

# Tilsynsmelding 2012

## HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



# Innhold

Statlig tilsyn - en viktig del av velferdsstaten . . . . .	3
Behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. . . . .	5-6
Egenkontrollverktøy til kommunene for å kartlegge underernæring hos eldre. . . . .	6
Glemmer kommunen barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier? . . . . .	7-8
Tvungen helsehjelp i sykehjem . . . . .	9
«Det neste barnet» – hvordan kan sjefen gjøre en forskjell! . . . . .	11-12
Bredt søkelys på tjenester til barn og unge. . . . .	13
Kartlegging av tilbud til rusmiddelavhengige – et eksempel på områdeovervåking . . . . .	14
Hvordan gikk det med de utskrivningsklare? . . . . .	14
Myter og anekdoter eller realiteter? . . . . .	15
Hvor kan det svikte i helseforskningen? . . . . .	16
To tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning . . . . .	17
Krav til fertilitetsklinikker blir ikke alltid overholdt . . . . .	18
Tilsyn setter fart på kommunenes forbedringsarbeid . . . . .	19
Felles arbeid for kvalitet . . . . .	20-21
Stor variasjon i tilsynssakene . . . . .	23-27
Når pasienten ikke ønsker hjelp . . . . .	28
Hvordan kan arbeidsgiver forebygge, avdekke og følge opp svikt hos helsepersonell? . . . . .	29
Når det skjer alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – hva da? . . . . .	31-32
Tilsyn med markedsføring av alternativ behandling . . . . .	33
– Arbeidshelse er folkehelse . . . . .	34
Veien tilbake til autorisasjon etter tilbakekall på grunn av rusmiddelmissbruk . . . . .	35
Og for øvrig mener Statens helsetilsyn at . . . . .	36-37
Tall og fakta . . . . .	38-46
Publikasjoner fra Helsetilsynet . . . . .	47

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2013.

Ansvarlig redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Mariann Aronsen, Berit Austveg, Sidsel Platou Aarseth, Magne Braaten, Helge Høifødt, Finn Pedersen (leder), Kjersti Engehaugen og Nina Vedholm.

Grafisk formgivning og trykking: 07 Media. Opplag 18 000

Illustrasjoner: Trude Tjensvold Illustratørene

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

ISSN 1501-8083

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

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, telefon 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, epost [trykksak@helsetilsynet.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.no).

Kommentarer og spørsmål kan sendes til [tilsynsmelding@helsetilsynet.no](mailto:tilsynsmelding@helsetilsynet.no).

The Annual Supervision Report 2012 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Noen av artiklene fins i samisk oversettelse på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Muhtun artihkkaliid gávnmat sámegillii Dearvvašvuodageahc'u neahttabáikkis [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## Statlig tilsyn - **en viktig del** av velferdsstaten

Navnet Statens helsetilsyn er ikke dekkende for den omfattende virksomheten som drives og samordnes av oss. Som denne årlige tilsynsmeldingen viser, har vi omfattende oppgaver ikke bare innenfor tilsyn med helse- og omsorgstjenestene, men også barneverntjenesten og sosialtjenesten.

Våre tilsynsoppgaver med sosialtjenesten har 10-års-jubileum i år. Overordnet faglig tilsyn med barneverntjenesten har vi hatt siden 2009. De seinere åra har vi også fått en utvidelse av oppgavene innenfor tilsyn med helsetjenesten. Eksempelvis kan nevnes tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og en mer aktiv rolle når det gjelder undersøkelse av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Dette mener vi har vært en riktig utvikling, fordi vi ser et økende behov for samhandling mellom ulike tjenesteytere dersom velferdsstatens tjenesteidealer skal kunne realiseres. En stor del av den svikten vi påviser, finnes i grenseflatene mellom ulike tjenesteytere. Et kraftfullt tilsyn bør derfor være i stand til å se tjenesteytingen som en sammenhengende prosess, ikke bare som enkeltstående ytelser. Det er den sammenhengende prosessen, eller mangel på den, som oppleves av tjenestemottakerne.

Vårt tilsynssystem består av Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene. Fylkesmannsembetenes tilsynsportefølje er enda bredere enn vår. Ikke bare står de for storparten av det utadrettete tilsynet på våre områder. De har også tilsyn med



store deler av velferdsstatens øvrige virksomhet, som utdanningssektoren og andre deler av kommunal virksomhet.

Statlig tilsyn innebærer kontroll av at de som er tillagt oppgaver gjennom

lovgivningen gjennomfører disse som fastlagt. Tilsynet forventes også å følge opp eventuelle brudd på kravene i lovgivningen på en hensiktsmessig måte. Dette forutsetter tre grunnlagsforståelser. For det første må det foreligge krav satt i eller i medhold av lovgivningen som er forstått av tjeneste-

yterne. For det andre må tilsynet bygge sine vurderinger på faktiske undersøkelser av forholdene i tjenestene. Dette krever stor sektorfaglig innsikt. For det tredje må alle parter være innforstått med at det er tjeneste-

yteren (kommunen, helseforetaket osv.) som har ansvaret for å rette opp tjenesten der det er avdekket svikt. Tilsynet skal på sin side sikre at så skjer. Jevnt over er det vårt inntrykk at der vi har påvist svikt, skjer det utbedringer ganske raskt etter gjennomført tilsyn.

Ved at tilsyn bygger på reelle funn etter undersøkelser av tjenesteytingen, mener vi at tilsynsvirksomheten framskaffer erfaringer som kan benyttes til læring, både på utøvernivå og blant beslutningstakere. Nettopp denne etterbruken av tilsynserfaringer synes vi skjer i for liten grad. I 2011 og 2012 ble virksomheten vår vurdert av en gruppe utenlandske sakkyndige. De påviste at Statens helsetilsyn i det alt vesentlige ble drevet slik man skal vente seg av et statlig tilsynsorgan i dag. Men det påviste også at vi kunne bli bedre til å nå ut med informasjon om vårt arbeid. Når vi nå i vår arbeider med ny strategiplan og foretar justeringer på vår interne organisering, er målet blant annet å oppnå større effekt av de ressursene vi har til disposisjon for tilsyn.

Tilsyn utfordrer maktstrukturene i velferdsstaten. Tilsyn forventes å avdekke uønskede forhold der tjenestemottakere er plassert i avmektige posisjoner. Begge disse innfallsvinklene er egnet til å skape debatt, både ut fra enkeltsaker og i et overordnet perspektiv. Det vil ofte være ulike syn på våre vurderinger og beslutninger. Det må tilsynet tåle. Men for at samfunnet skal ha tillit til oss, må vi være i stand til å begrunne våre standpunkter. Denne tilsynsmeldingen er et virkemiddel i synliggjøringen av våre vurderinger. God lesing!

*Jan Fredrik Andresen*

” Tilsyn forventes å avdekke uønskede forhold der tjenestemottakere er plassert i avmektige posisjoner ”



## Behandling av **skrøpelige eldre** pasienter med hoftebrudd

Mange sykehus har ikke en bred nok tilnærming til behandling av hoftebrudd hos skrøpelige eldre.

Skrøpelige eldre pasienter trenger bredere behandlingstilnærming enn yngre og sprekere pasienter. Det må fokuseres på pasientens totale helse-tilstand, og ikke bare på en spesifikk tilstand eller ett enkelt organsystem.

Som ledd i Statens helsetilsyns satsning på tilsyn med tjenester til eldre, ble det i 2011 utført et landsomfattende tilsyn med behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Det ble gjennomført 23 tilsyn ved 14 helseforetak, og påpekt lovbrudd ved 19 tilsyn. Rapporter fra hvert enkelte tilsyn finnes på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Brudd hos eldre er et stort helseproblem. Årlig er det i Norge ca. 9000 hoftebrudd. Slike brudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men også tapt funksjon, redusert livslengde, økt hjelpebehov og økt behov for institusjonsomsorg.

Formålet med tilsynet var å undersøke noen områder hvor det er kjent at svikt kan få alvorlige følger for pasientene:

- ventetid fra innleggelse til operasjon
- legemiddelbruk
- behandling av delir (akutt forvirring)
- kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus.

### Ventetid fra innleggelse til operasjon

For å forebygge komplikasjoner og smerter og redusere risikoen for flere liggedøgn og økt dødelighet, er det viktig at det går kortest mulig tid før pasienter med hoftebrudd blir operert. Med få unntak viste tilsynet at pasientene ble operert innen forsvarlig tid.

### Legemiddelbruk

Bruk av mange legemidler gir risiko for uheldige eller farlige legemiddelkombinasjoner. Skrøpelige eldre som blir innlagt på sykehus med hoftebrudd bruker ofte mange legemidler. Før operasjon må sykehuset sørge for å ha oversikt over hvilke legemidler

pasienten får. Ved utskriving må sykehuset formidle opplysninger om pasientens totale legemiddelbruk til pasienten selv, til fastlege og eventuelt til pårørende og hjemmesykepleien. For å unngå alvorlige konsekvenser er det særlig viktig at neste ledd får informasjon, hvis det er behov for å regulere eller trappe ned bruken av et legemiddel.

I halvparten av tilsynene ble det avdekket mangler i journaler knyttet til gjennomgang, vurdering og evaluering av de legemidlene pasientene brukte. Typisk var mangelfull informasjon om varighet av behandling med blodfortynnende legemiddel. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Det var også eksempler på at journalopplysninger om vurdering og endring av legemiddelbruk ikke var tatt med i utskrivningsnotatet. Mangelfull journalføring av legemiddelbruk

” Brudd hos eldre er et stort helseproblem. Årlig er det i Norge ca. 9000 hoftebrudd ”

Tilsynet ble gjennomført ved gjennomgang av journaler. Ved denne undersøkelsesmetoden er det mulig å avdekke mangelfull dokumentasjon av utredning og behandling. Når dokumentasjon mangler eller er ufullstendig, kan det vitne om sviktende journalføring, men det kan også være et tegn på mangelfull eller sviktende praksis. I tilsyn som avdekket brudd på krav om journalføring, ble helseforetaket pålagt å undersøke om deres egen praksis var i samsvar med lovkravene, analysere hvorfor dersom den ikke var det, og beskrive hvordan de ville rette opp forholdene i en tilbakemelding til fylkesmannen.

Med «skrøpelige eldre» menes eldre personer over 80 år som har helseproblemer som gjør dem særlig sårbare, og som gjør at det må tas særlige hensyn når de skal motta helsehjelp.





gir grunn til bekymring for legemiddelbehandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd.

### Behandling av delir (akutt forvirring)

Delir er en forvirringstilstand og en vanlig komplikasjon ved hoftebrudd som blant annet kan utvikle seg til kognitiv svikt (demens). Delir har god prognose ved rask utredning og behandling. Ved hoftebrudd kan lang ventetid på operasjon øke risikoen for å utvikle delir. Delir kan i noen grad forebygges ved god væskebalanse, tilfredsstillende ernæringsstatus, god smertelindring og god pleie. Dersom en pasient har symptomer på delir ved utskriving, er det viktig at neste ledd i behandlingsskjeden mottar god informasjon og klare anbefalinger om videre oppfølging.

Ved mange av tilsynene fant Fylkesmannen at det manglet journalnotater om delirproblematikk, også der pasientkurver viste at det var gitt legemidler for tilstanden. Det var eksempler på at det i journaler var beskrevet symptomer på nyutviklet delir, men uten opplysninger om videre utredning eller behandling. Utskrivningsnotater inneholdt også lite informasjon om dette. Slike funn ga tilsynsmyndigheten grunn til å stille spørsmål ved om helseforetakene var for lite oppmerksomme på delir, og nøye nok med systematisk identifisering og oppfølging.

### Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Fordi underernæring ofte fører til høyere forekomst av komplikasjoner og infeksjoner, må det alltid vurderes om pasienten er underernært før operasjon. Lav kroppsvekt gir også økt

risiko for lavenergibrudd.

I tre av fire tilsyn viste journalgjennomgang mangelfull dokumentasjon av ernærings situasjonen og tiltak. Dermed ble heller ikke vesentlige opplysninger overført til neste behandlende ledd. Dette funnet ga grunn til bekymring for om den ernæringsmessige oppfølgingen av pasientene var forsvarlig.

### Oppsummering/oppfølging

Der Fylkesmannen fant mangelfull journalføring, ble helseforetakene bedt om å undersøke i egen virksomhet om brudd på journalforskriften var uttrykk for at de hadde en praksis i strid med loven. Flere av foretakene har meldt tilbake at praksisen faktisk var mangelfull. Ingen tilsyn blir avsluttet før helseforetaket har iverksatt nødvendige tiltak som sikrer forsvarlig behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd.

## Egenkontrollverktøy til kommunene for å kartlegge underernæring hos eldre

Statens helsetilsyn har fått utviklet et nettbasert egenkontrollverktøy som kommunene kan benytte for å kvalitetssikre arbeidet med å kartlegge og forebygge underernæring hos eldre som mottar helse- og omsorgstjenester.

Underernæring blant eldre som mottar slike tjenester er en kjent utfordring og et område med betydelig rom for forbedring. Tilsyn har avdekket at kommuner ikke alltid yter forsvarlige tjenester på dette området. Kommunene må selv kontrollere at de har ordninger som fanger opp og følger opp eldre som står i fare for å bli underernært.

Ernæringsarbeid er et av mange områder hvor kommunene må jobbe systematisk for å sikre at pasienter får forsvarlige og gode tjenester. «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» har vært tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmeside siden 2009. Egenkontrollverktøyet som Statens helsetilsyn har fått utviklet, er utarbeidet på bakgrunn av disse retningslinjene og kravene myndighetene stiller til kommunenes arbeid på ernæringsområdet.

Egenkontrollverktøyet ble lagt ut på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) i september 2012, og en stor del av fylkesmennene har lagt ut lenke til verktøyet på sine

nettsider. Innen utgangen av 2012 hadde 1100 vært inne og sett på eller benyttet seg av egenkontrollen. Litt over ti prosent av disse har gjennomført hele egenkontrollen. Statens helsetilsyn vil oppfordre kommunene til å benytte egenkontrollverktøyet. Statens helsetilsyn vil ikke kunne spore hvilke kommuner som benytter seg av tilbudet. Vi mottar gjerne kommentarer i kommentarfeltet etter gjennomført egenkontroll. For Statens helsetilsyn er det interessant å vite om dette er et nyttig verktøy for kommuner og tjenesteutøvere.

## Glemmer kommunen **barn og unge** i møte med økonomisk vanskeligstilte familier?

Personer som søker økonomisk stønad har presset økonomi enten akutt eller i kortere eller lengre perioder. Har søkeren forsørgeransvar for barn, er situasjonen ekstra utfordrende – ikke minst for barna. Nyere forskning om barns sårbarhet i økonomisk vanskeligstilte familier har ført til økt faglig og politisk bevissthet om barnas behov.

### Blir barnas behov kartlagt og individuelt vurdert ved behandling av søknader om økonomisk stønad?

I landsomfattende tilsyn 2012 med sosiale tjenester i Nav undersøkte landets fylkesmenn kommunenes behandling av søknader om økonomisk stønad fra personer med forsørgeransvar for barn. Fylkesmennene fant lovbrudd i 55 av de 65 kommunene som var omfattet av tilsynet. Det var et gjennomgående funn at disse kommunene ikke sikret at søkerens situasjon som forsørger, ble forsvarlig kartlagt. Barns og unges livssituasjon og behov ble ikke aktivt og systematisk undersøkt.

Kommunen i Nav har lovfestet plikt til å kartlegge om dårlig økonomi går ut over barn og unges muligheter for en trygg og aktiv oppvekst på linje med jevnaldrende. Lovverket stiller krav om at kartleggingen, vurderingene og løsningene skal være tilpasset den enkelte tjenestesøkers situasjon og behov.

Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Det innebærer at fylkesmennene undersøker om kommunen har systematiske ordninger som sikrer at tjenestebrukerne får

trygge og gode tjenester i tråd med lovkravene. Sentralt for undersøkelsen er om kommunens ledelse sikrer at medarbeiderne har felles forståelse av hva som er forsvarlig praksis, og om de får nødvendig opplæring og veiledning. Fylkesmennene ser også etter om ledelsen jobber systematisk for å forebygge uheldige og kritiske feil i tjenesteytingen, og at de tar lærdom av de feilene som skjer.

### Mangelfull kartlegging av barns livssituasjon og behov

I flertallet av kommunene i dette tilsynet var kartleggingsprosessen tilfeldig og lite systematisk. De hadde ikke beskrevet hvilke opplysninger som kan være relevante og som alltid skal innhentes i kartleggingen. Medarbeiderne hadde ikke felles forståelse av hvilke opplysninger de skulle innhente om forsørgeransvar for barn og om barnas behov og livssituasjon. De hadde

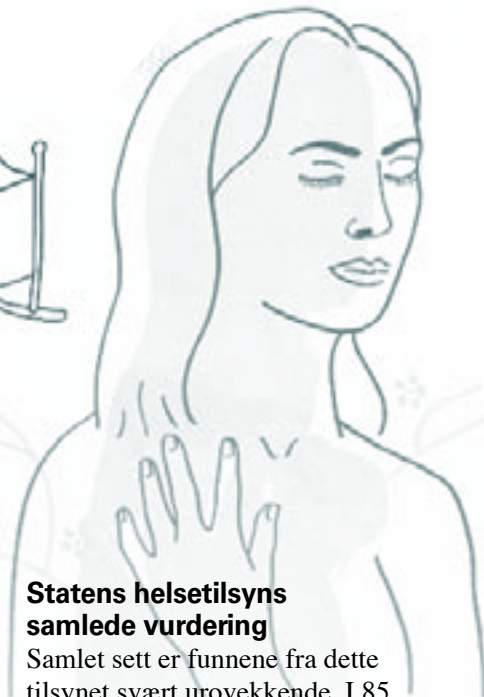
” I mange kommuner var det ikke vanlig å ha samtaler med søkerne ”

heller ikke samme oppfatning av hvordan kartleggingen skulle gjennomføres. I de fleste kommunene var opplysningene begrenset til hvor mange barn søkeren hadde og barnas alder. Et fåtall av kommunene kartla alltid barnas behov for klær, sko og utstyr, om de hadde datautstyr til skolearbeid, om de hadde muligheter for å delta i ulike fritidsaktiviteter og om boforholdene var trygge og gode. Mange kommuner er for passive i kartleggingsprosessen. Å etterspørre opplysninger aktivt er ikke en etablert praksis, og ofte var det opp til søkerne å gi informasjon. I mange kommuner var det ikke vanlig å ha samtaler med søkerne verken på kontoret eller ved hjemmebesøk. I disse tilfellene forholder kommunen seg kun til den



skriftlige søknaden. Flere kommuner har ikke som fast praksis å informere om hvilke lovfestede rettigheter søkerne har i henhold til Lov om sosiale tjenester i Nav, og hva de kan søke økonomisk stønad til. Er søkerne kjente for kontoret fra tidligere, ble det ikke alltid innhentet nye og oppdaterte opplysninger om søkerens situasjon.





### Sjablongmessige vurderinger

Med så store mangler i kommunenes styring av kartleggingsprosessen, er det grunn til å tvile på om de individuelle vurderingene er i tråd med krav i lovgivningen.

I flertallet av kommunene som var omfattet av tilsynet, var vurderingene av søkerens behov, stønadsform og stønadsbeløpets størrelse standardiserte og sjablongmessige. De færreste av kommunene kunne synliggjøre at de gjorde skjønnsmessige og konkrete vurderinger av hver enkelt søknad fra hver søker – enten de søkte om økonomisk stønad for første gang eller om de hadde søkt tidligere.

Denne type mangler i tjenesteutøvelsen kan kommunene avdekke selv dersom de har styrings- og kontrollaktiviteter for å sjekke egen praksis. Det var imidlertid gjennomgående at flertallet ikke hadde ordninger for å følge systematisk med på og kontrollere om de fulgte lovens krav. En del kommuner hadde ordninger der en leder eller medarbeider hadde ansvar for å kontrollere vedtakene eller gjennomføre stikkprøver. Selv om de hadde slike kontrollrutiner, avdekket dette ikke de mangelfulle vurderingene.

### God nok kompetansestyring for å sikre forsvarlig praksis?

Mange av kommunene som var omfattet av dette tilsynet, jobbet ikke planmessig og systematisk med kompetansebygging og veiledning av medarbeiderne. Flere hadde felles møtepunkter ukentlig, men disse ble bare unntaksvis benyttet til å diskutere enkeltsaker og faglige utfordringer, gi

kollega- og ledelsesbasert veiledning eller til å sikre felles lovforståelse. Å ta imot søkere som sliter økonomisk og på andre livsområder, krever at Nav-veilederne har tid og kompetanse. De må kjenne søkerens lovfestede rettigheter og lovverkets krav til søknadsbehandlingen. Gjennom samtale med søkerne skal de kunne legge grunnlag for å finne løsninger som kan være til hjelp for søkeren og dennes familie. Kommunen har ansvar for å etablere styringstiltak som sikrer at medarbeiderne har nødvendig og relevant kompetanse til å utføre oppgavene, og dermed sikre forsvarlig praksis.

