|---------------|------------|----------------|-------------|---------------------|-------------|---------------|------------|-----------------------|-------------|
|                  | 2010                    | 2011       | 2010          | 2011       | 2010           | 2011        | 2010                | 2011        | 2010          | 2011       | 2011                  | 2011        |
| Østfold          | 13                      | 14         | 47            | 44         | 117            | 116         | 106                 | 105         | 52            | 53         | 107                   | 341         |
| Oslo og Akershus | 39                      | 52         | 67            | 66         | 230            | 230         | 174                 | 176         | 87            | 87         | 157                   | 546         |
| Hedmark          | 15                      | 11         | 19            | 22         | 63             | 67          | 47                  | 51          | 34            | 23         | 127                   | 227         |
| Oppland          | 6                       | 6          | 22            | 23         | 26             | 25          | 26                  | 24          | 10            | 9          | 33                    | 166         |
| Buskerud         | 5                       | 3          | 12            | 9          | 41             | 34          | 42                  | 36          | 19            | 16         | 55                    | 86          |
| Vestfold         | 6                       | 6          | 8             | 8          | 37             | 38          | 37                  | 39          | 15            | 16         | 67                    | 177         |
| Telemark         | 4                       | 4          | 14            | 15         | 52             | 53          | 49                  | 49          | 23            | 23         | 47                    | 109         |
| Aust-Agder       | 5                       | 5          | 12            | 15         | 48             | 58          | 48                  | 59          | 29            | 24         | 77                    | 143         |
| Vest-Agder       | 7                       | 6          | 25            | 21         | 66             | 65          | 67                  | 66          | 20            | 25         | 71                    | 116         |
| Rogaland         | 15                      | 14         | 49            | 43         | 113            | 107         | 111                 | 92          | 46            | 32         | 108                   | 229         |
| Hordaland        | 23                      | 19         | 47            | 45         | 152            | 132         | 108                 | 87          | 33            | 28         | 53                    | 250         |
| Sogn og Fjordane | 4                       | 4          | 8             | 7          | 24             | 14          | 32                  | 10          | 10            | 5          | 39                    | 74          |
| Møre og Romsdal  | 5                       | 5          | 9             | 9          | 21             | 21          | 23                  | 19          | 10            | 7          | 37                    | 115         |
| Sør-Trøndelag    | 15                      | 15         | 24            | 25         | 73             | 82          | 73                  | 81          | 29            | 34         | 128                   | 263         |
| Nord-Trøndelag   | 7                       | 7          | 15            | 13         | 29             | 27          | 24                  | 18          | 8             | 10         | 67                    | 98          |
| Nordland         | 6                       | 5          | 9             | 8          | 25             | 21          | 23                  | 16          | 9             | 8          | 28                    | 106         |
| Troms            | 9                       | 8          | 20            | 26         | 89             | 88          | 88                  | 90          | 25            | 39         | 121                   | 218         |
| Finmark          | 2                       | 2          | 4             | 4          | 10             | 10          | 10                  | 10          | 4             | 4          | 19                    | 45          |
| <b>Sum</b>       | <b>186</b>              | <b>186</b> | <b>411</b>    | <b>403</b> | <b>1216</b>    | <b>1188</b> | <b>1088</b>         | <b>1028</b> | <b>463</b>    | <b>443</b> | <b>1341</b>           | <b>3309</b> |

Talmaterialet er henta frå årsrapportane fylkesmennene har utarbeidd frå tilsynet med barnevernet.

I 2011 behandla fylkesmennene 174 klagesaker retta mot kommunane, sjå tabell 2. Eit kjenneteikn ved barnevernet har vore få klagesaker. For å få kunnskap om veikskapar ved det kommunale barnevernet ser det derfor ut til at klagesakene er ei dårleg kjelde. Av dei 174 behandla klagesakene blei 16 (9 prosent) vedtak oppheva og klagen sende tilbake til kommunen for å bli behandla på nytt. 23 (13 prosent) av vedtaka blei endra. Resten blei anten avvist (17 prosent) eller stadfesta (61 prosent). Fylkesmennene hadde krav om å behandle minst 90 prosent av klagen innan tre månader og greidde kravet i 91 prosent av sakene.

Fylkesmennene får kunnskap om mogleg svikt i barnevernet på ulike måtar. Det kan vere ved førespurnader frå barn, pårørende eller andre, frå gjennomgang av fristskjema, kunnskap henta inn gjennom planlagt tilsyn eller frå andre kjelder. I 2011 behandla fylkesmennene 972 tilsynssaker retta mot kommunane. I 115 av sakene blei det peikt på lovbrøt.

Fylkesmennene gjennomførte i 2011 landsomfattande tilsyn retta mot den kommunale barnevernstenesta. Temaet er også behandla på side 11-12. Totalt blei det gjennomført 66 systemrevisjonar retta mot den kommunale barnevernstenesta. Det blei funne brot på lovkrav i 54 av tilsyna. Utover desse tilsyna har somme fylkesmenn også gjennomført andre

**Tabell 2 Behandla klager retta mot barnevernstenesta i kommunane i 2011**

| Fylkesmannen i   | Tilsynsklager |            | Klager på enkeltvedtak |            | Behandla innan 3 månader |            | Behandlingstid over 3 månader |           |
|------------------|---------------|------------|------------------------|------------|--------------------------|------------|-------------------------------|-----------|
|                  | 2010          | 2011       | 2010                   | 2011       | 2010                     | 2011       | 2010                          | 2011      |
| Østfold          | 54            | 48         | 9                      | 11         | 9                        | 10         | 0                             | 1         |
| Oslo og Akershus | 95            | 208        | 63                     | 61         | 44                       | 57         | 19                            | 4         |
| Hedmark          | 31            | 33         | 12                     | 9          | 11                       | 8          | 1                             | 1         |
| Oppland          | 8             | 23         | 0                      | 3          | 0                        | 2          | 0                             | 1         |
| Buskerud         | 49            | 57         | 18                     | 14         | 18                       | 14         | 0                             | 0         |
| Vestfold         | 41            | 69         | 7                      | 11         | 7                        | 10         | 0                             | 1         |
| Telemark         | 12            | 16         | 6                      | 3          | 6                        | 3          | 0                             | 0         |
| Aust-Agder       | 10            | 19         | 0                      | 0          | 0                        | 0          | 0                             | 0         |
| Vest-Agder       | 30            | 62         | 8                      | 6          | 8                        | 6          | 0                             | 0         |
| Rogaland         | 45            | 73         | 7                      | 7          | 5                        | 4          | 2                             | 3         |
| Hordaland        | 73            | 91         | 24                     | 14         | 23                       | 14         | 1                             | 0         |
| Sogn og Fjordane | 21            | 10         | 3                      | 4          | 2                        | 4          | 1                             | 0         |
| Møre og Romsdal  | 28            | 14         | 4                      | 4          | 4                        | 1          | 0                             | 3         |
| Sør-Trøndelag    | 56            | 49         | 6                      | 5          | 5                        | 5          | 1                             | 0         |
| Nord-Trøndelag   | 26            | 28         | 1                      | 2          | 0                        | 1          | 1                             | 1         |
| Nordland         | 55            | 80         | 10                     | 12         | 9                        | 12         | 1                             | 0         |
| Troms            | 36            | 53         | 10                     | 8          | 10                       | 8          | 0                             | 0         |
| Finnmark         | 13            | 39         | 0                      | 0          | 0                        | 0          | 0                             | 0         |
| <b>Sum</b>       | <b>683</b>    | <b>972</b> | <b>188</b>             | <b>174</b> | <b>161</b>               | <b>159</b> | <b>27</b>                     | <b>15</b> |

former for tilsyn retta mot kommunane, eller halde møte med den kommunale leiinga om forholda innanfor barnevernet.

