

Tilsynsmelding 2010

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Innhold

Bruk styringssystemene aktivt! 3

Landsomfattende tilsyn 2010

Kommunale tjenester til skrøpelige eldre - trygge nok? 5-7

Kommuner bryter loven i saker om økonomisk stønad 8-9

To regionale tilsyn med spesialisthelsetjenesten 10-11

Rollesammenblanding 12-13

Barnevern som ny tilsynsoppgave 14

Ulike vurderinger av tvangsbruk 15

Legemiddelhåndtering – hva kan gå galt? 16

Helsepersonell som krysser grenser 17

Dagens barselomsorg – stykkevis og delt 18-19

Når svikt i helsetjenesten rammer eldre og pleietrengende pasienter 20-24

Klager i psykisk helsevern 25

Ny mulighet til å begrense helsepersonells autorisasjon 26-27

Raskere tilsyn etter uventet død eller alvorlig skade 28-29

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger 29

Med rett til å debattere 30

Statens helsetilsyns høringssvar til forslag om felles kommunal helse- og omsorgslov 21-23

På leting etter barnevernets ømme tær og rosenknopper 32-33

Sett fra fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene

For dårlig oppfølging av rusmiddelmissbrukere 34

Tilsyn med omsorgstjenester til eldre innvandrere 34

Vedtaksprosjektet og tilsyn med Kvalifiseringsprogrammet (KVP) i Vestfold 35

Tilsyn med kommunenes økonomiske rådgivningstjeneste 35

Landsomfattende tilsyn 2011 36

Første tilsyn etter forskrift om håndtering av humane celler og vev 37

Tall og fakta 38-46

Publikasjoner fra Helsetilsynet 47

Utgitt av Statens helsetilsyn.

Ansvarlig redaktør: Lars E. Hanssen

Redaksjonsgruppe: Berit Austveg, Magne Braaten, Helge Høifødt, Sverre Nesheim, Finn Pedersen (leder), Mariann Aronsen, Anne Solberg og Nina Vedholm.

Engelsk oversettelse: Linda Grytten

Samisk oversettelse: Inger-marie Oskal

Grafisk formgivning og trykking: 07 Gruppen. Opplag 26 000

Illustrasjoner: Inger Sandved Anfinnsen Kobolt Design

Satt med Times new Roman 10,6/12,2 pkt. trykket på Scandia 2000.

ISSN 1501-8083

Tilsynsmeldinger på internett: www.helsetilsynet.no/tilsynsmelding.

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0028 Oslo, telefon 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, epost trykksak@helsetilsynet.no.

Kommentarer og spørsmål kan sendes til tilsynsmelding@helsetilsynet.no.

The Annual Supervision Report 2009 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision: www.helsetilsynet.no.

Noen av artiklene finnes i samisk oversettelse på Helsetilsynets nettsted

www.helsetilsynet.no

Muhtun artiikkaliid gávnnaat sámegeilli Dearvašvuodageahču neahttabáikkis

www.helsetilsynet.no.



Bruk styringssystemene aktivt!

Velferdstjenestene i Norge bygger på en forutsetning om at befolkningen skal ha likeverdig tilgang til forsvarlige tjenester. Staten, kommunene og fylkeskommunene har ansvaret for å sikre at dette oppnås. De nødvendige ressursene blir stilt til disposisjon fra fellesskapets midler gjennom offentlige budsjetter. Forståelsen av rettferdighet og likeverd i en norsk sammenheng bygger derfor på evne og vilje til solidaritet på tvers av befolkningsgrupper og landsdeler. Gjennom mange tiår har det vært stor politisk enighet om disse hovedprinsippene her i landet.

For å sikre likeverdighet og forsvarlighet er det utviklet en omfattende lovgivning. Et vesentlig formål med lovreguleringen er å gi trygghet og forutsigbarhet for tjenestemottakerne. Når kravene i lovgivningen møter de økonomiske rammebetingelsene er det to ulike styringsprinsipper som møtes. For å lykkes må ledelsen være i stand til både å forstå de prinsipper og krav som ligger til grunn for de norske velferdstjenestene og samtidig kunne organisere tjenesteytingen på en måte som sikrer effektiv ressursutnyttelse.

Den norske lovgivningen stiller få krav til organiseringen av tjenestene, men det stilles relativt strenge krav til innholdet. For å vurdere ressursutnyttelsen er det derfor ikke tilstrekkelig å styre etter budsjettdata. Ledelsen, kommunestyrene og foretaksstyrene må kontinuerlig ha en oppfatning av kvaliteten i de tjenestene som ytes. Gjennom vårt tilsynsarbeid ser vi at det fremdeles er mye ugjørt her.

Særlig er vi opptatt av at virksomhetene selv har et bevisst og klart uttrykt forhold til hva som skal kunne betraktes som faglig forsvarlig i ulike



«Et godt styringssystem må være egnet til daglig bruk, og det må samtidig være forankret i virksomhetens øverste ledelse og styre.»

tjenester. Kjernen i både planlagte og hendelsesbaserte tilsyn er ofte å undersøke om tjenesteyterne har planlagt og gjennomfører arbeidet på en måte som kan sikre et forsvarlig tilbud. Forsvarlighet er kjernen i kvalitetsbegrepet som skal sikre pasientsikkerheten.

Styringssystemet kan like gjerne kalles internkontrollsystemet eller pasientsikkerhetssystemet. Men det må kunne fange opp ny faglig kunnskap og sørge for at denne blir gjort kjent og anvendt i virksomheten. Et godt styringssystem

må være egnet til daglig bruk, og det må samtidig være forankret i virksomhetens øverste ledelse og styre. Det må vise hvilke krav som stilles og det må være egnet som grunnlag for erfaringsoverføring i og gjerne også mellom virksomhetene.

Styringssystemet er ledelsens verktøy for å ha styring med forsvarlighet og etterlevelse av andre lovkrav og må bygge på kravene i lovgivningen. Men uten at det forankres i den daglige virksomheten blir det et dødt virkemiddel. Ledelsens gjennomgang og læring av avvik er avgjørende. Styringssystemet må løpende ta opp i seg erfaringer fra egen og andres virksomhet. Erfaringer fra tilsyn og uønskede hendelser hører selvsagt med. Det er således verdt å merke seg at Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentene for 2011 krever av helseforetakene at de kollektivt lærer av feil og systemsvikt både på ledelsesnivå og styrenivå. Den samme utfordringen kan gjerne spilles inn til kommunene.

Vi ser at tilsyn virker. Effekten kan bli enda større dersom erfaringene vi rapporterer fra tilsyn og klagesaksbehandling også blir benyttet av andre tjenesteytere. Vi ser gledelig framgang både i kommuner og foretak. En sammenfatning av våre erfaringer fra 2010 finnes i dette dokumentet. Det er atskillig mer å finne på nettsidene våre www.helsetilsynet.no.


Lars E. Hanssen

Kommunale tjenester til **skrøpelige eldre** - trygge nok?

I vår flerårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre ble det i 2010 ført tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester. Det har foregått tilsyn i sykehjem og i hjemmetjenestene, hos fastleger og med kommunens saksbehandling. Flere ulike tilsynsmetoder har vært benyttet. Til sammen er det gjennomført 294 tilsyn. Vi presenterer her funn fra et utvalg av tilsynene. Tilsynet med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre videreføres i 2011.

Tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til eldre med demenssykdom

Demenssykdom rammer mange og forekomsten stiger med økende alder. I aldersgruppen 80-84 år er forekomsten på vel 17 prosent, økende til 41 prosent for de over 90 år viser data fra Helsedirektoratet. Sykdommen får også innvirkning på den sykes familie og nettverk.

I 2010 ble det i 48 kommuner gjennomført tilsyn med deres tiltak for å identifisere, utrede og følge opp hjemmeboende eldre med demenssykdom, herunder samarbeid med fastlegene. Det ble funnet brudd på krav i lovgivningen i 32 av kommunene.

Mange kommuner manglet gjennomtenkte og innarbeidede framgangsmåter for å identifisere pasienter med demens, og bidra til at de får nødvendig legehjelp for utredning. Det samme gjelder for hvordan kommunen fanget opp endringer i pasientenes behov. Samarbeidet med fastlegene var heller ikke alltid avklart. Når det mangler en felles forståelse for hvordan arbeidsoppgavene skal utføres, blir det opp til den enkelte ansatte hvordan det blir gjort. En slik praksis er for tilfeldig og øker faren for at noe kan svikte. Det kan føre til at personer med demens ikke blir fanget opp og utredet slik de bør, og heller ikke får den hjelpen de har behov for. For personer med demens som ofte ikke kan gi uttrykk for egne behov eller for sin sykdom, kan dette få alvorlige konsekvenser.

Personer med demens er spesielt avhengige av et stabilt og forutsigbart tjenestetilbud. Stadig skiftende personell som kommer til ulike tider og møter den enkelte på ulike måter kan bidra til økt forvirring. Tilsynet viste at enkelte pasienter hadde hatt opptil 26 ulike tjenesteytere i løpet av en måned. Helsetilsynet forventer at kommunen iverksetter tiltak og ordninger som ivaretar de særskilte behovene personer med demens har. Ledelsen må for eksempel vurdere organisatoriske tiltak som kan begrense antallet personer som gir hjelpen. Videre skal god rapporterings- og

«Stadig skiftende personell som kommer til ulike tider og møter den enkelte på ulike måter kan bidra til økt forvirring. Tilsynet viste at enkelte pasienter hadde hatt opptil 26 ulike tjenesteytere i løpet av en måned.»

dokumentasjonspraksis sikre at medarbeiderne til enhver tid vet hvilken hjelp den enkelte pasient trenger og hva andre kolleger har gjort, planlagt og observert.





Kunnskap om demenssykdom er viktig for å yte forsvarlige tjenester til personer med diagnosen. Flere kommuner manglet kompetanseplaner, og internopplæringen var mange steder tilfeldig og mangelfull. Manglende kompetanse kan føre til at personer med demens ikke blir identifisert, behovsdringer ikke blir fanget opp og at den daglige tjenesteytelsen ikke har god nok kvalitet.

Kommunens ledelse har ansvar for å planlegge, organisere og styre tjenesteytingen. Tilsynet viser at ledelsen ikke alltid tar dette ansvaret fullt ut. I flere kommuner er det ikke utført noen risikovurdering av tjenesteområdet, og mulighetene for læring av egne feil blir ikke benyttet til systematisk forbedringsarbeid.

Tilsyn med legemiddelhåndtering og –behandling av hjemmeboende eldre

På grunn av kroniske sykdommer og andre plager bruker mange eldre en rekke legemidler. Halvparten av alle over 70 år får årlig resept på minst fem ulike legemidler og hver femte får

resept på mer enn ti legemidler i følge data fra Reseptregisteret. Risiko for bivirkninger og andre legemiddelproblemer øker når mange legemidler brukes samtidig. Aldersforandringer gir i seg selv også økt sårbarhet for uheldige legemiddelvirksomheter. Å få tatt medisinene riktig kan dessuten være en utfordring, og mange hjemmeboende eldre trenger hjelp til legemiddelhåndteringen av hjemmesykepleien.

I 2010 ble 76 kommuner bedt om selv å vurdere om deres ordninger for legemiddelhåndtering oppfylte en del sentrale krav i regelverket. To tredeler av kommunene rapporterte at de fant mangler. I 12 andre kommuner ble det foretatt tilsyn med hjemmesykepleietjenester til eldre som hadde hjelp til legemiddelhåndteringen. I ni av kommunene ble det påvist avvik fra krav i lovgivningen.

Eksempler på funn ved disse to tilsynene:

- Det var uklart hvem som hadde lederansvar for legemiddelhåndteringen. Ledere med slikt ansvar manglet nødvendig legemiddelkompetanse, uten at faglig rådgiver var utnevnt.
- Ikke alt personell som deltok i legemiddelhåndteringen hadde nødvendige faglige kvalifikasjoner. Ledelsen vurderte ikke kompetansen individuelt, og gjennomførte ikke opplæringsplaner som forutsatt. Opplæring av blant annet vikarer og ufaglærte manglet.

- Vi fant mangelfull journalføring av bl.a. diagnoser, aktuelle legemidler og samhandling med fastlegen.
- Vi konstaterte mangelfulle prosedyrer, rutiner som ikke var oppdatert i henhold til gjeldende forskrift. Prosedyrene ble ikke gjennomgått regelmessig for å vurdere behov for justeringer.
- Kommunen sørget ikke for å skaffe oversikt over risiko og fare for svikt i legemiddelhåndteringen. Opplæring i å melde avvik var mangelfull, og avviksmeldinger ble lite brukt i forbedringsarbeidet.

Legemiddelhåndtering er et velkjent risikoområde. Pasientene er som oftest ikke selv i stand til å si fra dersom legemidlene ikke blir gitt riktig. Personellet som bistår med legemiddelhåndteringen må settes i stand til å observere problemer som oppstår og rapportere videre slik at hjemmesykepleien kan følge opp og om nødvendig sørge for legetilsyn. Dersom kommunen ikke sørger for tilstrekkelig faglig kompetanse og nøyaktighet i alle ledd av legemiddelhåndteringen, kan dette i verste fall få fatale konsekvenser for pasienten.

Tilsyn med fastleger

Tilsynet i 2010 har også omfattet fastlegers utredning og oppfølging av pasienter med demens, og deres legemiddelbehandling av pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien med å ta sine legemidler. Ved 7 av 34 tilsyn oppfylte ikke fastlegen aktuelle lovkrav. Det ble blant annet funnet mangler ved journalføringen, noe som er særlig uheldig dersom andre, for eksempel vikarer, skal bruke journalen. Hos noen ble oppfølgingen av pasienter med demensdiagnose vurdert som såpass tilfeldig og lite strukturert at det kunne få uheldige følger for pasienten. Kontrollrutinene ved antikoagulasjonsbehandling (warfarin) avvek fra faglige anbefalinger hos noen fastleger. Dette kan føre til at pasienten ikke får effekt av

behandlingen eller gi økt risiko for alvorlige bivirkninger i form av blødninger. Antallet tilsyn er lavt, men de gir likevel et bilde av hva som kan svikte hos fastlegen når det gjelder slike sårbare pasientgrupper.

Tilsyn med forebygging og behandling av underernæring

Det er kjent at en del pleietrengende eldre er underernærte eller står i fare for å utvikle underernæring. Underernæring svekker motstanden mot infeksjoner og den fysiske og mentale funksjonen, og øker risiko for komplikasjoner ved sykdom.

I 14 av 21 kommuner ble det påvist at nødvendige tiltak for å identifisere, kartlegge og følge opp aktuelle pasienter ikke var godt nok ivaretatt. Både i sykehjem og hjemmesykepleien manglet nødvendige opplæringstiltak for personellet. Forsømmelser på dette området kan få alvorlige helsemessige konsekvenser for skrøpelige eldre.

Tilsyn med avlastning fra tyngende omsorgsarbeid

Mange hjemmeboende eldre er avhengige av at pårørende gir omsorg og praktisk hjelp dersom de skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Dette omsorgsarbeidet har stor verdi for den enkelte omsorgsmottaker, men også for kommunen. Mange pårørende er selv eldre mennesker. Den kommunale helse- og sosialtjenesten har ansvar også for å ivareta behovene disse har for avlastning fra særlig tyngende omsorgsarbeid.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2010 landsomfattende tilsyn med hvordan kommunene ivaretar og imøtekommer omsorgsgiveres behov for avlastning. Tilsynet ble gjennomført som en stikkprøvekontroll av skriftlig dokumentasjon fra kommunenes saksbehandling ved tildeling av avlastning.

«Kommunen sørget ikke for å skaffe oversikt over risiko og fare for svikt i legemiddelhåndteringen.»

I 48 av 55 kommuner påpekte tilsynsmyndigheten forhold som strider mot forsvarlig saksbehandlingspraksis slik forvaltningsloven krever. Det var et gjennomgående funn at kommunene ikke kartla og vurderte private omsorgsgiveres omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning ved tildeling av tjenester. I mange kommuner var det også lite informasjon tilgjengelig på søknadsskjemaer eller i annet informasjonsmaterieell om muligheten for avlastning. Over en ettårsperiode hadde noen kommuner fattet svært få skriftlige vedtak om tildeling av avlastning. De færreste kommunene hadde gitt avslag på søknader om avlastning i samme tidsrom. Så få spor av at avlastning har vært vurdert, kan samlet sett tyde på at pårørende og andre frivillige omsorgsgivere ikke får et avlastningstilbud de har lovfestet rett til.

Unmeldt tilsyn – et virkemiddel for å komme tett på hverdagspraksis?