### Tilstrekkelig sviktfokus for å sikre forsvarlig praksis?

Et vesentlig element i ledelsens systematiske arbeid med å sikre forsvarlig tjenesteyting og forbedring av praksis, er et robust opplegg for avviksmelding og -håndtering. Dette innebærer at medarbeiderne må kunne melde fra til virksomhetens ledelse om ulike former for uheldige og kritiske feil og svikt i tjenesteutøvelsen. Skal et slikt opplegg være virksomt, må det være kjent for medarbeiderne hva de skal melde som avvik og hvordan de skal melde fra. Ledelsen må med jevne mellomrom gjennomgå meldingene og vurdere om det kan være behov for å endre rutiner og praksis.

De færreste av kommunene som var omfattet av dette tilsynet, hadde velfungerende ordninger for avvikshåndtering. Noen kommuner var i gang, men det var ikke alltid kjent for medarbeiderne hva slags svikt som skulle meldes eller hvordan.

### Statens helsetilsyns samlede vurdering

Samlet sett er funnene fra dette tilsynet svært urovekkende. I 85 prosent av tilsynene fant fylkesmennene alvorlig svikt i kommunenes styring av kartleggingen av barnas situasjon og behov i søknader om økonomisk stønad. En grundig kartlegging der søkeren selv har vært aktivt med på å gi opplysninger om sin egen situasjon, er en forutsetning for at den individuelle vurderingen av innvilgelse og utmåling av stønaden blir forsvarlig. At dette skjer som forutsatt, skal ikke være tilfeldig og avhenge av den enkelte medarbeiders innsats – slik fylkesmennene fant i flertallet av kommunene. Nedfelte praksisbeskrivelser, systematisk kompetansebygging og kontinuerlig forbedringsarbeid skal sikre at hver søknad fra hver søker blir forsvarlig behandlet hver gang.

Å søke om økonomisk stønad kan for enkelte være forbundet med avmakt og skam. Bekymring knyttet til situasjonen og redsel for å bli avvist kan prege søkeren. Dette må kommunene ta på alvor, og sørge for at medarbeiderne har de nødvendige rammebetingelser og kompetanse til å løse oppgavene som forutsatt.

I landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav påpekte fylkesmennene lovbrudd i 9 av 10 kommuner. Også den gangen var alvorlig svikt i kartlegging av søkerens situasjon viktigste funn. Det er grunn til å sende en sterk oppfordring til alle landets kommuner om å bruke tilsynsrapporter som grunnlag for systematisk gjennomgang av og refleksjon over om praksis er i tråd med lovens krav.



Å søke om økonomisk stønad kan for enkelte være forbundet med avmakt og skam ”



# Tvungen helsehjelp i sykehjem

Noen ganger må en bruke tvang for å gi pasienter nødvendig helsehjelp og unngå alvorlig helseskade. I slike tilfeller må ansatte være sikre på at nødvendige vurderinger er gjort, og at vilkårene for bruk av tvang er tilstede.

Siden 2009 har pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A hatt bestemmelser om helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen, uten å forstå rekkevidden av det (mangler samtykkekompetanse). Å gi helsehjelp til personer som motsetter seg hjelpen er et alvorlig inngrep i deres selvbestemmelsesrett. Derfor er det innført rettssikkerhetsgarantier i form av strenge vilkår for å gi tvungen helsehjelp, og særlige saksbehandlings- og overprøvingsregler for å forebygge og begrense bruk av tvang. Frivillige og tillitskapende tiltak skal forsøkes før tvungen helsehjelp blir gitt.

I 2011 og 2012 undersøkte Helsetilsynet om kommunene sørger for at det blir gitt nødvendig helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp, uten bruk av tvang der det er mulig.

Tilsynet har undersøkt om kommunene sørger for at sykehjemmene:

- fanger opp om pasienter ikke vil ta imot helsehjelp og vurderer samtykkekompetansen
- forsøker tillitskapende tiltak før helsehjelpen blir gjennomført med tvang
- gjør helsefaglige vurderinger om helsehjelpen kan gjennomføres med bruk av tvang.

Tilsynsmyndighetene har vært i 103 kommuner. Det ble gjennomført 48 tilsyn i 2011 og 55 tilsyn i 2012:

- I 89 av de 103 kommunene ble det funnet lovbrudd.
- Det ble påpekt noen færre lovbrudd i 2012 enn i 2011:
  - i ca 85 prosent av de undersøkte kommunene ble det påpekt lovbrudd i 2012
  - i ca 90 prosent av de undersøkte kommunene ble det påpekt lovbrudd i 2011.

Tilsynet viser at ansatte ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap til å fange opp og identifisere situasjoner hvor pasienten mangler samtykkekompetanse og viser motstand. Det viser seg også at tvang blir brukt i utstrakt grad uten at vilkår er vurdert og vedtak om tvungen helsehjelp fattet. Til tross for opplæringsaktiviteter på området de siste årene, viser tilsynet at ansatte fortsatt mangler kunnskap om regelverket. Dette gjelder også kunnskap om mulighet til å bruke tvang der det er nødvendig for å forhindre alvorlig helseskade.

Et positivt inntrykk fra tilsynet er at mange ansatte er svært opptatt av å prøve ut forskjellige løsninger og tiltak for å unngå å bruke tvang. Bedre dokumentasjon og deling av kunnskap mellom ansatte om hvilke tiltak som er forsøkt, og hvordan de virker på pasienten, kunne bidratt til mindre tvangsbruk.

Tvungen helsehjelp er et særlig sårbart område fordi konsekvenser av vurderinger og avgjørelser kan ha stor betydning for den enkelte. Uriktige avgjørelser kan føre til at ansatte gjennomfører tvungen helsehjelp uten at det er grunnlag for det, eller at en pasient som mangler samtykkekompetanse ikke får nødvendig helsehjelp. Ledere kan redusere risikoen gjennom å sørge for at ansatte er forberedt på og har nok kunnskap til å håndtere ulike situasjoner.

Lovbruddene som er påpekt i dette tilsynet viser stor fare for svikt. Funn

fra tilsynet er oppsummert og presentert i egen rapport. Kommunene som har hatt tilsyn og fått påvist lovbrudd, må rette opp forholdene. Helsetilsynet oppfordrer kommuner som ikke har hatt tilsyn til å lære av lovbruddene. Alle bør ta en gjennomgang av egne tjenester, og

vurdere hvordan forholdene er i egen kommune. Resultater fra dette tilsynet kan brukes for å vurdere risikoområder og forbedringsarbeid i egen virksomhet.



Uriktige avgjørelser kan føre til at ansatte gjennomfører tvungen helsehjelp uten at det er grunnlag for det, eller at en pasient som mangler samtykkekompetanse ikke får nødvendig helsehjelp”



## «Det neste barnet» – hvordan sjefen kan gjøre en forskjell!

Et stort flertall av de kommunene det er ført tilsyn med, sikrer ikke sine tjenester slik at barn får det de har krav på når det gjelder undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak. Det landsomfattende tilsynet med kommunale barneverntjenester i 2012 bekrefter funnene fra det samme tilsynet året før. Stiller tilsynsmyndigheten urimelige krav? Er det mulig å innfri alle kravene i en praktisk hverdag? Nyttet det for sjefen å gjøre en viktig forskjell for det neste barnet?

Tilsynet med kommunenes arbeid med undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak til hjemmeboende barn i 2011 avdekket lovbrudd eller forbedringsområder i 40 av 44 kommuner. Tilsvarende tall for det samme tilsynet i 2012 viser lovbrudd eller forbedringsområder i 47 av 55 kommuner. Begge årene ble det undersøkt og vurdert hvordan barneverntjenesten styrer og kontrollerer tjenestene, og hvordan de tar vare på barnas rett til medvirkning.



Barnet er hovedperson i eget liv og kan gi avgjørende informasjon”

### Tilfeldigheter styrer

Funnene fra tilsynet viser omfattende svikt i styringen og utførelsen av tjenestene. Til tross for et sett av skriftlige rutiner, er det i mange tilfeller ingen som ser til at disse er kjent og følges. Mange kommuner har ikke en systematisk tilnærming til å gjøre undersøkelser av barnets situasjon etter å ha mottatt en bekymringsmelding. Det fører til at barn får tilfeldige og ulike undersøkelser, ofte avhengig av hva den enkelte saksbehandler finner hensiktsmessig i den enkelte sak. Dette kan føre til feil fokus i saken og feil konklusjon.

Barn som mottar hjelpetiltak fra barneverntjenesten som for eksempel støttekontakt eller besøkshjem, får ofte ikke evaluert disse tiltakene. Barneverntjenesten finner ikke ut om tiltakene har den ønskede effekt, om de skal avsluttes, endres eller om det skal settes i verk andre tiltak for å hjelpe barnet bedre.

Fylkesmennene beskriver i tilsynsrapporter at det ofte mangler dokumentasjon av opplysninger og aktiviteter i saken. Ved skifte av saksbehandler vil det være umulig å se hva som har skjedd i saken, hva barneverntjenesten har funnet og hva som er den barnevernfaglige vurderingen. Samtaler med barna er i mange tilfeller ikke dokumentert. Det gjelder både om samtalen har funnet sted, hva som kom fram i den og hvordan saksbehandler har vurdert innholdet. Barn som, når de blir voksne, ønsker innsyn i barnevernets vurderinger, vil i mange tilfeller finne svært lite.

### Barnets rett til medvirkning

Barns rett til å bli hørt er et grunnleggende prinsipp og gjelder alle forhold som angår barnet. Tilsynet viste at det var tilfeldig om barn ble snakket med eller ikke. Dette gjaldt i undersøkelsesfasen og enda oftere i evalueringsfasen. Det er svært alvorlig at mange kommuner ikke ivaretar denne retten til medvirkning. Barnet er hovedperson i eget liv og kan gi avgjørende informasjon.

### Omsorgssvikt får fortsette

Både i 2011 og 2012 oppdaget fylkesmennene under tilsynet enkeltsaker hvor det var grunn til bekymring for om barn levde under alvorlig omsorgssvikt. Noen saker var ikke ferdig undersøkt, og andre var ikke undersøkt i det hele tatt, slik at det ikke var vurdert og konkludert om behov for tiltak. Noen saker gjaldt alvorlige





bekymringer om vold og overgrep. Fylkesmennene undersøker og følger tett opp slike saker for at kommunene skal gi barna de tjenestene de trenger, har behov for og krav på.

### Ledelsens rolle

Tilsynet har sett hvordan barneverntjenesten planlegger, kontrollerer og korrigerer sine tjenester til barn og familier. Denne styrings- og kontrollvirksomheten utgjør kjernen i virksomhetens internkontroll. Internkontrollen skal sikre at tjenestene utføres planlagt, systematisk og til barnets beste. Det er ledelsens ansvar at dette skjer. Det skal ikke være tilfeldig og opp til den enkelte saksbehandler hvordan og om tjenestene blir utført. De skal utføres på en måte som er initiert og styrt fra den øverste leder, og tilstrekkelig implementert helt ned til den sist ansatte medarbeider.

Det skal være en felles kunnskap og bevissthet i barneverntjenesten om hvordan en undersøkelse skal utføres. Alle som skal gjennomføre en undersøkelse, skal vite hvilke elementer den skal bestå i og hvordan den skal gjennomføres, eventuelt hvilke alternative måter å gjennomføre den på som finnes.

Det er ledelsens ansvar at slike rutiner er kjent og innarbeidet hos de ansatte. Det er også deres ansvar å kontrollere at rutineene følges, og eventuelt korrigere praksis når man oppdager feil.

Det er ledelsens ansvar at alle barn får medvirke når hjelpetiltaket de mottar skal evalueres. De må sikre at alle ansatte kjenner plikten til å høre barnet. De må kontrollere i sakene at barna er snakket med, og de må korrigere saksbehandleres praksis dersom dette ikke finner sted.

### Kan sjefen gjøre en forskjell?

Tilsynsmyndighetene er blitt konfrontert med følgende utsagn:

*«– når det hos nesten alle tilsynsobjekter avdekkes lovbrudd, er det ikke objektene det er noe i veien med, men tilsynet!»*

Stiller tilsynsmyndigheten urimelige og uoppnåelige krav? I et tilsyn stilles det ikke andre krav enn de som følger av lover og forskrifter.

Disse kravene er ikke uoppnåelige. Vi har vært på tilsyn i kommuner som har innfridd alle kravene vi har undersøkt. Vi mener at sjefen kan utgjøre en stor forskjell. I kommuner der det ikke er avdekket lovbrudd, har vi møtt dedikerte og bevisste ledere på alle nivåer. Det er ledere som styrer barnevernaktiviteten uten å vente på nye utredningsmetoder, uten nødvendigvis å ha de siste kartleggingsverktøyene eller å ha sendt alle medarbeidere på en spesiell type kurs. Det er ledere som er tett på egen virksomhet. Hver dag.

Disse lederne har en systematisk tilnærming til lederoppgavene, og de har faste rutiner og prosedyrer for hvordan oppgaver skal løses. Fremdriften i undersøkelser og evalueringssaker kontrolleres etter forutsigbart mønster av leder, teamleder eller andre. Saker sjekkes i avtalte møtepunkter når det gjelder innhold og kvalitet. Har du husket å snakke med barnet? Alle ansatte vet hvor de kan gå og be om råd og veiledning når de har utfordringer, og det avholdes jevnlig drøftingsmøter. Leder vet hvilken opplæring de ansatte har fått, og følger med på at det tilbys opplæring i faglige krav, lovendringer og annet. Når det oppdages feil, meldes det avvik; feilene tas opp i personalmøter og rutiner endres.

### Det neste barnet

Endringer og forbedringer må iverksettes fra ledelsen. Lederen har ansvar for å lære av feil og myndighet til å gjøre endringer. Endringer som får direkte konsekvens for det neste barnet som barnevernet skal undersøke om får god nok omsorg. Hvis saksbehandler vet hva en undersøkelse skal inneholde, hvilke vurderinger hun skal gjøre og er trygg på hvor hun kan gå for å få god veiledning underveis, er det høy sannsynlighet for at "det neste barnet" får en god vurdering av situasjon og hjelpebehov. "Det neste barnet" er barneverntjenestens viktigste oppdrag. "Det neste barnet" skal sikres tjenester som oppfyller formålet med barnevernloven; "nødvendig hjelp og omsorg til rett tid".

## Bredt søkelys på tjenester til barn og unge gjennom landsomfattende tilsyn i 2013

Fylkesmannen har ansvar for tilsyn med barneverntjenesten, sosiale tjenester i Nav, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestene. Årlig utføres landsomfattende tilsyn på disse tjenesteområdene. For å sikre likhet i tema, utførelse og bedømmelse, gjennomføres landsomfattende tilsyn i et visst omfang i alle fylker etter et felles opplegg.

I 2013 skal det gjøres landsomfattende tilsyn med:

### Kommunenes arbeid med barn i fosterhjem

Fylkesmannen skal undersøke hvordan barneverntjenesten i kommunene arbeider med barn som bor i kommunale fosterhjem, og om barneverntjenesten grundig og jevnlig følger utviklingen til disse barna. Tilsynet skal undersøke om kommunene følger med på og kontrollerer at det enkelte barn får tilfredsstillende omsorg og vern, og at forutsetningene for plasseringen i det enkelte fosterhjem er til stede. Videre skal tilsynet undersøke om fosterforeldre får nødvendig råd og veiledning, og om barneverntjenesten forsikrer seg om at barnet blir hørt og får medvirke i egen sak.

### Helsestasjonstjenester til barn 0-6 år

Fylkesmannen skal gjøre tilsyn med kommunenes helsestasjonstilbud til barn fra 0 til 6 år. Tilsynet skal undersøke om kommunen sikrer alle barn i aldersgruppen 0 til 6 år forsvarlige helseundersøkelser. Videre skal tilsynet undersøke om kommunen sikrer at helsestasjonstjenesten bidrar til at barn og familier med spesielle behov mottar et helhetlig tjenestetilbud, at tilbudet er tilpasset barns og foreldres språkbakgrunn og at helsestasjonstjenesten gir faglig forsvarlig kostholdsveiledning for å forebygge feilernæring.

### Psykisk helsevern til barn og unge

Fylkesmannens tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge skal undersøke om helseforetakene sørger for at pasientforløpene har god fremdrift og kontinuitet. Det vil i tilsynet bli undersøkt hvordan helseforetakene håndterer mottak og vurdering av henvisninger, hvordan de arbeider med utredning og diagnostisering, og med behandling, avslutning og oppfølging av behandling.

### Kvalifiseringsprogrammet

Det er planlagt et toårig landsomfattende tilsyn fra 2013 med hvordan kommunene arbeider med kvalifiseringsprogrammet (KVP). Formålet er å undersøke om kommunene sikrer et tilgjengelig tilbud. I dette inngår undersøkelse



Tilsynet skal undersøke om kommunene følger med på og kontrollerer at det enkelte barn får tilfredsstillende omsorg og vern ”

av om mulige deltakere blir identifisert og informert om tilbudet, og om vedtak baseres på forsvarlige vurderinger. Tilsynet skal også undersøke om kommunene sikrer forsvarlig gjennomføring ved at innhold og omfang er tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger, og at brukerne blir fulgt opp. Videre skal det undersøkes om programmene gjennomføres som planlagt, og om de blir evaluert og endret ved behov.



## Kartlegging av tilbud til **rusmiddelavhengige** – et eksempel på **områdeovervåking**

Fylkesmannen i Vestfold har årlig siden 2007 kartlagt ventetid på tjenester og hjelpetiltak for personer med rusmiddelavhengighet. Opplysningene samles inn fra kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg har Stiftelsen Kirkens Bymisjon Vestfold vært informant. Kartleggingen skjer ved egenutfylling av spørreskjema. Fylkesmannen spør blant annet om saksbehandlingstid og hvor mange personer med rusmiddelavhengighet som er i kontakt med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det spørres også om status en bestemt dag i mai. Dette gir oversikt over rusmiddelarbeidet i fylket, utviklingstendenser, risiko og sårbarhet.

Styrken ved kartleggingen er at oppmerksomheten rettes mot områder med spesielle utfordringer, og hvor det kan være fare for svikt i tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. Kommune, Bymisjonen og spesialisthelsetjenesten samler erfaringene gjennom året og benytter også kartleggingen til å ta opp problemstillinger.

Funnene fra kartleggingene blir presentert i årlig dialogmøte med informantene. De første årene var hovedtemaene samarbeidsproblemer mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og lang saksbehandlingstid i enkelte kommuner. Kartleggingen blir brukt som grunnlag for oppfølging og tilsyn med kommuner og spesialisthel-

setjenesten. Fylkesmannen har også benyttet opplysningene som del av grunnlag for systemrevisjon med rustjenesten i fire kommuner i Vestfold.

De tre siste årene har kartleggingen vist mangel på variert og tilpasset boligtilbud for personer med rusmiddelproblem. Mangelen på bolig reduserer nytten av behandling og rehabilitering for personer med rusmiddelavhengighet i Vestfold.

## Hvordan gikk det med de **utskrivningsklare?**

Fylkesmannen i Aust-Agder hadde i 2011 og 2012 flere saker til behandling som gjaldt samhandling mellom sykehus og kommuner, og der pasienter var blitt skadelidende. Fylkesmannen var med bakgrunn i egne erfaringer bekymret for at tidligere utskriving fra sykehus skulle øke faren for svikt i overgangen til kommunen. Fylkesmannen gjennomførte derfor et tilsyn der pasientforløpet for 60 pasienter ble kartlagt fra innleggelse i Sørlandet sykehus Arendal til mottak i tre kommuner i Aust-Agder. Hensikten var å få belyst eventuelle forhold som truer pasientsikkerheten.

Alle de undersøkte pasientforløpene gjaldt pasienter som var avhengige av hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste da de ble skrevet ut. Med en gjennomsnittsalder på 80 år, og redusert helse- og funksjonsnivå, er det vanskelig å se for seg et forsvarlig pasientforløp uten at alle opplysningene følger med pasienten ved utskriving.

Fylkesmannens funn viste at halvparten av epikrisene ble sendt samme dag som utskriving fant sted, og resten ble sendt 1-15 dager etter utskrivingen. 20 prosent av epikrisene ble sendt så mye som én uke eller mer etter utskriving. 64 prosent av epikrisene ble kun sendt til fastlege. Dette stiller store krav til samarbeid internt i kommunen.