I 2011 behandla fylkesmennene 376 klagesaker retta mot barnevernsinstitusjonar, 322 av desse gjaldt tvangstiltak og 54 gjaldt andre tilhøve. I 71 av sakene fekk klagarane medhald, i 292 ikkje medhald. 13 av klagen blei avviste. 92 prosent av klagen blei behandla innan tre månader.

Fylkesmennene gjennomførte 1028 tilsyn med barnevernsinstitusjonane i 2011, sjå tabell 1. 69 av desse var systemrevisjonar, dei andre var såkalla individtilsyn der Fylkesmannen skal prioritere å gjennomføre samtalar med barna på institusjonen. I 2011 hadde fylkesmennene 1341 samtalar med barn i barnevernsinstitusjonane. Dersom alle barna som var skrivne inn på besøkstidspunkta, hadde vore til stades og ville snakke med tilsynsorganet, kunne det ha vore gjennomført 3309 samtalar. Det inneber ein samtaleprosent på 41.

Totalt førte fylkesmennene tilsyn med 186 barnevernsinstitusjonar, som hadde 403 avdelingar/einingar. 443 av dei gjennomførte tilsyna var umelde.

Fylkesmennene fører også tilsyn med omsorgssenter for einslege mindreårige. I 2011 blei det ført tilsyn med 10 slike senter, med 27 avdelingar/einingar. Til saman blei det gjennomført 42 tilsyn, av desse tre som systemrevisjonar, og 16 umelde. Fylkesmannen hadde 151 samtalar med barn på desse sentra. Dersom alle barna som var skrivne inn, hadde vore til stades og ville snakke med tilsynsorganet, kunne det ha vore gjennomført 244 samtalar. Det inneber ein samtaleprosent på 62.

Frå 2011 fekk fylkesmennene plikt til å føre tilsyn med senter for foreldre og barn minst annakvart år. Det er registrert 22 slike senter. Fylkesmennene gjennomførte fem tilsyn i 2011.

## Sosialtenester

### Klagesaker om at rettar i sosialtenesta ikkje er oppfylte

#### Klager etter sosialtenestelova

**Tabell 3 Klagesaker om sosiale tenester behandla av fylkesmennene i 2009–2011 og resultat av behandlinga i 2011**

| Fylkesmannen i   | 2009        | 2010        | 2011        |            |            |
|------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
|                  | Tal saker   | Tal saker   | Tal saker   | Endra      | Oppheva    |
| Østfold          | 69          | 85          | 56          | 29         | 7          |
| Oslo og Akershus | 195         | 271         | 298         | 90         | 6          |
| Hedmark          | 36          | 36          | 37          | 11         | 0          |
| Oppland          | 28          | 22          | 33          | 13         | 2          |
| Buskerud         | 62          | 64          | 80          | 21         | 14         |
| Vestfold         | 43          | 68          | 86          | 19         | 21         |
| Telemark         | 55          | 47          | 37          | 10         | 9          |
| Aust-Agder       | 20          | 17          | 26          | 3          | 6          |
| Vest-Agder       | 44          | 35          | 33          | 8          | 4          |
| Rogaland         | 48          | 60          | 54          | 9          | 2          |
| Hordaland        | 130         | 131         | 209         | 5          | 14         |
| Sogn og Fjordane | 28          | 35          | 12          | 1          | 3          |
| Møre og Romsdal  | 53          | 39          | 59          | 8          | 14         |
| Sør-Trøndelag    | 63          | 37          | 40          | 5          | 14         |
| Nord-Trøndelag   | 23          | 32          | 21          | 0          | 7          |
| Nordland         | 71          | 43          | 40          | 6          | 7          |
| Troms            | 57          | 59          | 49          | 4          | 7          |
| Finnmark         | 16          | 23          | 11          | 4          | 2          |
| <b>Sum</b>       | <b>1041</b> | <b>1104</b> | <b>1181</b> | <b>246</b> | <b>139</b> |

\* Klager over økonomisk stønad er ikkje inkludert, sjå sosiale tenester i Nav nedanfor.

2011 var siste året med sosialtenestelova. Frå 2012 er tenestene nedanfor regulert i helse- og omsorgstenestelova. Tabell 3 handlar om saker der enkeltpersonar har klaga på avgjerder som kommunen har fatta. I 2011 behandla fylkesmennene 1181 klager på sosiale tenester, mot 1104 i 2010. Praktisk bistand var den enkelttenesta som det blei klaga mest på, med 368 saker, av desse gjaldt 177 brukarstyrt personleg assistanse. Deretter følgde omsorgsløn med 350 saker, avlastning med 239 og støttekontakt med 189 saker.

I 2011 endra Fylkesmannen vedtaka i kommunen i 21 prosent av sakene, mot 24 prosent i 2010. Tolv prosent av vedtaka blei oppheva og sakene sende tilbake til kommunen for å bli behandla på nytt, mot ti prosent i 2010. Det inneber at vedtak i kommunen blei stadfesta i to tredelar av sakene.

Fylkesmannen har krav om å behandle minst 90 prosent av klagen innan tre månader. I 2011 blei berre 62 prosent av klagen etter sosialtenestelova behandla innan fristen, det same som i 2010. Som i 2010 var det berre fem embete som greidde kravet, men to andre var svært nær (88 og 89 prosent). Ved inngangen til 2011 var det 335 ubehandla saker, ved utgangen 212.

Statens helsetilsyn som overordna organ fekk seks klagesaker som gjaldt sosialtenesta. I fire av sakene blei vedtaket stadfesta. I ei av sakene var det ikkje grunnlag for å overprøve vedtaket. Ei av sakene var ei lovfortolkingssak.

### Klager etter lov om sosiale tjenester i Nav

| Tabell 4 Klagesaker behandla av fylkesmennene om økonomisk stønad i 2009–2011 og resultatet av behandlinga i 2011 og kvalifiseringsprogrammet 2011 |                  |                |                |            |            |                          |
|--|------------------|----------------|----------------|------------|------------|--------------------------|
| Fylkesmannen i   | 2009             | 2010           | 2011           |            |            | Kvalifiseringsprogrammet |
|  | Økonomisk stønad |                |                |            |            |                          |
|  | Behandla saker   | Behandla saker | Behandla saker | Endra      | Oppheva    |                          |
| Østfold  | 179              | 321            | 253            | 31         | 16         | 4                        |
| Oslo og Akershus   | 637              | 684            | 773            | 114        | 27         | 13                       |
| Hedmark  | 115              | 181            | 151            | 19         | 8          | 1                        |
| Oppland  | 138              | 140            | 188            | 7          | 5          | 1                        |
| Buskerud   | 190              | 263            | 284            | 36         | 36         | 1                        |
| Vestfold   | 211              | 202            | 208            | 8          | 31         | 5                        |
| Telemark   | 98               | 95             | 147            | 26         | 23         | 2                        |
| Aust-Agder   | 69               | 78             | 152            | 27         | 12         | 1                        |
| Vest-Agder   | 122              | 124            | 165            | 12         | 12         | 1                        |
| Rogaland   | 161              | 223            | 251            | 3          | 5          | 6                        |
| Hordaland  | 234              | 275            | 472            | 27         | 43         | 3                        |
| Sogn og Fjordane   | 35               | 27             | 32             | 5          | 3          | 0                        |
| Møre og Romsdal  | 61               | 97             | 116            | 14         | 16         | 1                        |
| Sør-Trøndelag  | 187              | 189            | 152            | 9          | 32         | 0                        |
| Nord-Trøndelag   | 59               | 57             | 70             | 2          | 10         | 4                        |
| Nordland   | 102              | 91             | 120            | 5          | 7          | 0                        |
| Troms  | 80               | 131            | 136            | 18         | 9          | 0                        |
| Finnmark   | 48               | 32             | 42             | 8          | 9          | 1                        |
| <b>Sum</b>   | <b>2726</b>      | <b>3210</b>    | <b>3712</b>    | <b>371</b> | <b>304</b> | <b>44</b>                |

Tabell 4 handlar om klagesaker fylkesmennene har behandla om økonomisk stønad og kvalifiseringsprogrammet (KVP).