Vanligvis blir virksomhetene varslet om tilsyn. Tilsynsmyndigheten kan også gjennomføre et unmeldt tilsyn, der vi uten å varsle eller på få timers varsel reiser ut og innhenter den informasjonen vi trenger fra en virksomhet om en avgrenset problemstilling på et gitt tidspunkt. Formålet er å få et situasjonsbilde av enkelte sider ved praksis i virksomheten.



I 2010 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 24 unmeldte tilsyn med ulike sider ved tjenestetilbudet til eldre i kommunene. Problemstillingene varierte og ble valgt med utgangspunkt i en risikovurdering lokalt.

«Skal vi slippe folk ut midt på vinteren uten klær?» – eksempler fra Aust-Agder

Helsetilsynet i Aust-Agder ble møtt med dette spørsmålet da de gjennomførte unmeldt tilsyn med 15 sykehjem i fylket for å undersøke om beboerne kunne bevege seg rundt uten hindringer.

Beboere ved sykehjem har rett til å bevege seg fritt i og utenfor sykehjemmet, når de ønsker det selv. Sykehjemmet har imidlertid ansvar for å gi nødvendig helsehjelp også til pasienter som ikke kan dra omsorg for seg selv. I slike tilfeller gir pasientrettighetsloven § 4 A adgang til tilbakeholdelse i sykehjemmet, på visse vilkår.

Helsetilsynet i Aust-Agder undersøkte hva slags praksis sykehjemmene har ved låsing av dører. I 14 av 15 sykehjem var utgangsdører, dører til fellesareal, hageareal og gjennomgangssrom låst uten at det var fattet individuelle vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. De løsninger og ordninger som fantes, var av kollektiv art og gjaldt for alle på “innsiden” av døren. Slik praksis er ikke i samsvar med lovgivningen.

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

Kommuner bryter loven i saker om økonomisk stønad



«Mange kommuner sikrer ikke at henvendelser om økonomisk stønad håndteres i henhold til lov- og forskriftskrav. Blant annet ser vi at kommunen ikke sikrer at personlige forhold ikke røpes for andre som oppholder seg der henvendelser blir håndtert.»

Landsomfattende tilsyn med kommunens ansvar for sosiale tjenester i Nav viser urovekkende resultater. Fylkesmennene konkluderer med lovbrudd i nesten alle de undersøkte kommunene. De finner manglende eller utilstrekkelig styring som medfører, eller gir for stor risiko for, at søknader om økonomisk stønad ikke håndteres og behandles i henhold til lov- og forskriftskrav.

Fylkesmennene har undersøkt og vurdert om kommunen ved sin styring (internkontroll) sikrer at behandling av søknader som gjelder økonomisk stønad skjer etter gjeldende lov- og forskriftskrav.

Grunnlaget for å si noe generelt om tendensene er hentet fra de 47 tilsynsrapportene som forelå i desember 2010. Dette tilsvarer tilsyn med ca. 10 prosent av landets Nav-kontorer. Fylkesmennene har valgt tilsynskommuner på bakgrunn av kjennskap til kommunene i sitt fylke, i mange tilfeller er det kommuner der det antas å være stor risiko for svikt i tjenesten. Tendensene som presenteres her gir derfor ikke et fullstendig og representativt bilde av den kommunale sosialtjenestens håndtering og behandling av henvendelser om økonomisk stønad.

Mennesker som henvender seg til Nav for å få vurdert retten til økonomisk stønad er ofte i en spesielt vanskelig livssituasjon. Det er avgjørende at kommunen, ved Nav-kontoret, sikrer at henvendelser håndteres og at søknader om økonomisk stønad behandles forsvarlig.

Grunnlaget for tilsynet er lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, spesielt bestemmelsene om stønad til livsopphold (§ 18), stønad i særlige tilfelle (§ 19) og lovens krav til saksbehandling og internkontroll. Etter risiko- og sårbarhetsvurderinger ble tilsynet rettet mot følgende områder:

- om kommunen sikrer at håndtering av henvendelser om økonomisk stønad skjer i henhold til lov- og forskriftskrav
- om kommunen sikrer at det foretas kartlegging/innhenting av opplysninger i henhold til lov- og forskriftskrav
- om kommunen sikrer at det foretas vurderinger og beslutninger ved avgjørelse om økonomisk stønad i henhold til lov- og forskriftskrav, med særlig vekt på kravet om en individuell vurdering av om stønad skal ytes, stønadens størrelse og stønadsform.

Det er avdekket lovbrudd på alle disse tre tilsynsområdene. Flest lovbrudd finner vi når det gjelder kartlegging, vurderinger og beslutninger.

- Mange kommuner sikrer ikke at henvendelser om økonomisk stønad håndteres i henhold til lov- og forskriftskrav. Blant annet ser vi at kommunen ikke sikrer at personlige forhold ikke røpes for andre som oppholder seg der henvendelser blir håndtert. Publikummottak i Nav-kontorene er ofte åpne lokaler og mange kommuner mangler rutiner for sikker utveksling av personlige opplysninger. Samtalerom finnes, men benyttes i for liten grad. Mange brukere risikerer dermed at de ikke får lagt frem sin sak uten at andre kan høre hva som blir sagt, og at råd og veiledning kan bli begrenset, eller bli gitt uten nødvendig skjerming. Dette er problemer kommunale ledere i liten grad har grepet fatt i.

«Meldinger om feil eller uheldige forhold etterspørres i liten grad av overordnede, og meget sjelden av kommunens øverste ledelse.»



- Rapportene viser at 30 prosent av de undersøkte kommunene ikke sikrer at det innhentes tilstrekkelige opplysninger under kartleggingen. Kommunene vektlegger ofte kun dokumenterte økonomiopplysninger. Forhold som helse, sosiale forhold, familieforhold, andre inntektsmuligheter eller andre forhold som sier noe om brukerens spesielle situasjon, kan også være relevante å undersøke. Svært få kommuner sikrer tilstrekkelig brukermedvirkning i kartleggingen.
 - I over halvparten av tilsynene konstaterer vi at kommunen ikke sikrer at det foretas individuelle vurderinger, knyttet til om grunnvilkår for å tilby stønad er til stede eller ved eventuell utmåling av stønadsbeløp. Mange steder blir veiledende normbeløp benyttet som standard ytelse uten spor av individuell vurdering. Tilsynene viser at kommunen heller ikke sikrer at stønadsform vurderes individuelt. Det er også her lite som tyder på tilstrekkelig samarbeid med brukeren.
 - Et viktig styringskrav er at kommunen skal sørge for at de ansatte som håndterer søknader om økonomisk stønad har tilstrekkelig kompetanse. Hvilken kompetanse de ansatte må ha bestemmes av lovkrav. Utilstrekkelig og lite planmessig opplæring påpekes i halvparten av rapportene og nevnes ofte som den vesentligste styringssvikten.
 - Over halvparten av kommunene som er vurdert mangler tilstrekkelige og relevante rutiner og prosedyrer som skal bidra til at håndtering av henvendelser og behandling av søknader om økonomisk stønad følger gjeldende regelverk.
 - Ansvars- og myndighetsforhold knyttet til tjenesten ser tidvis ut til å kunne være uklare og utydelige både for kommunen og innad i Nav-kontoret.
- Tilsynene viser at mange kommuner har liten oversikt over risikoområder ved håndtering av henvendelser og behandling av søknad om økonomisk stønad. Meldinger om feil eller uheldige forhold etterspørres i liten grad av overordnede, og meget sjelden av kommunens øverste ledelse. De fleste kommuner mangler rutiner for dette. I de tilfellene hvor meldinger om feil eller uheldige forhold faktisk formidles til kommuneledelsen, blir meldingene ofte ikke fulgt opp, og følgelig heller ikke brukt i kommunens forbedringsarbeid.
- Etter gjennomføring av landsomfattende tilsyn arbeider nå mange kommuner med å få på plass eller forbedre de styringsaktiviteter som skal til for at de påpekte lovbruddene kan rettes opp. Tilsynet avsluttes først når forholdene er brakt i orden.

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

To regionale tilsyn med spesialisthelsetjenesten

I 2010 valgte Helsetilsynet i fylkene selv tilsynsystema for sin helseregion, basert på egne risikovurderinger. Resultatene fra to regionale tilsyn er presentert i denne artikkelen.

I helseregion Vest gjorde Helsetilsynet i fylkene tilsyn med utredning av brystkreft. Tilsynet følger opp en nasjonal risikovurdering av kreftbehandling som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2009.

I helseregion Sør-Øst ble det ført tilsyn med avtalespesialistenes virksomhet. Avtalepraksis utgjør en betydelig del av regionens samlede polikliniske spesialisttilbud innen psykisk helsevern. Gjennom tilsynet med avtalespesialister har Helsetilsynet i fylkene høstet erfaringer som kan være nyttige for tilsynsmyndigheten i landet for øvrig.

Tilsyn med utredning av brystkreft hos kvinner på Vestlandet

Hvert år får ca. 2800 kvinner brystkreft. For hver kvinne som får diagnosen er det mange flere som må utredes. Riktig behandling gir svært gode prognoser. Behandlingsresultatene har sammenheng med antall tilfeller brystkreft som behandles. Erkjennelsen av dette har ført til store endringer i behandlingstilbudet de senere årene, og antallet sykehus som utreder og behandler brystkreft er derfor redusert fra 60 til 20.

Et grunnleggende prinsipp i utredning av brystkreft er et forpliktende og tett samarbeid mellom kirurg, radiolog og patolog. Faglige anbefalinger fra Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG) har blitt førende for all utredning med spørsmål om brystkreft. Mammografi-programmet har ført til en betydelig kvalitetsheving for virksomheten totalt sett, noe tilsynet bekreftet.

Risikovurdering av kreftbehandling
Høsten 2009 gjennomførte Statens helsetilsyn en nasjonal risikovurdering av kreftbehandling. 24 spesielt kvalifiserte fagfolk deltok i utvelgelse av områder med fare for svikt innenfor kreftbehandling. Gruppen mente faren for svikt var størst ved forsinket diagnostikk. Gjennomgang av saker hos Norsk pasientskadeerstatning viste at brystkreft var én av de kreftformene der dette var et stort problem.

«Vår anbefaling til de regionale helseforetakene er at når de inngår avtaler med private institutter, bør dette omfatte full trippeldiagnostikk, slik det er faglig enighet om.»

På denne bakgrunn ble diagnostisering og utredning av brystkreft valgt som tema for tilsyn med Helse Førde, Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Fonna. Tilsynet ble utført med enhetene som inngår i trippeldiagnostikk, nemlig kirurgisk, røntgen- og patologisk avdeling. Fordi også flere private røntgeninstitutter utfører undersøkelser som inngår i utredning av brystkreft, ble det i tillegg ført tilsyn med ett privat røntgeninstitutt i Bergen.

Tilsyn virker

Tilsynet bekreftet at anbefalingene i mammografi-programmet ble fulgt. I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde var utredningen i samsvar med nasjonale anbefalinger. Ved Haukeland Universitetsklinikk, Helse

Bergen tok det for lang tid før det forelå svar på vevsprøver fra patologisk avdeling. Ventetiden der var den lengste i landet og ble vurdert å være en urimelig belastning for pasientene. Her ble det derfor konstatert et avvik for lange ventetider på patologisvar. I løpet av et par måneder reduserte Helse Bergen ventetiden til et akseptabelt nivå, og tilsynet er avsluttet. Ventetid for svar på vevsprøver ved annen kreftdiagnostikk var også lang, og sykehuset startet arbeidet med å redusere ventetider på prøvesvar for all kreftdiagnostikk. Det er gledelig at tilsynet ser ut til å ha bidratt til dette, også utover det som var tema for tilsynet.

Anbefalinger etter tilsynet

Tre av helseforetakene får en god del pasienter henvist fra private røntgeninstitutter. Disse utfører mammografi, men ikke trippeldiagnostikk. Vår anbefaling til de regionale helseforetakene er at når de inngår avtaler med private institutter, bør dette omfatte full trippeldiagnostikk, slik det er faglig enighet om.

Et annet funn i tilsynet var at sykehusebene benytter ulike IT-systemer for å prioritere henviste pasienter. Henvisninger til kirurgisk avdeling fører til vanlig registrering og prioritering. Disse henvisningene blir synlige på ventelistene til sykehuset og kvinnen får rettigheter etter pasientrettighetsloven. Hvis henvisningene styres til røntgenavdelingen, registreres pasientene i et annet system (RIS). Her blir de ikke synlige på sykehusets ventelister, og pasientene får ikke pasientrettigheter. Dette er meldt til Statens helsetilsyn som en nasjonal problemstilling.

Tilsyn med psykiatere og psykologspesialister i avtalepraksis

Helsetilsynet i fylkene i helseregion Sør-Øst gjennomførte i 2010 tilsyn med virksomheten til avtalespesialister i psykisk helsevern. Brudd på lovkrav og avdekking av behov for forbedringer forekom særlig på områdene samhandling med fastlege, journalføring og lagring av helseopplysninger samt kartlegging og vurdering av selvmordsfare.

Mange mennesker med psykiske lidelser venter på poliklinisk utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene står for omtrent en tredjedel av den totale polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne.

«Flere spesialister arbeidet ikke systematisk med kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. I mange tilfeller var ikke slik kartlegging og vurdering journalført.»

Temaer for regionale tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2010:

- Slagbehandling (helseregion Nord)
- Kommunikasjon (helseregion Midt-Norge)
- Små fødeavdelinger (helseregion Midt-Norge)
- Barne- og ungdomspsykiatri (helseregion Midt-Norge)
- Diagnostisering og utredning av brystkreft (helseregion Vest)
- Avtalespesialister innen psykisk helsevern (helseregion Sør-Øst)
- Behandling av hoftebrudd og hofteprotesekirurgi (helseregion Sør-Øst)

Det ble gjennomført tilsyn med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser ved i alt 20 avtalepraksiser (en psykiater og en psykologspesialist i hvert fylke). Temaene var mottak og håndtering av henvisninger, utredning, behandling, samhandling med fastlege, journalføring og lagring av helseopplysninger. Det ble påvist i alt tre brudd på lovkrav (avvik) og påpekt 17 forbedringsområder (merknader). I ni praksiser ble det verken funnet brudd på lovkrav eller påpekt forbedringsområder.

Lite samhandling med fastlege

Tilsynene viste at mange avtalespesialister samhandlet lite med pasientenes fastlege. De ga ikke alltid svar til fastlegen på henvisninger eller beskjed om at pasienten var tatt inn til behandling. Ved langvarige behandlingsforløp ble det sjelden gitt tilbakemeldinger underveis. Noen psykiatere forskrev legemidler, også vanedannende legemidler, uten å informere fastlegen. Epikrise ble ikke alltid sendt til rett tid.

Mangelfull dokumentasjon

I enkelte praksiser fantes det ikke et forsvarlig system for dokumentasjon og lagring av pasientopplysninger. Hos flere spesialister var journalføringen uoversiktlig og lite systematisk. Noen journalførte ikke alltid nødvendige og relevante opplysninger.

Manglende systematikk ved kartlegging og vurdering av selvmordsfare

Flere spesialister arbeidet ikke systematisk med kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. I mange tilfeller var ikke slik kartlegging og vurdering journalført. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern var ofte ikke kjent eller aktivt etterlevd.

Andre funn

Gjennomgående var det lite samarbeid mellom avtalespesialistene og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Kompetansen til avtalespesialistene kan trolig utnyttes bedre gjennom en ytterligere integrering i foretakenes virksomhet. Psykologspesialister med barne- og ungdomspsykologi som ferdypningsområde fikk i liten grad henvist barn og unge.

Henvisninger ble sendt direkte til den enkelte avtalespesialist. Ved avslag eller beskjed om lang ventetid må henvisende instans eventuelt henvise til annen avtalespesialist. For mange pasienter og leger blir henvisningsprosessen på denne måten tungvint og tidkrevende.

Rapportene fra de enkelte tilsynene og oppsummeringsrapporter ligger på www.helsetilsynet.no

Rollesammenblanding

Det oppstår rollesammenblanding når en profesjonell behandlingsrelasjon blir privatisert og/eller seksualisert av en profesjonell behandler. Statens helsetilsyn ser svært alvorlig på en slik rollesammenblanding og reagerer som hovedregel med å tilbakekalle helsepersonelllets autorisasjon. Leger, psykologer og fysioterapeuter er overrepresentert, men antallet tilsynssaker mot ufaglært personell innen psykiatri- og rusmiddelomsorgen er økende.

Forekomst

I 2009 tilbakekalte Statens helsetilsyn 108 autorisasjoner, hvorav 11 (10 prosent) var begrunnet i rollesammenblanding. I perioden 2002-2010 har Statens helsetilsyn behandlet til sammen 116 enkeltsaker som gjelder rollesammenblanding. Helsepersonelllets autorisasjon ble tilbakekalt i 74 saker, mens det ble gitt advarsel i 40 saker. I seks saker fikk helsepersonellet begrenset sin autorisasjon. Fordeelingen mellom grupper helsepersonell fremgår av tabellen nedenfor.