Etter Fylkesmannens syn må pasientopplysningene for denne gruppen pasienter være oppdaterte, kvalitets-

sikret og fyllestgjørende når de sendes ut til kommunen. Kartleggingen viste at dette ikke var tilfelle i 33 prosent av pasientforløpene som ble undersøkt. For disse pasientene var ikke funksjonsnivå og prognose beskrevet. Der hvor systemene for informasjonsutveksling svikter, yter helsepersonell en stor innsats for å kompensere, for eksempel med utstrakt bruk av telefon for å kvalitetssikre blant annet legemiddellister. Dette er ressurser som kunne vært brukt mer målrettet i pasientbehandlingen. Konklusjonen etter kartleggingen er at systemet for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommuner ikke er på plass. Også internt i kommunen utgjør det en trussel mot pasientsikkerheten at journalføring og dokumentasjon er fordelt på flere steder. Viktig informasjon med rett innhold, til riktig instans og til rett tid, er et stort forbedringsområde av betydning for pasientsikkerheten.

## Myter og anekdoter eller **realiteter?**

Statens helsetilsyn har oppsummert kunnskap fra statistikk, forskning, utredninger og tilsynserfaringer for å belyse om barn med tiltak fra barnevernet får de tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) som de har behov for og rett til. Vi ville undersøke om barn med tiltak fra barnevernet har vanskeligere tilgang til PHBU enn andre barn og unge, om de avvises i større grad, eller om tjenestetilbudet de får er mangelfullt? Oppsummeringen er presentert i Rapport fra Helsetilsynet 5/2012, Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering.

Det foreligger ikke norsk statistikk eller forskning som gir en samlet oversikt over omfang av psykisk sykkelighet hos barn med tiltak fra barnevernet. Vi har funnet noen få norske studier. Utvalgene varierer i størrelse, noen av studiene er små og noen er gjennomført langt tilbake i tid.



Med bakgrunn i den kunnskapen vi har gjennomgått, kan vi ikke konkludere med at barn med tiltak fra barnevernet har systematisk dårligere tilgang til PHBU enn andre barn og unge ”

Vi har gått gjennom en rekke kilder og påvist store kunnskapshull. Det er mange myter og anekdoter om at barn med tiltak fra barnevernet avvises av PHBU, men vi har funnet lite dokumentasjon på dette.

Vi har funnet eksempler på at barn, unge og deres foresatte opplever seg avvist av enten barneverntjenesten eller PHBU, eller av begge tjenester. Med bakgrunn i den kunnskapen vi har gjennomgått, kan vi ikke konkludere med at barn med tiltak fra barnevernet har systematisk dårligere tilgang til PHBU enn andre barn og unge.

Statens helsetilsyn mener det er behov for både å øke kunnskapen på området, klargjøre regelverket, tydeliggjøre krav til samhandling mellom barnevern og PHBU og videreutvikle samarbeidsmodeller og institusjonstyper.

## Hvor kan det **svikte** i helseforskningen?

For å vurdere behovet for tilsynsaktivitet gjennomførte Statens helsetilsyn i 2012 en risikovurdering innen helseforskning. Risikovurderingen indikerte ingen stor risiko for alvorlig fysisk helseskade hos forskningsdeltakere. Fagpanelet vurderte svikt i styringen av hele forskningsprosessen som viktigste risikoområde.

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker ved helseinstitusjoner, universiteter, høyskoler og andre forskningsinstitusjoner. I tillegg fører Datatilsynet tilsyn med bruken av helseopplysninger, mens Statens legemiddelverk skal føre tilsyn med kliniske utprøvinger av legemidler.

### **Risikovurdering**

Risikovurderingen av medisinsk og helsefaglig forskning ble gjennomført i februar 2012 av et fagpanel på 21 deltakere. Målet var å avdekke og rangere forhold som er, eller kan være, skadelig eller krenkende for forskningsdeltakere.

Under arbeidet med helseforskningsloven ble det gjort en omfattende gjennomgang av risiko og kjent svikt på området: God forskning – bedre helse, NOU 2005:1. Disse erfaringene, sammen med litteraturgjennomgang og fagpanelets forslag, ble brukt som grunnlag for risikovurderingen. Fagpanelet ble enige om de 12 viktigste risikoområdene, og rangerte dem etter alvorlighet og hyppighet. Deretter ga de fire medisinske fakultetene innspill på rapporten.

### **De viktigste risikoområdene**

Fagpanelet fremhevet betydningen av å ha klare ansvarsforhold, gode rutiner og nødvendig oversikt over hele forskningsprosessen. Mangelfull internkontroll ble derfor rangert som det viktigste risikoområdet med høyest alvorlighetsgrad.

Fagpanelet fremhevet også risikoen for at det ikke blir gjort en forsvarlig vurdering av forskningsprosjekter som utføres av studenter. Prosjektene skal godkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetik (REK), men det skjer ikke alltid.

Fagpanelet mente dette er en svikt som kan føre til at sårbare grupper utsettes for flere ulike forskningsprosjekter enn det som er forsvarlig.

Manglende samtykke ble også rangert på høyt risikonivå. Dårlig informasjon til forskningsdeltakere kan hindre at muligheten til å reservere seg, eller trekke samtykket, blir reell. Fagpanelet mente mangelfull styring av forskningsbiobanker også utgjør en risiko for personvernet, integriteten og forvaltningen av biologisk materiale.

Flere av de medisinske fakultetene fremhevet risikoen og behovet for forsvarlig organisering av større kliniske forskningsprosjekter. De var uenige i den høye rangeringen av studentforskningsprosjekter, fordi dette ofte er kvalitative prosjekter med liten datainnsamling og meget begrenset forskningsomfang.

### **Konklusjon**

Statens helsetilsyn sin risikovurdering indikerte ingen stor risiko for alvorlig fysisk helseskade hos forskningsdeltakere. Fagpanelet vurderte svikt i styringen av hele forskningsprosessen som viktigste risikoområde, spesielt innen forvaltning av helseopplysninger og biologisk materiale.

Risikoområdene handler mye om ansvar og etterlevelse av lovverket. Ledelsesmessig oppfølging er derfor særlig viktig for å minske risikonivået innen helseforskning.



## To tilsynssaker om **medisinsk** og **helsefaglig** forskning

Statens helsetilsyn har i forbindelse med tilsynet med helsefaglig forskning adgang til å gi pålegg om å rette eller stanse prosjekter dersom de drives på en måte som kan ha skadelige følger for deltakere eller andre. Statens helsetilsyn kan også fastsette tvangsmulkt dersom pålegg ikke oppfylles innen fristen. Tvangsmulkten kan enten løpe til pålegg oppfylles, eller fastsettes som engangsmulkt.

Statens helsetilsyn har behandlet to tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning i løpet av det siste året.

### **Forskningsprosjekt om fedmeoperasjon av ungdommer**

Tilsynssaken ble opprettet etter at tilsynsmyndighetene via medieoppslag i 2010 ble kjent med at det var startet et forskningsprosjekt ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst, Sykehuset i Vestfold HF, som blant annet omfattet fedmekirurgi av ungdom ned til 13 år.

Statens helsetilsyns vurderingstema var om organiseringen og utøvelsen av prosjektet var forsvarlig, og om det var i tråd med helseforskningslovens bestemmelser om samtykke. I vårt vedtak drøftet vi blant annet kravet til forsvarlighet i helseforskningsloven § 5, den faglige og vitenskapelige begrunnelsen for prosjektet og deltakernes samtykkekompetanse.

Statens helsetilsyn konkluderte med at prosjektet ikke er i strid med forsvarlighetskravet i helseforskningsloven § 5, men vi påla den forskningsansvarlige å sørge for at det innhentes samtykke fra foreldre eller andre med foreldreansvar også for deltakere mellom 16 og 18 år, ikke bare for de under 16 slik de tidligere hadde gjort, i tillegg til samtykke fra ungdommene

selv (jf helseforskningsloven § 17 tredje ledd, samtykkekrav ved forskning som innebærer legemsinngrep).

Plikten til å gi den enkelte pasient forsvarlig behandling gjennom deltakelsen i prosjektet, faller ikke bort selv om tilsynsmyndighetene har funnet at prosjektet som sådan ikke er i strid med forsvarlighetskravet i helseforskningsloven § 5.

### **Forskningsprosjekt som benyttet biologisk materiale fra Kina**

Dette forskningsprosjektet ble startet i september 2009 som et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling for patologi ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS), og Obstetrics and Gynecology Hospital ved Universitetet i Fudan i Kina.

Prosjektet dreide seg om analyse av biologisk materiale fra kinesiske pasienter. Hensikten var å reklassifisere tidligere diagnostiserte sarkomer (uensartet gruppe av kreftsykdommer) etter ny og moderne teknikk, for på den måten finne nye og bedre prognostiske faktorer som vil ha betydning for fremtidig pasientbehandling.

Prosjektet var i 2009 godkjent av en institusjonell etikkomité for Universitetet i Fudan. Det var imidlertid ikke fremlagt for REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), og heller ikke fremlagt for Personvernombudet eller meldt internt ved SUS før oppstart.

Statens helsetilsyns vurderingstema var om SUS som forskningsansvarlig for de deler av forskningsprosjektet som foregikk i Norge, hadde handlet i strid med helseforskningsloven. Statens helsetilsyn fant at prosjektet var omfattet av helseforskningsloven, og at det skulle ha vært innhentet forhåndsgodkjenning fra REK etter helseforskningsloven § 9. Vi fant også at innførselen av det

biologiske materialet var i strid med helseforskningsloven § 29. På bakgrunn av at forskningsprosjektet manglet nødvendig forhåndsgodkjenning, og manglet godkjenning og samtykke til innførsel av biologisk materiale, fant Statens helsetilsyn at det forelå brudd på forsvarlighetskravet i helseforskningsloven § 5.

Statens helsetilsyn påpekte at SUS på dette tidspunkt ikke hadde implementerte rutiner eller andre systematiske tiltak for å påse at forskning ble gjennomført i samsvar med helseforskningsloven. Det ble også påpekt at SUS ikke hadde oversikt over alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter ved virksomheten. På denne bakgrunn fant Statens helsetilsyn at det også forelå brudd på bestemmelsen om internkontroll i forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning § 4.

Prosjektet var avsluttet, og det biologiske materialet var returnert til Kina, da Statens helsetilsyn hadde det til vurdering. Det var derfor ikke aktuelt å kreve at prosjektet ble stanset eller at feilen ble rettet.

Det bemerkes at helseforskningsloven § 3 fastslår at loven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning som finner sted i Norge, uavhengig av hvem som utfører den og hvilken nasjonalitet vedkommende har, eller om prosjektet også er godkjent i utlandet. Dette innebærer at all medisinsk og helsefaglig forskning som finner sted i Norge må ha en forhåndsgodkjenning av REK.

## Krav til **fertilitetsklinikker** blir ikke alltid overholdt

Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn med ti godkjente fertilitetsklinikker. Det ble påvist lovbrudd i åtte virksomheter. Egg, sæd og embryo er sårbart materiale, og kravene til håndtering er strenge. Det er et lederansvar å styre og lede virksomheten slik at alle oppgavene utføres som forutsatt, at de henger sammen og at materialet ikke utsettes for fare eller skade.

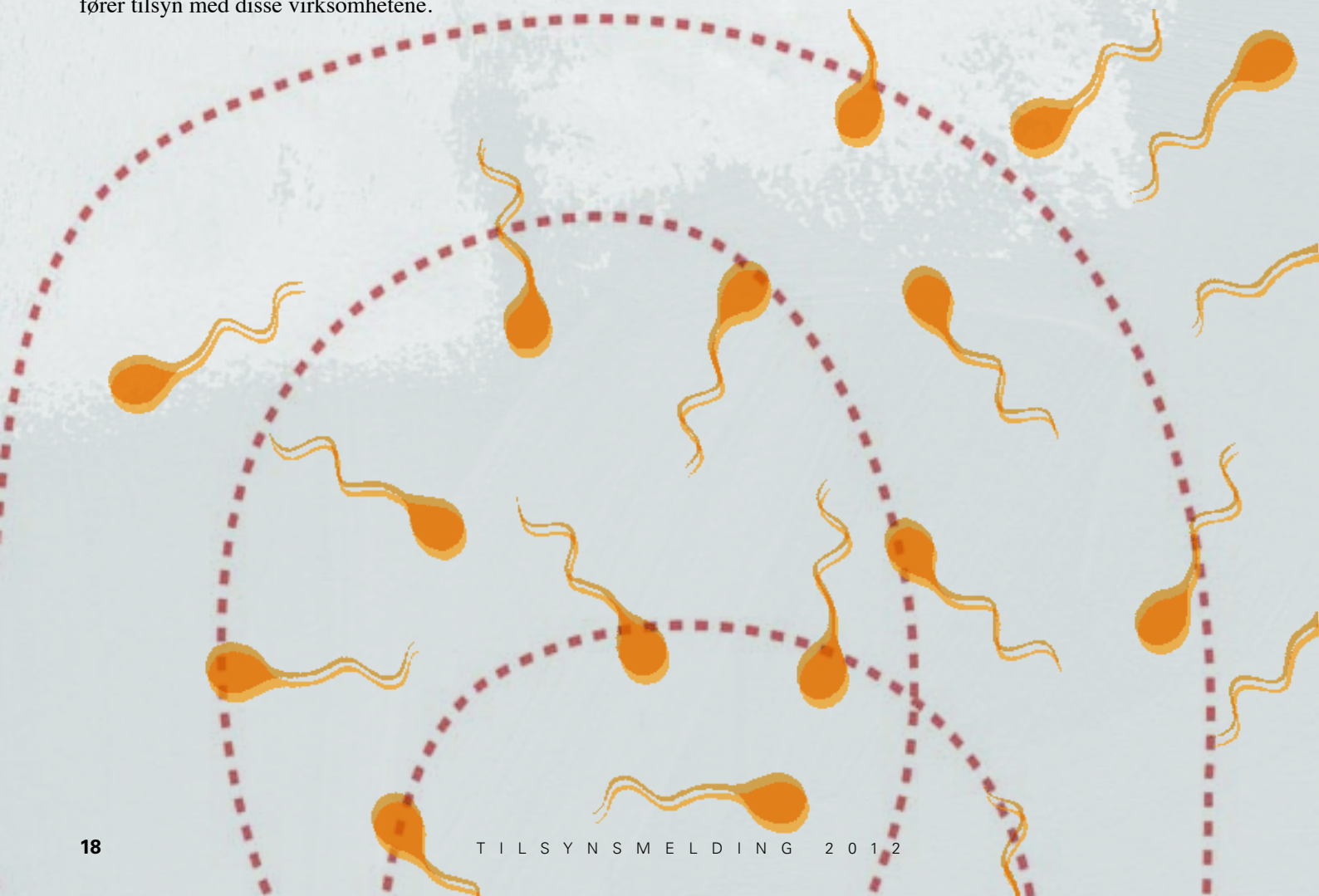
Assistert befruktning er medisinsk behandling med formål å befrukte en kvinnes eggceller med sædceller, i eller utenfor kvinnens kropp. Helsedirektoratet godkjenner virksomheter som skal håndtere celler og vev beregnet til assistert befruktning, og Statens helsetilsyn fører tilsyn med disse virksomhetene.

Forskrift om krav til håndtering av humane celler og vev er detaljert og gjelder fra uttak til anvendelse og eventuell oppbevaring. Formålet er å sikre kvaliteten for å oppnå et sterkt vern av menneskers helse, og unngå at sykdommer overføres via celler og vev.

Av åtte virksomheter hvor Statens helsetilsyn påpekte lovbrudd, hadde fem mangelfull merking av det humane materialet. Seks virksomheter manglet samlet sluttkontroll av embryo før tilbakeføring. Statens helsetilsyn tolker forskriftens krav på disse områdene strengere enn det virksomhetene hadde gjort. Bevissthet rundt kvalitet og sikkerhet hos ledere og ansatte medførte at Statens helsetilsyn oppfattet sannsynligheten for feil som liten.

Ved fire virksomheter ble det påpekt mangler ved bruk og kontroll av viktig utstyr, og ved en virksomhet ble det påpekt at lokalene ikke tilfredstilte kravene i forskriften. Feil og mangler ved utstyr og lokaler øker faren for at materialet kan bli skadet eller gå tapt.

Tilsynene ble gjennomført i perioden mars 2011 til februar 2012. Erfaringer og funn fra tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 1/2013 Oppsummering av tilsyn med verksemder godkjende for å handtere humane celler og vev til assistert befruktning.



## Tilsyn setter **fart** på kommunenes **forbedringsarbeid**

Kommunene oppfatter Fylkesmannens tilsyn med tjenestene til eldre i 2010 og 2011 som relevant og aktuelt, og som et godt grunnlag for forbedring. Det viser en deskriptiv undersøkelse som Agenda Kaupang gjennomførte for Statens helsetilsyn høsten 2012. Det mest gledelige funnet var at tilsynet stimulerte til forbedringsarbeid enten det ble avdekket lovbrudd eller ikke.

I perioden 2009–2012 gjennomførte Statens helsetilsyn og fylkesmennene en 4-årig satsing på tilsyn med tjenester til eldre. Ved avslutningen av satsingen ønsket vi å få undersøkt hvilke prosesser og tiltak kommunene satte i gang. Vi ønsket også å få vite om det var noe som hindret eller gjorde det vanskelig å bruke resultatene fra tilsynet i forbedring av tjenestene. Kommunene ble dessuten bedt om å komme med synspunkter på hvordan tilsyn kan være et konstruktivt bidrag til forbedring i kommunale helse- og omsorgstjenester.

325 kommuner fikk tilsendt et elektronisk spørreskjema om hvilken innvirkning tilsynet hadde hatt. 220 kommuner (68 prosent) svarte. I tillegg ble det gjennomført telefonintervjuer med virksomhetsledere, rådmenn og medarbeidere i 10 kommuner.

### **Tilsyn bevisstgjør og fremmer kvalitetsforbedrende tiltak**

Det ble satt i gang et mer omfattende arbeid og flere tiltak for å rette opp forholdene i kommuner der fylkesmennene fant lovbrudd enn der det ikke var lovbrudd. Arbeid med å lage og ta i bruk rutinebeskrivelser og arbeid med kompetanseforbedring var de vanligste tiltakene. Etter tilsynet arbeidet også mange kommuner med opplegg for å melde fra om uheldige og kritiske feil og hendelser.

I undersøkelsen ble kommunene spurt om hva som kunne være hindringer for endringsarbeidet. Knapphet på tid ble oppfattet som den største hindringen. Økonomi ble også nevnt som en hindring, særlig i større kommuner. I kommuner med lovbrudd, oppfattet de hindringene som noe større enn i kommuner uten lovbrudd.

### **Viktige tilsynstemaer og god dialog stimulerer forbedringsarbeidet**

Tilsynstemaene i satsingen var legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering, arbeid med ernæring, tilbud til demente, rehabilitering i sykehjem og saksbehandling av søknader om avlastning. Drøyt 80 prosent av kommunene svarte at temaene var svært viktige for egen virksomhet.

I all hovedsak oppfattet kommunene at tilsynsfunnene var beskrevet på

en forståelig måte. Flertallet svarte også at dialogen med Fylkesmannen om funnene, sammen med tilsynsrapporten, ga godt grunnlag for etterarbeidet. Dialogen med Fylkesmannen ble framhevet som viktig ikke minst av kommuner som ikke var like positivt innstilt til tilsyn som flertallet i denne undersøkelsen. De fleste

” De fleste kommunene ser på fylkesmennenes medarbeidere som svært kompetente og ønsker seg mer veiledning og dialog i etterkant av tilsyn ”

kommunene ser på fylkesmennenes medarbeidere som svært kompetente, og ønsker seg mer veiledning og dialog i etterkant av tilsyn. De ønsker også at fylkesmennene i større grad skal være et bindeledd mellom kommuner og bidra til erfaringsdeling.

### **Oppløftende, men utfordrende tilbakemeldinger**

Resultatene fra undersøkelsen har

gitt oss et godt utgangspunkt for videre utvikling og forbedring av tilsynsarbeidet. Det var særlig oppløftende at også de kommunene der fylkesmennene ikke hadde funnet lovbrudd, brukte tilsynet aktivt til forbedring av egen virksomhet.

Statens helsetilsyn har merket seg at god dialog om tilsynet og om funnene er betydningsfullt for kommunenes forbedringsarbeid i etterkant. Det er en utfordring vi må fortsette å jobbe målrettet med for å kunne understøtte kommunene og fortsatt styrke tilsynsmyndighetens tillit og legitimitet i tjenestene.

## Felles arbeid for **kvalitet**



– Ønsket mitt er at Helsetilsynet kan bidra til at vi får en felles, enhetlig måte å arbeide med kvalitet på her i landet. Det vil kunne prege tjenestene og gi et løft for kvalitetsarbeidet, sier den nye direktøren i Statens helsetilsyn, Jan Fredrik Andresen.