Klagesaker om økonomisk stønad handlar særleg om stønad til mat, bu-utgifter, klede og andre utgifter til livsopphald. I 2011 blei det behandla 3712 slike saker, mot 3210 i 2010, ein auke på 16 prosent. Ti prosent av vedtaka i klagesaker om økonomisk stønad blei endra og åtte prosent oppheva og sende tilbake til kommunen for å bli behandla på nytt. Det inneber at over 80 prosent av vedtaka som det blei klaga på, og som ikkje blei gjorde om av kommunen, blei stadfesta av Fylkesmannen. 78 prosent av klagesakene etter lov om sosiale tenester i Nav blei behandla innan fristen på tre månader, mot 80 prosent året før. Ti av dei 18 fylkesmannsembeta behandla minst 90 prosent av sakene innan tre månader, mot åtte i 2010. Ved inngangen til 2011 var det 642 ubehandla saker, ved utgangen 561.

I tillegg er det behandla 44 saker som gjeld kvalifiseringsprogrammet, mot 29 saker i 2010.

Statens helsetilsyn, som overordna organ, fekk i 2011 ingen anmodning om overprøving av klagesaker etter denne lova.

### Planlagt tilsyn med sosialtenesta

#### Tilsyn etter sosialtenestelova

I 2011 gjennomførte fylkesmennene 102 systemrevisjonar, sjå tabell 5, og 77 andre planlagde tilsyn med tenester etter sosialtenestelova. Tjueseks systemrevisjonar og 72 andre tilsyn var del av eit landsomfattande tilsyn som går inn i den fireårige satsinga på tilsyn med sosial- og helsetenester til eldre (2009–2012). Satsinga er omtalt på side 21. Tema for dei 76 systemrevisjonane som ikkje var del av det landsomfattande tilsynet var blant anna (med tal, enkelte tilsyn kan ha fleire tema):

- 40 tenester og rettstryggleik overfor personar med psykisk utviklingshemming
- 17 sosialtenester til rusmiddelmissbrukarar
- 7 kommunale pleie- og omsorgstenester til eldre
- 6 kommunale sosial-, helse- og barnevernstenester til barn

I 75 av dei 102 systemrevisjonane blei det funne brot på lov eller forskrift (avvik). Per 31. desember 2011 var det i 41 av tilsyna med sosialtenesta frå 2010 eller tidlegare framleis avvik som ikkje var lukka. Eitt år tidlegare var det tilsvarande talet 47.

Av systemrevisjonane med kommunen blei 59 gjennomførte i samarbeid mellom Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen ved at krav i både helselovgivinga og sosiallov-givinga blei undersøkte.

Statens helsetilsyn kravde at fylkesmennene skulle gjennomføre 180 systemrevisjonar. Det blei utført tilsyn med arbeidsomfang tilsvarande 143 systemrevisjonar.



## Tilsyn etter lov om sosiale tenester i Nav

I 2011 gjennomførte fylkesmennene 97 systemrevisjoner etter lov om sosiale tenester i Nav (økonomisk stønad, kvalifiseringsprogram og mellombels butilbud), sjå tabell 6. Statens helsetilsyn kravde at fylkesmennene skulle

gjennomføre 100 systemrevisjoner. I 74 av systemrevisjonane blei det funne brot på lov eller forskrift (avvik). Per 31. desember 2011 var det i 11 av tilsyna med sosiale tenester i Nav frå 2010 framleis avvik som ikkje var lukka.

**Tabell 5 Tal systemrevisjonar med tenester etter sosialtenestelova utførte av fylkesmennene i 2009–2011**

| Fylkesmannen i   | 2009       | 2010       | 2011       |
|------------------|------------|------------|------------|
| Østfold          | 9          | 3          | 3          |
| Oslo og Akershus | 22         | 24         | 6          |
| Hedmark          | 9          | 6          | 9          |
| Oppland          | 9          | 6          | 5          |
| Buskerud         | 11         | 10         | 6          |
| Vestfold         | 6          | 6          | 7          |
| Telemark         | 7          | 5          | 7          |
| Aust-Agder       | 7          | 6          | 4          |
| Vest-Agder       | 7          | 6          | 6          |
| Rogaland         | 11         | 8          | 4          |
| Hordaland        | 15         | 9          | 9          |
| Sogn og Fjordane | 7          | 6          | 6          |
| Møre og Romsdal  | 5          | 11         | 7          |
| Sør-Trøndelag    | 9          | 5          | 1          |
| Nord-Trøndelag   | 7          | 7          | 8          |
| Nordland         | 9          | 7          | 7          |
| Troms            | 8          | 4          | 3          |
| Finnmark         | 6          | 3          | 4          |
| <b>Sum</b>       | <b>164</b> | <b>132</b> | <b>102</b> |

**Tabell 6 Tal systemrevisjonar etter lov om sosiale tenester i Nav utførte av fylkesmennene i 2010 og 2011**

| Fylkesmannen i   | 2010      | 2011      |
|------------------|-----------|-----------|
| Østfold          | 6         | 5         |
| Oslo og Akershus | 6         | 12        |
| Hedmark          | 2         | 5         |
| Oppland          | 5         | 5         |
| Buskerud         | 8         | 12        |
| Vestfold         | 6         | 4         |
| Telemark         | 4         | 3         |
| Aust-Agder       | 4         | 4         |
| Vest-Agder       | 4         | 4         |
| Rogaland         | 4         | 7         |
| Hordaland        | 5         | 5         |
| Sogn og Fjordane | 4         | 3         |
| Møre og Romsdal  | 3         | 6         |
| Sør-Trøndelag    | 6         | 6         |
| Nord-Trøndelag   | 4         | 2         |
| Nordland         | 6         | 6         |
| Troms            | 4         | 4         |
| Finnmark         | 3         | 4         |
| <b>Sum</b>       | <b>84</b> | <b>97</b> |

## Bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming

**Tabell 7 Tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming i 2011 – sosialtenestelova kap. 4A**

| Fylkesmannen i   | Meldingar om skadeaverjande tiltak i naudsituasjonar |                            | Fylkesmannen si overprøving av vedtak |                               |                            | Innvilga søknader om dispensasjon frå utdanningskrav | Tal tilsyn på staden |
|------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|----------------------|
|                  | Tal på melde avgjerder                               | Personar meldingane gjaldt | Tal på godkjende vedtak               | Tal på godkjende tvangstiltak | Personar med vedtak 31.12. |  |                      |
| Østfold          | 449  | 70                         | 24                                    | 30                            | 24                         | 20   | 4                    |
| Oslo og Akershus | 3142   | 265                        | 175                                   | 257                           | 170                        | 146  | 31                   |
| Hedmark          | 370  | 46                         | 67                                    | 95                            | 67                         | 63   | 13                   |
| Oppland          | 660  | 46                         | 51                                    | 62                            | 51                         | 47   | 15                   |
| Buskerud         | 769  | 31                         | 70                                    | 111                           | 70                         | 49   | 23                   |
| Vestfold         | 1441   | 40                         | 30                                    | 38                            | 24                         | 22   | 8                    |
| Telemark         | 128  | 31                         | 15                                    | 22                            | 13                         | 11   | 4                    |
| Aust-Agder       | 275  | 21                         | 10                                    | 11                            | 10                         | 9  | 0                    |
| Vest-Agder       | 373  | 62                         | 60                                    | 89                            | 58                         | 12   | 0                    |
| Rogaland         | 6913   | 164                        | 90                                    | 133                           | 81                         | 82   | 10                   |
| Hordaland        | 296  | 84                         | 163                                   | 292                           | 138                        | 146  | 23                   |
| Sogn og Fjordane | 593  | 21                         | 11                                    | 18                            | 12                         | 8  | 7                    |
| Møre og Romsdal  | 3814   | 45                         | 31                                    | 74                            | 31                         | 36   | 3                    |
| Sør-Trøndelag    | 802  | 49                         | 42                                    | 61                            | 40                         | 9  | 16                   |
| Nord-Trøndelag   | 483  | 12                         | 32                                    | 96                            | 31                         | 84   | 11                   |
| Nordland         | 507  | 35                         | 60                                    | 138                           | 59                         | 51   | 32                   |
| Troms            | 2351   | 27                         | 47                                    | 107                           | 51                         | 28   | 10                   |
| Finnmark         | 792  | 10                         | 5                                     | 6                             | 5                          | 6  | 12                   |
| <b>Sum</b>       | <b>24 158</b>  | <b>1059</b>                | <b>983</b>                            | <b>1640</b>                   | <b>935</b>                 | <b>829</b>   | <b>222</b>           |

Det er i overkant av 20 000 personar med diagnosen psykisk utviklingshemming i Noreg. I sosialtenestelova var det eit eige kapittel, kapittel 4A, som handla om å unngå eller redusere bruk av tvang overfor personar med psykisk utviklingshemming, og om reglar dersom tvang var nødvendig. Desse reglane er frå 2012 førte vidare i helse- og omsorgstenestelova kapittel 9. Som tvangstiltak reknar ein både tiltak brukaren motset seg, og tiltak som uansett motstand må reknast som tvang. Det kan handle om tiltak for å hindre at vedkommande skader seg sjølv, andre personar eller ting, eller for å dekkje det behovet vedkommande har for mat, drykk, kvile og svevn, påkledning, hygiene eller personleg tryggleik. I mange tilfelle handlar det om alarmar, sikringssealar, låsing av kjøleskap eller andre avgrensingar. 39 prosent av dei vedtekne tiltaka er skadeavverjande, og 61 prosent er for å dekkje grunnleggjande behov. Totalt overprøvde fylkesmennene 1031 vedtak frå kommunane; 983 av desse blei godkjende, sjå tabell 7. Dei godkjende vedtaka omfatta 1640 tiltak. Tilsvarende tal frå 2010 var 902 godkjende vedtak med 1395 tiltak. Ved utgangen av 2011 var det gjeldande vedtak overfor 935 personar, mot 835 ved utgangen av 2010. 40 prosent av vedtaka gjaldt kvinner, 60 prosent menn.

I tillegg blei det registrert 24 158 skadeavverjande tiltak i naudsituasjonar som ikkje var regulerte i vedtak, mot 19 569 i 2010. Tiltaka blei gjennomførte overfor 1059 personar, mot 1076 i 2010. 37 prosent av personane som var utsette for slike tiltak, var kvinner, 63 prosent var menn.

I 2011 behandla fylkesmennene 858 søknader om dispensasjon frå dei utdanningskrava som gjeld for å utøve tvang. 829 av søknadene blei innvilga, mot 773 i 2010. Isolert fortel søknadene lite om kor mange av tvangstiltaka som blir utøvde av personar som ikkje fyller kompetansekrava. Vekst og det høge talet på søknader vurdert opp mot talet på vedtak kan tyde på at det fleire stader er vanskeleg å rekruttere kvalifisert personell.

Det er svært få klager innanfor dette tenesteområdet. I 2011 var det seks klager på skadeavverjande tiltak i naudsituasjonar og to på overprøvde vedtak.

Fylkesmennene gjennomførte 222 tilsyn på staden for å kontrollere vedtekne tvangstiltak eller undersøkje forhold der det er kjent, eller ein reknar med, at tvang blir brukt utan at han er regulert i vedtak. 201 av tilsyna gjaldt stader der tiltak var regulerte i vedtak. I 2010 blei det gjennomført 229 tilsyn på staden.

**Tabell 8 Klagesaker om at rettar knytte til helsetenesta ikkje er oppfylte – tal på vurderingar i saker avslutta av Helsetilsynet i fylka fordelte på lovreglane sakene er vurderte mot – 2009–2011**

| Lovregel  | Lovregelen gjeld   | 2009 <sup>2</sup>  | 2010 <sup>2</sup>  | 2011               |  |
|---|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|
|   |  | Tal på vurderingar | Tal på vurderingar | Tal på vurderingar | Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren |
| <b>Pasientrettslova</b>                                   |  |                    |                    |                    |  |
| § 2–1 første ledd   | rett til nødvendig helsehjelp frå kommunehelsetenesta    | 83                 | 71                 | 70                 | 30   |
| § 2-1 andre ledd  | rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta | 168                | 217                | 183                | 45   |
| § 2–2   | rett til vurdering innan 30 dagar                        | 11                 | 19                 | 10                 | 6  |
| § 2–3   | rett til fornya vurdering                                | 8                  | 4                  | 3                  | 0  |
| § 2–4   | rett til val av sjukehus                                 | 10                 | 22                 | 11                 | 5  |
| § 2–5   | rett til individuell plan                                | 8                  | 11                 | 5                  | 4  |
| § 2-6   | rett til sjuketransport                                  | 244                | 407                | 1005               | 128  |
| Kap. 3  | rett til medverknad og informasjon                       | 49                 | 70                 | 46                 | 14   |
| Kap. 4  | samtykke til/rett til å nekte helsehjelp                 | 1                  | 6                  | 3                  | 0  |
| Kap. 4a tvang   | innlegging/tilbakehald i helseinstitusjon                | 6                  | 5                  | 6                  | 4  |
| § 5-1   | rett til innsyn i journal                                | 30                 | 33                 | 23                 | 17   |
| <b>Helsepersonellova</b>                                  |  |                    |                    |                    |  |
| §§ 42, 43 og 44, jf. pasientrettslova § 5-2               | rett til retting og sletting i journal                   | 21                 | 32                 | 23                 | 9  |
| <b>Kommunehelsetenestelova</b>                            |  |                    |                    |                    |  |
| § 2-1   | rett til nødvendig helsehjelp                            | 148                | 144                | 155                | 60   |
| <b>Tannhelsetenestelova</b>                               |  |                    |                    |                    |  |
| § 2-1   | rett til nødvendig tannhelsehjelp                        | 3                  | 3                  | 2                  | 1  |
| <b>Andre lovparagrafar som gir rettar på helseområdet</b> |  |                    |                    |                    |  |
|   |  | 7                  | 8                  | 7                  | 4  |
| <b>Sum vurderingar mot enkeltreglar<sup>1</sup></b>       |  | <b>797</b>         | <b>1052</b>        | <b>1552</b>        | <b>327</b>                                       |
| Tal saker <sup>2</sup>                                    |  | <b>705</b>         | <b>913</b>         | <b>1462</b>        |  |
| Avviste saker <sup>3</sup>                                |  | <b>71</b>          | <b>64</b>          | <b>64</b>          |  |

<sup>1</sup> Nokre av sakene Helsetilsynet i fylka behandla, omfatta vurderingar opp mot meir enn éin regel om pasientrettar. Derfor bli summen av vurderingar høgare enn talet på saker.