Helsepersonellgruppe	Antall
Leger	51
Sykepleiere	15
Hjelpepleiere	14
Fysioterapeuter	10
Psykologer	10
Andre helsepersonellgrupper	8
Uautorisert personell	8

Sammenholdt med antallet av autorisert helsepersonell i Norge viser tilsynssakene som gjelder rollesammenblanding en overrepresentasjon av psykologer, leger og fysioterapeuter. Det er også grunn til å merke seg at saker som gjelder ufaglært helsepersonell utgjør nesten 10 prosent av det totale antall saker. Dette gir arbeidsgiver en utfordring når det gjelder opplæring på arbeidsplassen.

Hvorfor er rollesammenblanding så alvorlig

Behandlingsrelasjoner er i utgangspunktet et skjevt maktforhold hvor behandleren, det vil si helsepersonellet, har kompetanse til å hjelpe pasienten med sine helseproblemer, en kompetanse pasienten ofte vil være avhengig av. Denne maktubalansen er særlig fremtredende i behandlingsrelasjoner hvor helsepersonell yter helsehjelp til pasienter med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet, og hvor pasienten ofte vil være i en særlig sårbar situasjon. Det er helsepersonelllets ansvar ikke å misbruke behandlingsrelasjonen til å dekke egne sosiale og/eller seksuelle behov. Dette gjelder under pågående behandling, men også i tiden etter at behandlingen er avsluttet.

Allmennhetens tillit til helsepersonell og helsetjenesten er knyttet til en forventning om at helsepersonell yter helsehjelp i den hensikt å gi pasienter nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og ikke ut i fra hensynet til at helsepersonellet skal dekke egne behov.

Statens helsetilsyn anser at privatisering og/eller seksualisering av behandlingsrelasjoner er faglig uforsvarlig og et alvorlig misbruk av den tillit helsepersonellet er gitt av samfunnet og helsemyndighetene.

Barnevern som ny tilsynsoppgave

Fra 2010 har Statens helsetilsyn hatt overordnet faglig ansvar for tilsyn med barnevernstjenester i henhold til lov om barneverntjenester § 2-3 b. Dette var tidligere Barne- og likestillingsdepartementets ansvar. Hensikten med denne endringen er å sikre et helhetlig og ensartet tilsyn innen helse-, sosial- og barnevernstjenester, og en styrking av tilsynskompetansen på barnevernområdet.

Fylkesmannen har allerede betydelig erfaring i tilsyn med barnevernet. Statens helsetilsyn har gjennomgått 88 rapporter fra fylkesmennenes systemrevisjoner med barneverninstitusjonene i 2009. Gjennomgangen viste at fylkesmennene hadde valgt ulike temaer for sine tilsyn. Ved mer enn halvparten av de reviderte institusjonene ble det avdekket brudd på lov eller forskrift og/eller at virksomheten hadde forbedringsbehov. Det var særlig mange lovbrudd knyttet til vern av barn og unges personlige integritet.

Det var også lovbrudd som gjaldt hvordan institusjonene ivaretok taushetsplikten sin, forebygget overgrep mot de som bor der, utøvde tvang og hvordan de sørget for nødvendig medisinsk behandling.

Som tema for tilsyn i 2011 har vi valgt hvordan kommunalt barnevern arbeider med undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak til barn som bor hjemme. Hvordan kommunene sikrer barns rett til medvirkning og informasjon og deres rett til å bli hørt skal også undersøkes.

Det er allerede nå klart at det er behov for mer ensartet tilsyn med uønskede hendelser og forhold i kommunal barneverntjeneste og i institusjoner regulert av barnevernloven. Statens helsetilsyn utarbeider derfor, i sam-

«Det var også lovbrudd som gjaldt hvordan institusjonene ivaretok taushetsplikten sin, forebygget overgrep mot de som bor der, utøvde tvang og hvordan de sørget for nødvendig medisinsk behandling.»

beid med fylkesmennene, en veileder om dette. Veilederen bygger på hovedprinsippene som er relevante i ethvert tilsyn: Hvordan undersøke, bedømme, reagere med tilstrekkelig kraft, og påse at praksis endres slik at den blir i samsvar med loven. Veilederen omhandler også kommuners og barneverninstitusjoners ansvar for å ha forsvarlige styringssystemer og for at disse blir fulgt.

Forskrift om tilsyn med barn i barneverninstitusjoner for omsorg og behandling sier at tilsynet skal ta kontakt med det enkelte barn i forbindelse med tilsynsbesøket. Erfaringer viser at fylkesmennene håndterer dette ulikt. Statens helsetilsyn er opptatt av at alle barn og unge skal gis mulighet til å snakke med tilsynsmyndigheten og utarbeider i samarbeid med fylkesmennene en veileder i hvordan disse samtalen skal gjennomføres.

Fylkesmannens initiativ til lovendring

Fylkesmannen i Buskerud har orientert Statens helsetilsyn om en sak. Fylkesmannen mente at uklar lovforståelse førte til ansvarsfraskrivelse for en barnefamilie som flyttet fra en kommune til en annen. Forslag om omsorgsovertakelse for barna var oversendt fylkesnemnda, men kommunen trakk saken da familien flyttet, til tross for at barnas situasjon var uendret. For å sikre at barna fikk riktig hjelp valgte Fylkesmannen selv å fremme saken for fylkesnemnda fordi fraflyttingskommune og tilflyttingskommune var uenige om hvem som hadde ansvaret for dette. Fylkesmannen mener det er behov for lovendring for å unngå at uenighet om ansvaret fører til at barn i en vanskelig livssituasjon ikke får behandlet sin sak fordi familien flytter fra barnevernet. Fylkesmannen har derfor fremmet forslag om lovendring, som nå ligger til behandling i departementet.

Statens helsetilsyn ser positivt på at fylkesmannsembetene tar initiativ til lovendring på områder hvor de ser svakheter i regelverket. En tydeliggjøring av ansvaret for kommuners oppfølging i barnevernssaker vil sikre bedre beskyttelse av barn i familier som flytter mellom kommuner.

Ulike vurderinger av tvangsbruk

Pasientrettighetslovens kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009. Formålet med dette regelverket er å sikre at pasienter som ikke har samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får helsehjelp når det er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade.

Pasientens normale rett til selv å velge om helsehjelpen er ønsket eller ikke, kan settes til side når fordelene for pasienten klart oppveier ulempene ved å gi tvungen helsehjelp. Et annet formål er å forebygge og begrense bruk av tvang. En forutsetning er derfor at tillitskapende tiltak skal være forsøkt før tvang benyttes. Pasientrettighetsloven kapittel 4A skal altså både sikre pasienten forsvarlig og nødvendig helsehjelp og ivareta respekten for pasientens integritet og menneskeverd.



Dette er et nytt regelverk som gir adgang til å iverksette inngripende tiltak overfor pasienter. Statens helsetilsyn ønsket derfor å undersøke hvordan regelverket blir anvendt i praksis. Når virksomhetene vedtar bruk av tvang, sendes kopi av vedtaket til Helsetilsynet i fylket. Statens helsetilsyn innhentet i 2010 et utvalg av disse vedtakene fra alle fylker. Gjennomgang av disse viste stor grad av ulikhet i hvordan vilkårene for bruk av tvang overfor personer uten samtykkekompetanse, blir vurdert.

De fleste vedtakene gjelder pasienter som er eldre enn 70 år og har demens, men det er flere eksempler på at det er fattet vedtak for yngre pasienter og pasienter med kombinasjon av ulike diagnosetyper.

«En pasient kan f.eks. ikke innlegges i sykehjem mot sin vilje, når det er tvil om pasienten mangler samtykkekompetanse, selv om pasienten er 90 år og redusert.»

En grunnleggende forutsetning er at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det skal gjøres en konkret helsefaglig vurdering av samtykkekompetansen for hver pasient og for hver situasjon der tvang skal anvendes. Det skal ikke være tvil om at pasienten mangler samtykkekompetanse. At en pasient har "feil" mening gir ikke grunn for å si at pasienten er uten samtykkekompetanse. En pasient kan f.eks. ikke innlegges i sykehjem mot sin vilje, når det er tvil om pasienten mangler samtykkekompetanse,

selv om pasienten er 90 år og redusert. Kommunen fremholdt i en sak at innleggelse ikke var et for stort inngrep, når pasienten i så mange år hadde fått bo hjemme.

Pasienten kan ha rasjonelle grunner for å motsette seg helsehjelpen. Det gjelder også pasienter som er vurdert å være uten samtykkekompetanse. Helsehjelpen skal derfor tilrettelegges for hver enkelt pasient. Det må foreligge en individuell begrunnelse for at unnlatelse av å gi helsehjelpen vil føre til vesentlig helseskade, at dette er nødvendig helsehjelp og at det er forholdsmessighet mellom pasientens behov for helsehjelp og de tiltakene som brukes. En pasient kan for eksempel ikke legges inn i sykehjem i en prøveperiode for å se om pasienten oppgir sin motstand.

Mange vedtak mangler beskrivelse av hvilke individuelle tiltak som er prøvd for å skape tillit og trygghet hos pasienten eller om alternative tiltak er forsøkt. Det var for eksempel uklart om demente pasienter på sykehjem som ikke kan orientere seg eller kle seg i samsvar med værforholdene får anledning til å være ute, og om det finnes alternativer til at døren ut fra avdelingen er låst.

Vilkårene for bruk av tvang er skjønnsmessige og verdibaserte. Pasientens rettsikkerhet er avhengig av korrekt saksbehandling for å hindre urettmessig tvangsbruk. Tvang skal ikke benyttes for å spare ressurser eller fordi kompetanse mangler. Det er lovgivers forutsetning, men det er slett ikke sikkert at det er slik. Ut fra de funn som er gjort, vil Statens helsetilsyn følge med i den videre anvendelsen av kapittel 4A. I 2011 skal det gjennomføres landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp i de kommunale helsetjenestene.

Legemiddelhåndtering – hva kan gå galt?

- «Det var en travel dag i avdelingen, mange pasienter hadde behov for hjelp. Rett før midnatt koblet jeg fra infusjon med det jeg trodde var antibiotika og oppdaget at pasienten hadde fått infusjon med Metronidazol og Cefotaxim i stedet. Disse stoffene skal ikke blandes, i følge Felleskatalogen».

I sykehus har mange helsepersonell en travel hverdag. Det kan være få ansatte på vakt og mange pasienter med sammensatte behov i avdelingen. Mye kan skje sent på kvelden eller om natten, når sykepleiere og leger er slitne. I slike situasjoner er det viktig med gode rutiner og prosedyrer for å forebygge feil. I denne artikkelen skal vi vise noen eksempler fra meldinger registrert i Meldesentralen, for å illustrere hva slags feil som kan skje i håndteringen av legemidler.

Meldesentralen registrerte 16 457 meldinger om uønskede hendelser i sykehus i tidsperioden 2001 til 2009. 3733 av meldingene, dvs. 23 prosent, gjaldt hendelser i forbindelse med legemiddelhåndtering. Noen typiske feil ved håndtering av legemidler er at:

- det gis feil dose
- det gis på feil måte
- det gis feil legemiddel
- det gis til feil pasient
- det gis til feil tidspunkt
- det har uventet effekt

25 prosent av de rapporterte feilene i perioden gjaldt feil dose, dvs. at pasienten enten fikk for lite eller for mye av et legemiddel. For eksempel:

- «Jeg skulle føre over medisiner fra en side i medisinararket til neste side. Jeg skrev Trileptal 300 mg 2,5 tbl ganger 2. Jeg skulle ha skrevet Trileptal 300 mg 2,5 tbl morgen + 2 tbl kveld. Den som skulle kontrollere at jeg hadde gjort det riktig, hadde heller ikke sett min feil. Dette resulterte i at pasienten fikk feil dose i 5 dager».

14 prosent av feilene gjaldt feil administrering, dvs. at legemiddelet var gitt på feil måte, for eksempel ved at injeksjoner som skulle gis intravenøst (i blodet) ble gitt subkutant (i huden) eller intramuskulært (i muskel):

- «Intravenøs infusjon av hyperton kalium gikk subkutant og førte til nekrose (dødt vev) i innstikkstedet».

I elleve prosent av meldingene ble det gitt feil legemiddel til pasienten. Noen legemidler har navn som lett kan forveksles. Noen pakker ser like ut, og sykepleieren kan ta feil:

- «Pasienten fikk 50 mg Nozinan tabletter som han ikke skulle hatt. Det stod Nobligan på pasientkurven, men jeg leste det som Nozinan».

I elleve prosent av de rapporterte hendelsene fikk pasienten et legemiddel som en annen pasient skulle fått.

- «Pasienten som skulle ha en gynekologisk operasjon fikk nabopasientens premedisiner og fastemedisiner».

Ni prosent av hendelsene gjaldt uventet effekt:

- «Pasienten hadde fått fjernet mandlene. Hun fikk postoperativ smerteterapi med Morfin. Dette førte til kløe. Det ble byttet til Ketorax. Uvula (drøvelen) var da på størrelse med en drue. Pasienten ble veldig hoven i ansiktet, leppene, halsen og litt i de øvre ekstremiteter.»

Få meldinger, kun tre prosent, gjaldt feil tidspunkt:

- «Ga medisin kl 11 (tre timer for sent) og oppdaget det sent fordi det var uklart i pasientjournalen».

De fleste uønskede hendelser i legemiddelhåndtering (88 prosent) førte ikke til skade på pasienten. Likevel er det viktig at hendelsene meldes, slik at sykehusene kan analysere årsakene til hendelsene, lære av feilene, og forebygge hendelser som kan føre til personskade eller dødsfall.

33 prosent av pasientene som er innlagt på sykehus, er eldre mennesker. Eldre mennesker er mer utsatt for legemiddelhåndteringsfeil enn yngre. I så mange som 47 prosent av hendelsene som gjaldt legemiddelhåndtering var pasienten 67 år gammel eller eldre.

Bivirkninger av legemiddelbruk meldes til Statens legemiddelverk, mens feil knyttet til legemiddelhåndtering meldes til Statens helsetilsyn. Legemiddelhåndtering omfatter alle oppgaver som utføres fra legemiddelet er rekvirert til det er utdelt.

Helsepersonell som krysser grenser

«Svenske tilsynsmyndigheter gransker Norges verste lege etter at NRK avslørte at hun nå jobber videre i Sverige», kunne NRK Nyheter fortelle 5. mai 2010.

Et naturlig spørsmål etter flere nyhetsoppslag som dette i løpet av året er om de nordiske landene orienterer hverandre om helsepersonell som får reaksjoner fra tilsynsmyndighetene.

Legen NRK Nyheter fortalte om fikk tilbakekalt sin spesialistgodkjenning i Norge i 2006. Tilsynsmyndighetene i alle de nordiske landene ble informert om dette da vedtaket ble fattet. Men mye tyder på at informasjonen ikke ble godt nok fulgt opp i Sverige.

Statens helsetilsyn har i mange år hatt som fast rutine å orientere myndighetene i de andre nordiske landene om helsepersonell som blir fratatt sin autorisasjon helt eller delvis, eller som selv har gitt avkall på sine rettigheter som helsepersonell. Vi mottar løpende slike opplysninger fra de andre nordiske landene. Dette samarbeidet mellom de nordiske landene bygger på en avtale mellom landene fra 1993 ⁽¹⁾. I tillegg fremgår det av helsepersonelloven § 57 fjerde ledd at autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning som er gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Når det er nødvendig skal de nordiske landene også utveksle informasjon om begrunnelsen for de vedtakene som er fattet. Erfaring viser at landene har noe ulik praksis for hva slags informasjon som blir utlevert. En årsak til dette er at landene har ulike regler for når det kan utleveres opplysninger som er taushetsbelagte.

Som det fremgår av eksempelet over er det helt avgjørende at slik informasjon følges opp. Statens helsetilsyn har som fast rutine å samkjøre opplysninger fra de andre nordiske landene med opplysninger i Helsepersonellregisteret. Dette førte i 2010 til at ni helsepersonell mistet sin norske autorisasjon som helsepersonell.

For helsepersonell fra andre EØS/ EU-land, Europa ellers og land i andre verdensdeler er det ikke etablert tilsvarende rutiner for informasjonsutveksling. Statens helsetilsyn vil likevel sende informasjon til slike land

dersom opplysninger i en sak tilsier at det bør gjøres.

De senere år har Statens helsetilsyn gitt advarsel til mellom 60 og 80 helsepersonell årlig.