Et annet godt grep Andresen gjerne skulle sett gjennomført, er å innføre kvalitetsfag i alle helse-, barnevern- og sosialfaglige utdanninger.

Tilsynsmyndigheten skal fortsatt løse samfunnsoppdraget sitt, så noen palassrevolusjon setter ikke den nye direktøren i gang. – Det er viktig at vi bidrar til å sikre trygge tjenester og bidrar til kontinuerlig læring og forbedring. Men skal vi klare å løse samfunnsoppdraget, må vi være

aktuelle, være på ballen og være tilgjengelige for brukerne våre. Dette innebærer å ha et språk som blir forstått, delta der samfunnet for øvrig diskuterer viktige saker på vårt område og være synlig i media. Tilsynet vårt må oppleves relevant av tjenestene for å ha varig effekt og nytte, sier Andresen.

Den største utfordringen Andresen ser, er å få et godt tilsyn med den komplekse spesialisthelsetjenesten og å følge nøye med på utfordringene som den nye samhandlingsreformen gir partene. Det kan bli krevende både kompetansemessig og kapasitetsmessig når kommunene som følge av reformen får økt ansvar for helse- og omsorgstjenester. En forsvarlig gjennomføring av reformen er avgjørende for å sikre at befolkningen har tillit til at samfunnet yter trygge tjenester på rett nivå.

Arbeidet med å utvikle et godt tilsyn med barneverntjenestene i samarbeid med fylkesmennene er en annen stor oppgave, og vi har tatt fatt på et nytt og utfordrende tilsynsoppdrag som gjelder folkehelsearbeid. Jeg er så heldig å ha blitt leder i en organisasjon der oppgaver løses tverrfaglig og på tvers av tjenesteområder, og som har den tillit å få tillagt nye oppgaver.

For å bli bedre må vi lære av feilene vi gjør. – Her er det et potensial når det gjelder åpenhet om hvilke feil som begås og ikke minst for å melde fra om feil. Det må være trygghet nok til å skape en åpenhetskultur rundt disse tingene. Det vil bidra til tillit og trygghet i befolkningen, og er like viktig i barnevernet, i sosialtjenesten og i helsetjenestene, påpeker han.

– *Du er ikke redd tilliten blir svekket av den massive omtalen i media som vi ser?*

– Åpenhet er bra. Men hvordan feil og svikt omtales avgjør hvordan budskapet oppfattes. Vi ønsker ikke at feil skal skje, men de skjer. Da må det være bra å vise dem fram og fortelle hva man gjør for at samme feil ikke skal skje igjen. Det er utfordrende å snakke om feil, det kan være en kilde til utrygghet. En slik utrygghet må vi prøve å minske uten at det fører til at vi dekker over hva som faktisk skjer.

– *Hvordan kan tjenestene bli bedre?*

– Kvalitetsarbeidet må være ledelsesforankret, det må ikke bare overlates til entusiastene. Og dersom utdanningene legger mer vekt på kvalitet, vil det komme krav fra de ansatte om godt kvalitetsarbeid og -system. Dette vil bidra til en utvikling som vil tjene brukerne av tjenestene. Men som nasjon må vi klare å gå rimelig i takt, så det ikke går som med IKT-innføringa i helsetjenesten hvor alle kjøpte hvert sitt system og ikke kan kommunisere med hverandre, sier Andresen.

– *Hvorfor svikter det så ofte som det gjør?*

– Det kan synes som om det svikter mye. Men spørreundersøkelser blant dem som faktisk har brukt helsetjenestene, viser at de fleste er fornøyd med tjenestene de har mottatt. Vi vet ikke like mye om opplevelsene til mottakere av sosiale tjenester i Nav og barneverntjenester. De som har kommet uheldig ut, får mye oppmerksomhet. Og vi skal ta dem på alvor og lære av feilene som er begått, men alt er ikke svart, påpeker Jan Fredrik Andresen.

På spørsmål om hvorfor det svikter viser han til tidligere leder i Mental Helse, Erling Jahn, som har uttalt at "Det er jo de helt enkle tingene dere

ikke får til. Mental Helse er helt entydig når det gjelder hva dere trenger av kompetanse. Det å involvere pasientene i behandlingen, snakke med de pårørende og samarbeide med andre tjenesteytere.", og legger til at medvirkning og involvering er avgjørende for tjenesteytingen også for barnevernets barn og for mottakere av sosialhjelp, og derfor sentrale temaer i alt tilsyn.

– *Du har erfaring fra både klinisk virksomhet og tilsyn. Kan du forstå at helsepersonell kan oppleve det vanskelig å få en tilsynssak mot seg?*

– Ja, det kan jeg. Det er en utfordring for oss å framstå slik at vi heller ikke bidrar til unødvendig engstelse hos helsepersonell. Jeg har sett eksempler på at det kan skje. Både å behandle tilsynssaker og å gjennomføre systemrevisjoner stiller store krav til oss om å kommunisere godt og forståelig. Vi skal være en samfunnsnyttig aktør, men vi er ikke selveste inkvisisjonen. Resultatet av tilsynet må være forståelig for alle interesserte og involverte, sier direktøren.

– *Har du selv gjort feil?*

– Ja, det har jeg, men ikke fatale, heldigvis. Det kjentes ugreit. Jeg ble både lei meg og følte usikkerhet om min kompetanse var så god at jeg var skikket til arbeidet.

– *Du er medisiner. Hva kan du om barnevern og sosiale tjenester i Nav, som Helsetilsynet også fører tilsyn med?*

– Det kan jeg noe om. Som psykiater er man avhengig av å kjenne til og samarbeide med disse tjenestene. Et kompetent barnevern er et viktig virkemiddel for å sikre at utsatte barn kan gis trygge oppvekstvilkår både relasjonelt og materielt. Dårlige oppvekstvilkår kan gi opphav til uhelse og redusert livskvalitet.

## CURRICULUM VITAE

Jan Fredrik Andresen født 1960

### Yrkeserfaring:

- har de siste 12 årene arbeidet som kliniker (psykiatri) og leder ved Diakonhjemmet Sykehus
- kommer fra stillingen som avdelingsjef/avdelingsoverlege ved Voksenpsykiatrisk avdeling.
- startet etter siviltjeneste våren 1992 som spesiallege i det daværende Helsedirektoratet
- senere hatt stillinger som fagsjef og avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn.
- har også erfaring som stabsoffiser/militærpsykiater og rådgivende overlege i Nav.

### Utdannelse:

- utdannet lege i 1989 fra Universitetet i Oslo.
- mastergrad i helseadministrasjon i 2000 ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo
- spesialist i psykiatri i 2006 med terapeutisk fordypning i kognitiv terapi
- godkjent psykoterpaveileder i kognitiv terapi.
- revisjonsleder etter ISO 10011 (International Organization for Standardization).

Sosiale tjenester som blant annet bidrar til materiell trygghet, er helt avgjørende for å gi mennesker en verdig tilværelse med muligheter for å utnytte sitt potensial og ivareta egen helse. At Helsetilsynet kan medvirke til et sikkert barnevern og forsvarlige sosiale tjenester, ser jeg på med stolthet og engasjement.



## Stor variasjon i tilsynssakene

Hendelsesbasert tilsyn er tilsyn med helsepersonell og virksomheter basert på informasjon om enkelthendelser som har skjedd. Tilsynsmyndigheten oppretter tilsynssaker blant annet på

bakgrunn av klage fra pasient og pårørende, meldinger fra virksomheter og helsepersonell, og på eget tiltak, for eksempel etter medieoppslag. Det er stor variasjon i sakene, og nedenfor følger utdrag fra et knippe saker som er blitt avsluttet i Statens helse-tilsyn i 2012.

### Svikt i helsehjelpen i forbindelse med redningsaksjon

*Flere aktører samarbeidet under en krevende redningsaksjon. Tilsynssaken avdekket svikt, både på systemnivå og hos enkeltindivid.*

Bakgrunnen for tilsynssaken var en alvorlig hendelse der to barn falt i sjøen. Politiet ble varslet og tilkalte redningsskøyte, ambulanshelikopter, redningshelikopter og bilambulans. Bilambulansen kom først til stedet, og det ene barnet ble funnet livløst etter ca. 25 minutter. Ambulansepersonellet startet med gjenopplivningsforsøk. Lege ankom med ambulanshelikopteret etter ca. en time, og barnet ble brakt til lokalsykehuset hvor det ble forsøkt varmet opp under pågående gjenopplivningsforsøk. Det andre barnet ble funnet livløst etter ca. en og en halv time. Barnet ble heist ombord i legebemannet redningshelikopter som var kommet til stedet, og det ble startet gjenopplivningsforsøk. Barnet ble deretter brakt til samme lokalsykehus, hvor det ble forsøkt varmet opp under pågående gjenopplivningsforsøk. Gjenopplivningsforsøkene av barna mislyktes, og begge døde på dette sykehuset.

Statens helsetilsyn vurderte helsehjelpen som helseforetaket hadde ansvar for, og kom til at denne hadde sviktet på følgende områder:

- varsling, kommunikasjon og koordinering av hendelsen var ikke forsvarlig
- håndteringen av de to barna ved lokalsykehuset var ikke forsvarlig
- sykehusets oppfølging av de etterlatte var mangelfull
- dokumentasjonen av hendelsen var mangelfull.

Svikten var så alvorlig at det forelå brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. Helseforetaket ble bedt om å redegjøre for hvilke tiltak de ville iverksette for å hindre at denne typen svikt skulle skje igjen. Tilbakemeldingen fra foretaket viste

at de allerede hadde en konstruktiv tilnærming til problemstillingene, og en rekke tiltak var og ville bli iverksatt for å unngå en tilsvarende situasjon. Helseforetaket vil sikre mulighet for direkte kommunikasjon mellom helikopterlege og lege i mottakende sykehus, og styrke medisinsk aksjonsledelse i AMK, på skadested og ved sykehus.

Vår vurdering var at begge pasientene skulle vært transportert direkte til det nærmeste sykehuset som hadde mulighet for behandling med hjerte-lunge-maskin. Lokalsykehuset barna ble brakt til hadde ikke mulighet til denne typen behandling. Avgjørelsen om å frakte barna til nærmeste sykehus med hjerte-lunge-maskin burde vært tatt umiddelbart, og uten å frakte pasientene til lokalsykehuset først. Legen som tok avgjørelsen mente at han hadde mottatt feil informasjon om kapasiteten ved lokalsykehuset. Statens helsetilsyn mente på sin side at leger som bemanner luftambulans skal kjenne til kapasitet og kompetanse ved sykehus i regionen der de har vakt. Statens helsetilsyn vurderte at legen hadde handlet uforsvarlig og ga han en advarsel. Vedtaket om advarsel er senere stadfestet av Statens helsepersonellnemnd.

### Når psykiatriske pasienter blir somatisk syke

*Denne saken viser betydningen av at sykehusene har gode rutiner for samhandling mellom somatisk og psykiatrisk avdeling, herunder gode rutiner for journalføring.*

En 74 år gammel kvinne med mangeårig angst og depresjon ble innlagt på alderspsykiatrisk avdeling. Hun var engstelig for somatisk sykdom.



Under oppholdet ble hun tungpusten og hovnet lett opp i begge bena. EKG ble tatt, og oversendt elektronisk til medisinsk avdeling hvor det ble vurdert. Det ble påvist atrieflimmer, og det ble mistenkt høyresidig hjertesvikt. Legen ved psykiatrisk avdeling ønsket å overføre pasienten til medisinsk avdeling, men pasienten nektet dette. Pasienten ble derfor behandlet for de somatiske plagene ved psykiatrisk avdeling.

Etter å ha konferert med kardiolog ble det startet behandling med betablokker. Pasienten hadde mangeårig KOLS, men det er usikkert om dette ble viderefremmet til kardiologen. Kardiologen journalførte ikke henvendelsen. Legen på psykiatrisk avdeling journalførte medisineringsen i et felles journalsystem, men nedtegnet ikke hvilke observasjoner sykepleierne skulle følge opp.

De neste dagene klaget pasienten over angst og svimmelhet, og hun var tungpusten. Pleiepersonell oppfattet symptomene som relatert til hennes psykiatriske lidelse, og da det også var helg, ble ikke lege tilkalt. To dager etter oppstart av betablokker ble pasienten funnet bevisstløs, og hun døde samme dag. Obduksjonen konkluderte med at dødsårsaken var akutt lungeødem. Pårørende klaget til Fylkesmannen og saken ble oversendt til Statens helse-tilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot involvert personell.

Statens helsetilsyn vurderte om pasienten burde vært overført til medisinsk avdeling mot sin vilje. Hun var vurdert som samtykkekompetent av psykiater. Statens helsetilsyn mente det ikke forelå en øyeblikkelig-hjelp situasjon da hun fikk atrieflimmer. Det forelå dermed ikke juridisk grunnlag for å

behandle pasienten mot hennes vilje. Statens helsetilsyn kom til at sykehuset ikke hadde ytt forsvarlig helsehjelp. Pasienten fikk mangelfull helsehjelp for sine somatiske plager da hun var innlagt på alderpsykiatrisk avdeling. Statens helsetilsyn mente det forelå sviktende samhandlingsrutiner mellom medisinsk og psykiatrisk

” To dager etter oppstart av betablokker ble pasienten funnet bevisstløs, og hun døde samme dag ”

avdeling, dette gjaldt også rutiner for journalføring. Statens helsetilsyn vektla at den avdelingen som innhenter råd og veiledning alltid skal journalføre dette. Dersom pasientens situasjon er uavklart eller det er utført spesielle undersøkelser, bør også den

legen som gir råd, journalføre sine vurderinger. Det ble ikke gitt advarsler til involverte leger.

### **Elektrokonvulsiv behandling (ECT) gitt mot pasientens vilje**

*ECT-behandling kan bare gis til pasienter som samtykker til det. Tilsynssaken gjaldt et tilfelle der det ble gitt slik behandling mot pasientens vilje, begrunnet i nødrett.*

Pasienten klaget til Fylkesmannen etter første ECT-behandling, og saken ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av om det var forsvarlig å behandle pasienten med ECT på nødrett.

Saken gjaldt en 76 år gammel kvinne som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern med en alvorlig depressiv lidelse med psykotiske symptomer. Hun var svært paranoid og hadde i lengre tid spist og drukket lite på grunn av forgiftningsideer. Antipsykotisk medikasjon hadde liten effekt, og hun utviklet en alvorlig somatisk tilstand på grunn av lavt inntak av mat og drikke. Hun ble vurdert til å trenge kontinuerlig tilsyn på grunn

av selvmordsrisiko. Pasienten nektet ECT-behandling, men hun ble vurdert til ikke å ha samtykkekompetanse på grunn av sin psykiske helsestilstand. Pårørende ble informert og de samtykket til at det ble gitt ECT-behandling. Det ble da fattet vedtak om å gi ECT-behandling på nødrett, samt gi intravenøs væsketilførsel under narkosen. Etter fem behandlinger samtykket pasienten til videre frivillig behandling, og etter en måned ble hun utskrevet i betydelig bedring.

ECT-behandling er en behandling som brukes mot alvorlige depresjoner, særlig når disse er ledsaget av depressive vrangforestillinger, selvmordsfare og spisevegring. Behandlingen innebærer at pasienten får narkose og befinner seg i en sovende og hjelpeløs tilstand. Tvangsmessig gjennomføring av ECT-behandling innebærer et alvorlig inngrep overfor pasienten. Dersom pasienten er så syk at vedkommende ikke er i stand til å gi et informert samtykke, skal slik behandling ikke gis. Å iverksette behandling med ECT, uten pasientens samtykke, vil være straffbart.

Ved alvorlig fare for pasientens liv, eller fare for alvorlig helseskade, kan imidlertid nødrett etter straffeloven § 47 gjøres gjeldende, slik det ble gjort i denne saken.

Statens helsetilsyn understreket i saken at nødrett ikke må sees på som en egen hjemmel for tvangsbruk,



men dersom det foreligger en nødrettssituasjon, kan helsepersonellet ikke straffes for en ellers straffbar handling. Det stilles derfor svært strenge krav for at ECT-behandling gitt på nødrett skal være straffri. I tilsynssaken ble følgende krav oppstilt:

- pasienten må være underlagt tvunget psykisk helsevern
- det må foreligge akutt fare for liv og helse, og faren kan ikke avverges på annen måte enn gjennom ECT-behandling
- alternative, lovlige måter å avverge faren på, for eksempel tvangsmedisinering og ernæring uten pasientens samtykke, må være forsøkt
- nødrett gir ikke hjemmel for tvangstiltak som i tid eller omfang går ut over det som er nødvendig for å avverge den akutte faren. Når den akutte faren er avverget, kan ikke tvangsbehandlingen fortsette.

Statens helsetilsyn understreket også i saken at når behandling gis mot pasientens vilje og begrunnet i nødrett, så skjerpes kravene til dokumentasjon.

I denne saken var pasienten underlagt tvunget vern, det forelå akutt fare for liv og helse, og andre behandlingsmåter var forsøkt uten hell. Statens helsetilsyn konkluderte i denne saken med at det ikke var uforsvarlig å gi behandling med ECT begrunnet i nødrett.



### En ung kvinne fikk fjernet begge eggstokker istedenfor en

*Systemsvikt og stor arbeidsbelastning ved en gynekologisk avdeling førte til feilbehandling.*

En kvinne i begynnelsen av 30-årene ble henvist til undersøkelse på grunn av cyste på en eggstokk. Ved ultralydsundersøkelsen ble det funnet en stor cyste på den ene eggstokken, og en mindre cyste på den andre. I samråd med pasienten ble det bestemt at eggstokken med den største cysten skulle fjernes.

Operasjonsdagen var det svært travelt i avdelingen. Gynekologen som skulle operere pasienten fikk derfor ikke tid til å hilse på pasienten og informere om inngrepet. Da legen ble tilkalt til operasjon, lå pasienten allerede i narkose. Legen slo opp i den elektroniske pasientjournalen for å lese hvilket inngrep som skulle utføres. Ved en feil slo han imidlertid opp i pasientjournalen til forrige operasjonspasient. Dette var journalen til en eldre kvinne som også hadde cyster på begge eggstokker, og det var avtalt fjerning av begge eggstokkene. Legen kontrollerte ikke navnet øverst i skjermbildet, og han kontrollerte heller ikke med pasientens ID armbånd.

Siden det var cyster på begge eggstokkene, oppdaget ikke gynekologen under operasjonen at han hadde lest feil journal. Han fjernet derfor begge eggstokkene. Først etterpå, da han skulle fylle ut remissen for å sende inn fjernet vev til undersøkelse, forsto han at det var skjedd en feil. Fjerning av begge eggstokkene medførte at kvinnen ikke lenger kunne bli gravid, og at hun måtte behandles med kjønns-

moner i mange år.

Det ble ikke journalført at det var skjedd en forveksling, og legen beklaget heller ikke feilen overfor pasienten. Hendelsen ble to måneder senere meldt som avvik, og Fylkesmannen opprettet tilsynssak mot legen. Saken ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

Statens helsetilsyn konkluderte med at legen hadde handlet uforsvarlig. Vi mente legen burde forsikret seg om pasientens identitet siden han ikke selv hadde snakket med pasienten. Vi påpekte også at det skulle vært journalført at det var en forveksling som var årsaken til at inngrepet ble mer omfattende enn avtalt.

Fylkesmannen gjennomførte samtidig et planlagt tilsyn med den gynekologiske seksjonen ved sykehuset. Bakgrunnen for tilsynet var en melding etter helsepersonelloven § 17 fra ansatte om uforsvarlig organisering og stor arbeidsbelastning ved seksjonen. Ved tilsynet ble det avdekket avvik, blant annet at sykehuset ikke hadde noe godt system for

forsvarlig forberedelse til operasjoner på den gynekologiske seksjonen. Det er ledelsens ansvar å organisere virksomheten slik at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp.

Fordi det ble avdekket systemsvikt og at arbeidsbelastningen for legen var så stor, kom Statens helsetilsyn til at det ikke var grunnlag for å gi legen en advarsel for hans uforsvarlige helsehjelp.