<sup>2</sup> Tala avvik noko frå publiseringane dei førre åra fordi tidlegare rapporterte data blir korrigerde når det blir oppdaga feil og manglar.

<sup>3</sup> Openbert grunnlause eller forelda saker blir avviste.

## Helsetenester

### Klagesaker om at rettar i helsetenesta ikkje er oppfylte

Fylkesmannen (før 2012 Helsetilsynet i fylket) er klageinstans når ein person ikkje får oppfylt rettane som er gitt i pasient- og brukarrettslova og nokre andre lovreglar. Den som har ansvar for tenesta (kommunen, sjukehuset/helseføretaket osv.) skal ha vurdert saka på nytt før det blir fremja klagesak.

Det blir klaga mest på manglande refusjon for reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukarrettslova § 2-6), og desse klagenes har hatt ein sterk vekst frå 244 i 2009 til nesten det dobbelte (407) i 2010 og ytterlegare ei dobling til 1005 i 2011, sjå tabell 8. Talet er ikkje jamt fordelt over landet. Flest slike klagesaker blei i 2011 behandla i Nordland (164), Møre og Romsdal (120) og Finnmark (106), færrest i Sør-Trøndelag (14), Aust-Agder (15) og Nord-Trøndelag (17).

Slik Helsetilsynet ser det, er dei klagesakene som gjeld rett til nødvendig helsehjelp og rett til vurdering, dei mest alvorlege. Talet på slike saker har halde seg stabilt dei siste fire åra med rundt 400 per år på landsbasis.

I alt blei det avslutta 1462 klagesaker i 2011. I 327 (22 prosent) blei det gitt medhald til pasienten ved at vedtaket i førsteinstansen blei endra, eller saka blei send tilbake for å bli behandla på nytt på grunn av saksbehandlingsfeil hos førsteinstansen. Dette er ein lågare medhaldprosent enn åra før. Forklaringa er den auka delen sjuketransportklager. Desse klagenes går sjeldnare i favør av den som klagar, enn dei andre klagenes på helseområdet.

Statens helsetilsyn har behandla seks førespurnader om å overprøve vedtak som Helsetilsynet i fylket har gjort i klagesaker. To av sakene kom inn i 2010 og éi i 2009. Tre saker gjaldt klage på avvising. Alle tre sakene blei stadfesta av Statens helsetilsyn. Dei tre resterande sakene blei overprøvde av Statens helsetilsyn. Éi blei omgjord, éi blei send tilbake med førespurnad om ny vurdering, og éi sak blei stadfesta.

### Planlagt tilsyn med helsetenesta

I 2011 gjennomførte Helsetilsynet i fylka 272 systemrevisjonar, sjå tabell 9, av desse 129 med spesialisthelsetenesta og 143 med kommunale tenester, og i tillegg 200 andre planlagde tilsyn. 12 systemrevisjonar og 36 stikkprøvetilsyn var del av eit landsomfattande tilsyn med skrøpelege eldre pasientar med hoftebrot og 77 systemrevisjonar var del av landsomfattande tilsyn med slagbehandling. Både går inn i den fireårige satsinga på tilsyn med sosial- og helsetenester til eldre (2009–2012), sjå artikkel på side 21. Førtini systemrevisjonar var del av landsomfattande tilsyn med tvungen helsehjelp i kommunal helseteneste, sjå artikkel på side 7–8.

Dei 49 systemrevisjonane i spesialisthelsetenesta som ikkje var del av landsomfattande tilsyn, gjaldt blant anna (med tal):

- 6 psykisk helsevern
- 4 psykisk helsevern for barn og unge
- 6 tverrfagleg spesialisert rusbehandling

Dei 58 systemrevisjonane med kommunar som ikkje var del av landsomfattande tilsyn, gjaldt blant anna (med tal):

- 39 helse- og omsorgstenester til eldre
- 8 helsetenester til rusmiddelmissbrukarar
- 6 helse-, sosial- og barnevernstenester til utsette barn
- 4 helse- og sosialtenester til psykisk sjuke

Av systemrevisjonane med kommunane blei 59 gjennomførte i samarbeid mellom Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen ved at krav i både helselovgivinga og sosiallovgivinga blei undersøkte.

I 156 (40 av tilsyna med spesialisthelsetenesta og 116 av tilsyna med kommunane) av dei 276 systemrevisjonane blei det funne brot på lov eller forskrift (avvik). Per 31. desember 2011 var det framleis 56 tilsyn med helsetenesta frå 2010 eller tidlegare der avvik ikkje var lukka. Eitt år tidlegare var det tilsvarande talet 65.

Statens helsetilsyn kravde at Helsetilsynet i fylka skulle gjennomføre 300 systemrevisjonar. Det blei utført tilsyn med arbeidsomfang tilsvarande 374 systemrevisjonar. Helsetilsyn-

Tabell 9 Tilsyn med helsetenesta – tal på systemrevisjonar utførte av Helsetilsynet i fylka i 2009–2011

| Helsetilsynet i  | 2009       | 2010        | 2011        |
|------------------|------------|-------------|-------------|
| Østfold          | 15         | 6           | 10          |
| Oslo og Akershus | 33         | 29          | 17          |
| Hedmark          | 12         | 6           | 13          |
| Oppland          | 15         | 12          | 14          |
| Buskerud         | 17         | 10          | 21          |
| Vestfold         | 13         | 13          | 14          |
| Telemark         | 13         | 6           | 11          |
| Aust-Agder       | 13         | 7           | 16          |
| Vest-Agder       | 13         | 7           | 16          |
| Rogaland         | 18         | 16          | 16          |
| Hordaland        | 21         | 20          | 24          |
| Sogn og Fjordane | 12         | 7           | 17          |
| Møre og Romsdal  | 17         | 15          | 11          |
| Sør-Trøndelag    | 14         | 16          | 15          |
| Nord-Trøndelag   | 13         | 7           | 18          |
| Nordland         | 17         | 11          | 14          |
| Troms            | 13         | 13          | 13          |
| Finnmark         | 11         | 6           | 12          |
| <b>Sum</b>       | <b>280</b> | <b>207*</b> | <b>272*</b> |

\* I tillegg kjem 204 tilsyn i 2010 og 197 tilsyn i 2011 med andre metodar enn systemrevisjon

net i Rogaland gjennomførte i tillegg 11 verifikasjonstilsyn med helsetilhøve (del av HMS) og 8 tilsyn i samband med maritimt sertifikat knytt til petroleumsværksemnda.

### Pålegg, tvangsmulkt og stenging

I 2011 gav Statens helsetilsyn ingen pålegg til verksemder med heimel i spesialisthelsetenestelova § 7-1. Det blei gitt eitt varsel om pålegg i ei sak mot Universitetssjukehuset i Nord-Noreg. Saka gjaldt så mangelfull legebemannig at det var uforsvarleg å ta imot risikogravide planmessig. Det blei ikkje gitt pålegg, men saka blir framleis følgd opp hos tilsynsorganet, sjå artikkel på side 27. I tillegg blei det reagert overfor fleire verksemder som ikkje heldt opplysningsplikta til tilsynsorganet, jamfør spesialisthelsetenestelova § 6-2. I fire av desse sakene blei det sendt varsel om tvangsmulkt.