Landene har ikke utvekslet informasjon om slike reaksjoner tidligere. Men etter muntlig avtale mellom direktørene for tilsynsmyndighetene i Norge, Sverige og Danmark har landene siden februar 2010 hatt som intensjon også å utveksle slike opplysninger. Statens helsetilsyn har derfor orientert Sverige og Danmark om advarsler som er gitt fra dette tidspunkt. Vi har imidlertid hittil ikke mottatt tilsvarende opplysninger fra Sverige og Danmark.

«Statens helsetilsyn har som fast rutine å samkjøre opplysninger fra de andre nordiske landene med opplysninger i Helsepersonellregisteret. Dette førte i 2010 til at ni helsepersonell mistet sin norske autorisasjon som helsepersonell.»

⁽¹⁾ Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse grupper innen helsevesenet og for veterinærer. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1993.



Dagens barselomsg – stykkevis og delt

I 2010 foretok Statens helsetilsyn, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, et tilsyn med barselomsgen i hele landet, der omsorgen ble målt mot forsvarlighetskravene i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.


For å oppnå målet om en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsg må regionale helseforetak og kommuner sammen sørge for helheten. Det omfatter både et helsetilbud med god kvalitet, en helhetlig og trygg opplevelse av svangerskap, fødsel og en familievennlig barselomsg. Tjenestetilbudet skal tilpasses individuelt, og sikre at nybakte foreldre får en best mulig start på sin nye tilværelse.

Statens helsetilsyn så på hvordan helseforetakene og kommunene definerer, planlegger, tilrettelegger og gjennomfører barselomsg. Det ble innhentet opplysninger fra alle landets fødeinstitusjoner, og fra 50 helsestasjoner i et representativt utvalg av landets kommuner. Pasientforløp for hundre fødsler, med 100 barselkvinner og 101 barn fra fødsel til og med de første ukene i barseltiden, ble gjennomgått og analysert.

Tilsynet avdekket at dagens barselomsg langt fra oppfyller intensjonen om at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende omsorg. At liggetiden i barselavdeling er nokså ens tyder på at tilbudet ikke rettes inn mot individuelle behov. Spesielt barselomsgen fremstår som utilfredsstillende, og mangler forutsigbarhet og kontinuitet, særlig når det gjelder kvinnenes behov. De viktigste konklusjonene var:

- Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i barseltiden var ikke avklart.
- Pasientforløpene viser at fødeinstitusjonene og kommunene ikke hadde sikret samarbeidet med helsestasjonene om helsetjenestetilbudet til barselkvinnen, det nyfødte barnet og familien gjennom forpliktende samarbeidsavtaler.
- Informasjonsoverføring mellom fødeavdelingene og kommunene var i de fleste tilfeller mangelfull.
- Antall reelt gjennomførte hjemmebesøk hos nyfødte samsvarer ikke med tall i nasjonal statistikk – KOSTRA. Langt færre får hjemmebesøk innen to uker etter fødsel enn det som oppgis i den nasjonale statistikken.

Statlige helsemyndigheter har utgitt retningslinjer for svangerskaps- og fødselsomsorgen, mens helsetjenestetilbudet i barseltiden ikke er inkludert i disse. Det mener vi det er behov for. Det har skjedd store endringer i fødselsomsorgen, spesielt med vesentlig kortere liggetid etter fødsel. Den kortere liggetiden er ikke kompensert for med andre tilbud, eller med endringer i samhandling mellom personellgrupper eller mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene, for å sikre forsvarlig oppfølging.



«Tilsynet avdekket at dagens barselomsg langt fra oppfyller intensjonen om at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende omsorg.»

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

Når svikt i helsetjenesten rammer **eldre og pleietrengende pasienter**

Statens helsetilsyn behandler hvert år en rekke saker der det klages over at pasienter ikke har fått forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og der helsepersonells oppførsel overfor pasienter har vært uakseptabel. Nedenfor skal vi se på noen saker som gjelder eldre og pleietrengende pasienter.

Pasienter har i sitt møte med helsetjenesten krav på å bli møtt med vennlighet, forståelse og respekt. Behandlingen de mottar skal være forsvarlig og omsorgsfull. Dette følger av bestemmelser i helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

Som sakene nedenfor viser er ikke alltid virkeligheten slik at pasienter blir forsvarlig ivaretatt i møtet med helsetjenesten.

Statens helsetilsyn kan reagere overfor uforsvarlig virksomhet og uønsket atferd på ulike måter. Overfor virksomheter kan vi påpeke brudd på helselovgivningen. Dersom forholdene ikke rettes, kan vi gi pålegg om retting. Vi kan gi advarsel til helsepersonell og i tilfeller hvor helsepersonellet viser seg uegnet som helsepersonell eller har en atferd som er uforenelig med å være helsepersonell, kan vi frata dem autorisasjonen.



EKSEMPLER PÅ SAKER

Manglende oppfølging

En eldre dame kom på sykehjem etter sykehusinnleggelse. Der fikk hun et legemiddel som kunne gi høyt blodsukker. Blodsukkeret skulle derfor måles jevnlig, og hun skulle få insulin ved behov.

Ulike personer, både sykepleiere og hjelpepleiere, målte pasientens blodsukker totalt ni ganger. Målingene viste at pasientens blodsukker økte fra dag til dag. Med ett unntak ble blodsukkerverdiene ikke notert i den løpende sykepleiejournalen, kun på et ark. Vurderinger vedrørende pasientens stigende blodsukker ble ikke beskrevet i journalen, og det var heller ikke notert at det aktuelle legemiddelet kunne gi en slik bivirkning. Pasientens stigende blodsukker ble ikke rapportert til lege.

Pasienten ble tiltakende dårlig. Seks dager etter innleggelsen på sykehjemmet fikk personalet ikke kontakt med pasienten. Blodsukkeret ble målt. Verdien var da det høyeste måleinstrumentet kunne vise. Lege ble kontaktet og insulin gitt, men tilstanden lot seg ikke reversere, og pasienten døde senere på dagen.

Statens helsetilsyn påpekte at ingen av de involverte hadde reagert på og rapportert om pasientens stigende blodsukker. Vi antok at dette skyldtes at sykehjemmet hadde mangelfulle rutiner. Vi opprettet tilsynssak mot virksomheten, men ikke mot helsepersonell.

Etter å ha undersøkt saken fant vi, i tillegg til svikt ved kontroll og rapportering om stigende blodsukker, svikt ved kartlegging og dokumentasjon av pasientens behov ved innskrivningen, svikt ved oppfølging av pasientens ernæringsbehov, og svikt ved journalføring/dokumentasjon og pleie og omsorg ved livets slutt.

Vi konkluderte med at ledelsen ved sykehjemmet ikke hadde etablert nødvendige kvalitetsstyringssystemer for å sikre forsvarlig behandling, pleie og omsorg. Dette medvirket til at pasienten fikk uforsvarlig behandling. Den mangelfulle styringen ble ansett som brudd på kravet til forsvarlig virksomhet, jf kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

«Forbytingen førte til at pasienten hadde fått sterke psykofarmaka som hun ikke skulle ha, men ikke sine egne legemidler, blant annet hjertemedisiner.»

Feilmedisinering

En eldre pasient fikk bistand fra hjemmesykepleien til legemiddelhåndtering.

Systemet i kommunen var at medisinene til pasientene ble pakket av et apotek i små poser, såkalte multidoser, merket med brukerens navn, type medisin og dose. Multidosene ble levert fra apoteket i ruller og deretter fordelt i dosetter til den enkelte pasient. Men i denne prosessen skjedde det en forbyting, og medisiner for en annen pasient ble lagt i dosetten.

Pasienten fikk de tre påfølgende dagene utdelt feil medisiner fra dosetten, til sammen syv ganger, av tre forskjellige personer fra hjemmesykepleien.

Pasienten ble tiltakende slapp og dårlig. Sykepleieren som kom på

besøk til pasienten den fjerde dagen, lurte på om årsaken til pasientens forverrede tilstand kunne være bivirkninger av eventuelle nye medisiner. Hun oppdaget da at multidosen som lå i pasientens dosett var merket med en annen pasients navn. Navnet på medisindosetten var imidlertid riktig. Pasienten hadde altså fått utdelt feil medisiner i tre dager uten at noen oppdaget feilen. Ingen av de tre personene som delte ut medisin hadde kontrollert at navnet på multidosen stemte med pasientens. Forbytingen førte til at pasienten hadde fått sterke psykofarmaka som hun ikke skulle ha, men ikke sine egne legemidler, blant annet hjertemedisiner.

I tillegg til de som ga pasienten feil medisiner, var tre personer involvert i fordeling av multidoser til dosetter den dagen forbytingen skjedde. Minst syv personer var altså involvert i feilmedisineringen. Vi mente at det var gjort mange feil og at kommunens kvalitetsstyringssystem for legemiddelhåndtering var mangelfullt. Det var også klart at flere helsepersonell hadde gjort feil.

Etter gjennomgang av saken konstaterte Statens helsetilsyn svikt på følgende områder:

Styring av legemiddelhåndteringen
Flere styringsdokumenter for legemiddelhåndtering var mangelfulle, upresise og ufullstendige. Dessuten manglet det styringsdokumenter på enkelte sårbare områder med stor risiko ved svikt, eksempelvis fordeling av multidoser til medisindosetter.

Sikring av helsepersonellens kompetanse

Kommunen hadde et system for opplæring i legemiddelutdeling. Alt involvert helsepersonell hadde fått opplæring, med unntak av en vikar. Kommunen hadde ikke etablert rutiner for kontroll av om vikarer hadde





nødvendig kompetanse. Det var også mangelfull opplæring av ansatt personale.

Ivaretagelse av dokumentasjonsplikten

Den aktuelle hendelsen var mangelfullt dokumentert i pasientjournalen og i andre resultatdokumenter. Vikarer hadde ikke tilgang til pasientjournaler, men måtte dokumentere opplysningene i en vikarperm. I denne saken kunne kommunen ikke finne denne i ettertid.

Avvikshåndtering

Helsepersonellet uttalte at feilfrekvensen ved legemiddelhåndteringen i kommunen var meget høy, og at de hadde påpekt dette gjentatte ganger. Statens helsetilsyn ba derfor om avviksmeldinger vedrørende legemiddelhåndteringen siste året. Vi fikk 80 avviksmeldinger fra kommunen. Avvikene gjaldt at pasientene ikke hadde fått medisinen sin en eller flere ganger, de hadde fått feil dose, feil legemidler eller legemidler var forbyttet, og legemidler manglet. Forbygging av dosett eller multidose forekom også.

Avviksmeldingene manglet årsaksanalyse, forslag til tiltak for å forebygge gjentakelse av avviket, iverksetting og vurdering av om tiltaket hadde ønsket effekt. Avvikene var heller ikke meldt til overordnet.

Vi mottok ingen prosedyrer eller annen dokumentasjon som viste hvordan ledelsen på en systematisk måte skulle overvåke og sikre at etablerte prosedyrer ble fulgt og at de fungerte som forventet. Vi la derfor til grunn at dette manglet.

Statens helsetilsyns vurdering

Statens helsetilsyn konkluderte med at det var store mangler ved kommunens styringssystem knyttet til de hjemmebaserte tjenestene, og at styringssystemet var lite egnet til å sikre en forsvarlig legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten. Det ble derfor konstatert brudd på forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven.

Vi fant at tre helsepersonell som hadde delt ut feil legemidler til pasienten hadde opptrådt uforsvarlig, men at de ikke skulle gis advarsel fordi årsaken til feilmedisineringen i stor grad var knyttet til mangler ved kommunens styringssystem.

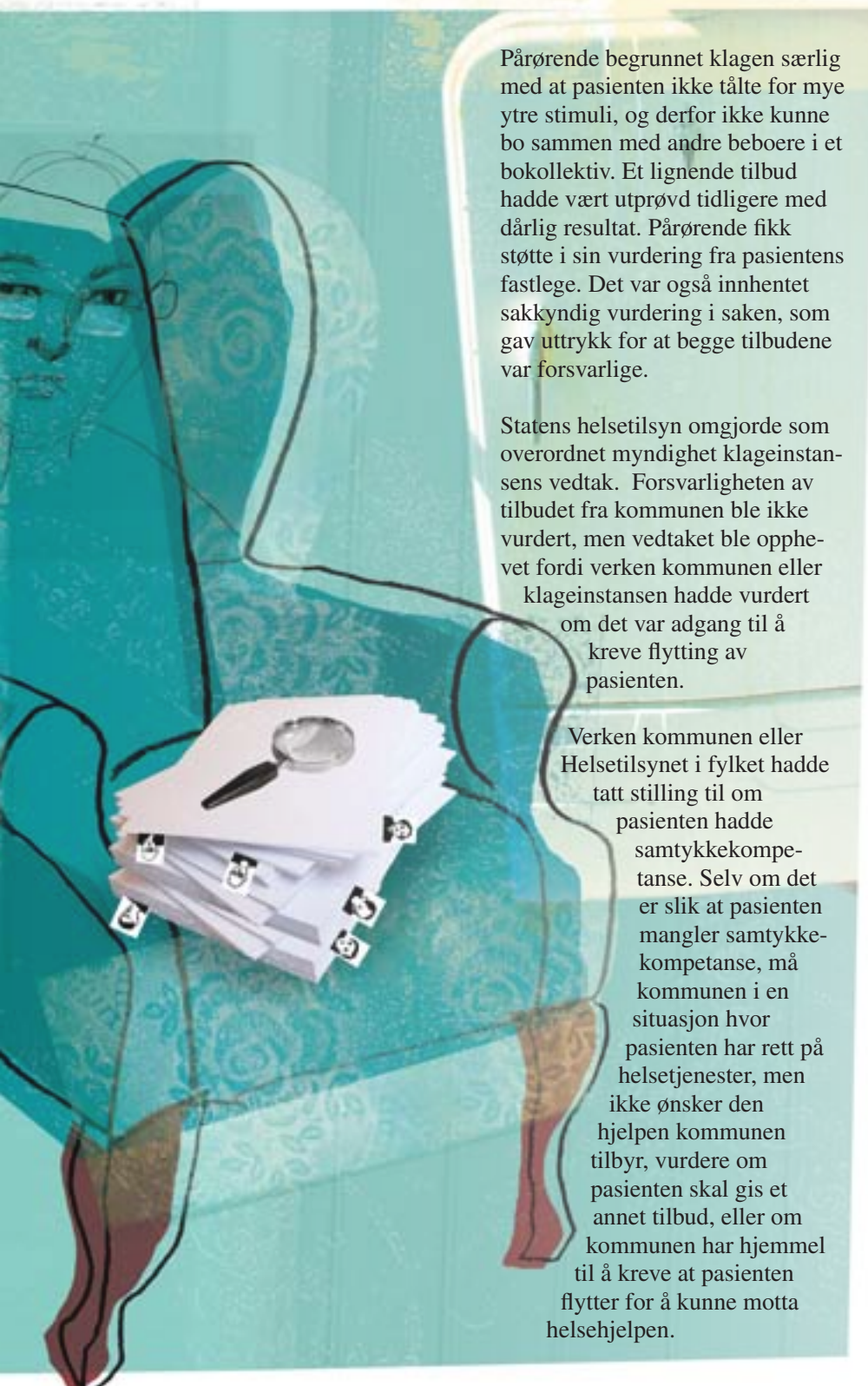


Tvangsflytting

En kommune hadde fattet vedtak om å stanse helsehjelp i form av hjemmetjenester i egen bolig til en dement og pleietrengende pasient, og i stedet tilby pasienten tilsvarende tjenester i et bokollektiv for demente.

Pårørende klaget til Helsetilsynet i fylket, som stadfestet kommunens vedtak. Klagen ble begrunnet med at det var uforsvarlig å flytte pasienten og at det beste for pasienten var å fortsette å motta hjemmetjenester i egen bolig. Pasienten bodde sammen med pårørende, som hjalp henne de timene hun ikke mottok tjenester fra kommunen.





Pårørende begrunnet klagen særlig med at pasienten ikke tålte for mye ytre stimuli, og derfor ikke kunne bo sammen med andre beboere i et bokollektiv. Et lignende tilbud hadde vært utprøvd tidligere med dårlig resultat. Pårørende fikk støtte i sin vurdering fra pasientens fastlege. Det var også innhentet sakkyndig vurdering i saken, som gav uttrykk for at begge tilbudene var forsvarlige.

Statens helsetilsyn omgjorde som overordnet myndighet klageinstansens vedtak. Forsvarligheten av tilbudet fra kommunen ble ikke vurdert, men vedtaket ble opphevet fordi verken kommunen eller klageinstansen hadde vurdert om det var adgang til å kreve flytting av pasienten.

Verken kommunen eller Helsetilsynet i fylket hadde tatt stilling til om pasienten hadde samtykkekompetanse. Selv om det er slik at pasienten mangler samtykkekompetanse, må kommunen i en situasjon hvor pasienten har rett på helsetjenester, men ikke ønsker den hjelpen kommunen tilbyr, vurdere om pasienten skal gis et annet tilbud, eller om kommunen har hjemmel til å kreve at pasienten flytter for å kunne motta helsehjelpen.