Ved en feil slo han imidlertid opp i pasientjournalen til forrige operasjonspasient”



## Seksuelle overgrep mot eldre

*Statens helsetilsyn har gjennom årene behandlet enkelte saker der det er spørsmål om helsepersonell har begått seksuelle overgrep mot eldre. Dette er svært alvorlig, og dersom det anses sannsynliggjort at slike overgrep har funnet sted, vil helsepersonelllets autorisasjon bli tilbakekalt.*

I 2012 ble det avsluttet tre ulike saker av denne typen. I disse sakene var det påstander om at mannlig pleiepersonell hadde begått overgrep mot en eller flere eldre kvinner som var pasienter på sykehjem. Av hensyn til sikkerheten i helsetjenesten ble pleiepersonelllets autorisasjon suspendert i alle tre tilfeller i påvente av endelig avgjørelse om deres autorisasjon skulle tilbakekalles. Bevisførselen var svært vanskelig i alle sakene. De mannlige pleierne benektet at de hadde foretatt de handlingene de var beskyldt for. Utsagnene til de gamle kvinnene var ikke alltid konsistente; det var ulik grad av demens, smertepåvirkning og skamfølelse med i bildet, og det var ikke sikret fysiske spor. Politiet var involvert i alle tilfellene, og deres etterforskning tok lang tid. Politiets arbeid gir viktig materiale for Statens helsetilsyn. I to av tilfellene henla politiet saken pga. bevisets stilling, i den tredje er etterforskningen ikke avsluttet. Suspensjonen ble forlenget en gang for hver av de tre pleierne, slik at suspensjonsperioden var 12 måneder i hvert av tilfellene. I to av sakene ble autorisasjonen tilbakekalt. I ett av tilfellene ble det ikke funnet tilstrekkelig bevis at seksuelle overgrep hadde skjedd. Den saken ble avsluttet uten reaksjon, og suspensjonen ble opphevet.

Disse sakene fikk oss til å undersøke hva som finnes av forskningsbasert kunnskap om seksuelle overgrep mot eldre. Konklusjonen på den gjennomgangen var at dette er et tema som er



svært lite forsket på. Vi måtte gå til amerikansk litteratur for å finne svar på hvilken risiko denne typen overgrep utgjør for pasientene. Det sparsomme materialet tyder på at seksuelle overgrep har svært alvorlige konsekvenser for gamle. De fysiske skadene er ofte store, og det er dramatiske psykiske reaksjoner etterpå, ofte med alvorlige symptomer og en betydelig overdødelighet. Sakene ender sjelden med domfellelse eller andre reaksjoner. Forskerne mener at omfanget av slike overgrep er undervurdert, og at de gamle generelt undersøkes for dårlig.

### Svik i journalføringen

*Den som yter helsehjelp plikter å føre journal, og lovgivningen stiller krav til journalens innhold. Manglende eller mangelfull journalføring avdekkes ofte i våre tilsynssaker.*

Journalen er et viktig verktøy for helsepersonelllets egen hukommelse, for dokumentasjon og kommunikasjon, og er en forutsetning for forsvarlig helsehjelp. Dette er begrunnelsen for at den som yter helsehjelp er pliktig til å føre journal. Journalføringen skal gjøres fortløpende og skal gi et dekkende bilde av den helsehjelpen som er gitt,

og den skal vise hvilke vurderinger som ligger til grunn for behandlingen.

God journalføring har avgjørende betydning når Statens helsetilsyn skal vurdere forsvarligheten i helsepersonelllets yrkesutøvelse.

I tilsynssaker som dreier seg om forskrivning av vanedannende legemidler finner Statens helsetilsyn ofte brudd på reglene om journalføring. Det gjaldt også en lege som fikk en advarsel for uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler til pasienter. En kontroll viste at flere av legens pasienter hadde fått forskrevet vanedannende legemidler langt ut over anbefalte doser. Journalføringen viste manglende dokumentasjon om indikasjon for legemidlet og behandlingseffekt. Det var heller ingen dokumentasjon om oppfølgingsplan for behandlingen og ingen vurdering av eventuell legemiddelavhengighet og nedtrappingsplan. Mangelen på dokumentasjon av disse forholdene gjorde at vi fant at journalføringen ikke var i tråd med lovkravene.

Det er også et krav at kontakt med pårørende skal beskrives i journalen. Dette er et område der vi ofte ser svikt.

### Begrensning av helsepersonells autorisasjon – helsepersonelloven § 59 og 59 a

*Statens helsetilsyn har adgang til å begrense et helsepersonells autorisasjon. Helsepersonellet får da fortsette sin yrkesutøvelse, men kun på bestemte vilkår. Vilråene vil variere alt etter hva som er årsaken til at helsepersonelllets autorisasjon begrenses.*

Begrensning av helsepersonells autorisasjon er en av flere administrative reaksjoner Statens helsetilsyn kan ilegge helsepersonell. Formålet med å begrense en autorisasjon er å bidra til å ivareta pasientsikkerheten og til liten til helsetjenesten. Begrensning

av autorisasjon innebærer at det settes vilkår for utøvelsen av yrket. Vedtak om begrenset autorisasjon kan gis istedenfor å tilbakekalle autorisasjonen, dette fremgår av helsepersonelloven § 59. Vilkårene for å tilbakekalle autorisasjonen er da tilstede, men det anses tilstrekkelig med begrenset autorisasjon for å ivareta pasientsikkerheten.

Autorisasjonen kan også begrenses uten at vilkårene for tilbakekall er tilstede. Dette fremgår av helsepersonelloven § 59 a. Denne reaksjonen kan brukes der det er avdekket faglig svikt, men der svikten ikke er så omfattende at det er grunnlag for å tilbakekalle autorisasjonen. En advarsel anses likevel ikke som tilstrekkelig til å sikre pasientsikkerheten og tilliten til helse-tjenesten.

En autorisasjon kan begrenses til at helsepersonellet må jobbe hos en bestemt arbeidsgiver, på et bestemt arbeidssted, eller i en bestemt stilling. Et annet vilkår kan være at arbeidsgiver må forplikte seg til å gi helsepersonellet veiledning og oppfølging. Begrensningene kan også være tap av rettigheter som følger av autorisasjonen, for eksempel retten til å rekvirere legemidler eller utstede attester og erklæringer generelt, eller overfor bestemte etater eller mottakere. Vilkår for begrenset autorisasjon kan også være krav om at helsepersonellet må gå i medisinsk behandling, gjennomføre rusmiddeltesting, og at arbeidsgiver og behandlere jevnlig må rapportere til Statens helsetilsyn om hvordan helsepersonellet fungerer i sitt arbeid. Noen ganger settes det vilkår om at helsepersonellet ikke kan arbeide i stillinger som medfører pasientkontakt. Vilkårene varierer alt etter hva som er årsaken til at helsepersonellens autorisasjon begrenses.

I en sak kom vi til at en sykepleier var uegnet til å arbeide som sykepleier på grunn av tyveri og misbruk av vane-dannende legemidler. I utgangspunktet var det derfor grunnlag for å tilbakekalle sykepleierens autorisasjon. Da Statens helsetilsyn behandlet saken, kunne imidlertid sykepleieren dokumentere at hun hadde vært rusfri et år, og at hun var i et godt rehabiliteringsopplegg. Hun var en faglig dyktig sykepleier som arbeidsgiver ønsket å beholde. Disse forholdene var ikke tilstrekkelig til at hun kunne få fortsette som sykepleier med full autorisasjon. Statens helsetilsyn ga henne i stedet en begrenset autorisasjon, og satte som vilkår for autorisasjonen at hun måtte jobbe på sitt tidligere arbeidssted, og at hun måtte fortsette med rusmiddeltesting. Arbeidsgiver måtte også forplikte seg til å rapportere jevnlig til Statens helsetilsyn om hvordan hun utførte sitt arbeid.

Begrenset autorisasjon kan også gis til helsepersonell som søker om ny autorisasjon etter at den har vært tilbakekalt. Dette kan være en løsning for dem som ikke kan dokumentere at de igjen er fullt ut skikket til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte, men der en begrensning av autorisasjonen vurderes som tilstrekkelig for å ivareta sikkerheten i helsetjenesten. Dette kan være første skritt tilbake til yrket etter at helsepersonell har mistet autorisasjonen.

I en tilsynssak ble autorisasjonen til et helsepersonell tilbakekalt på grunn av alvorlig sinnslidelse og atferd som ble ansett å være uforenlig med yrkesutøvelsen. Da helsepersonellet etter noe tid, og gjennomført behandling, søkte om å få sin fulle autorisasjon tilbake, fikk vedkommende avslag. Begrunnelsen var at risikoen for at helsepersonellet ikke kunne etterleve alle kravene til forsvarlig yrkesutøvelse var for stor. Helsepersonellet fikk imidlertid en begrenset autorisasjon knyttet til et bestemt arbeidssted og stilling. Det ble



også satt vilkår om fortsatt psykiatrisk behandling og veiledning og faglig oppfølging av arbeidsgiver og kolleger. Arbeidsgiver og helsepersonellens behandlere måtte også rapportere jevnlig til Statens helsetilsyn om hvordan vedkommende fungerte.

Tilsynsmyndighetene fører kontroll med at fastsatte vilkår og begrensninger overholdes. Helsepersonellet har selv ansvar for å etterleve vilkårene som er satt. Ved brudd på vilkårene for begrenset autorisasjon kan denne tilbakekalles.

## Når pasienten **ikke** ønsker hjelp



Helsetjenester kan bare gis til pasienter som samtykker til å få slik hjelp. Retten til å bestemme selv kan imidlertid falle bort dersom pasienten ikke er samtykkekompetent.

Det er den som yter helsehjelp som må vurdere om pasienten er samtykkekompetent. I denne saken kom Statens helsetilsyn til at kommunen hadde forsømt sin plikt til å vurdere om de aktuelle pasientene var samtykkekompetente. Tilsynssaken er et eksempel på at respekten for pasientenes selvbestemmelsesrett førte til omsorgssvikt overfor pasientene.

Det ble opprettet tilsynssak etter at to eldre pasienter på kort tid ble funnet døde i samme kommune. Begge var sterkt hjelpetrengende og var tilbudt tjenester fra bydelen, men nektet å ta imot hjelp. Den ene pasienten mottok hjemmesykepleie på grunn av alvorlig demens og flere andre lidelser. Hun hadde behov for døgnskonto-nuerlig tilsyn, men hun ville ikke på sykehjem. Hun ble henvist til fastlegen for vurdering av sin samtykkekompetanse. Fastlegen var imidlertid langtidssykemeldt, og utredning ble ikke gjort. Fem måneder etter ble kvinnen funnet død.

Den andre pasienten hadde fått hjemmetjenester fra kommunen i lang tid, og det var sterk mistanke om at hun var dement. Pasienten motsatte seg hjelp og åpnet sjelden døren for hjemmetjenesten. Noen måneder før hun døde varslet pårørende om markant forverring av hennes tilstand. Hun hadde mistet tidsperspektivet, kjente ikke sine nærmeste og hadde forandret seg til det ugjenkjennelige. Kommunen vurderte demensutredning på sykehus

som praktisk umulig, og henviste henne til fastlegen. Hun møtte ikke hos fastlegen, og ble funnet død tre måneder senere.

Hovedregelen i norsk helserett er at helsehjelp bare kan gis til personer som samtykker til det. Pasienter har altså rett til å bestemme selv om de vil motta helsetjenester. Pasientens selvbestemmelsesrett er heller ikke begrenset til fornuftige og rasjonelle avgjørelser. Selv om helsetjenesten vurderer at pasientens valg om å nekte helsehjelp er ufornuftig, eller til og med medisinsk uforsvarlig, så må helsetjenesten respektere pasientens valg. Dette gjelder så lenge pasienten er samtykkekompetent.

Lovgivningen bestemmer imidlertid at pasientens samtykkekompetanse kan falle bort, helt eller delvis, dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva

samtykket gjelder.

De som for eksempel lider av demens har ofte manglende dømmekraft og innsikt i egen sykdom, og kan forkomme uten hjelp.

Det er den som yter helsehjelpen som har plikt til å avgjøre om pasienten er samtykkekompe-

tent, eller denne må anses å være falt bort på grunn av for eksempel demenssykdom. Formålet med reglene er å sikre at personer som motsetter seg hjelp, men ikke lenger er samtykkekompetente, skal få nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade. Det forutsettes også i lovgivningen en adgang til å kunne

bruke tvang for å få gitt helsehjelpen. Før det iverksettes tvangstiltak, skal det gjøres forsøk på tillitskapende aktivitet og samarbeid med pårørende

Det kan være vanskelig å vurdere om en pasient fortsatt er samtykkekompetent, særlig når pasienten motsetter seg hjelp. Samtykkekompetansen er heller ingen absolutt størrelse. I mange tilfeller tapes samtykkekompetansen gradvis som ledd i sykdomsutviklingen. Dette fritar likevel ikke tjenesteyter fra den rettslige plikten til å vurdere om pasienter er samtykkekompetente, og denne vurderingen må gjøres fortløpende.

Statens helsetilsyn konkluderte i denne saken med at kommunen hadde en rettslig plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å utrede og vurdere disse pasientenes samtykkekompetanse. Plikten oppsto da kommunen fikk informasjon om at det var oppstått en markant forverring av pasientenes tilstand.

I tilsynssaken hadde ikke kommunen dokumentert at det var gjort forsøk på tillitskapende aktivitet, samarbeid med pårørende, eller andre tiltak for å utrede pasientenes samtykkekompetanse. Vi konkluderte derfor med at det forelå brudd på helselovgivningen.

Statens helsetilsyn mente kommunens brudd på helselovgivningen var så alvorlig at vi politianmeldte kommunen. Kommunen fikk et forelegg på kr. 500.000,-. Kommunen har nektet å vedta forelegget og saken er brakt inn for domstolene. Det foreligger ikke dom i saken på nåværende tidspunkt.



Begge var sterkt hjelpetrengende og var tilbudt tjenester fra bydelen, men nektet å ta i mot hjelp”

# Hvordan kan arbeidsgiver **forebygge, avdekke** og følge opp **svikt** hos helsepersonell?

Statens helsetilsyn har laget fem artikler med informasjon og råd til arbeidsgivere som ønsker å arbeide for å forebygge, avdekke og følge opp svikt hos helsepersonell de har ansatt.

Temaene er valgt fordi de går igjen i tilsynssakene vi har til behandling, og fordi vi mener det på disse områdene er lett å oppnå forbedringer gjennom systematisk arbeid med internkontrollen. Artikkelen kan brukes som grunnlag for diskusjoner i fora der kvalitetsforbedring innen helse- og omsorgssektoren står på dagsorden.

De fem temaene er:

## **Gode rutiner ved ansettelse av helsepersonell**

Hvor kan du sjekke at den du vil ansette har de nødvendige autorisasjoner og kvalifikasjoner? Hvordan unngå å bli lurt av falske dokumenter? Når må du innhente politiattest?

## **Helsepersonell med rusproblemer**

Hva gjør du når helsepersonell har innrømmet eller mistenkes for å ha et rusproblem og/eller for å ha vært på jobb i ruspåvirket tilstand?

## **Gode rutiner for legemiddelhåndtering**

Dårlig legemiddelhåndtering kan resultere i alvorlige feilbehandlinger og dødsfall. Hvordan kan du som leder sikre at dere har gode rutiner for legemiddelhåndtering?

## **Faglig svikt hos helsepersonell**

Helsepersonell har generelt høy kompetanse innen sitt fagområde og arbeider til dels svært selvstendig med pasientbehandlingen. I mange tilfeller har ikke ledelsen den samme fagspesifikke kompetansen som

helsepersonellet. Hvordan kan du som leder forhindre faglig svikt? Hva bør du gjøre når svikten har skjedd?

## **Helsepersonell som ikke har forstått sin rolle (rollesammenblanding)**

Å etablere en nær personlig relasjon med en pasient kan være i strid med kravet til forsvarlig og omsorgsfull hjelp i helsepersonelloven. Hvordan kan du som arbeidsgiver øke kunnskapen til dine ansatte om disse problemstillingene, og hvordan kan du avdekke og følge opp feil som blir begått?

Hele artikkelserien ”Råd til arbeidsgiver – hvordan avdekke og følge opp svikt hos helsepersonell” finnes på våre nettsider: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)





## Når det skjer **alvorlige hendelser** i spesialisthelsetjenesten – hva da?

Helseforetakene plikter selv å følge opp alvorlige hendelser som ledd i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet. For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal alvorlige hendelser i tillegg varsles til Statens helsetilsyn. 1. juni 2012 ble varselordningen lovpålagt. Plikten til å varsle om alvorlige hendelser fremgår nå av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.

### **Hvilke hendelser skal varsles til Statens helsetilsyn, og når skal de varsles?**

Alvorlige hendelser, hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal varsles. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient. Dødsfallet eller den betydelige skaden kan være en direkte følge av behandling, undersøkelse

eller overvåkning, eller en følge av manglende tiltak. Betydelig skade omfatter de fleste skader som antas å bli varige, og som kan få konsekvenser for sykdom, innebære vesentlige smerter eller nedsatt livsutfoldelse på kort eller lang sikt.

Loven pålegger helseforetakene å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser straks. Dette betyr senest neste dag.

At utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, betyr at det må gjøres vurderinger av normalrisiko/påregnelig risiko ved den aktuelle tilstanden eller behandlingen som blir utført. Medisinsk påregnelig risiko må vurderes av spesialisthelsetjenesten og fagmiljøet, men det er viktig at den påregnelige risikoen ikke vurderes som så stor at dette medfører at for få hendelser blir varslet.

Innenfor psykisk helsevern kan vurderingene av om en hendelse er uventet være krevende, fordi mange psykiatriske pasienter har en forhøyet risiko for selvmord som følge av sin lidelse. Spesialisthelsetjenesten må selv identifisere hvilke hendelser som skal varsles. Dette er skjønnsmessige vurderinger som kan være krevende, og ved tvil kan Statens helsetilsyn kontaktes.

### **En varslingspliktig hendelse**

En pasient ble henvist til lokalsykehuset på grunn av vannhode og en liten cyste i hjernen. Det ble ikke funnet indikasjon for akutt behandling, men pasienten ble henvist til nevrokirurgisk avdeling på regionsykehuset.

Pasienten ble utskrevet med beskjed om å ta kontakt ved forverring. Han fikk time to måneder senere på nevrologisk avdeling.

En måned etter utskrivelse ble pasienten akutt syk med kraftig hodepine. Han kontaktet lokalsykehuset og snakket med en sykepleier på nevrologisk avdeling. Sykepleieren konfererte

med legen som var opptatt. Legen vurderte at pasienten kunne undersøkes på legevakten. Overlegen ble informert, og han samtykket i denne vurderingen.

Siden pasienten ikke ble tatt i mot på sykehuset, vurderte han at situasjonen ikke var så alvorlig. Da hodepinen avtok, unnlot han å ta kontakt med legevakten. Tre dager senere fikk han intens hodepine og kvalme, og kontaktet AMK ved midnatt. Sykepleieren ble informert om sykehistorien, og etter samtalen med pasienten konfererte hun med turnuslegen som hadde vakt. Han anbefalt at pasienten skulle ta kontakt med fastlegen neste dag. Bakvakten samtykket i vurderingen.

Neste dag etter undersøkelse hos fastlegen, ble pasienten innlagt som øyeblikkelig hjelp på lokalsykehuset. Pasienten var sterkt preget av hodepine og oppkast, og kunne knapt gå. Da pasienten ble innlagt var han søvnløs og svært urolig. Akutt CT av hodet viste økt hjernetrykk. Kort tid etter fikk pasienten pustestans. Han ble intubert og senere på dagen overflyttet og operert på nevrokirurgisk avdeling på regionsykehuset. Pasienten døde neste dag.

Denne historien illustrerer en hendelse med et alvorlig og uventet utfall for pasienten. Det var ikke forventet at pasienten skulle dø, da rett behandling sannsynligvis ville gjort pasienten helt frisk. Det var mange involvert i oppfølging av pasienten, og historien illustrerer at alvorlige utfall ofte er en følge av svikt i mange ledd.

I denne saken ble hendelsen i første omgang fulgt opp med et stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn der det ble gjennomført samtaler med involvert helsepersonell og pasientens pårørende. Tilsynssaken omfattet også den behandling pasienten fikk ved regionsykehuset.



Statens helsetilsyn konkluderte med at lokalsykehuset ikke hadde gitt pasienten forsvarlig behandling, og at det forelå brudd på sykehusets plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Statens helsetilsyn fant at hendelsen hadde avdekket flere mangler ved sykehusets internkontroll og styringssystem, og at flere av de involverte helsepersonell hadde gjort sviktende vurderinger. Statens helsetilsyn kom i tillegg til at bakvakten ved lokalsykehuset hadde brutt plikten til å gi forsvarlig helsehjelp og til å yte øyeblikkelig hjelp, men han fikk ikke advarsel.



Samtlige intervjuobjekter opplevde intervjusituasjonen som god ”

### Hva forventes av virksomheten når alvorlige hendelser skjer?

Det forventes at virksomhetens ledelse har etablerte rutiner for å sikre ivaretagelse av pasienter og pårørendes behov, de involverte helsepersonells behov og samfunnets behov. Prosedyrer og rutiner for dette må utarbeides på forhånd, slik at det er klart for de involverte hvilke oppgaver som må utføres. Sjekklistene bør også kunne brukes.