### Bruk av tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp

**Tabell 10 Tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp i 2009–2011**

| År   | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------|------|------|
| Tal på vedtak mottekne hos Helsetilsynet i fylket <sup>1</sup> | 1687 | 2075 | 2367 |
| Tal på vedtak tekne til etterretning                           | 578  | 1001 | 1188 |
| Tal på vedtak med svar   | 1146 | 1217 | 1305 |
| Tal på oppheva vedtak  | 125  | 157  | 212  |
| Tal på endra vedtak  | 2    | 27   | 24   |
| Tal på vedtak som varer meir enn 3 månader                     | 1050 | 1254 | 1493 |
| Tal klager   | 7    | 18   | 16   |

1 Tala gjeld tal på kopiar av vedtak i helsetenesta som Helsetilsynet i fylket har motteke.

Kapittel 4A i pasient- og brukarrettslova gjeld helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelpa. Helsetenesta skal treffe vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendast Fylkesmannen. Helsetilsynet i fylket fekk i 2011 2367 kopiar av vedtak, sjå tabell 10.

Fylkesmannen går gjennom alle vedtaka, og Fylkesmannen har mynde til å overprøve (endre eller oppheve) vedtaka. Dersom det ikkje er klaga på eit vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A og helsehjelpa held fram, skal Fylkesmannen av eige tiltak vurdere om det framleis er behov for helsehjelpa når det har gått tre månader frå vedtaket blei gjort.

Etter at Helsetilsynet i fylket hadde gått gjennom vedtaka, kravde 65 prosent av vedtaka handling frå Helsetilsynet i fylket ved at dei anten blei oppheva eller endra, eller ved at det blei gitt råd og rettleiing til kommunen/tenestene. 35 prosent av vedtaka blei tekne til etterretning. Helsetilsynet i fylket fekk 16 klager på vedtak i helsetenesta. I 14 av sakene blei vedtaka haldne ved lag.

## Tilsynssaker (enkeltsaker)

### Tilsynssaker behandla av Helsetilsynet i fylket

**Tabell 11 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylka – tal på avslutta saker og saksbehandlingstid – 2009–2011**

| Helsetilsynet i                                 | Tal på avslutta saker |                   |                   | Del saker med behandlingstid på meir enn 5 månader i 2011 |
|---|-----------------------|-------------------|-------------------|---|
|   | 2009 <sup>1</sup>     | 2010 <sup>1</sup> | 2011 <sup>1</sup> |   |
| Østfold   | 179                   | 168               | 141               | 48 %  |
| Oslo og Akershus                                | 329                   | 392               | 408               | 57 %  |
| Hedmark   | 122                   | 132               | 130               | 48 %  |
| Oppland   | 52                    | 82                | 93                | 59 %  |
| Buskerud  | 113                   | 132               | 130               | 61 %  |
| Vestfold  | 96                    | 92                | 57                | 26 %  |
| Telemark  | 75                    | 98                | 80                | 30 %  |
| Aust-Agder                                      | 37                    | 42                | 47                | 36 %  |
| Vest-Agder                                      | 68                    | 83                | 94                | 24 %  |
| Rogaland  | 103                   | 85                | 130               | 52 %  |
| Hordaland                                       | 185                   | 226               | 247               | 50 %  |
| Sogn og Fjordane                                | 65                    | 58                | 62                | 27 %  |
| Møre og Romsdal                                 | 130                   | 71                | 94                | 51 %  |
| Sør-Trøndelag                                   | 112                   | 113               | 134               | 30 %  |
| Nord-Trøndelag                                  | 72                    | 90                | 81                | 35 %  |
| Nordland  | 86                    | 181               | 121               | 34 %  |
| Troms   | 83                    | 94                | 81                | 35 %  |
| Finnmark  | 62                    | 53                | 51                | 51 %  |
| <b>Sum</b>                                      | <b>1969</b>           | <b>2192</b>       | <b>2181</b>       | <b>46 %</b>   |
| I tillegg avslutta utan vur-dering <sup>2</sup> | 289                   | 354               | 384               |   |
| Avviste saker <sup>3</sup>                      | 143                   | 192               | 174               |   |

1 Nokre tal har små avvik frå publiseringane dei førre åra fordi tidlegare rapporterte data blir korrigerde når det blir oppdaga feil og manglar.

2 Blir avslutta gjennom å be den innklaga om å ta kontakt med den som har klaga, for å finne ei minnleg løysing.

3 Openbert grunnlause eller forelda saker blir avviste.

Tilsynssaker er saker som er behandla på grunnlag av klager frå pasientar og pårørande og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene. For heile landet var det 2752 nye saker i 2011. Dette er ein liten nedgang frå 2010. Klagenes fordelar seg ujamnt over landet. Færrest kom det inn i Vestfold, med 38 per 100 000 innbyggjarar. Finnmark fekk inn flest relativt sett, med 94 per 100 000. Talet på opne saker (restansar) ved årsskiftet var 1099, også dette omtrent som eitt år tidlegare.

Meir enn halvparten av tilsynssakene skal vere behandla innan fem månader. Dette blei oppnådd ved Helsetilsynet i elleve fylke i 2011 (Helsetilsynet i Oslo og i Akershus tel som eitt fylke). Kravet blei nådd også for alle fylka sett under eitt, sidan 54 prosent av sakene på landsbasis hadde ei kortare saksbehandlingstid enn fem månader.

Tilsynssakene er ofte samansette og har to–tre vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarleg verksemd er det temaet som oftast blir vurdert. Dernest kjem vurderingar knytte til plikta til å føre pasientjournal. Vurderingane som gjeld rusmiddel og andre spørsmål knytte til om helsepersonell er eigna, er få, men ofte alvorlege.

**Tabell 12 Rettsleg grunn som tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylket er vurderte mot i 2009–2011**

|   | 2009 <sup>1</sup> | 2010 <sup>1</sup> | 2011        |
|---|-------------------|-------------------|-------------|
| Føresegn i helsepersonellova                                    |                   |                   |             |
| Forsvarleg verksemd: oppførsel (§ 4)                            | 201               | 245               | 210         |
| Forsvarleg verksemd: undersøking, diagnostikk, behandling (§ 4) | 1715              | 1689              | 1835        |
| Forsvarleg verksemd: medisinerer (§ 4)                          | 227               | 231               | 220         |
| Forsvarleg verksemd: anna (§ 4)                                 | 291               | 305               | 329         |
| Akutt helsehjelp (§ 7)  | 38                | 36                | 29          |
| Informasjon (§ 10)  | 103               | 104               | 111         |
| Organisering av verksemd (§ 16)                                 | 191               | 148               | 174         |
| Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)      | 126               | 176               | 160         |
| Pasientjournal (§§ 39–41)                                       | 233               | 320               | 241         |
| Eigna som helsepersonell: rusmiddelmissbruk (§ 57)              | 44                | 47                | 46          |
| Eigna som helsepersonell: andre omstende (§ 57)                 | 68                | 64                | 67          |
| Føresegn i spesialisthelsetenestelova                           |                   |                   |             |
| Plikt til forsvarleg verksemd (§ 2-2)                           | 587               | 706               | 704         |
| <b>Andre pliktgrunnlag</b>                                      | <b>573</b>        | <b>670</b>        | <b>563</b>  |
| <b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>                       | <b>4397</b>       | <b>4741</b>       | <b>4689</b> |
| <b>Tal på saker med vurdering<sup>2</sup></b>                   | <b>1969</b>       | <b>2192</b>       | <b>2181</b> |

<sup>1</sup> Små avvik frå publiseringane dei førre åra kjem av at tidlegare rapporterte data blir korrigererte når det blir oppdaga feil og manglar.