Pasientrettighetsloven § 4A-4 annet ledd åpner for at pasienter uten samtykkekompetanse kan innlegges eller holdes tilbake i helseinstitusjon dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Bokollektiv, omsorgsboliger og lignende omfattes imidlertid ikke av begrepet helseinstitusjon. Et vedtak om helsetjenester som forutsetter flytting til et bokollektiv mot pasientens vilje, er derfor ugyldig.

Seksualisert vold

En hjelpepleier som arbeidet på et sykehjem utsatte seks pasienter for seksuelle overgrep. Pasienter og kollegaer forklarte hvordan hjelpepleieren tiltalte pasienter på måter som de oppfattet som uakseptable. En pasient forklarte hvordan hjelpepleieren fire-fem ganger vasket henne i underlivet på en seksuell måte, og en annen pasient fortalte om overgrep ved vask nedentil.

Hjelpepleieren nektet for å ha utført handlingene slik de ble beskrevet av pasientene og sykehjemmets ledelse. Vedkommende hevdet å ha utført jobben sin og hjulpet pasientene med vask og dusj. Statens helsetilsyn festet tillit til pasientenes forklaringer.

Statens helsetilsyn påpekte i sin avgjørelse at helsepersonell må utvise den største forsiktighet og profesjonalitet i situasjoner hvor de hjelper pasienter med intimhygiene. Faren for at pasienter kan oppleve seg krenket er forholdsvis stor i slike situasjoner. Det ble påpekt at det inngår i hjelpepleieres grunnkompetanse å hjelpe pasienter med personlig hygiene, av- og påkledning og toalettbesøk, og at dette skal utføres slik at den enkeltes verdighet ivaretas. Å vise respekt for det enkelte menneske og utvise stor grad av varhet og omtanke for pasientenes situasjon, er grunnleggende for alt helsepersonell.





Hjelpepleieren ble ansett som uegnet til å utføre hjelpepleieryrket på en forsvarlig måte. Vi mente at hjelpepleierens handlinger viste grov mangel på faglig innsikt og at hjelpepleierens handlinger i møte med pasientene måtte anses som uforsvarlig virksomhet. I tillegg vurderte vi handlingene til å være en type atferd som ikke er forenlig med yrkesutøvelse som hjelpepleier. Autorisasjonen ble tilbakekalt.

Vold – tvang og hardhendt håndtering

En sykepleier som arbeidet på sykehjem hadde kommet i slåsskamp med en pasient. Sykepleieren forklarte at hun skulle måle pasientens blodsukker og at pasienten motsatte seg dette. Ifølge hennes forklaring ble hun sint og forsøkte å holde pasienten med makt da pasienten slo henne i magen. Det utviklet seg til en slåsskamp. Sykepleieren ba en assistent hjelpe seg og tok så blodprøven ved bruk av tvang. Det kom fram at den samme sykepleieren tidligere også hadde satt en sprøyte på en pasient med tvang.

Pasienten det ble tatt blodprøve av med tvang, beskrev sykepleieren som brutal, og uttalte at han var redd sykepleieren og ikke ville bli behandlet av vedkommende.

Den samme sykepleieren hadde tvunget mat i en annen pasient etter at pasienten ga uttrykk for at hun ikke ville ha mer. Pasientens munn var full av mat, men sykepleieren fortsatte å stappe skjeen med mat i munnen på pasienten. Pasienten fikk svelgeproblemer, og det rant mat ut av munnen til pasienten. Sykepleieren ble sint og ropte høyt, og det ble observert at sykepleieren klør pasienten.

Statens helsetilsyn uttalte at sykepleiere forutsettes å opptre profesjonelt og ikke la seg frustrere i en slik grad at det påvirker deres rasjonelle tenkning og atferd, selv om pasienters

atferd kan oppleves som utfordrende eller pasienter oppleves som lite samarbeidsvillige. Videre påpekte vi viktigheten av at helsepersonell i slike situasjoner innhenter hjelp og bistand, og prøver å bruke metoder som motivering, overtalelse og forhandling. Denne sykepleieren tilkalte hjelp første etter å ha slått pasienten ved en av hendelsene, og ved de andre hendelsene ba ikke vedkommende om hjelp.

Sykepleierens bruk av tvang og makt i disse situasjonene ble ansett som åpenbart brudd på kravet til forsvarlig og omsorgsfull hjelp. I vurderingen av situasjonen der sykepleieren fortsatte å

«Den samme sykepleieren hadde tvunget mat i en annen pasient etter at pasienten ga uttrykk for at hun ikke ville ha mer. Pasientens munn var full av mat, men sykepleieren fortsatte å stappe skjeen med mat i munnen på pasienten.»

gi pasienten mat mot pasientens vilje, la vi også vekt på at sykepleieren viste manglende evne til å vise empati og sette seg inn i pasientens situasjon. Sykepleieren lot seg heller styre av eget behov for å utføre oppgaven på sin måte og med sitt tempo.

Statens helsetilsyn fant at sykepleieren var uegnet til å utøve sykepleievirksomhet forsvarlig på grunn av ufor-

svarlig virksomhet og grov mangel på faglig innsikt. Sykepleieren ble fratatt sin autorisasjon.

Vold – hardhendt håndtering

En hjelpepleier utøvet vold mot tre pasienter ved skjermet enhet på et sykehjem. Hjelpepleieren hadde sparket en av disse, og hadde slått to andre pasienter i ansiktet. I tillegg var hjelpepleieren observert høyrøstet og hardhendt ovenfor pasienter ved flere tilfeller.

Hjelpepleieren forklarte at hun i perioden var veldig sliten, at hun mistet evnen til å roe ned og at hun hadde handlet i affekt.

Statens helsetilsyn uttalte i sin vurdering at en sentral oppgave for hjelpepleiere er å skape et miljø preget av faglighet, trygghet og tillit. Hjelpepleiere møter i sin yrkesutøvelse situasjoner som er sammensatte og komplekse, og også situasjoner som medfører fare for fysisk og psykisk press. Det forutsettes at hjelpepleiere håndterer slike situasjoner på en profesjonell måte. Helsepersonell må blant annet kunne sette egne reaksjoner og følelser til side, og de må ha tilstrekkelig kontroll og dømmekraft til at de ikke handler i affekt. Statens helsetilsyn mener at dette er grunnleggende normer for menneskelig atferd i møte med syke og hjelpetrengende mennesker. Å handle i affekt slik denne hjelpepleieren gjorde ble vurdert å være et alvorlig brudd på hva som forventes av hjelpepleiere og annet autorisert helsepersonell.

Statens helsetilsyn fant at hjelpepleieren ved sine handlinger hadde vist betydelig mangel på dømmekraft, manglende evne til å sette egne grenser og manglende impulskontroll. Vi fant at hjelpepleieren hadde utført uforsvarlig virksomhet og utvist en atferd som ikke er forenlig med yrkesutøvelse som hjelpepleier. Hjelpepleieren ble fratatt sin autorisasjon.

Klager i psykisk helsevern

Statens helsetilsyn har i en årrekke hatt et særlig fokus på psykisk helsevern. Erfaringsmessig er dette et felt med sårbare pasienter som i liten grad kan ivareta sine rettigheter eller klage på behandling. Som en del av denne overvåkingen hentet Statens helsetilsyn i 2009 inn informasjon fra fylkene om 30 rettighetsklager og 70 tilsynssaker som gjaldt spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter med psykiske lidelser.

Noen av sakene som ble gjennomgått strakte seg helt tilbake til 2003, men hovedtyngden var fra 2008 og 2009. Rettighetsklager gjelder saker der Helsetilsynet i fylket skal ta stilling til om pasientenes rettigheter er oppfylt etter pasientrettighetsloven, mens tilsynssaker blir vurdert i forhold til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Saker som gjelder tvangsmedisinering og tvungent vern kom i liten grad med i denne gjennomgangen. Det skyldes at de i hovedsak vurderes i forhold til psykisk helsevernloven, og håndteres stort sett av kontrollkommisjonene og av fylkesmennene.

Hvem klaget, og hva dreide klagen seg om?

Halvparten av rettighetsklagene var framsatt av pårørende eller venner, og sjeldent av pasienten selv. Klagen dreide seg oftest om å komme i behandling, det vil si å få henvisning, inntak, vurdering eller utredning som omfattes av rett til nødvendig helsehjelp (pasientrettighetsloven § 2-1). Noen saker gjaldt rett til innsyn i journal (pasientrettighetsloven § 5-1).

50 av de 70 tilsynssakene startet med henvendelse fra pasienten, pårørende eller venner. Fem saker ble opprettet på bakgrunn av melding fra tjenesten selv. Det dreide seg ofte om manglende behandling, som tilfellet var for rettighetsklagene. I tillegg ble det

klaget over behandlingen som ble gitt, på helsepersonells oppførsel og på samarbeidet mellom ulike virksomheter.

Vurderingen hos Helsetilsynet i fylket

Utfallet av rettighetsklagene var at i vel halvparten stadfestet Helsetilsynet i fylket virksomhetens avgjørelse, og i sju av de 30 sakene ble virksomhetens vedtak endret av Helsetilsynet i fylket. I fire av sakene ville Helsetilsynet i fylket ha tilbakemelding fra virksomheten om oppfølgingen.

Tilsynssakene var ofte sammensatte og ble vurdert mot flere ulike bestemmelser. I omtrent halvparten av sakene ble det vurdert om behandlingen var i samsvar med krav til forsvarlig og omsorgsfull hjelp (§ 4 i helsepersonel-

loven), og noe sjeldnere i forhold til virksomhetens ansvar for å yte forsvarlige tjenester (§ 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven).

I de fleste sakene konkluderte Helsetilsynet i fylket med at det ikke var brudd på helselovgivningen, verken for helsepersonell eller for virksomheten. Likevel kan helsetjenesten ha vært utført på en måte som ikke var i samsvar med god praksis, og da kan Helsetilsynet gi råd og veiledning. Helsetilsynet i fylket krevde tilbakemelding fra virksomhetene i fem saker der det var påpekt lovbrudd. Det var 14 prosent av tilsynssakene som ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Det er omtrent samme prosentdel som for samtlige tilsynssaker i 2009.

«Klagene dreide seg oftest om å komme i behandling, det vil si å få henvisning, inntak, vurdering eller utredning som omfattes av rett til nødvendig helsehjelp.»

Hvilken lærdom kan en trekke?

Gjennomgangen bekrefter et generelt inntrykk av at det er få klager på behandling i psykisk helsevern. Det er illustrerende at det i tre av fylkene ikke var registrert noen rettighetsklager i psykisk helsevern siden 2004. Klagesaker er en viktig kilde til informasjon om hvordan det står til i helsetjenesten, i tillegg til at klagen kan være av stor betydning for de pasientene det gjelder.

Ny mulighet til å begrense helsepersonells autorisasjon

Statens helsetilsyn kan nå begrense helsepersonells autorisasjon uten at vilkårene for å tilbakekalle autorisasjonen deres er oppfylt. Denne lovendringen kom i mai 2008. Statens helsetilsyn har med dette fått ytterligere et virkemiddel for å ivareta pasientenes sikkerhet.

Statens helsetilsyn kan i alvorlige tilsynssaker begrense helsepersonells autorisasjon. Det betyr at helsepersonell fortsatt kan arbeide som, og kalle seg, helsepersonell, men det legges begrensninger på hvilke funksjoner de kan ha eller oppgaver de kan utføre. De må også gjerne ha spesiell oppfølging fra arbeidsgiver.

Tidligere var det bare mulig å begrense autorisasjonen til et helsepersonell dersom vilkårene for å tilbakekalle den

var oppfylt. I en del saker ble dette opplevd som lite hensiktsmessig. Lovendringen gir mulighet til å begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av en bestemt virksomhet og på bestemte vilkår. Dette kan skje når advarsel ikke fremstår som tilstrekkelig, samtidig som saken ikke er så alvorlig at tilbakekall av autorisasjonen er aktuelt.

Bakgrunnen for bestemmelsen er erkjennelsen av at det forekommer tilsynssaker hvor det ikke er grunnlag for å tilbakekalle et helsepersonells autorisasjon, men hvor Statens helsetilsyn mener at en advarsel er en for mild og lite egnet reaksjon for å ivareta pasientenes sikkerhet, som er lovens formål med slike reaksjoner.

Meningen med lovbestemmelsen er å fange opp helt spesielle saker hvor tilsynsmyndighetene tidligere ikke har hatt tilstrekkelige virkemidler. Bestemmelsen er aktuell når det er grunn til å tro at helsepersonellet ikke er egnet til å utøve sitt yrke uten slike begrensninger. I et slikt tilfelle vil hensynet til både pasientsikkerheten og helsepersonellet ivaretas på samme tid. Et eksempel er hvis tilsynet avdekker at en lege har mangelfull faglig kompetanse, men ikke i en så alvorlig grad at legen generelt må anses uegnet til å utøve sin virksomhet. Med hjemmel i den nye bestemmelsen kan tilsynet nå stille vilkår om at legen for eksempel må arbeide i en underordnet stilling, følge undervisning for å heve sin kompetanse, motta særskilt veiledning osv.

Statens helsetilsyn har i 2010 begrenset autorisasjonen til helsepersonell med hjemmel i denne bestemmelsen, § 59 a i ni saker.

Tre eksempler illustrerer bruken av bestemmelsen

I en sak fant vi at en hjelpepleier etter en rekke uheldige episoder og ufor-svarlig virksomhet ikke var kvalifisert til å utøve virksomhet innen psykisk helsevern. Det var ikke grunnlag for å tilbakekalle hjelpepleierens autorisasjon, men vilkårene for å gi en advarsel var oppfylt. Ut fra opplysninger om at hjelpepleieren ikke hadde latt seg veilede og korrigere av arbeidsgiver, var vi i tvil om hjelpepleieren ville la seg korrigere av en advarsel. Vi kom derfor frem til at advarsel ikke ville være en tilstrekkelig reaksjon for å stanse videre ufor-svarlig virksomhet, og begrenset hjelpepleierens autorisasjon slik at vedkommende ikke lenger kunne arbeide innenfor den delen av helsetjenesten der det var avdekket manglende kunnskaper og innsikt.

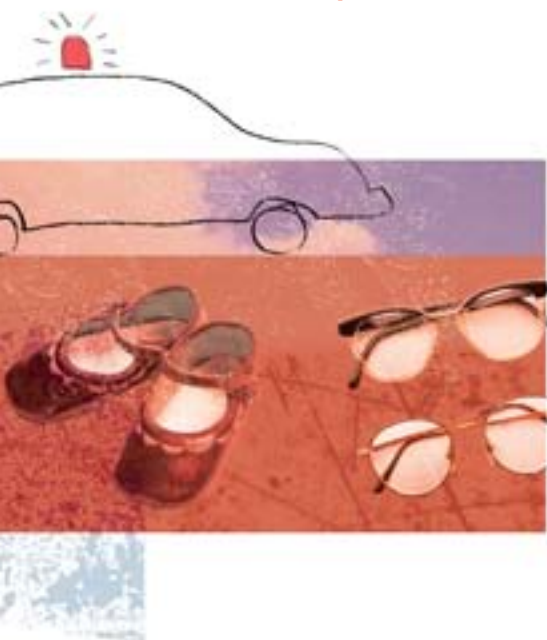
I en annen sak fant vi at en lege på grunn av fysisk svekkelse ikke ville være i stand til å etterleve alle kravene som stilles til forsvarlig legevirk-somhet dersom han arbeidet heltid. Ut fra hensynet til forsvarlighet i helsetjenesten, fikk han derfor begrenset autorisasjon slik at han kunne arbeide som lege i inntil 60 prosent stilling.

I en tredje sak fikk en hjelpepleier søkelyset mot seg etter at tre arbeidsgivere meldte om uregelmessigheter knyttet til legemiddelhåndtering. Ut fra opplysningene i saken var det naturlig å mistenke tyveri og misbruk av vanedannende legemidler. Statens helsetilsyn fant ikke dette tilstrekkelig sannsynliggjort, men mente likevel at det var grunnlag for bekymring med hensyn til hjelpepleierens forhold til vanedannende legemidler. Hennes autorisasjon ble derfor begrenset slik at hun ikke skulle håndtere legemidler. I tillegg ble hun pålagt å rusmiddel-teste seg.



Raskere tilsyn etter **uventet død** eller alvorlig skade

Fra 1. juni 2010 har helseforetakene plikt til umiddelbart å varsle Statens helsetilsyn om hendelser med alvorlig, uventet utfall. Fra samme tidspunkt ble det på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en utrykningsgruppe i Statens helsetilsyn. Dette er en toårig prøveordning.