Ivaretagelse av pasientens medisinske og pleiefaglige behov er viktig, og informasjon og nødvendig omsorg til de pårørende må sikres. Varsler og gjennomføring av stedlig tilsyn har avdekket at helseforetakene i mange tilfeller svikter i ivaretagelsen av pårørendes behov for informasjon etter alvorlige hendelser.

Hendelsen må også følges opp internt av ledelsen for å kartlegge hendelsesforløpet. Utløsende og bakenforliggende årsaker til hendelsen må undersøkes. Det må vurderes om det er behov for tiltak som opplæring, revisjon av prosedyrer eller rutiner, eller andre

tiltak for å redusere risiko for gjentakelse. I saker der hendelsen er varslet, vil Statens helsetilsyn kunne be om en redegjørelse for den interne avvikshåndteringen. En helt nødvendig forutsetning for dette er at alle involverte helsepersonell må dokumentere sin involvering i hendelsen enten i

pasientjournalen eller i egne notater. Dersom hendelsen involverer flere virksomheter eller tjenestenivåer, må oppfølgingen av saken involvere alle enheter. Oppfølgingen og ansvaret for å se til at iverksatte tiltak

har hatt nødvendig effekt må også dokumenteres.

Helsepersonelloven og journalforskriften pålegger helsepersonell å dokumentere all nødvendig og relevant informasjon. For å sikre en forsvarlig oppfølging av en alvorlig hendelse, stilles det krav om god dokumentasjon, både internt i foretaket og eksternt i forhold til pårørende, tilsynsmyndigheten og politiet. Dette medfører at alle involverte helsepersonell må dokumentere sin involvering i hendelsen, og at detaljeringsgraden også er høyere. Våre tilsynssaker har avdekket at dokumentasjonen fra involvert helsepersonell og ledere på ulike nivåer i mange saker ikke har vært tilfredsstillende.

Meldinger og varsling til eksterne myndigheter som Kunnskapssenteret, Statens helsetilsyn og politiet må utføres i tråd med regelverket.

### Noen erfaringer

Alvorlige hendelser kan oppleves dramatisk for de involverte, og samtaler med tilsynsmyndigheten kort tid etter hendelsen kan oppleves både som en lettelse og som en belastning. Statens helsetilsyn har erfart at de fleste helse-

personell gruer seg, men at de i ettertid har opplevd samtalene som nødvendige for å få opplyst saken godt nok. Vi erfarer også at de virksomhetene der ledelsen er motvillige til innsyn og tilsyn, så overføres negative holdninger til de involverte slik at stressnivået økes. Statens helsetilsyn mener derfor at ledere plikter å bidra til at tilsynet gjennomføres på en god måte. Det viktigste ledere kan gjøre, er å legge til rette for en god dialog gjennom å forstå og formidle at Statens helsetilsyn har en viktig oppgave i å bidra til pasientsikkerhet og tillit til helsepersonell.

### Eksempler på situasjoner som kan resultere i uventede og alvorlige utfall som er varslingspliktige innen somatisk spesialisthelsetjeneste:

- forsinket eller mangelfull diagnostikk av for eksempel sepsis eller andre alvorlige tilstander
- alvorlige komplikasjoner under operative inngrep eller undersøkelser
- skade i tilslutning til fødsel/gjenopplivning
- skade i forbindelse med kirurgi eller postoperativ fase
- mangelfull utredning, observasjon eller overvåking av kritisk syke
- svikt i forbindelse med transport/valg av behandlingssted for kritisk syke
- skade etter feilmedisinering/mangelfull medisinering.

### Eksempler på hendelser som kan medføre varslingsplikt innenfor psykisk helsevern:

- selvmord og alvorlige selvmordsforsøk
- overdoser i suicidal hensikt under behandling/permisjon og drap der det kan stilles spørsmål ved diagnostikk, selvmords- og voldsriskovurderinger, behandling, overvåking og oppfølging.



## Tilsyn med markedsføring av **alternativ** behandling

Tilsyn med markedsføring av alternativ behandling håndteres av både Forbrukerombudet og av Statens helsetilsyn. Forbrukerombudet fører tilsyn etter markedsføringsloven når alternative utøvere som ikke er helsepersonell markedsfører sine behandlingstilbud. Statens helsetilsyn forvalter markedsføringsbestemmelser etter helsepersonelloven når slik markedsføring gjøres av autorisert helsepersonell. De delvis overlappende grenseflatene mellom våre tilsynsmyndigheter forutsetter et godt og tett samarbeid.

Både Statens helsetilsyn og Forbrukerombudet får stadig saker og henvendelser som dreier seg om markedsføring av alternativ helsehjelp. For å effektivisere vår tilsynsinnsats, gjennomførte vi sammen med Forbrukerombudet et felles proaktivt tilsyn der vi kontrollerte om markedsføringen følger regelverkets krav. Tilsyns-

aktiviteten ble gjennomført på en dag i november, ved at medarbeidere fra Forbrukerombudet og Statens helsetilsyn sammen gjennomgikk nettbasert markedsføring av ulike alternative behandlingstilbud. Vi hadde gode erfaringen fra en tidligere felles aksjonsdag. Metoden er rasjonell og lite ressurskrevende.

Statens helsetilsyn fokuserte på om autorisert helsepersonells markedsføring av alternativ behandling er i samsvar med helsepersonelloven § 13. I bestemmelsene framheves at markedsføringen skal være nøktern og saklig. Dette betyr at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan vildele pasientene eller befolkningen. Villedende markedsføring kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis ved at det er misforhold mellom tilbudet slik det markedsføres og påregnelig resultat. I utgangspunktet må tilbydere kunne fremlegge anerkjent forskningsmateriale som kan dokumentere påstanden om behandlingseffekt. Videre skal helsepersonell ikke på en utilbørlig måte undergrave eller svekke tilliten til andre helse- og

omsorgstjenester, for eksempel ved å markedsføre sin virksomhet som den eneste kvalifiserte på et felt.

Til sammen ble over 100 nettsider gjennomgått av Statens helsetilsyn og Forbrukerombudet. I 13 av disse fant Forbrukerombudet grunn til en nærmere oppfølging.

Statens helsetilsyn fant grunn til en nærmere vurdering av åtte saker der autorisert helsepersonell markedsførte sin alternative behandling. Av disse har ett helsepersonell fått brev hvor vi ber om endring av villedende markedsføring i tråd med kravet til forsvarlig, saklig og nøktern markedsføring. Ytterligere tre av sakene er fortsatt under nærmere vurdering.

Den tilsynsmessige oppfølgingen fra Statens helsetilsyn går ut på å peke på gjeldende regelverk, og anmode om at markedsføringen skal bli brakt i samsvar med regelverket innen en fastsatt frist.

Av hensyn til viktig publikums- og brukeropplysning om markedsføringskravene var "NRK Forbrukerinspektørene" invitert til å lage et program om aksjonen. Programmet ble sendt i februar 2013.



## – Arbeidshelse er **folkehelse**

– Det viktigste for meg med å få Karl Evang-prisen var at Helsetilsynet ved det markerte at arbeidshelse er en del av folkehelse. Dette er enda viktigere nå enn før, sier dr. med. Ebba Wergeland. Hun ser særlig to områder innen arbeidshelse som er under press nå, det er arbeidstidsreguleringen og oppsigelsesvernet. – Det åpnes i større grad for midlertidige stillinger og lange dager. Kvinner vil i større grad enn menn rammes av dette fordi de oftere har en svak forhandlingsposisjon.

Wergeland fikk Evang-prisen for sin lange innsats for norsk arbeidsmedisin og arbeidsmiljø, for kvinnene sine rettigheter og for internasjonal solidaritet.

Arbeidstidsbestemmelsene er under press, påpeker Ebba Wergeland. – Adgangen til å avtale arbeidstid individuelt med arbeidsgiver misforstås ofte som en valgfrihet for den enkelte. Og enkelte kan nok oppleve at det er et gode å jobbe ekstra overtid for å kunne betale ned huslånet. Men for de fleste vil mere individuelle avtaler føre til mindre valgfrihet. Også for bedrifter som konkurrerer med hverandre bidrar tøyelige grenser for arbeidstid til press på hvor mye arbeidstakerne skal jobbe. Jeg tror fagbevegelsen ser faresignalene, sier hun.

Også den teknologiske utviklingen kan utfordre grensene for når og hvor mye folk jobber.

– Det er ikke teknologien i seg selv som er problemet, men hvordan vi bruker den. Ny teknologi kan bidra både til å presse folk hardere og gjøre arbeidssituasjonen lettere ved at man for eksempel kan jobbe hjemmefra. Og vi må absolutt se nærmere på den trusselen mot personvernet som ny teknologi utgjør, også i arbeidslivet, fortsetter Ebba Wergeland.

Arbeidervernet og et lovregulert arbeidsliv er viktig for folkehelse, men det blir ofte oversett. Arbeidshelse er et stebarn innenfor folkehelsefamilien. Vi trenger en breiere støtte til å forsvare arbeidsmiljøloven neste gang noen vil svekke den. Vi trenger også hele helse-Norge med oss for å stanse den negative utviklingen i bedriftshelsetjenesten. Denne forebyggende primærhelsetjenesten for arbeidsplassene er i ferd med å omdannes til børsnoterte pengemaskiner, markedsstyrte tjenester uten kvalitetskontroll. Hvis de får fortsette i Norge som nå, vil de i løpet av få år konkurrere ut den forebyggende bedriftshelsetjenesten. Folkehelse blir den store taperen. Det må helse-Norge i fellesskap si fra om, ikke bare vi som driver med arbeidshelse, sier Wergeland.

De mange påstandene om sykefraværet, ikke minst kvinners sykefravær, har opptatt henne.

– Fraværet blir forklart ut fra det man mener er kvinners egenskaper, heller enn å se på strukturelle årsaksforhold som kvinners yrkesdeltakelse og arbeidsforhold. Individforklaringer er ikke nødvendigvis uinteressante, men ved ensidig å fokusere på individet, unndrar myndighetene seg ansvar for



forholdene i arbeidslivet. Å stadig gjenta at vi selv har ansvar for vår egen helse styrker selvfølelsen til de rike og friske. De må jo ha gjort seg fortjent til plassen på toppen, mens det underliggende budskapet til de fattige og syke er at de har seg selv å takke, sier hun.

I takketalen sin ved prisoverrekkelsen dro Wergeland også fram den betydningen maktforhold har for folkehelse:

”I WHO's Ottawa-erklæring fra 1986 om helsefremmende arbeid, står det blant annet at menneskene ikke kan oppnå fullverdig helse hvis de ikke er i stand til å ta kontroll over de forholdene som er forutsetninger for helse – det vil si slikt som ytre miljø, boforhold, arbeidsforhold og kosthold. Vi fikk slagordet om å gjøre de sunne valgene til de letteste valgene - make the healthy choice the easy choice. Regjeringene og fellesskapet måtte legge forholdene til rette slik at det ble mulig og nærliggende for den enkelte å gjøre de sunne valgene. Det kunne handle om matvarepriser, kollektivtransport, reklameregulering, regulering av boligmarkedet eller regulering av arbeidsforholdene. I dag står individet langt mer alene med ansvaret i den offentlige, politiske retorikken. Vi får stadig beskjed om at vi har ansvar for vår egen helse. Men som Evang ville ha påpekt – den enkeltes mulighet til å velge og dermed til å kunne ta ansvar, begrenses av sosiale forhold. Uten makt over viktige forutsetninger for helse, kan man ikke leve opp til dette ansvaret,” sa hun.

Wergeland er spesialist i arbeidsmedisin og har vært en pådriver for forebyggende virksomhet i Arbeidstilsynet, der hun har arbeidet i over tretti år. Hun har også vært tilknyttet Institutt for forebyggende medisin ved Universitetet i Oslo gjennom forskninga si.

## Veien **tilbake til autorisasjon** etter tilbakekall på grunn av **rusmiddelmisbruk**

Statens helsetilsyn gir årlig ny autorisasjon til flere helsepersonell som har mistet sin autorisasjon på grunn av rusmiddelmisbruk. I 2012 fikk 14 helsepersonell ny autorisasjon og 23 fikk begrenset autorisasjon. Helsepersonell som får sin autorisasjon tilbake etter å ha mistet den på grunn av rusmiddelmisbruk har dokumentert at de er rehabilitert fra sitt rusmiddelmisbruk, og at de igjen er skikket til å inneha autorisasjon som helsepersonell.

Helsepersonell som får sin autorisasjon tilbake har dokumentert at bakenforliggende årsaker til rusmiddelmisbruket, og det som eventuelt utløste misbruket, er bearbeidet. De har også dokumentert rusfrihet over en lengre periode.

Rusmiddelanalyser er sentral dokumentasjon når rusfrihet skal verifiseres. Statens helsetilsyn krever vanligvis at den som har mistet autorisasjonen på søknadstidspunktet, kan dokumentere minimum to års sammenhengende rusfrihet for å få ny autorisasjon. Dersom helsepersonellet har misbrukt rusmidler gjennom flere år, kanskje med gjentatte tilbakefall etter rehabilitering, vil det normalt kreves mer enn to års rusfrihet. Det er ikke uvanlig at helsepersonell først får en begrenset autorisasjon dersom rusmisbruket har vært omfattende eller langvarig.

Det kreves også vanligvis dokumentasjon på at helsepersonellet har gjennomgått behandling for sitt rusmisbruk. Dokumentasjonen bør blant annet si noe om nytten av behandlingen og om helsepersonellet nå mester stress, vanskelige situasjoner og problemer uten å ty til rusmidler.

Andre forhold som kan inngå i vurderingen er om helsepersonellet har gjennomført utdanning/kurs eller lignende i perioden, og om de har vært i noe form for arbeid. Det er derfor nyttig med dokumentasjon på dette.

Det er et krav at rusmiddeltestene gjennomføres i tråd med Statens helsetilsyns retningslinjer. I rundskrivet "Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller frivillig gitt avkall på den" (IK-1/2009) finnes nærmere informasjon om dette. Rundskrivet gir også mer informasjon om begrenset autorisasjon og krav til dokumentasjon.

Rundskrivet finnes på våre nettsider: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)



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

Hvert år avgir Statens helsetilsyn høringsuttalelser til en rekke lovforslag og offentlige utredninger. I merknadene våre legger vi stor vekt på å formidle erfaringer som vi har fått gjennom tilsynsvirksomheten. Nedenfor følger noen smakebiter fra enkelte saker som vi kommenterte i 2012. En fullstendig oversikt over høringsuttalelsene finner du på nettsidene våre.

### Endringer i barnevernloven

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å innføre en bestemmelse som lovfester kravet til forsvarlige barneverntjenester i barnevernloven, og at kravet skal rette seg mot tjenester som ytes av det kommunale, private og statlige barnevernet. Vi har imidlertid kommentarer til departementets fremstilling av hva et slikt krav innebærer.

Som departementet påpeker kan det også i dagens regelverk innfortolkes et ulovfestet krav om forsvarlighet. En lovfesting av forsvarlighetskravet innebærer at kravet til barneverntjenestens faglige virksomhet understrekes og tydeliggjøres. Kravet til forsvarlighet innebærer at tjenester som ytes etter barnevernloven, må holde et faglig sett forsvarlig kvalitativt nivå, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kravet til "forsvarlige tjenester" er en rettslig standard. Dette innebærer at loven selv ikke gir konkrete løsninger, men gir anvisning på en målestokk som ligger utenfor loven. Den viser til hva som til enhver tid anses som god praksis på området. Standarden gir rettsanvender tolkningsdirektiv. Den viser til det som til enhver tid er anerkjent faglig praksis på området, fagkunnskap fra utdannings- og forskningsinstitusjoner, generelle samfunnsetiske normer og nasjonale

faglige retningslinjer og veiledere, eller andre ting som lovgiver har fastsatt at lovregelen skal omfatte. Prinsippet om barnets beste er et slikt tolkningsdirektiv. Prinsippet om barnets beste skal legges til grunn for hele barneverntjenestens virksomhet og skal ha avgjørende vekt i enkeltsaker. Det er normen for hva som til enhver tid er god praksis og barnets beste, som vil være styrende for hvordan barneverntjenesten skal arbeide. Innholdet i forsvarlighetskravet vil dermed også endre seg over tid i takt med utvikling av fagkunnskap og kompetanse på barnevernområdet, slik departementet påpeker.

### Endringer i barneloven

Etter gjeldende rett kan barneverntjenesten opptre som støtte for bostedsforelder i en samværssak ved å vitne i

en sak for domstolene, og legge frem de aktuelle dokumenter i barnevernsaken som støtter bostedsforelder. Barneverntjenestens oppgave er å sikre barnets omsorgssituasjon på bakgrunn av barnevernfaglige vurderinger av barnet og foreldrene. Det er derfor av stor betydning at barnevernet møter og forklarer seg for domstolene når de har opplysninger om barnets omsorgssituasjon, slik at domstolene får et så godt grunnlag som mulig for avgjørelsen som skal tas.

Statens helsetilsyn er imidlertid betenkt over at barneverntjenesten skal være partshjelper i en barnelovsak. Det at barneverntjenesten formelt skal opptre til støtte for en av foreldrene, kan bidra til å komplisere barnevernets ansvar for å følge opp barnet og familien på et senere tidspunkt.



Barnevernets ansvar er alltid knyttet til barnets situasjon. En vitneforklaring fra barneverntjenesten som partshjelper med anbefalinger om begrensninger i eller bortfall av samvær med den andre av foreldrene, vil kunne forsterke konflikten mellom foreldrene. Det vil også kunne føre til etterfølgende samarbeidsutfordringer mellom barnevernet og foreldrene. Når saken er kommet for retten med påstander om vold og overgrep, er konfliktnivået i saken som regel svært høyt. Slike saker krever særlig kompetanse både av domstoler og hjelpeapparatet for øvrig, og innebærer også faglige ressursmessige utfordringer for en allerede presset barneverntjeneste.

#### **Utredning om helsetjenestens behov for forsterkingsressurser**

Statens helsetilsyn vil peika på at det er ytterst få reelle døme på hendingar i Noreg der ein i akuttfasen eller i etterfølgjande normaliseringsarbeid har stått overfor mangel på helsefag-

lege ressursar for å kunna gje dei aktuelle pasientane ei forsvarleg akuttmedisinsk behandling. Utfordringane er såleis meir knytte til geografiske og logistiske forhold, enn til dei reint helsefaglege forholda.

Behovet for helsefagleg kompetanse hjå personellet i forsterkingsressursane bør vere på nivå med grunnleggjande førstehjelp. Forhold knytte til sikring av fri luftveg, kontroll av blødningar, hypotermiførebygging, observasjon av bevisstheitstilstand, transport av skadde og basal psykososial støtte, bør danna kjernen i den kompetansen som dei som deltek i forsterkingsressursane må ha.

#### **Endringer i forvaltningsloven**

Helsetilsynet ser positivt på regjeringens arbeid for å effektivisere og forbedre offentlig sektor gjennom blant annet å utnytte mulighetene for digital kommunikasjon, ikke minst innen forvaltningen.

Som helsetilsyn vil vi imidlertid peke på de utfordringene som ligger i å ivareta interessene til dem som av helsemessige, livsfasebetingede eller andre grunner ikke vil ha samme forutsetninger som andre til å følge med på og gjøre seg nytte av digitaliserte kommunikasjonsløsninger. Selv om internett og mobiltelefon er en selvfølge for de fleste, er det ikke det for alle. Det krever også en ordnet tilværelse for å kunne ta vare på digitale dokumenter over tid, dersom det offentlige ikke legger forholdene spesielt til rette for dette.

#### **NOU 2011:9**

#### **Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegang mellom selvbestemmelse og omsorgsansvar i psykisk helsevern**

Dagens kontrollordning (Kontrollkommisjonen) er en veletablert ordning med lang historie. Statens helsetilsyn ser at det kan være grunner til å gjennomgå dagens ordning for å sikre en enhetlig skjønnsutøvelse i hele landet. Statens helsetilsyn vil imidlertid understreke at dagens ordning med lokalt baserte kommisjoner bl.a. sikrer en operativ tilgjengelighet med kort responstid for oppmøte ved institusjonen. Vi mener at rask saksbehandling er viktig med tanke på pasientens rettsikkerhet. I tillegg er rask saksbehandling viktig for å sikre at pasientflyten er effektiv både innad i helseforetakene og på tvers av forvaltningsnivåene.

I de senere årene har antall sengeplaser innen psykisk helsevern blitt redusert, og dette stiller store krav til effektiv bruk av sengeressursene. Nye kontroll- og klageordninger må sikre rask saksbehandling og oppmøte på institusjoner. Dette vil kunne by på utfordringer når man foreslår en reduksjon av antall klageinstanser fra 57 til 12.