<sup>2</sup> Fleire av sakene som Helsetilsynet i fylka behandlar, omfattar vurderingar opp mot fleire lovreglar. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag større enn talet på saker.

**Tabell 13 Tal på avslutta tilsynssaker og reaksjonar fordelte på åra 2003 til 2011**

| År   | Avslutta saker | Tal reaksjonar | Saker avslutta utan reaksjon |
|------|----------------|----------------|------------------------------|
| 2003 | 172            | 125            | 55                           |
| 2004 | 237            | 148            | 101                          |
| 2005 | 242            | 168            | 87                           |
| 2006 | 252            | 184            | 76                           |
| 2007 | 271            | 181            | 95                           |
| 2008 | 224            | 155            | 65                           |
| 2009 | 301            | 235            | 87                           |
| 2010 | 347            | 255            | 103                          |
| 2011 | 366            | 283            | 131                          |

I nokre saker er det gitt meir enn éin reaksjon.

**Tabell 14 Reaksjonar frå Statens helsetilsyn mot helsepersonell i 2010 og 2011**

|               | Åtvaring  |            | Tap av autorisasjon eller lisens |           | Tap av rekvireringsrett |          | Avgrensa autorisasjon/lisens (§ 59) |          | Avgrensa autorisasjon/lisens (§ 59a) |          | Tap av spesialistgodkjenning |          | Sum        |            |
|---------------|-----------|------------|----------------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|------------------------------|----------|------------|------------|
|               | 2010      | 2011       | 2010                             | 2011      | 2010                    | 2011     | 2010                                | 2011     | 2010                                 | 2011     | 2010                         | 2011     | 2010       | 2011       |
|               | Lege      | 53         | 59                               | 27        | 24                      | 8        | 8                                   | 2        | 4                                    | 8        | 1                            |          | 1          | 98         |
| Tannlege      | 4         | 11         | 3                                | 2         |                         |          |                                     |          |                                      | 1        |                              |          | 7          | 14         |
| Psykolog      | 5         | 3          | 6                                |           |                         |          | 1                                   |          |                                      |          |                              |          | 12         | 3          |
| Sjukepleiar   | 11        | 8          | 43                               | 42        |                         |          |                                     | 1        |                                      | 2        |                              |          | 54         | 53         |
| Hjelpepleiar  | 1         | 2          | 23                               | 16        |                         |          |                                     |          |                                      | 1        |                              |          | 24         | 19         |
| Vernepleiar   |           | 1          | 5                                | 3         |                         |          |                                     |          |                                      |          |                              |          | 5          | 4          |
| Jordmor       | 2         | 2          | 2                                |           |                         |          |                                     |          |                                      |          |                              |          | 4          | 2          |
| Fysioterapeut |           | 1          | 3                                |           |                         |          | 1                                   |          | 1                                    |          |                              |          | 5          | 1          |
| Andre grupper | 4         | 5          | 7                                | 11        |                         |          |                                     |          |                                      | 2        |                              |          | 11         | 18         |
| Uautoriserte  | 8         | 15         |                                  |           |                         |          |                                     |          |                                      |          |                              |          | 8          | 15         |
| <b>Sum</b>    | <b>88</b> | <b>107</b> | <b>119</b>                       | <b>98</b> | <b>8</b>                | <b>8</b> | <b>4</b>                            | <b>5</b> | <b>9</b>                             | <b>7</b> |                              | <b>1</b> | <b>228</b> | <b>226</b> |

**Tabell 15 Årsak til tilbakecall av autorisasjon i 2011 fordelt på helsepersonellgruppe**

|                                   | Sjukepleiar | Hjelpepleiar | Lege      | Andre     | Sum       |
|-----------------------------------|-------------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Rusmiddelbruk                     | 27          | 9            | 11        | 10        | 57        |
| Sjukdom                           | 3           |              | 1         |           | 4         |
| Seksuell utnytting av pasient     | 2           |              | 3         | 1         | 6         |
| Åtferd                            | 5           | 7            |           | 4         | 16        |
| Uforsvarleg verksemd              |             |              | 2         |           | 2         |
| Ikkje innretta seg etter åtvaring | 1           |              | 6         | 1         | 8         |
| Mista i utlandet                  | 4           |              | 1         |           | 5         |
| <b>Sum</b>                        | <b>42</b>   | <b>16</b>    | <b>24</b> | <b>16</b> | <b>98</b> |

### Tilsynssaker behandla av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene som blir sende over frå Fylkesmannen (før 2012 Helsetilsynet i fylket). I 2011 behandla Statens helsetilsyn 366 saker, mot 347 i 2010, sjå tabell 13. Det blei gitt 283 reaksjonar. Av desse var 57 retta mot verksemdar, ein auke på 30 frå 2010, og 226 retta mot helsepersonell. I 2010 blei det blei gitt 255 reaksjonar. 131 saker blei avslutta i 2011 utan at det blei gitt reaksjon, mot 103 i 2010. Det var 92 helsearbeidarar som mista til saman 98 autorisasjonar i 2011, mot 119 autorisasjonar i 2010, sjå tabell 14. Dei fleste tilbakekalla gjaldt rusmiddelbruk. I 2011 fekk sju helsearbeidarar avgrensingar i autorisasjonen sin med heimel i helsepersonellova § 59 a og fem helsearbeidarar med heimel i § 59 i lova.

Til saman fekk 32 helsearbeidarar autorisasjonen/lisensen sin suspendert mens saka blei behandla, og suspensjonen til sju helsearbeidarar blei forlengd.

Statens helsetilsyn gjorde av eige tiltak om eitt vedtak om åtvaring til ingen reaksjon.

Statens helsetilsyn fekk melding frå åtte helsearbeidarar som gav frivillig avkall på autorisasjonen sin. Seks legar gav frivillig avkall på retten sin til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B.

84 klager på vedtak blei sende over til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2011, mot 76 i 2010. Av klagene som blei sende over, var det 66 klager på vedtak om administrativ reaksjon (av desse var fem suspensjonsvedtak). 15 klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon / avgrensa autorisasjon, to klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett, og éi klage gjaldt omgjerding av eit vedtak. Nemnda behandla 79 klager på vedtak gjorde av Statens helsetilsyn i 2011. Dei stadfesta 67 vedtak, ti vedtak blei gjorde om, eitt vedtak blei delvis gjort om, og éi klage blei avvist.

Statens helsetilsyn kravde påtale i ni saker i 2011, mot åtte året før. I tolv saker blei det konkludert med at det ikkje var grunnlag for å krevje påtale mot helsepersonell eller verksemd. Tre helsearbeidarar blei melde til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Statens helsetilsyn behandla 82 søknader frå helsepersonell som tidlegare har mista autorisasjonen. Av desse fekk 27 helsearbeidarar ny autorisasjon utan avgrensingar, og åtte helsearbeidarar fekk avgrensa autorisasjon til å drive verksemd under bestemte vilkår. 37 søknader om ny autorisasjon og ti søknader om avgrensa autorisasjon blei avslått. Av tre søknader om rett til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B frå helsepersonell som tidlegare har mista rekvireringsretten, blei éin søknad innvilga, og to blei avslått.