Formålet med prøveordningen er å bidra til raskere og bedre opplyste tilsynsvurderinger.

Hendelser der pasienten dør eller får betydelig skade, og hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko, skal varsles. Det er særlig aktuelt dersom det er indikasjon på svikt, uklart eller komplekst hendelsesforløp. Denne eierpålagte varslingsplikten erstatter ikke de øvrige, lovpålagte meldeordningene.

Varsling skjer ved e-post til varsel@helsetilsynet.no. Her skal det kun opplyses om navn på helseforetaket og kontaktperson. Statens helsetilsyn vil senest neste virkedag ta kontakt for å få nærmere informasjon

om hendelsen. Vi vurderer så den innhentede informasjonen, og tar stilling til den videre håndteringen. Enten fører varselet til en utrykning, til en tilsynssak i Helsetilsynet i det aktuelle fylket eller det besluttes at informasjonen ikke krever tilsynsmessig oppfølging. Helsetilsynet i fylket deltar i hele denne prosessen.

Når det antas at en utrykning vil kunne gi mer og bedre informasjon om hendelsen enn en rent skriftlig saksbehandling, kan det rykkes raskt ut. Utrykningsteamets sammensetning avhenger av hva hendelsen dreier seg om. Teamet vil snakke med involvert helsepersonell og ledelsen, og gi pasient/pårørende tilbud om samtale.

Statens helsetilsyn har pr 31. desember 2010 mottatt 72 varsler, seks har ført til utrykning og 28 har ført til tilsynsmessig oppfølging fra Helsetilsynet i fylket.

Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

I 2008 kom en ny bestemmelse i helsepersonelloven som gjør det forbudt å lese journaler til pasienter som man ikke har behandlingsansvar for. Formålet er å styrke vernet om taushetsbelagte opplysninger.

Bestemmelsen er ikke ment å ramme forskning eller virksomhetens arbeid med kvalitetssikring og internkontroll.

Før den nye lovbestemmelsen kom hadde Statens helsetilsyn flere tilsynssaker mot helsepersonell som hadde lest pasientjournaler til familiemedlemmer, venner, bekjente, naboer og arbeidskolleger. Statens helsetilsyn fant at denne typen "snoking" i pasientjournaler var klart kritikkverdige, og egnet til å skade tilliten til helsepersonell og helsetjenesten. Vi manglet imidlertid en lovhjemmel for å kunne reagere mot denne typen forhold. Dette har vi nå fått ved den nye bestemmelsen i helsepersonelloven § 21a.

Statens helsetilsyn mener at lesing av taushetsbelagte opplysninger for pasienter man ikke har behandlingsansvar for er et klart misbruk av helsepersonells tilgangsrettigheter til pasientjournalssystemer, og et alvorlig brudd på den tillit helsepersonellet er gitt av arbeidsgiver og samfunnet. Vi reagerer derfor som hovedregel med å gi advarsel for denne typen brudd på taushetsplikten.

I de sakene vi har behandlet ser vi at også arbeidsgiver ser strengt på forholdet og regelmessig reagerer med oppsigelse og politianmeldelse av helsepersonellet.

Med rett til å debattere

-Det er morsomt med priser. Det gir et incitament til å tenke seg om og se om det er en rød tråd i den faglige veven, sier professor i sosialmedisin Per Fugelli. Fugelli fikk Karl Evang-prisen for 2010. Prisen deles ut av Statens helsetilsyn årlig.



Per Fugelli er født i 1943. Han var distriktslege i Lofoten og Finnmark i seks år. I årene 1984-92 var han professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Fra 1992 har han vært professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo. Han var medlem av styringsgruppen for Verdikommisjonen oppnevnt av Bondevik-regjeringen i 1998.

Bedømmelseskomiteens begrunnelse for å gi Fugelli prisen var at han på uredde vis gjennom alle år har skapt debatter og våget å være motstrøms i samfunnsdebatten, både overfor myndighetene generelt og helsemyndighetene spesielt. Samtidig la komiteen vekt på at han har en forståelig argumentasjon som bevisstgjør også de som er uenige med ham. Videre har Fugelli utrettelig debattert i folkeopplysningens tegn, og holdt utallige foredrag for ulike miljøer. Bedømmelseskomiteen sier det slik: "Han skaper en intellektuell råk i debattene han deltar i".

-Det er hyggelig å få pris for å bruke debatt som metode. Det er ikke de offentlige helsemyndighetene som eier sannheten. Debatten inviterer folkevetet inn som motmakt til ekspertveldet, sier Fugelli.

Han forklarer at debattlysten henger sammen med et dypt demokratisk sinnelag og at et av målene har vært «å få helsa ut av det medisinske fengselet, ut av Rikshospitalet».

-Jeg ønsker å gjøre folk nysgjerrige på at helsa holder til der folk elsker, leker og arbeider, sier debattanten.

-I forbindelse med prisen og all rosen som følger, har jeg tenkt at det dreier seg om et demokratiprojekt for meg, det er den ideelle motivering. Men jeg kan ikke unnså at jeg liker det også, å stå i stormen, det klarer hjernen. Og en god debatt kan være et korrektiv som gjør oss klokere og bidrar til å få oss ut av konsensuståka.

-Er det blitt mindre samfunnsdebatt med årene?

-Jeg har en todelt erfaring. Det foregår en mangfoldig, allmenn samfunnsdebatt i aviser, på debattmøter og slikt. Det er god kultur for debatt i det allmenne samfunnslivet. Det jeg er betenkt over er debatten i helsetjenesten og medisinen, den er nesten død.

Men hva det kommer av, vet jeg ikke, sier Fugelli, og fortsetter: -Kan det være at det til legerollen hører en beskjedenhet og en snillhet? Legene har ikke hatt behov for å gå fremst, de har vært mer tilbakeholdne? Jeg synes det er skummelt. Mange sykehusleger holder på å spreke nå. Det har skjevutviklet seg med økonomi og lønnsomhet i alle ledd, slik at det går ut over den medisinske selvstendigheten og muligheten til å være en god menneskelege. Jeg savner en mer debattglad legestand.

-En kvinnelig kollega sa til meg at "noe av det beste med deg er at du tror at du kan påvirke virkeligheten". Jeg spurte tilbake "hvordan tror du virkeligheten blir skapt"?

-Og hva har du påvirket?

-Det er umulig å veie og holde i hånden. Men jeg har tre håp. Det første er at jeg har bidratt til å sette lys på "the bright sides of health". Moraliserende livsstilspropaganda har hersket i for stor grad. Det andre er at jeg har bidratt til innsikt om at individet har ansvar for egen helse, men også at flokkene våre, som familien, arbeidsmiljøet, kommunen og samfunnet for øvrig, påvirker helsa. Det tredje jeg har prøvd å bevege, er synet på at vi har en personlig og individuell helse, ikke en nasjonalisert standardhelse. Myndighetene må akseptere helse som personlig eiendom.

Professor Fugelli tror ikke han har en høy stjerne i de «høye folkehelseorganer», som han kaller dem.

-Men jeg reiser mye rundt i landet, og føler at jeg har en god allianse i folkevetet, svarer han på spørsmål om det har vært en ensom kamp. Og det underbygges av at han selvfølgelig har fått sin egen fan-side på Facebook; -Det visste jeg ikke, den får jeg se på i triste stunder, humrer han.

Statens helsetilsyns høringsvar til forslag om felles kommunal helse- og omsorgslov

I desember 2010 avga Statens helsetilsyn høringsvar til Helse- og omsorgsdepartementets forslag til en felles kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og gi endringer i blant annet pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Statens helsetilsyn støttet departementet i at grunnleggende verdier som trygghet, respekt, valgfrihet og medvirkning skal videreføres i den nye loven sammen med de overordnede målsetningene om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle pasient- og brukergrupper skal sikres lik tilgang til likeverdige og individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet, når de trenger det.

Statens helsetilsyn sluttet seg til nødvendigheten av at også den nye lovgivningen skal ivareta den enkelte brukers og pasients rettssikkerhet. Det skal være lett å sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og hvordan rettighetene skal oppfylles.

De viktigste punktene i høringsvaret ble oppsummert på denne måten:

- Statens helsetilsyn støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov, harmonisert med annet lovverk. Det må tas høyde for nødvendige tilpasninger når helselovgivningen også skal omfatte tjenester etter sosialtjenesteloven.
- Statens helsetilsyn mener det er nødvendig med drøfting av hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås og anvendes, og er uenig i departementets oppfatning av at forsvarlighetskravet er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm.
- Statens helsetilsyn er bekymret for at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse i utførelsen av enkelte tjenester.
- Statens helsetilsyn støtter forslaget om å regulere kommunenes overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et «sørge-for-ansvar». Dette vil gjøre ansvaret tydelig og det samsvarer med regulering av ansvar for spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn mener utformingen av lovforslaget kan gjøre det vanskelig både for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgstjenester.
- Statens helsetilsyn er uenig i forslaget om å avvike fra forvaltningslovens alminnelige ordninger og begrense klageorganets myndighet ved overprøving, og er spesielt bekymret for forslaget om å avskjære klageorganets adgang til å fatte vedtak.

- Statens helsetilsyn slutter seg til departementets vurdering av at det er viktig å holde tilsyn og klagesaksbehandling samlet. Dette vil bidra til å sikre en likartet normering når det gjelder tilsyn og klagesaksbehandling.
- Etter en helhetsvurdering mener Statens helsetilsyn at klage- og tilsynsoppgavene bør legges til Helsetilsynet i fylket og ser samtidig at det kan være behov for å vurdere navneendring i forbindelse med utvidelse av arbeidsoppgavene.
- Statens helsetilsyn har merket seg at de betydelige utfordringer som ligger i samhandlingen i grenseflaten mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal løses ved lovpålagte avtaler. Statens helsetilsyn ser fordeler med å regulere samarbeidet gjennom avtaler, men vil påpeke at dette vil være en krevende løsning å få til å fungere i praksis i alle kommuner.
- Statens helsetilsyn avventer forslag til nytt finansieringssystem og andre høringer av lov og forskrift som er på trappene før vi kan gjøre oss opp en endelig mening om hvordan det faglige og økonomiske resultatet av lovforslaget vil se ut.

På leting etter barnevernets ømme tær og rosenknopper

Fra 1. januar 2010 fikk Statens helsetilsyn ved ny § 2-3 b i barnevernloven «det overordnede faglige tilsyn med barnevernvirksomheten i de enkelte kommuner, og med institusjoner, sentre for foreldre og barn og omsorgssentre for mindreårige etter denne loven.» I Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) sitt høringsnotat av 19. desember 2008 til forslaget til lovendring ble det uttrykt at «Ved å legge det overordnede faglige tilsynet til en etat som har hele sin oppmerksomhet rettet mot å utvikle og vedlikeholde godt tilsyn, kan kvaliteten på tilsynet forventes å videreutvikles».

Sett fra kommunalt barnevern sitt ståsted er det kanskje noe forrædersk å sette tilsynet på sporet, men her er ingen tid å miste for de barna som trenger et sterkt og godt barnevern. Da får vi alle bidra med å lete etter og trække på egne ømme tær og antyde noen rosenknopper i håp om at Statens helsetilsyn bidrar til forbedringer.

• Hvordan overholde frister uten å gjøre bra barnevernsarbeid?

De senere årene har det vært stort fokus på å overholde frister gitt i barnvernloven. Som lydige barnevernsarbeidere i kommunene bestreber vi oss alle på å overholde frister, men hvordan overholdes fristene? Henleggelse av meldinger er en måte å overholde frister på, og henleg-

gelsesprosenten varierer fra 0 til 50 i kommunene. Da reduseres antallet saker som skal undersøkes.

Men hvilke faglige betraktninger gjøres når en melding vurderes å kvalifisere til henleggelse? Det kan være at det ikke er behov for tiltak,

noe som er greit nok. Det kan også hende at det ikke er tid eller bemaning til å gjøre grundige nok undersøkelser til å kunne fatte vedtak om noe konkret tiltak innen fristen, noe som ikke er så greit.

Noen kommuner tilbyr til dels omfattende tiltak, uten at meldinger om behov for hjelp fører til annet enn henleggelse av undersøkelse og overføring av saken til "tiltaksavdelingen" som iverksetter tiltak uten hjemmel i barnvernloven, og uten vedtak som kan påklages. Spørsmå-

let blir selvsagt hvilke tiltak som skal hjemles i barnevernloven, og hvilke tiltak kommunene skal kunne tilby eller ikke tilby ved å omgå bruk av barnevernloven?

• Vurderinger av familier på flyttefot. Hvem overføres og hvem overføres ikke til ny kommune?

Familier som er i kontakt med barnevernet er på flyttefot minst like ofte som andre familier. Skal saken meldes til neste kommune, noe som i seg selv utløser arbeid med beskrivelse av hva som har vært gjort eller ikke gjort eller

«Det hadde vært prisverdig dersom Statens helsetilsyn gjennom sitt tilsyn også kunne hatt økt fokus på de tjenestene som lykkes.»

burde være gjort, men som det ikke ble tid til. Eller skal vi lytte til mor og far som er mer enn lei barnvernet (og som derfor kanskje flytter)? Det foreligger ingen retningslinjer om hvilke vurderinger som skal gjøres i slike saker.

• Kommuner som glimrer med sitt fravær i fylkesnemnda - en rettssikkerhetsrisiko?

Statistikk fra fylkesnemndene gir god oversikt over hvor mange av de ulike typer saker som fremmes fra ulike kommuner, men gir også en grei oversikt over kommuner som tilnærmet glimrer med sitt fravær i fylkesnemnda, år etter år. Er dette historier om suksesskommuner der det er bare fryd og gammen, ja, da vil vi andre gjerne høre om dem. Dette er variasjoner som Fylkesmannen bør følge med på,





Ivar Bøe, fagansvarlig barnevern
Barneverntjenesten for Oppdal
og Rennebu

og som kan gi grunnlag for videre undersøkelser.

• For små kommuner eller for små barneverntjenester – behov for bemanningsnorm

Forskriften om pedagogisk bemanning i barnehager krever at:

Det skal være minimum én pedagogisk leder per 14-18 barn når barna er over tre år og én pedagogisk leder per 7-9 barn når barna er under tre år og barnas daglige oppholdstid er over seks timer. I barnehager der barna har kortere oppholdstid per dag, kan barnetallet økes noe per pedagogisk leder.

En tilsvarende bemanningsnorm gjelder ikke for barn som har tiltak etter lov om barnverntjenester, selv om mange nok vil hevde at en del av disse barna er minst like avhengige av en tilstrekkelig barnevernsadministrasjon. Skal vi få en kvalitetssikret barneverntjeneste, kan ikke tjenestene være for små. Ved vakanse i en barneverntjeneste med to ansatte, er bemanningen raskt halvert i måneder. Jeg ville like å se det tilsynet som hadde akseptert en slik tjeneste på et annet område, det være seg en ungdomsskole, et syke-

hjem eller en barnehage. Tilsynet bør etterspørre negative konsekvenser av dette. Av grunner som nevnt over, bør fokus være bredere enn på overholdelse av frister.

Små barneverntjenester vil selvsagt også være ekstra utsatt for å mangle bred kompetanse med de uheldige konsekvenser dette har.

• Institusjoners bruk av egne beredskapshjem og fosterhjem

Det skjer en bevisst dreining innen Bufetat i retning av å prioritere rekruttering av beredskapshjem og fosterhjem tilknyttet statlige institusjoner. Også private institusjoner legger vekt på dette.

Det fine med dette er at institusjonene etablerer egne tiltakskjeder med god oppfølging fra institusjonen og eventuelt Bufetat. Det som ikke er fullt så fint, er at disse tiltakskjedene får en særbehandling i form av lønn, veiledning, avlastning osv., som vanlige fosterhjem etter hvert misunner de "statlige" fosterhjemmene. Dermed skapes det A- og B-fosterhjem. Bufetat har utviklet mange ulike begreper på sine fosterhjem. Hvordan Bufetat har tenkt å håndtere at de ulike fosterhjemmene (heldigvis) snakker sammen gjennom fosterhjemsforeninger osv. og ønsker likeverdig behandling, vet vi ikke.

En annen side av dette er at kommunene tar initiativ til akutt plasseringer i institusjon, men erfarer at de underveis i prosessen blir utsatt for betydelig press i retning av å overføre klienten til et billigere beredskapshjem som ev. påstås å være en del av institusjonen. Dette skjer til tross for at BLD slår fast at det er kommunen som bestemmer om barn skal plasseres i fosterhjem eller i institusjon. Her kreves en opprydding på flere plan.

• Hva kjennetegner de barneverntjenester som lykkes?