# Tall og fakta

<b>Innhold</b> .....	38
<b>Barneverntjenester</b> .....	38
<b>Sosiale tjenester i Nav</b> .....	39
Planlagt tilsyn .....	39
Klagesaker .....	40

<b>Helse- og omsorgstjenester</b> .....	41
Planlagt tilsyn .....	41
Varselordningen/ undersøkelsesenheter .....	41
Annet hendelsesbasert tilsyn .....	42
Pålegg og tvangsmulkt .....	44
Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten. ....	44
Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt .....	45
<b>Regnskap og personell</b> .....	46

## Innhold

Denne delen av Tilsynsmeldingen gir oversikt over de viktigste oppgavene fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsmyndighet og klageinstans. Mer materiale på de samme områdene publiseres i Statens helsetilsyns årsrapport og på nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## Barneverntjenester

Tallmaterialet er hentet fra fylkesmennenes årsrapporter fra tilsynet med barnevernet.

I 2012 gjennomførte fylkesmennene 62 tilsyn med den kommunale barneverntjenesten, hvorav 56 som system-

revisjoner. Nesten alle tilsynene inngikk i det landsomfattende tilsynet, innrettet mot barneverntjenestens arbeid med undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak. Det ble funnet brudd på lov- og forskriftskrav i 52 av tilsynene.

En tydelig utvikling er at kommuner går sammen om mer robuste barneverntjenester. Ved utgangen av 2012 var det 336 barneverntjenester, inkludert barneverntjenester i bydeler i Oslo (15) og Bergen (8), mot 353 ved utgangen av 2011.

Fylkesmennene fulgte opp 109 kommuner/bydeler særskilt grunnet fristbrudd, og to kommuner fikk mulkt for gjentatte alvorlige fristbrudd.

**Tabell 1 Behandlede klager 2010–2012 rettet mot barneverntjenester og barneverninstitusjoner**

Fylkesmannen i	Tilsynssaker kommuner				Klager på enkeltvedtak - kommuner				Klager i barneverninstitusjoner			
	2010	2011	2012		2010	2011	2012		2010	2011	2012	
	Antall	Antall	Antall	Herav påpekt lovbrudd	Antall	Antall	Antall	Herav mehold	Antall	Antall	Antall	Herav mehold
Østfold	54	48	70	6	9	11	13	5	24	25	21	4
Oslo og Akershus	106	208	159	23	63	61	57	12	88	46	63	7
Hedmark	31	33	40	17	12	9	1	0	26	34	21	7
Oppland	8	23	24	5	0	3	6	3	6	17	12	2
Buskerud	49	57	49	1	18	14	28	4	4	2	9	0
Vestfold	41	69	91	5	7	11	12	3	14	30	28	4
Telemark	12	16	19	1	6	3	3	1	30	12	15	2
Aust-Agder	10	19	16	1	0	0	1	0	8	6	27	4
Vest-Agder	30	62	50	7	8	6	7	0	28	71	65	12
Rogaland	45	73	64	6	7	7	5	3	11	24	20	5
Hordaland	73	91	80	1	24	14	24	7	28	10	30	2
Sogn og Fjordane	21	10	18	3	3	4	7	1	7	11	2	0
Møre og Romsdal	8	14	25	6	4	4	3	1	12	18	9	3
Sør-Trøndelag	56	49	48	12	6	5	3	1	15	20	11	2
Nord-Trøndelag	22	28	29	13	1	2	7	3	34	22	6	1
Nordland	55	80	72	24	10	9	6	2	14	6	24	5
Troms	36	53	57	2	10	8	5	2	16	17	31	8
Finmark	23	39	34	8	0	0	4	2	1	5	1	0
<b>Hele landet</b>	<b>680</b>	<b>972</b>	<b>945</b>	<b>141</b>	<b>188</b>	<b>171</b>	<b>192</b>	<b>50</b>	<b>366</b>	<b>376</b>	<b>395</b>	<b>68</b>

**Tabell 2 Fylkesmennenes tilsyn med barneverninstitusjoner 2010–2012**

Fylkesmannen i	Antall gjennomførte individtilsyn			Hvorav andel uanmeldt	Antall gjennomførte systemrevisjoner			Antall samtaler med barn		Andel samtaler ut fra barn i institusjonene	
	2010	2011	2012	2012	2010	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Østfold	104	103	113	48%	2	2	1	107	84	31%	24%
Oslo og Akershus	162	176	175	55%	0	0	0	157	177	29%	32%
Hedmark	47	51	39	51%	0	0	0	127	109	56%	54%
Oppland	20	19	20	50%	6	5	6	33	46	20%	26%
Buskerud	38	33	32	50%	4	3	3	55	55	64%	67%
Vestfold	31	33	36	50%	6	6	0	67	62	38%	43%
Telemark	45	46	47	57%	4	3	0	47	67	43%	51%
Aust-Agder	45	54	60	55%	5	5	5	77	67	54%	43%
Vest-Agder	61	60	65	51%	6	6	4	71	81	61%	54%
Rogaland	96	88	100	46%	14	4	8	108	136	47%	50%
Hordaland	97	80	122	34%	11	7	18	53	102	21%	26%
Sogn og Fjordane	26	10	10	50%	6	0	0	39	23	53%	27%
Møre og Romsdal	18	14	19	53%	5	5	0	37	66	32%	56%
Sør-Trøndelag	58	66	66	52%	15	15	7	128	128	49%	52%
Nord-Trøndelag	18	18	16	56%	5	0	5	67	55	68%	61%
Nordland	18	16	16	50%	5	0	0	28	44	26%	40%
Troms	80	84	84	50%	8	6	7	121	126	56%	51%
Finnmark	8	8	6	33%	2	2	0	19	34	42%	74%
<b>Hele landet</b>	<b>972</b>	<b>959</b>	<b>1026</b>	<b>49%</b>	<b>104</b>	<b>69</b>	<b>64</b>	<b>1341</b>	<b>1462</b>	<b>41%</b>	<b>41%</b>

Fylkesmennene behandlet 945 saker der hendelser eller forhold ved den kommunale barneverntjenesten ble gjennomgått (hendelsesbasert tilsyn). Se tabell 1. I 141 av sakene ble det konstatert lovbrudd. Ved utgangen av året var det 220 ubehandlede saker. I tillegg behandlet fylkesmennene 192 klager på tjenester og tiltak (enkeltvedtak). Et kjennetegn ved barnevernet er at det kommer få slike klager. Klagesakene synes derfor å være en svak kilde til kunnskap om svikt i barneverntjenesten. Av de 192 klagesakene fikk klager helt eller delvis medhold i 50 saker, eller 26 prosent av sakene. Fylkesmennene har krav om å behandle minst 90 prosent av klagen innen tre måneder. I 2012 ble 91 prosent av klagen behandlet innen tre måneder.

Tilsyn med barneverninstitusjoner utgjør en stor del av fylkesmennenes arbeid innen barnevernet. I 2012 ble det gjennomført 1090 tilsyn med barneverninstitusjoner. Det ble gjennomført 1026 såkalte individtilsyn der samtaler med beboerne utgjør en sentral del. 504 av disse tilsynene var uanmeldt, hvilket utgjør 49 prosent av individtilsynene. Fylkesmennene førte tilsyn med 187 institusjoner i 2012, hvorav 64 var systemrevisjoner.

I 2012 gjennomførte fylkesmennene 1462 samtaler med barn som ledd i tilsyn med barneverninstitusjonene. På tidspunktene tilsynene ble gjennomført var det samlet registrert 3539 barn ved institusjonene. Andelen barn det ble samtalt med utgjorde 41 prosent av innskrevne barn, samme prosentandel som i 2011. I mange tilfeller var beboerne ikke til stede fordi de var på skolen, i permisjon, deltok i fritidsaktiviteter osv. I en del tilfeller ønsket beboere ikke å samtale med Fylkesmannen.

I 2012 behandlet fylkesmennene 395 klager fra beboere eller foresatte på bruk av tvang eller på grunn av andre forhold som begrenset beboernes rettigheter ved institusjonene. I 68 av sakene, eller 17 prosent, fikk klagerne medhold.

Fylkesmennene har også ført tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere. I 2012 var det ti omsorgssentre med 21 avdelinger. Fylkesmennene gjennomførte 25 individtilsyn og tre systemrevisjoner. Sju av tilsynene var uanmeldt. Fylkesmennene hadde 99 samtaler med barn, og det var registrert 159 barn ved omsorgssentrene da tilsynene ble gjennomført. Kun fem fylkesmenn i østlandsområdet hadde omsorgssentre å føre tilsyn med.

I tillegg har fylkesmennene ført tilsyn med sentre for foreldre og barn. I 2012 ble det ført tilsyn med 15 av de 22 registrerte sentrene. Kravet er tilsyn minst hvert annet år.

## Sosiale tjenester i Nav

### Planlagt tilsyn

I 2012 gjennomførte fylkesmennene 88 systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav, se tabell 3. Av disse var 74 del av landsomfattende tilsyn med behandling av søknader om økonomisk stønad fra personer med forsørgeransvar for barn. I 61 av systemrevisjonene ble det funnet brudd på lov- og forskriftskrav. Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 15 tilsyn med sosiale tjenester i Nav fra 2011 og tidligere fortsatt ikke var brakt i orden per 31. desember 2012.

**Tabell 3 Antall systemrevisjoner utført av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester i Nav, 2010–2012**

Fylkesmannen i	2010	2011	2012
Østfold	6	5	6
Oslo og Akershus	6	12	8
Hedmark	2	5	5
Oppland	5	5	5
Buskerud	8	12	9
Vestfold	6	4	5
Telemark	4	3	4
Aust-Agder	4	4	3
Vest-Agder	4	4	3
Rogaland	4	7	4
Hordaland	5	5	5
Sogn og Fjordane	4	3	4
Møre og Romsdal	3	6	5
Sør-Trøndelag	6	6	5
Nord-Trøndelag	4	2	4
Nordland	6	6	6
Troms	4	4	4
Finnmark	3	4	3
<b>Hele landet</b>	<b>84</b>	<b>97</b>	<b>88</b>

### Klagesaker

Fra 2013 vil tilsynssaker ut fra hendelser og forhold som fylkesmennene har blitt kjent med gjennom klagesaker og andre henvendelser bli registrert. Tilsynssaker etter lov om sosiale tjenester i Nav er ikke tallfestet i 2012.

Tabell 4 omhandler klagesaker fylkesmennene har behandlet etter lov om sosiale tjenester i Nav. I 2012 ble det gjort endring i registreringen. I tillegg til å registrere antall saker,

registreres også antall vurderingstema per sak. Tallene nedenfor refererer til antall vurderingstema. Dette tallet er høyere enn antall saker, fordi det forekommer flere vurderingstema i hver sak.

Det er flest klager på stønad til livsopphold. I 2012 ble det fattet 3142 vedtak om stønad til livsopphold, mot 3712 i 2011. 54 vedtak gjaldt rett til midlertidig botilbud. 35 vedtak gjaldt vurderinger i kvalifiseringsprogrammet (KVP), mot 44 i 2011. Seks vedtak gjaldt klager på opplysning, råd og veiledning.

Fylkesmannen endret elleve prosent av de påklagede vedtakene, og ni prosent ble opphevet og sendt tilbake til Nav-kontoret til ny behandling. Det betyr at 80 prosent av vedtakene som ble påklaget – og ikke omgjort av Nav-kontoret før oversendelse til Fylkesmannen som klageinstans – ble stadfestet av Fylkesmannen.

79 prosent av klagesakene etter lov om sosiale tjenester i Nav ble behandlet innen fristen på tre måneder, mot 78 prosent året før. Elleve av de 18 fylkesmannsembetene behandlet minst 90 prosent av sakene innen tre måneder, mot ti i 2011. Tidligere ble avviste saker medregnet som utfall av klagebehandlingen. I 2011 gjaldt det 48 saker. I 2012 inngår ikke avviste blant de realitetsbehandlede sakene.

Ved inngangen til 2012 var det 561 ubehandlede klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav, ved utgangen 685.

Statens helsetilsyn, som overordnet organ, fikk i 2012 ingen anmodning om overprøving av klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav.

**Tabell 4 Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester i Nav 2010–2012**

Fylkesmannen i	2010		2011		2012		
	Antall behandlede saker	Andel helt/delvis medhold for klager	Antall behandlede saker	Andel helt/delvis medhold for klager	Antall behandlede saker	Vurderte bestemmelser i sakene	Andel helt/delvis medhold for klager <sup>1</sup>
Østfold	326	21%	260	18%	251	254	26%
Oslo og Akershus	707	18%	795	18%	754	769	21%
Hedmark	183	20%	152	18%	116	118	29%
Oppland	140	6%	189	6%	184	187	20%
Buskerud	268	25%	285	25%	240	249	25%
Vestfold	203	24%	214	18%	146	149	16%
Telemark	95	34%	150	33%	74	78	32%
Aust-Agder	82	18%	154	26%	110	113	26%
Vest-Agder	124	16%	166	14%	145	145	21%
Rogaland	230	5%	263	3%	207	207	8%
Hordaland	283	15%	490	14%	321	337	12%
Sogn og Fjordane	27	22%	32	25%	28	28	25%
Møre og Romsdal	98	7%	117	26%	75	76	12%
Sør-Trøndelag	189	19%	152	27%	132	132	17%
Nord-Trøndelag	57	7%	74	18%	83	84	19%
Nordland	91	16%	120	10%	108	123	25%
Troms	131	15%	137	20%	150	155	21%
Finnmark	32	44%	43	40%	33	33	12%
<b>Hele landet</b>	<b>3266</b>	<b>18%</b>	<b>3793</b>	<b>18%</b>	<b>3157</b>	<b>3237</b>	<b>20%</b>

<sup>1</sup> Andelen i 2012 er beregnet ut fra vurderte bestemmelser i sakene.



## Helse- og omsorgstjenester

### Planlagt tilsyn

#### Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2012 gjennomførte fylkesmennene 258 tilsyn etter helse- og omsorgstjenesteloven, av disse var 232 systemrevisjoner, se tabell 5. 63 av disse tilsynene ble gjennomført som ledd i det landsomfattende tilsynet med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem. De andre planlagte tilsynene er blant annet gjennomført som stikkprøver i seks fylker, ett embete har gjennomført kartlegginger og to embeter har gjennomført tilsyn ved at kommunene selv har undersøkt om de etterlever regelverket på utvalgte områder. Temaene omfatter ernæring hos eldre, tjenester til personer med psykisk utviklingshemning og tjenester til personer med demens. Fylkesmennene fant lovbrudd i 149 av tilsynene.

Fylkesmennene rapporterer at til sammen 47 lovbrudd fra 2011 eller tidligere fortsatt ikke er brakt i orden.

Med ny helse- og omsorgstjenestelov er sammenlikningsgrunnlag med tidligere år ikke lenger relevant og tallene er derfor ikke med her. Tilsynsombfanget er ikke endret.

Tabell 5 Antall systemrevisjoner utført av fylkesmennene med tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven 2012

Fylkesmannen i	2012
Østfold	7
Oslo og Akershus	17
Hedmark	19
Oppland	15
Buskerud	9
Vestfold	11
Telemark	12
Aust-Agder	16
Vest-Agder	16
Rogaland	4
Hordaland	18
Sogn og Fjordane	8
Møre og Romsdal	16
Sør-Trøndelag	15
Nord-Trøndelag	9
Nordland	11
Troms	17
Finnmark	12
<b>Hele landet</b>	<b>232</b>

### Spesialisthelsetjenester

I 2012 gjennomførte fylkesmennene 56 systemrevisjoner med spesialisthelsetjenester. Av disse var 28 del i det landsomfattende tilsynet med håndtering og vurdering av henvisninger og utredninger av pasienter med tykk- og endetarmskreft. De øvrige omfattet blant annet tilsyn med distriktpsykiatriske sentre, røntgenavdelinger, lege-middelassistert rehabilitering, behandling av hoftebrudd og revmatiske sykdommer.

I 34 av tilsynene med spesialisthelsetjenesten ble det funnet brudd på lov- og forskriftskrav. Fylkesmennene rapporterer at 9 lovbrudd som var funnet i spesialisthelsetjenesten i 2011 eller tidligere ikke var brakt i orden per 31. desember 2012.

### Varselordning/ undersøkelsesenheter

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a). Denne ordningen ble innført for en prøveperiode på to år fra 1. juni 2010 og ble lovfestet fra 1. januar 2012.

I 2012 mottok Statens helsetilsyn 246 varsler (140 i 2011). 46 prosent av disse varslene (113 varsler) var fra psykisk helsevern og 54 prosent (133 varsler) fra somatiske helse-tjenester. Fem prosent av varslene (13 varsler) førte til utrykning og 40 prosent (99 varsler) ble oversendt til Fylkesmannen for videre tilsynsmessig oppfølging. Flest varsler kom fra Oslo Universitetssykehus HF (33 varsler), Akershus Universitetssykehus HF (25 varsler), Helse Stavanger HF (20 varsler) og St. Olavs Hospital HF (17 varsler).

Nitten saker som omhandlet utrykninger var under behandling i 2012. Av disse ble 10 saker ferdigbehandlet i 2012, og 9 er fortsatt under behandling i 2013.

Tabell 6 Tilsynssaker hos fylkesmennene – antall avsluttede saker og saksbehandlingstid 2010–2012

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Andel saker med saksbehandlingstid over 5 md i 2012
	2010 <sup>1</sup>	2011 <sup>1</sup>	2012	
Østfold	168	137	138	54%
Oslo og Akershus	392	418	450	64%
Hedmark	132	130	122	49%
Oppland	82	94	38	50%
Buskerud	132	131	219	58%
Vestfold	92	59	119	30%
Telemark	98	80	62	44%
Aust-Agder	42	49	79	39%
Vest-Agder	83	95	85	34%
Rogaland	85	137	172	59%
Hordaland	226	246	224	45%
Sogn og Fjordane	58	63	59	39%
Møre og Romsdal	71	94	100	25%
Sør-Trøndelag	113	134	115	30%
Nord-Trøndelag	89	82	72	25%
Nordland	181	124	116	32%
Troms	94	81	109	36%
Finnmark	53	52	56	34%
<b>Hele landet</b>	<b>2191</b>	<b>2206</b>	<b>2335</b>	<b>47%</b>
<b>I tillegg avsluttet uten vurdering<sup>2</sup></b>	<b>355</b>	<b>394</b>	<b>391</b>	

<sup>1</sup> Noen tall har små avvik fra tidligere års publiseringer fordi tidligere rapporterte data blir korrigert når feil og mangler oppdages.

<sup>2</sup> Avsluttes gjennom å be innklaget om å ta kontakt med den som har klagd for å finne en minnelig løsning.

**Tabell 7 Vurderingsgrunnlag i avsluttede tilsynssaker hos fylkesmennene<sup>1</sup>**

	2010	2011	2012	
	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Herav konstatert pliktbrudd eller oversendt til Statens helsetilsyn
<b>Bestemmelse i helsepersonelloven</b>				
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)			144	41
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)			29	16
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)			101	50
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)			909	329
§ 4 samlet <sup>2</sup>	2498	2642		
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	34	32	13	3
Informasjon (§ 10)	101	114	40	24
Organisering av virksomhet (§ 16)	151	170	151	57
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	161	147	179	118
Pasientjournal (§§ 39-41)	328	235	223	158
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)			20	19
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	113	124	63	54
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	153	135	98	66
<b>Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven</b>				
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	696	689	887	246
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	148	86	132	63
<b>Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven (ny fra og med 2012)</b>				
Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1)			39	14
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1 / før 2012: kommunehelsetjenesteloven § 6-3)	241	245	387	126
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven (før 2012: kommunehelsetjenesteloven)	42	21	82	39
<b>Pliktbestemmelser i annen helselovgivning</b>	<b>121</b>	<b>94</b>	<b>119</b>	<b>57</b>
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>3</sup></b>	<b>4787</b>	<b>4734</b>	<b>3616</b>	<b>1480</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på<sup>3</sup></b>	<b>2185</b>	<b>2202</b>	<b>2325</b>	<b>1010</b>

<sup>1</sup> Noen tall har små avvik fra tidligere års publiseringer fordi tidligere rapporterte data blir korrigert når feil og mangler oppdages

<sup>2</sup> Kategoriseringen av helsepersonelloven § 4 ble endret fra og med 2012. Derfor presenteres kun samletall for § 4 for årene 2010 og 2011.

<sup>3</sup> Flere av tilsynssakene omfatter mer enn én vurdering opp mot mer enn ett helsepersonell og/eller én virksomhet. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag større enn antall saker.

## Annet hendelsesbasert tilsyn

### Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene

Tilsynssaker er saker som er behandlet på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, og som handler om mulig svikt i tjenestene. For hele landet var det 2765 nye saker i 2012. Dette er omtrent som i 2011, da det kom inn 2752 nye tilsynssaker.