I 2011 behandla Statens helsetilsyn 79 saker mot verksemdar, mot 38 saker året før. I 57 av sakene blei det påvist brot

på helselovgivinga, og i 18 av desse sakene fann vi brot på opplysningsplikta til tilsynsorganet. I 22 saker fann vi at helselovgivinga ikkje var broten. Det er Fylkesmannen (før 2012 Helsetilsynet i fylket) som i dei fleste tilfella avsluttar saker som gjeld svikt ved organisering eller styring av helsetenesta som blir tilbydd. Talet på slike saker er derfor relativt lågt i Statens helsetilsyn sett i høve til det samla talet på avslutta saker.

I 2011 bad Statens helsetilsyn om sakkunnige vurderingar i 13 tilsynssaker. Vidare blei sju helsearbeidarar pålagde å la seg undersøkje medisinsk eller psykologisk, jamfør helsepersonellova § 60.

Median saksbehandlingstid for dei 366 sakene Statens helsetilsyn behandla ferdig i 2011, var 5,1 månader, mot 5,4 månader i 2010. I 2011 fekk Statens helsetilsyn 353 nye saker til behandling, mot 327 i 2010. Per 31. desember var 162 tilsynssaker til behandling, mot 165 året før.

### Varselordninga

Helseføretak og verksemdar som har avtale med helseføretak eller regionale helseføretak, pliktar å varsle om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn. Med alvorleg hending meiner vi dødsfall eller betydeleg skade på pasient, der utfallet er uventa ut i frå den risikoen ein kan rekne med (spesialisthelsetenestelova § 3-3a). Denne varselordninga blei innført for ein prøveperiode på to år frå 1. juni 2010 og blei lovfesta frå 1. januar 2012 (sjå artikkel om varselordninga s. 32–33).

I 2011 fekk Statens helsetilsyn 140 varsel. 42 prosent (59 varsel) kom frå psykisk helsevern og 58 prosent (81 varsel) frå somatiske helsetenester. Ti prosent av varsla (14 varsel) førte til uttrykking, og 48 prosent (67 varsel) blei sende over til Helsetilsynet i fylket for vidare tilsynsoppfølging der. Flest varsel kom frå St. Olavs hospital HF (18 varsel), Oslo universitetssjukehus HF (15 varsel) og Helse Møre og Romsdal HF (12 varsel).

### Meldesentralen

Meldesentralen i Statens helsetilsyn er ein database over hendingar som er melde i tråd med spesialisthelsetenestelova § 3-3. Helseinstitusjonar er pålagde å gi skriftleg melding til Helsetilsynet i fylket om betydeleg personskade og om hendingar som kunne ha ført til betydeleg personskade som følgje av måten helsetenesta er ytt på, eller som følgje av at ein pasient skader ein annan. Frå 1. juli 2012 tek Kunnskapssenteret over ansvaret for meldeordninga.

I tidsperioden 2008–2011 blei det registrert 7756 meldingar (1286 meldingar i 2008, 2059 i 2009, 2265 i 2010 og 2146 i 2011).

Av meldingane som blei registrerte i 2011, gjaldt ein tredel (34 prosent) betydeleg personskade, mens litt under halvparten av meldingane (46 prosent) gjaldt forhold som kunne ha ført til betydeleg personskade. Det blei registrert

435 meldingar om unaturleg dødsfall (20 prosent av meldingane).

15 prosent av meldingane (314 meldingar) gjaldt feil ved bruk av legemiddel. Legemiddelfeil gjeld tilfelle av blant anna feil dose, feil administrering, feil legemiddel, feil pasient og uventa effekt.

Åtte prosent av meldingane (150 meldingar) handla om hendingar knytte til fødslar. I 49 prosent av desse meldingane blei mora skadd, og i 30 prosent blei barnet skadd. Det er registrert 24 tilfelle der barnet døydde under fødsel eller fosteret døydde i livmora.

20 prosent av meldingane (438 meldingar) handla om hendingar innanfor psykisk helsevern. Det blei registrert 132 meldingar om sjølv-mord og 14 overdosedødsfall.

## Publikasjonar frå Helsetilsynet

### Rapport frå Helsetilsynet

I serien formidlar vi m.a. funn og røynsle frå klagehandsaming og tilsyn med sosiale tenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstenester. På nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) finst alle publikasjonar i fulltekst, og samandrag på engelsk og samisk.

#### 2011

Meldesentralen - årsrapport 2010  
(Rapport fra Helsetilsynet 7/2011)

Fylkesmennesenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven kap. 4 – raskere behandling når Fylkesmannen selv slutfører saksbehandlingen  
(Rapport fra Helsetilsynet 6/2011)

Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre  
(Rapport fra Helsetilsynet 5/2011)

Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav  
(Rapport fra Helsetilsynet 4/2011)

Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga  
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2011)

## Rekneskap og personell

Løyvd utgiftsbudsjett for 2011 for budsjettkapittel 721 Statens helsetilsyn var 96,6 millionar kroner, mens rekneskapen viser eit forbruk på 97,9 millionar kroner. Inntektene var 5,1 millionar kroner. Omrekna til årsverk var det 107 tilsette i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2011.

Nytt syn på gammal aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemdar som er godkjende for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar  
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2011)

Meldesentralen – meldingar om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern  
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2011)

### Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspel til andre barnevern-, sosial- og helsestyresmakter og til tenestene i brev. Einskilde av desse breva blir publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), menyen Publikasjonar/Brev.

### Medisinalmeldingar/Helse- og sosialmeldingar

Fylkesmannen og Helsetilsynet i kvart fylke gir årleg ut ein publikasjon med stoff om tenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Namnet er medisinalmelding eller helse- og sosialmelding eller liknande, og målgruppene er tenestene og allmenta i fylket, og sentrale styresmakter. Meldingane finnst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjonar/Helse- og sosialmelding.

### Artiklar og kronikkar

Eit utval artiklar og kronikkar som tilsette i Helsetilsynet skriv, blir publiserte eller peikte til på nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjonar/Artiklar og kronikkar.

## Kom med framlegg om kandidatlar til Karl Evang-prisen 2012!

Karl Evang-prisen (NOK 50 000) blir kvart år delt ut til ein person eller organisasjon som har gjort ein særskild innsats på helse-, sosial- og/eller barnevernområdet.

Prisen blir delt ut på Karl Evang-seminaret som Statens helsetilsyn arrangerer 18. oktober. Seminaret skal bidra til å skape debatt og engasjement rundt eit aktuelt tema i tråd med Karl Evang sine visjonar, og ha relevans for Statens helsetilsyn sitt arbeid. Seminaret er gratis, det er inga påmelding og alle interesserte er hjarteleg velkomne!

Les meir om prisen og seminaret på [helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no)

Send framlegg om kandidatlar innan **fredag 24. august til [evangprisen@helsetilsynet.no](mailto:evangprisen@helsetilsynet.no)** eller til **Statens helsetilsyn, P.b. 8128 Dep, 0032 Oslo**

## Tilsynsrapportar

Rapportane frå kvart einiskild tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene blir publisert på [helsetilsynet.no](http://helsetilsynet.no). Der kan dei hentes fram sortert på emne, kommune, helseforetak, fylke eller år.

## Statens helsetilsyn

Norwegian Board of Health Supervision  
Postboks 8128 Dep  
0032 OSLO  
Tlf.: (+47) 21 52 99 00  
Faks: (+47) 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)  
Besøksadresse: Calmeyers gate 1 Mars 2012