Det er også mange små og store barneverntjenester som lykkes, og gode og iherdige barnevernsarbeidere som står på seint og tidlig til beste for barna. Det hadde vært prisverdig dersom Statens helsetilsyn gjennom sitt tilsyn også kunne hatt økt fokus på de tjenestene som lykkes, og fått fram beskrivelsene av hvordan de har mestret dette. Vi vil alle høre disse suksesshistoriene, og bli bedre og klokere!

• Utgjør overføringen av det overordnede faglige ansvaret for tilsynet med barneverntjenesten til Statens helsetilsyn noen forskjell for noen barn?

Dette er et viktig spørsmål som etter noe tid bør besvares med JA. Det er fortsatt Fylkesmannens menn og kvinner som skal utøve tilsynet, og de er på samme måte som barnevernsarbeidere så langt som mulig lojale til det som blir bestemt av "bestyrelsen". Da må også de få tilstrekkelige rammer for fortsatt å utøve et godt tilsyn, og ved innspill fra Statens helsetilsyn sette fokus på ømme statlige og kommunale barnevernstær og vakre rosenknopper som preger det daglige arbeidet.

Lykke til videre med et viktig arbeid!

Meldinger og undersøkelser etter barnevernloven

Barneverntjenesten skal snarest, og senest innen en uke, gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser. Dette følger av barnevernloven § 4-2. Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter kapittel 4 i barnevernloven skal barneverntjenesten snarest og senest innen tre måneder undersøke forholdet.

For dårlig oppfølging av rusmiddelmissbrukere

I 2009 og 2010 gjorde Fylkesmannen i Rogaland tilsyn med om kommunene i fylket sikret rusmiddelbrukerne nødvendige helse- og sosialtjenester etter gjennomført behandling i rusinstitusjon eller soning i fengsel. Tilsynet undersøkte om brukerne fikk informasjon og rådgivning, herunder gjeldsrådgivning, nødvendige tiltak og tjenester, individuell plan, og bistand til å skaffe bolig, eventuelt midlertidig husvære.

Funn: I 2009 ble det påvist avvik i fem av seks kommuner som Fylkesmannen førte tilsyn med. Individuell plan ble ikke i stor nok utstrekning utarbeidet for brukergruppen. Utarbeidete planer ble ikke tatt i bruk. Noen kommuner ga ikke informasjon om retten til

individuell plan, selv om en slik plan kan lette det målrettede arbeidet og sikre koordinering av tiltak.

I noen kommuner fant Fylkesmannen feil i saksbehandlingen blant annet ved manglende og/eller upresise vedtak. Dette fører i sin tur til at klageretten ikke blir reell. En utfordring er å sikre denne gruppen tilstrekkelig oppfølging ved løslatelse eller utskrivning, men tilsynet viste svært knapp utmåling av kommunale tjenester.

Fylkesmannen fant også rekrutterings- og stigmatiseringsproblemer ved bruk av støttekontakt til rusmiddelmissbrukere. Manglende effektivering av vedtak om støttekontakt ble ikke alltid erstattet med tilbud om andre tjenester. Økonomisk rådgivning er en svært aktuell tjeneste for brukergruppen,

men kapasiteten på tjenesten var ofte for knapp. Saksbehandlingstiden var i mange tilfeller så lang at den ble vurdert som uforsvarlig. To kommuner sikret heller ikke den faglige forsvarlighet i tilbudet om midlertidig bolig.

Fylkesmannen gjentok tilsynene i 2010. For brukere som kom fra soning, fant man at etablering av kontaktperson i kommunen og kriminalomsorgen ga et bedre grunnlag for arbeidet med å ta imot løslatte. Oppstart under soning av informasjons- og kartleggingsarbeidet i forbindelse med kvalifiseringsprogrammet ga mulighet for raskere oppstart i programmet ved løslatelse. Målet med kvalifiseringsprogrammet er å få langtidsmottakere av sosialhjelp og andre som står langt fra arbeidslivet over i arbeid og aktivitet.

Tilsyn med omsorgstjenester til eldre innvandrere

Som et ledd i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre i 2010 valgte Fylkesmannen i Buskerud å undersøke om innvandrere over 67 år får de omsorgstjenestene de har krav på etter sosialtjenesteloven. Drammen kommune har ca. 63 000 innbyggere hvorav ca. 20 prosent har innvandrerbakgrunn. Disse representerer nær 150 land. Mange innvandrere kom til Norge som voksne på begynnelsen av 1970-tallet og er nå aldersmessig i målgruppen for eldretilsynet.

Fylkesmannen i Buskerud undersøkte om Drammen kommune ga nødvendig informasjon og sikret likeverdige omsorgstjenester til ikke-vestlige innbyggere over 67 år. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Den innsendte dokumentasjonen viste kun seks søknader om omsorgstjenester. Et bredt utvalg ansatte fra omsorgssektoren og dessuten helsesøster og Nav-ansatte ble intervjuet. Det ble undersøkt hvordan kommunen fanget opp eventuelle hjelpebehov, hvilke

informasjonsrutiner de hadde og om pårørende hadde behov for avlastning. Det kom fram at mange friske, eldre innvandrere tilbringer store deler av året i opprinnelseslandet. Det lave antallet saker ble også forklart med at mange familier ønsker å ta vare på sine eldre selv.

Tilsynet viste at det bare var utarbeidet informasjonsmaterieell på norsk og kommunen fikk derfor avvik på at det ikke gis tilstrekkelig informasjon om

tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2 a-e. Undersøkelser viste at det heller ikke var noen utstrakt bruk av hjemmesykepleie eller korttidsopphold på sykehjem. Fylkesmannen kunne ikke fastslå noen årsakssammenheng mellom manglende informasjonsmaterieell og det lave antallet saker. Kommunen har imidlertid plikt til å legge til rette for at relevant informasjon er tilgjengelig for alle brukergrupper.

Kommunen satte umiddelbart i gang et arbeid for å rette avviket. Det utarbeides nå informasjon på en rekke språk både på kommunens hjemmesider og i trykte brosjyrer. Brosjyrene vil bli trykket og distribuert til legesentra, offentlige kontorer m.v.

Vedtaksprosjektet og tilsyn med Kvalifiseringsprogrammet (KVP) i Vestfold

Fylkesmannen i Vestfold inviterte de åtte første Nav-kontorene i Vestfold til et samarbeid om å gjennomgå alle vedtak om kvalifiseringsprogram (KVP) som ble fattet i 2008; i alt 197 vedtak. Dette skjedde i forståelse med KS og i samarbeid med Nav Vestfold.

Det ble undersøkt hvem som ble rekruttert til å delta i kvalifiseringsprogrammet, hvordan vedtakene var utformet og sammenhengen mellom arbeidsevnevurdering og tiltak. Videre ble brukermidvirkning og individuell utforming av program, oppfølging av den enkelte deltaker, og hva deltakerne gikk til etter avsluttet KVP undersøkt. Hensikten var å bidra til økt kvalitet i Nav-kontorenes arbeid med programmet og til å gi Fylkesmannen en oversikt over situasjonen ved kontorene.

Gjennomgangen viste store forskjeller i hvordan deltakerne var rekruttert. I den grad arbeidsevnevurdering var gjort, var det ikke alltid en klar sammenheng mellom denne og iverksatte tiltak. Individuell plan ble lite brukt, og oppfølgingen av deltakerne var ikke alltid god nok. Det ble påvist mangelfull dokumentasjon av arbeidet. En sammenlikning med tilsvarende undersøkelser andre steder i samme periode, kan tyde på at brukermidvirkning er bedre ivaretatt i Vestfold enn andre steder. Prosjektet ble fulgt opp med gjennomgang av vedtak i Nav-kontorer i to nye kommuner.

Gjennomgangen ga Fylkesmannen et godt bilde av hva Nav-kontorene strever med, og hva Fylkesmannen bør prioritere i opplæring og veiledning i samarbeid med kommunene og Navs fylkeskontorer. Fylkesmannen har også fått grunnlag for å vurdere

tilsynstemaer for kommende år. I tillegg til gjennomgang av vedtak ble det i 2010 gjort to tilsyn med kvalifiseringsprogrammet. Tilsynet viste at mangelfulle forhold som ble påpekt nå er forbedret på en god måte. Prosjektet har bidratt til at fremtidige brukere kan få en kvalitativt bedre tjeneste i samsvar med intensjonene for kvalifiseringsprogrammet.

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) ble innført i november 2007 som en lovpålagt kommunal tjeneste i Nav-kontorene. Målet er å få langtidsmottakere av sosialhjelp og andre som står langt fra arbeidslivet over i arbeid og aktivitet. Ordningen er nå hjemlet i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. På landsbasis deltok 8784 personer i programmet per 31. juli 2010. Fylkesmannen er klageinstans, og skal føre tilsyn med kommunenes forvaltning av KVP.

Tilsyn med kommunenes økonomiske rådgivningstjeneste

Fylkesmannen i Hordaland førte i 2009 og 2010 tilsyn i fem kommuner med tjenesteområdet økonomisk rådgivning. Denne tjenesten har over flere år vært et satsningsområde. I tillegg til vurderingen av om kommunene oppfyller sine plikter, ønsket Fylkesmannen å avklare om temaet egnet seg for tilsyn. Tjenesten har vært forankret i den kommunale råd- og veiledningsplikten etter sosialtjenesteloven § 4-1, og er videreført i lov om sosiale tjenester i Nav § 17. Kommunen skal i følge loven sikre at tjenesten er tilgjengelig for alle innbyggere og ytes ut fra individuelle behov. Tjenesten kan omfatte ulike tjenester, fra muntlige råd til bistand med å inngå avtaler med kreditorer.

Tilsynet fokuserte på fire temaer som er sentrale for å oppfylle råd- og veiledningsplikten: Om tjenesten er tilgjengelig, om den har nødvendig kapasitet, om tjenesteyter har nødvendig kompetanse og om den faktiske utøvelsen av tjenesten. Tilsynet viste

at kvaliteten på tjenesten varierte, og i to av kommunene ble det påvist avvik. Avvikene bygget på manglende oppfyllelse innenfor alle hovedtemaene. For eksempel hadde en kommune identifisert 20 personer med behov for økonomisk rådgivning. Likevel

hadde kommunen bare gitt økonomisk rådgivning i fire saker i løpet av 2009. Det ble bekreftet at kommunens kartlegging av brukernes økonomiske situasjon var mangelfull, kommunen manglet kompetanse og rutiner, og ansvarsdelingen internt var uklar. Flere av kommunene ga uttrykk for at det var bra at tilsynet hadde satt fokus på denne tjenesten. Tilsynet har også fått mye oppmerksomhet fra andre kommuner, fra media og andre instanser. I forlengelsen av tilsynet har Fylkesmannen brukt tilsynserfaringene i direkte dialog med kommunene, og i veiledning og kursing av kommunalt ansatte.

Landsomfattende tilsyn 2011

Tilsyn skal bidra til trygge tjenester ved å undersøke om regelverket blir fulgt. Planlagt tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenester utføres i hovedsak av Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, hver for seg eller sammen. De landsomfattende tilsynene utføres etter en felles veileder for å sikre likhet i tema og utførelse, og for å bidra til at funn bedømmes på samme måte.

Statens helsetilsyns plan for tilsyn i 2011 omfatter barnevern, sosiale tjenester i Nav, kommunale sosial- og helsetjenester og spesialisthelsetjenesten.

Barnevern

Temaet for landsomfattende tilsyn i 2011 er hvordan kommunenes barneverntjeneste arbeider med hjelpetiltak til barn som bor hjemme. Fylkesmannen skal undersøke om kommunene sikrer at undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak gjøres på en slik måte at barn og unge får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Det skal samtidig undersøkes om barna sikres rett til å medvirke, dvs. til å bli informert og til å uttale seg.

Sosiale tjenester i Nav

Fylkesmannen skal i 2011 videreføre det landsomfattende tilsynet fra 2010 med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Gjennom tilsynet undersøkes det om kommunene sikrer at søkeres rett til økonomisk stønad blir ivaretatt, og om det i søknadsbehandlingen foretas individuelle vurderinger.

I tillegg vil det i løpet av 2011 bli tilrettelagt for et landsomfattende tilsyn med kommunenes bruk av kvalifiseringsprogram.

Tvungen helsehjelp i kommunal helsetjeneste

Helsetilsynet i fylkene skal i 2011 gjøre tilsyn med tvungen helsehjelp i de kommunale helsetjenestene etter pasientrettighetsloven kapittel 4A.

Formålet med denne bestemmelsen er å sikre nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade på pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, og å forebygge og redusere bruk av tvang. Det er strenge vilkår for å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg hjelp.

Tilsynet skal undersøke om kommunene følger lovverkets krav om vurdering av samtykkekompetanse hos pasientene, om det er forsøkt med tillitskapende tiltak før tvungen helsehjelp gjennomføres, om nødvendige helsefaglige vurderinger er gjort, om det er fattet vedtak når det skal ytes tvungen helsehjelp og om tvungen helsehjelp blir vurdert fortløpende.

Kommunale helse- og sosialtjenester til eldre

Som ledd i Statens helsetilsyns fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre, ble det i 2010 gjennomført et bredt spekter av tilsynsaktiviteter i kommunene. Disse skal videreføres i 2011.

Tilsynstemaer er hvordan hjemmeboende eldre med demens blir utredet og fulgt opp av kommunal pleie- og omsorgstjeneste og fastlege, og hvordan disse samarbeider, følger opp og sikrer at de eldre får forsvarlig legemiddelbehandling og en forsvarlig ernærings situasjon. Andre temaer er kommunenes rehabiliteringstilbud til eldre, legemiddelbehandling og tildeling av avlastningstilbud til skrapelige eldre.

Spesialisthelsetjenester til eldre

I 2011 skal Helsetilsynets satsing på tilsyn med tjenester til eldre omhandle spesialisthelsetjenestens tilbud. Det skal undersøkes om helseforetakene gjennom systematisk styring sikrer forsvarlig behandling av eldre med hjerneslag og av eldre med hoftebrudd.

Det er valgt områder der det er særlig fare for svikt, og som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient. I tilsynet med behandling av hjerneslag skal det fokuseres på observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset, på tidlig rehabilitering, og på forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag.

Tilsynet med behandling av hoftebrudd skal undersøke ventetid fra innleggelse til operasjon, legemiddelbruk, ernæringsstatus og behandling av forvirringstilstander.

Første tilsyn etter forskrift om håndtering av humane celler og vev

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2010 tilsyn med de tre helseforetakene som utfører hornhinnetransplantasjoner: St. Olavs Hospital HF, Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

Tilsyn med håndtering av hornhinner ble valgt som det første området for tilsyn med celle- og vevbanker. Fagområdet omfatter tre virksomheter.

Helsetilsynet ønsket ett felles tema for de tre tilsynene. Ettersom det bare er Oslo universitetssykehus HF som foretar uttak av hornhinner fra norske givere, ble det valgt å føre tilsyn med håndtering av import av hornhinner.

Forskrift om håndtering av humane celler og vev stiller detaljerte krav blant annet til hvordan materialet skal emballeres, merkes og transporteres, slik at celler og vev bevarer sine egenskaper og kvalitet, og sporbarheten sikres. Prosedyrer og dokumentasjon skal foreligge skriftlig. Virksomheter som mottar celler og vev skal foreta en dokumentert kontroll av at forsendelsen oppfyller forskriftens krav og er i tråd med bestillingen. Temaet for tilsynet var hvordan

virksomhetenes ledelse planla, organiserte og styrte de faglige oppgavene i denne forbindelsen.

Manglet skriftlige prosedyrer

Tilsynene avdekket at alle de tre virksomhetene manglet skriftlige prosedyrer og rutiner for dokumentasjon i det omfang forskriften krever.

Alle virksomhetene var små, med få ansatte som hadde samarbeidet tett i lang tid på fagfeltet. Solid fagkompetanse og lang erfaring bidrar ofte til å trygge virksomheten og til å redusere faren for feil. Ut fra dette er det forståelig at de ansatte ikke opplevde at det var noe stort behov for skriftlige prosedyrer.

Virksomhetene innfrir imidlertid ikke forskriftens krav om prosedyrer og skriftlig dokumentasjon. Dette innebærer at virksomhetene opererer med et større risikonivå enn regelverket aksepterer. Det er rimelig å forvente at virksomhetenes implementering av et nytt regelverk tar noe tid, spesielt når regelverket er detaljert og omfattende. Statens helsetilsyn legger til grunn at erfaringene fra det gjennomførte tilsynet vil bidra til forståelse og implementering av forskriftens krav.

Alt i alt gir erfaringene fra tilsynet ikke grunn til bekymring for virksomhetenes håndtering av hornhinner, men Statens helsetilsyn følger opp funnene fra tilsynet overfor de aktuelle helseforetakene inntil alle de påpekte forholdene er brakt i orden.