Klagene fordeler seg ujevnt over landet. Færrest kom det inn i Telemark, med 42 per 100 000 innbyggere. Finnmark fikk inn flest relativt sett, med 123 per 100 000. Antallet uavsluttede saker (restanser) ved årsskiftet var 1218, 119 (11 prosent) flere enn ved forrige årsskifte.

Mer enn halvparten av tilsynssakene skal være behandlet innen fem måneder. Dette ble oppnådd ved 14 av de 18 fylkesmannsembetene. For landet sett under ett ble 53 prosent av sakene avviklet raskere enn fem måneder.

Tilsynssakene er ofte sammensatte, slik at mange av dem vurderes etter mer enn én pliktbestemmelse (mer enn ett vurderingsgrunnlag). Registreringssystemet for tilsynssakene ble lagt om fra og med 2012. Tidligere år skulle man registrere de vurderingsgrunnlagene som ble berørt i tilsynssaken. Nå skal man kun registrere de bestemmelsene hvor man har konkludert. Dette har ført til at antall vurderingsgrunnlag er redusert fra 4734 i 2011 til 3616 i fjor selv om antallet avsluttede saker med vurderinger økte fra 2202 til 2325.

Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Dernest kommer vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal. Vurderingene som gjelder rusmidler og andre spørsmål om helsepersonells egnethet er få, men oftest så alvorlige at de blir oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

### Tilsynssaker i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som i all hovedsak blir oversendt fra fylkesmennene. I 2012 behandlet vi 312 saker, mot 364 i 2011. Nedgangen i antall behandlede tilsynssaker skyldes i hovedsak at det var en sterk økning i antall varsler om alvorlige hendelser. Median saksbehandlingstid var 5,5 måneder, mot 5,1 måneder i 2011.

I 2012 fikk Statens helsetilsyn 341 nye saker til behandling, mot 360 i 2011. Per 31. desember 2012 var 198 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 169 ved utgangen av 2011.

### Reaksjoner i tilsynssakene

Statens helsetilsyn ga 245 reaksjoner i 2012, 33 rettet mot virksomheter og 212 rettet mot helsepersonell (i 2011 ble det gitt 283 reaksjoner). Vi avsluttet 96 saker uten å gi reaksjon (mot 126 i 2011). Det var 93 helsepersonell som mistet til sammen 95 autorisasjoner i 2012 (mot 98 autorisasjoner i 2011). Årsakene til at autorisasjonen ble tilbakekalt er i de fleste tilfeller misbruk av rusmiddel og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Atferden omfatter blant annet tyveri av legemidler. Atferd omfatter også handlinger både i og utenfor tjenesten som svekker tilliten til helsepersonellet i så stor grad at man blir uegnet, som for eksempel vold mot pasient og narkotikaforbrytelser.

I 2012 fikk syv helsepersonell begrensninger i sin autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 59 a og to i medhold av § 59. Ti leger mistet rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B, mot åtte i 2011. Vi begrenset rekvireringsretten til én lege.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjon/lisens til 31 helsepersonell, mens saken var til behandling. Vi forlenget suspensjonen til ni helsepersonell.

Seks helsepersonell ga frivillig avkall på sin autorisasjon, og tre leger ga frivillig avkall på sin rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

I 2012 anmodet Statens helsetilsyn om sakkyndige vurderinger i ni tilsynssaker. Videre påla vi syv helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

I 2012 behandlet Statens helsetilsyn 54 saker mot virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (79 i 2011). Vi ga 33 reaksjoner for brudd på helse- og omsorgslovgivningen. I 12 av de 33 sakene forelå det brudd på opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten.

De fleste tilsynssakene mot virksomheter avsluttes av fylkesmennene. Tallet på slike saker er derfor relativt lavt i Statens helsetilsyn sett i forhold til det totale antall avsluttede saker.

### Klage på vedtak

Statens helsetilsyn oversendte 75 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2012, mot 84 i 2011. Av de oversendte klagen var 56 klager på vedtak om administrativ reaksjon (herav åtte suspensjonsvedtak). Sytten klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/lisens, to klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B.

HPN behandlet 80 klager på våre vedtak i 2012. De stadfestet 67 vedtak, fire ble opphevet, fem ble omgjort, ett ble delvis omgjort og tre klager ble avvist.

### Saker under behandling av politi/påtalemyndighet

Statens helsetilsyn begjærte påtale i 10 saker i 2012. Vi konkluderte i 11 saker med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. Vi anmeldte seks helsepersonell til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

### Behandling av søknad om ny autorisasjon og rekvireringsrett

Statens helsetilsyn ferdigbehandlet 100 søknader fra helsepersonell som tidligere har mistet autorisasjonen. Fjorten helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger og 23 fikk begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet på bestemte vilkår. Vi avslø henholdsvis 56 søknader om ny autorisasjon og syv søknader om begrenset autorisasjon.

Statens helsetilsyn behandlet fem søknader om rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B fra leger som tidligere har mistet rekvireringsretten. Vi avslø alle søknadene.

Tabell 8 Antall avsluttede tilsynssaker i Statens helsetilsyn og reaksjoner fordelt på årene 2003–2012<sup>1</sup>

År	Avsluttede saker	Antall reaksjoner <sup>2</sup>	Ingen reaksjon
2003	171	128	50
2004	238	148	102
2005	233	167	92
2006	249	182	89
2007	266	180	103
2008	213	153	80
2009	295	227	109
2010	341	243	129
2011	364	283	126
2012	312	245	96

<sup>1</sup> Små avvik fra tidligere års publiseringer skyldes at tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

<sup>2</sup> I noen saker er det gitt mer enn en reaksjon. Antallet inkluderer reaksjoner både mot helsepersonell og virksomheter.

**Tabell 9 Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell i 2011 og 2012**

	Advarsel		Tap av autorisasjon eller lisens		Tap av rekvireringsrett		Begrenset autorisasjon eller lisens		Tap av spesialistgodkjenning		Begrenset rekvireringsrett		Sum	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	Lege	59	69	24	29	8	10	5	8	1			1	97
Tannlege	11	2	2	2			1						14	4
Psykolog	3	1		1									3	2
Sykepleier	7	6	42	32			2	1					51	39
Hjelpepleier	2	2	16	16			1						19	18
Vernepleier	1		3	8									4	8
Jordmor	2	1		1									2	2
Fysioterapeut	1	2											1	2
Andre grupper	5	5	11	6			2						18	11
Uautoriserte	16	9											16	9
<b>Sum</b>	<b>107</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>95</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>1</b>			<b>1</b>	<b>225</b>	<b>212</b>

**Tabell 10 Årsak til tilbakekall<sup>1</sup> av autorisasjon i 2012 fordelt på helsepersonellgruppe**

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	26	8	14	12	60
Faglig svikt	6	4	7	6	23
Legemiddeltveri	16	2		5	23
Atferd utenfor tjenesten	7	4	6	3	20
Atferd i tjenesten	2	9	3	5	19
Ikke innrettet seg etter advarsel			6	2	8
Seksuell utnyttning av pasient	1	2	1		4
Sykdom	1	1	2		4
Rollesammenblanding	1	1		1	3
Mistet godkjenning i utlandet			2		2
<b>Sum vurderingsgrunnlag</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>166</b>
Antall tilbakekall	32	16	29	18	95

<sup>1</sup> Det kan foreligge flere grunnlag for tilbakekall i en enkelt sak. I tabellen fremgår det hvilke grunnlag som forelå for å tilbakekalle autorisasjoner i 2012. I enkelte saker forelå det flere grunnlag som hver for seg ville vært tilstrekkelig for å tilbakekalle autorisasjonen. Antall grunnlag er derfor høyere enn antall tilbakekalte autorisasjoner.

### Pålegg og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn ga ingen pålegg til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 i 2012. Vi ga pålegg til flere virksomheter som ikke overholdt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9. I tre av disse sakene sendte vi varsel om tvangsmulkt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-2.

### Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten

Fylkesmannen (før 2012 Helsetilsynet i fylket) er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten (kommunen, sykehuset/helseforetaket, osv.) skal ha vurdert saken på nytt før Fylkesmannen behandler saken.

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ble opphevet ved inngangen til 2012, og rettighetsbestemmel-

sene i disse lovene ble overført til pasientrettighetsloven, som endret navn til pasient- og brukerrettighetsloven. Innholdet i rettighetene forble stort sett uendret.

Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). Disse klagen har hatt en sterk vekst de siste årene til og med 2011, men synes nå å ha stabilisert seg på rundt 1000 klagesaker per år, jf. tabell 11. Antallet er ikke jevnt fordelt over landet. Flest slike syketransportklagesaker ble i 2012 behandlet i Nordland (199) og Rogaland (124). Færrest var det i Telemark og Nord-Trøndelag, begge med 15 saker.

Det er et krav til fylkesmannsembetene at minst halvparten av syketransportklagen skal være behandlet innen tre måneder. Kravet ble nådd i 15 av de 18 embetene. For landet som helhet ble 76 prosent av syketransportklagen behandlet innen tre måneder.

For de øvrige rettighetsklagen innen helse- og omsorgstjenestene er kravet at 90 prosent av sakene skal være behandlet innen tre måneder. Dette kravet ble kun nådd i 5 embeter (Buskerud, Vestfold, Aust-Agder, Hordaland og Sør-Trøndelag). For landet som helhet ble 67 prosent behandlet innen tre måneder.

I alt ble det fattet 2689 vedtak i 2524 klagesaker i 2012. I 644 vedtak (24 prosent) ble det gitt medhold til klageren ved at vedtaket i førsteinstansen ble endret, eller vedtaket ble opphevet og saken sendt tilbake for å bli behandlet på nytt. Dette er omtrent samme medholdsprosent som for helsesakene i 2011, da det ble gitt medhold i 22 prosent av sakene.

Det er ikke klageadgang på vedtak fattet av Fylkesmannen. Statens helsetilsyn kan imidlertid som overordnet forvaltningsorgan vurdere saken. Statens helsetilsyn har behandlet ni saker om å overprøve Fylkesmannens avgjørelser i klagesaker som gjaldt rett til helse- og omsorgstjenester. I åtte av sakene stadfestet Statens helsetilsyn vedtaket.

**Tabell 11 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenestene – antall vurderinger i saker avsluttet av fylkesmennene fordelt på lovbestemmelser sakene er vurdert etter – 2010–2012<sup>1</sup>**

	2010	2011	2012	
	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Klager på vedtak om tjenester etter sosialtjenesteloven, opphevet fra og med 2012	1104	1181		
Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen etter kommunehelsestjenesteloven og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, opphevet fra og med 2012	225	245		
Pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen, ny fra og med 2012:				
- helsetjenester i hjemmet			59	23
- plass i sykehjem			114	40
- plass i annen institusjon			74	23
- praktisk bistand og opplæring			127	50
- støttekontakt			169	54
- brukerstyrt personlig assistanse			158	50
- omsorgslønn			325	112
- avlastningstiltak			193	64
- kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig			63	12
Pasrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	227	188	238	34
Pasrl. § 2-2. Rett til vurdering	19	10	5	3
Pasrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	4	3	3	1
Pasrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	22	11	11	3
Pasrl. § 2-5. Rett til individuell plan	15	8	11	5
Pasrl. § 2-6. Rett til syketransport	407	1020	980	130
Pasrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	76	51	45	9
Pasrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	6	3	3	1
Pasrl. kapittel 5. Rett til innsyn/retting/sletting i journal	70	48	53	17
Tannhelsestjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	4	2	1	
Andre lovbestemmelser som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	8	7	57	13
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>	<b>2187</b>	<b>2777</b>	<b>2689</b>	<b>644</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på<sup>2</sup></b>	<b>2031</b>	<b>2674</b>	<b>2524</b>	<b>600</b>

<sup>1</sup> Nytt lovverk i 2012 og fortløpende korrigeringer av feil og mangler i dataene medfører at oppstillingen og tallene avviker noe fra tidligere års publiseringer.

<sup>2</sup> Noen av sakene omfatter vurderinger opp mot mer enn én rettighetsbestemmelse. Derfor blir summen av vurderinger større enn summen av antall saker.

I en sak ble et avvisningsvedtak opphevet og sendt tilbake til Fylkesmannen for realitetsbehandling.

### Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven omhandler rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Formålet med lovbestemmelsene er å unngå eller redusere bruk av tvang, og hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Som tvangstiltak regnes både tiltak mot personens vilje og tiltak som objektivt er å regne som tvang. Det kan handle om tiltak for å hindre at vedkommende skader seg selv, andre personer eller ting, eller tiltak for å dekke vedkommandes behov for mat og drikke, hvile og søvn, påkledning, hygiene eller personlig trygghet.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak om bruk av tvang før de kan iverksettes. I 2012 var 37 prosent av godkjente vedtak skadeavvergende tiltak, og 63 prosent var for å dekke grunnleggende behov. Totalt overprøvet fylkesmennene 1029 vedtak fra kommunene, og av disse ble 992 godkjent, se tabell 12. Av de 37 vedtakene som ikke ble godkjent, ble 22 tilbakesendt for ny behandling, og 15 ble ikke godkjent fordi tvangstiltakene var ulovlige. Ved

utgangen av 2012 var det vedtak med virksomme tvangstiltak overfor 974 personer, mot 935 ved utgangen av 2011. 39 prosent av vedtakene gjaldt kvinner, 61 prosent menn. De godkjente vedtakene omfattet 1755 enkelttiltak.

Tiltakene er inndelt i syv tiltakskategorier:

- Inngrepene varslingssystem som skadeavvergende tiltak 5 %
- Mekanisk tvangsmiddel som skadeavvergende tiltak 3 %
- Annet planlagt skadeavvergende tiltak 29 %
- Inngrepene varslingssystem for å dekke grunnleggende behov 17 %
- Mekanisk tvangsmiddel for å dekke grunnleggende behov 7 %
- Opplærings- og treningstiltak 1 %
- Annet tiltak for å dekke grunnleggende behov 38 %

De vanligste tvangstiltakene er å begrense tilgang til mat, drikke, nytelsesmidler og eiendeler, holding, låsing av dør/vindu, utgangs- eller sengealarm, tvangspeleie som tannpuss, vask, dusj, negl- og hårklipp, skjerming, nedlegging og bruk av remmer/seler/skinner.

Det ble i tillegg registrert bruk av skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, som ikke var regulert i vedtak, overfor

1086 personer, mot 1059 personer i 2011. Antallet meldte beslutninger om skadeavvergende tiltak varierer mye mellom fylkene, se tabell 12, og gir lite informasjon om faktisk bruk av tvang i nødssituasjoner.

I 2012 ble det gitt dispensasjon fra utdanningskrav i 739 av de 992 godkjente vedtakene. Innvilgede søknader forteller lite om hvor mange tvangstiltak som blir gjennomført av personer som ikke oppfyller kompetansekravene. Antall søknader vurdert opp mot antall vedtak kan tyde på at det flere steder er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell.

Det er svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2012 ble fire klager på skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner behandlet og avgjort av Fylkesmannen, og fire klager på overprøvede vedtak ble behandlet og avgjort av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Fylkesmennene gjennomførte 173 stedlige tilsyn for å kontrollere godkjente tvangstiltak eller undersøke forhold der Fylkesmannen enten kjenner til eller regner med at tvang blir brukt. I 2011 ble det gjennomført 222 stedlige tilsyn.

**Tabell 12 Tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning i 2012 – helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9**

Fylkesmannen i	Meldinger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner		Fylkesmannens overprøving av vedtak			Innvilgede søknader om dispensasjon fra utdanningskrav	Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall vedtak godkjent	Antall godkjente tvangstiltak	Antall personer vedtakene gjaldt 31.12.2012		
Østfold	355	46	12	15	12	11	7
Oslo og Akershus	2 830	303	168	343	157	133	29
Hedmark	311	43	73	139	71	70	7
Oppland	563	38	53	88	53	50	5
Buskerud	192	53	67	133	66	47	20
Vestfold	206	27	31	45	25	29	8
Telemark <sup>1</sup>	128	31	24	42	22	19	0
Aust-Agder	124	35	7	13	7	6	0
Vest-Agder	221	41	50	86	45	12	6
Rogaland	6 696	161	94	189	92	81	15
Hordaland	290	95	170	249	138	139	28
Sogn og Fjordane	600	26	14	21	14	10	8
Møre og Romsdal	5 076	54	49	116	43	41	4
Sør-Trøndelag	701	48	46	55	41	5	7
Nord-Trøndelag	118	21	24	40	23	13	4
Nordland	414	29	56	90	51	43	17
Troms	521	24	51	88	44	28	3
Finnmark	1 445	11	3	3	2	2	5
<b>Hele landet</b>	<b>20 781</b>	<b>1 086</b>	<b>992</b>	<b>1 755</b>	<b>906</b>	<b>739</b>	<b>173</b>

<sup>1</sup> For Telemark er data for «Antall meldte beslutninger» og «Antall personer beslutningene gjaldt» tall fra 2011.

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Helsetjenesten skal treffe vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til Fylkesmannen. I 2012 fikk fylkesmennene 2715 vedtakskopier, se tabell 13.

Fylkesmennene gjennomgår alle vedtakene, og Fylkesmannen har myndighet til å overprøve (endre eller oppheve) vedtakene. Dersom det ikke er klagd på et vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A og helsehjelpen varer, skal Fylkesmannen av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet. Varigheten av et vedtak om tvungen helsehjelp er maksimalt ett år. Når vedtaket løper ut, må virksomheten vurdere situasjonen på nytt og eventuelt fatte nytt vedtak.

Antall mottatte vedtak har økt. Antagelig er dette mer et uttrykk for at helsetjenesten har trengt tid til å innarbeide rutiner for å fatte vedtak, enn at omfanget av tvang har økt.

**Tabell 13 Tvang og makt overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2010–2012**

	2010	2011	2012
Antall mottatte vedtak	2075	2367	2715
Antall vedtak tatt til etterretning	1001	1188	2083
Antall opphevede vedtak	157	212	278
Antall endrete vedtak	27	24	70
Antall vedtak som varer mer enn tre måneder	1254	1493	1560
Antall klager på vedtak	18	14	16

## Regnskap og personell

Tildelt utgiftsbudsjett for 2012 for budsjettkapittel 721 Statens helsetilsyn var 100,9 millioner kroner, mens regnskapet viser et forbruk på 105,2 millioner kroner. Inntektene var 4 millioner kroner. Omregnet til årsverk var det 106 ansatte i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2012.

# Publikasjoner fra Helsetilsynet

## Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidler vi funn og erfaringer fra klagesaksbehandlingen og tilsyn med sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester. På nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) finnes alle publikasjoner i fulltekst, og sammendrag på engelsk og samisk.

### 2012

Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering.  
(Rapport fra Helsetilsynet 5/2012)

Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008–2011.  
(Rapport fra Helsetilsynet 4/2012)

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag.  
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2012)

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering.  
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2012)

Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten.  
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2012)

## Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspill til andre barnevern-, sosial- og helsemyndigheter og til tjenestene i brev. Enkelte av disse brevene blir publisert på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), menyen Publikasjoner/Brev og høringsuttalelser

## Helse- og sosialmeldinger

Fylkesmannen i hvert fylke gir årlig ut en publikasjon med stoff om tjenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Navnet er helse- og sosialmelding, barnevern-, sosial- og helsemelding eller lignende, og målgruppene er tjenestene og allmennheten i fylket, og sentrale styresmakter. Meldingene finns i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjoner/Helse- og sosialmelding.

## Artikler og kronikker

Et utvalg artikler og kronikker ansatte i Helsetilsynet skriver, publiseres eller lenkes til på nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), meny Publikasjoner/Artikler og kronikker.

## Kom med forslag til kandidater til Karl Evang-prisen 2013!

Karl Evang-prisen på kr 50 000 deles hvert år ut til en person eller en organisasjon som i Karl Evangs ånd har gjort en spesiell innsats på helse-, sosial- og/eller barnevernområdet.

Prisen blir delt ut på Karl Evang-seminaret som Statens helsetilsyn arrangerer torsdag 17. oktober. Seminaret skal bidra til å skape debatt og engasjement rundt et aktuelt tema i tråd med Karl Evangs visjoner og med relevans for Statens helsetilsyns arbeid. Seminaret er gratis, det er ingen påmelding. Alle interesserte er hjertelig velkomne!

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

Send forslag til prisvinner innen fredag 23. august til:

[evangprisen@helsetilsynet.no](mailto:evangprisen@helsetilsynet.no) eller til Statens helsetilsyn, Pb. 8128 Dep, 0032 Oslo.

### Tilsynsrapporter

Rapportene fra hvert enkelt tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene publiseres på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Der kan de 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)  
Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)  
Besøksadresse: Calmeyers gate 1