Forskrift om håndtering av humane celler og vev trådte i kraft i 2008. Formålet med forskriften er å fastsette kvalitets- og sikkerhetsstandarder ved håndtering av humane celler og vev som skal brukes på mennesker, bl.a. for å unngå overføring av sykdom. Forskriften gjelder donasjon, uttak, testing, konservering, oppbevaring, koding, merking, prosessering og distribusjon. Forskriften pålegger Statens helsetilsyn å føre tilsyn jevnlig på dette området, og minst hvert annet år.

I 2010 hadde rundt 40 virksomheter innen ulike fagområder godkjenning fra Helsedirektoratet til å håndtere humane celler og vev til bruk på mennesker.

Forskriften stiller krav om godkjenning fra Helsedirektoratet ved import av humane celler og vev fra land utenfor EØS. I 2009 ble det importert 250 hornhinner fra USA, mens det ble transplantert kun fem hornhinner fra norske givere.

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

Tall og fakta

Innhold

Denne delen av Tilsynsmeldingen gir oversikt over de viktigste oppgavene fylkesmennene, Helsetilsynet i fylkene 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.

Barneverntjenesten	38	Helsetjenester	42
Sosialtjenesten	39	Klagesaker om manglende oppfyllelse av	
Klagesaker om manglende oppfyllelse av		rettigheter i sosialtjenesten	42
rettigheter i sosialtjenesten	39	Tilsyn med helsetjenesten	42
Klager etter sosialtjenesteloven	40	Pålegg, tvangsmulkt og stengning	44
Klager etter lov om sosiale tjenester i NAV	40	Bruk av tvang og makt overfor mennesker uten	
Tilsyn med sosialtjenesten	40	samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. . .	44
Bruk av tvang og makt overfor personer		Tilsynssaker (enkeltsaker)	44
med psykisk utviklingshemning.	41	Meldesentralen	46
		Regnskap og personell	46

Barneverntjenesten

Statens helsetilsyn fikk fra 1. januar 2010 det overordnede faglige tilsynet med barnevernet. Her følger tallmateriale fra 2010 som omhandler deler av de oppgavene som fylkesmennene utfører på barnevernområdet.

Tabell 1 Tilsyn ved barneverninstitusjoner i 2010

Fylkesmannen i	Barnevern- institusjoner	Avd/ enheter	Pålagt tilsyn	Gjennomført	Uanmeldt
Østfold	13	47	117	106	52
Oslo og Akershus	39	67	230	174	87
Hedmark	15	19	63	47	34
Oppland	6	22	26	26	10
Buskerud	5	12	41	42	19
Vestfold	6	8	37	37	15
Telemark	4	14	52	49	23
Aust-Agder	5	12	48	48	29
Vest-Agder	7	25	66	67	20
Rogaland	15	49	113	111	46
Hordaland	23	47	152	108	33
Sogn og Fjordane	4	8	24	32	10
Møre og Romsdal	5	9	21	23	10
Sør-Trøndelag	15	24	73	73	29
Nord-Trøndelag	7	15	29	24	8
Nordland	6	9	25	23	9
Troms	9	20	89	88	25
Finnmark	2	4	10	10	4
Sum	186	411	1216	1088	463

Fylkesmennene fører tilsyn med institusjonene gjennom årlige systemrevisjoner, og skal i tillegg føre tilsyn med at barna får forsvarlig omsorg og behandling, og blir behandlet hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet, gjennom såkalte individtilsyn ved alle avdelinger/enheter der barna bor. Avhengig av om barn er plassert etter atferdsbestemmelsene eller andre bestemmelser i loven,

skal fylkesmennene gjennomføre minimum henholdsvis fire eller to individtilsyn. Minst halvparten av individtilsynene skal være uanmeldt.

I 2010 gjennomførte fylkesmennene totalt 1088 tilsyn ved barneverninstitusjoner, hvorav 105 systemrevisjoner og 983 individtilsyn. Kravet var 186 systemrevisjoner og 1030 individtilsyn. 463 av tilsynene var uanmeldt. Av de 186 institusjonene det ble ført tilsyn med i 2010 var 74 statlige, 18 kommunale og 94 private.

Fylkesmennene gjennomførte 47 tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige, hvorav ni ble gjennomført som systemrevisjon og 38 som individtilsyn. Det ble i tillegg ført to tilsyn med sentre for foreldre og barn. Forskriften for slike sentre, som også regulerer tilsynet, trådte først i kraft 25. november 2010.

Som ledd i tilsynet med institusjoner og omsorgssentre har fylkesmennene gjennomgått protokoller om tvangsbruk og rettighetsbegrensninger. Tabell 2 gir en oversikt over de tvangstiltak som institusjonene har protokollert, og som fylkesmennene har kontrollert. Bestemmelsene er regulert i forskrift om tvang i barneverninstitusjon.

Fylkesmennene har behandlet klager fra beboere i institusjon, eller fra deres pårørende. Det ble behandlet 311 klager som omhandlet tvang og 51 om andre forhold. 88 % av klagen ble behandlet innen tre måneder.

Fylkesmennene fører på ulike måter tilsyn med kommunenes barneverntjenester. Hvert kvartal sender barneverntjenesten rapporter med kopi av sluttførte fristskjemaer til Fylkesmannen til kontroll. Skjemaene gjelder blant annet gjennomgåtte meldinger og sluttførte undersøkelser. Fylkesmennene fulgte opp 109 kommuner/bydeler som følge av fristoversittelser, og én kommune ble ilagt mulkt for fristbrudd.

Tabell 2 Antall tvangstiltak ved barneverninstitusjoner og omsorgssentre i 2010

Fylkesmannen i	§ 14 kroppsvisitasjon	§ 16 ransaking	§ 17 beslaglegging og tilintetgjøring	§ 18 akutt faresituasjon	§ 19 tilbakeføring ved rømming	§ 21 besøksbegrensning	§ 22 telefonbegrensning	§ 23 bevegelsesbegrensning	§ 24 urinprøve	Andre	Sum
Østfold	6	45	48	199	4	2	9	3	63	0	379
Oslo og Akershus	182	261	107	419	33	0	80	151	595	1	1829
Hedmark	15	57	11	36	3	66	196	147	173	2	706
Oppland	4	35	13	79	10	1	5	5	45	13	210
Buskerud	33	34	28	110	24	0	11	22	68	0	330
Vestfold	97	120	41	74	22	2	42	105	399	2	904
Telemark	28	23	23	88	3	0	1	7	6	0	179
Aust-Agder	18	24	19	62	15	11	11	36	8	0	204
Vest-Agder	14	12	15	26	20	10	19	43	3	0	162
Rogaland	96	146	81	215	19	5	75	58	188	0	883
Hordaland	213	167	75	301	63	16	56	78	289	2	1260
Sogn og Fjordane	6	21	4	4	5	0	22	19	57	0	138
Møre og Romsdal	49	45	16	75	8	2	28	16	84	4	327
Sør-Trøndelag	10	23	25	82	4	0	17	18	6	21	206
Nord-Trøndelag	25	35	27	79	9	0	4	53	54	38	324
Nordland	37	40	31	156	12	1	33	11	12	0	333
Troms	7	37	23	77	8	0	28	46	15	0	241
Finnmark	0	5	6	20	2	2	2	4	15	0	56
Sum	840	1130	593	2102	264	118	639	822	2080	83	8671

I 2010 ble det gjennomført 20 systemrevisjoner rettet mot den kommunale barneverntjenesten. En del av tilsynene var videreføring av tema fra landsomfattende tilsyn i 2008 rettet mot barnevern-, sosial- og helsetjenester til barn. Fylkesmennene har behandlet klager rettet mot barneverntjenesten i kommunene.

Tilsynsklager omhandler forhold der barn, pårørende eller andre retter kritikk mot barneverntjenesten, eller der Fylkesmannen av eget initiativ tar opp hendelser eller forhold ved barneverntjenesten. I 2010 behandlet fylkesmennene 682 slike saker. I omtrent 200 av sakene ble det påpekt brudd på myndighetskrav eller gitt kritikk av barneverntjenesten. Ved utgangen av året var det 166 saker som ikke var avsluttet. Fylkesmennene behandlet 188 klager på enkeltvedtak, som omhandler tjenester eller tiltak etter barnevernloven. Ved utgangen av året var det 16 saker som ikke var avsluttet. 86 % av klagesakene ble behandlet innen tre måneder.

Sosialtjenesten

Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i sosialtjenesten

Lov om sosiale tjenester i Nav trådte i kraft 1. januar 2010, og klager som gjelder økonomisk stønad, kvalifiseringsprogram og midlertidig botilbud fikk dermed ny lovhjemmel (tidligere sosialtjenesteloven hhv. kap. 5, kap. 5A og § 4-5). Av alle klagenene etter sosialtjenesteloven og lov om sosiale tjenester i Nav gjelder mer enn 2/3 økonomisk stønad.

Tabell 3 Behandlede klager rettet mot barneverntjenesten i kommunene i 2010

Fylkesmannen i	Tilsynsklager	Klager på enkeltvedtak	Behandlet innen 3 måneder	Behandlingstid over 3 måneder
Østfold	54	9	9	0
Oslo og Akershus	95	63	44	19
Hedmark	31	12	11	1
Oppland	8	0	0	0
Buskerud	49	18	18	0
Vestfold	41	7	7	0
Telemark	12	6	6	0
Aust-Agder	10	0	0	0
Vest-Agder	30	8	8	0
Rogaland	45	7	5	2
Hordaland	73	24	23	1
Sogn og Fjordane	21	3	2	1
Møre og Romsdal	28	4	4	0
Sør-Trøndelag	56	6	5	1
Nord-Trøndelag	25	1	0	1
Nordland	55	10	9	1
Troms	36	10	10	0
Finnmark	13	0	0	0
Sum	682	188	161	27

Det har vært vekst i antall innkomne klagesaker etter de to lovene samlet, 4735 saker i 2010 mot 4158 i 2009. Antallet er fortsatt lavt. Til sammenligning behandlet fylkesmennene i 1995 8935 klagesaker.

Klager etter sosialtjenesteloven

Tabell 4 omhandler saker der enkeltpersoner har klaget på avgjørelser som kommunene har fattet etter sosialtjenesteloven. I 2010 behandlet fylkesmennene 1104 klager på sosiale tjenester, mot 1041 i 2009. Omsorgslønn var den enkelttjenesten som var mest påklaget, med 388 saker. Deretter fulgte praktisk bistand med 310 saker, hvorav 156 gjaldt brukerstyrt personlig assistanse. 208 av klagenes gjaldt avlastning og 149 støttekontaktjenester. I tillegg ble det behandlet 38 saker som gjaldt plass i institusjon for rusmiddelavhengige eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, og elleve andre saker om sosiale tjenester.

Tabell 4 Klagesaker etter sosialtjenesteloven behandlet av fylkesmennene i 2008-2010 og resultat av behandlingen i 2010 – klager over økonomisk stønad ikke inkludert

Fylkesmannen i	2008	2009	2010		
	Behandlede saker	Behandlede saker	Behandlede saker	Endret	Opphevet
Østfold	56	69	85	43	5
Oslo og Akershus	145	195	271	86	8
Hedmark	29	36	36	12	0
Oppland	27	28	22	3	3
Buskerud	63	62	64	21	10
Vestfold	56	43	68	5	16
Telemark	37	55	47	13	9
Aust-Agder	15	20	17	1	2
Vest-Agder	48	44	35	5	11
Rogaland	40	48	60	10	2
Hordaland	89	130	131	12	7
Sogn og Fjordane	54	28	35	6	2
Møre og Romsdal	40	53	39	3	16
Sør-Trøndelag	32	63	37	13	5
Nord-Trøndelag	25	23	32	3	3
Nordland	44	71	43	8	2
Troms	64	57	59	12	6
Finnmark	18	16	23	6	1
Sum	882	1041	1104	262	108

I 2010 endret Fylkesmannen kommunens vedtak i 24 prosent av sakene, mot 25 prosent i 2009. Ti prosent av vedtakene ble opphevet, og sakene sendt tilbake til kommunen for ny behandling, mot 15 prosent i 2009. Det innebærer at kommunens vedtak ble stadfestet i 2/3 av sakene.

Fylkesmennene har krav om å behandle minst 90 prosent av klagesakene innen tre måneder. I 2010 ble kun 62 prosent av klagenes etter sosialtjenesteloven behandlet innen fristen. Fem av de atten embedene behandlet i 2010 mer enn 90 prosent av klagenes innen tre måneder. Ved inngangen til 2010 var det 421 ubehandlede saker, ved utgangen 335. Statens helsetilsyn, som overordnet organ, mottok en klagesak som gjaldt sosialtjenesten. Det var ikke grunnlag for å overprøve Fylkesmannens vedtak.

Klager etter lov om sosiale tjenester i NAV

Tabell 5 omhandler klagesaker fylkesmennene har behandlet om økonomisk stønad. I tillegg er det behandlet 29 saker

som gjelder kvalifiseringsprogrammet, mot ni i 2009. Langt de fleste klagenes gjaldt avslag eller utmålingen av økonomisk stønad, eller mer spesifikke klager om boligkostnader, utgifter til klær, tannbehandling, medisiner, inventar, reise eller andre økonomiske tema. 29 av klagenes gjaldt kvalifiseringsprogram/-stønad.

Av klagesaker behandlet etter lov om sosiale tjenester i Nav, ble syv prosent av vedtakene opphevet og sakene sendt tilbake til Nav til ny behandling. Elleve prosent av vedtakene ble endret. Det innebar at Fylkesmannen stadfestet omtrent fire av fem vedtak Nav hadde fattet.

Tabell 5 Klagesaker om økonomisk stønad behandlet av fylkesmennene i 2008-2010 og resultatet av behandlingen i 2010

Fylkesmannen i	2008	2009	2010		
	Behandlede saker	Behandlede saker	Behandlede saker	Endret	Opphevet
Østfold	236	179	321	32	36
Oslo og Akershus	642	637	684	101	21
Hedmark	182	115	181	30	7
Oppland	123	138	140	8	0
Buskerud	241	190	263	43	21
Vestfold	178	211	202	20	29
Telemark	77	98	95	12	20
Aust-Agder	31	69	78	6	6
Vest-Agder	93	122	124	8	12
Rogaland	157	161	223	9	2
Hordaland	250	234	275	22	20
Sogn og Fjordane	45	35	27	5	1
Møre og Romsdal	117	61	97	6	1
Sør-Trøndelag	135	187	189	19	17
Nord-Trøndelag	60	59	57	2	2
Nordland	87	102	91	15	0
Troms	105	80	131	10	9
Finnmark	50	48	32	8	6
Sum	2809	2726	3210	356	210

I 2010 ble 80 prosent av klagenes etter lov om sosiale tjenester i Nav behandlet innen fristen på tre måneder.

Saker om økonomisk stønad og kvalifiseringsprogrammet som kom til fylkesmennene før 1. januar 2010 er her regnet med som saker etter lov om sosiale tjenester i Nav.

Statens helsetilsyn, som overordnet organ, mottok i 2010 en klagesak etter denne loven. Det var ikke grunnlag for å overprøve Fylkesmannens vedtak.

Tilsyn med sosialtjenesten

Tilsyn etter sosialtjenesteloven

Mer enn halvparten av den planlagte tilsynsvirksomheten med tjenester etter sosialtjenesteloven i 2010 var del av et landsomfattende tilsyn som inngår i den fireårige satsingen

Tabell 6 Antall systemrevisjoner med tjenester etter sosialtjenesteloven utført av fylkesmennene i 2008–2010

Fylkesmannen i	2008	2009	2010
Østfold	9	9	3
Oslo og Akershus	22	22	24
Hedmark	9	9	6
Oppland	6	9	6
Buskerud	11	11	9
Vestfold	9	6	6
Telemark	7	7	5
Aust-Agder	9	7	6
Vest-Agder	9	7	6
Rogaland	12	11	8
Hordaland	14	15	9
Sogn og Fjordane	8	7	6
Møre og Romsdal	12	5	11
Sør-Trøndelag	10	9	5
Nord-Trøndelag	6	7	7
Nordland	11	9	7
Troms	8	8	4
Finnmark	7	6	3
Sum	179	164	132*

* I tillegg kommer tilsyn gjennomført på andre måter enn som systemrevisjon (nytt i 2010), som tilsvarer 37 systemrevisjoner i arbeidsomfang. Statens helsetilsyns krav til fylkesmennene i 2010 var 180 systemrevisjoner.

på tilsyn med sosial- og helsetjenester til eldre (2009-12), som er omtalt på side 5-7.

Av de til sammen 132 systemrevisjonene etter sosialtjenesteloven var 73 ikke del av det landsomfattende tilsynet, og temaene for disse var bl.a. (med antall):

- 14 rettssikkerhet overfor personer med psykisk utviklingshemning
- 14 kommunale sosial-, helse- og barneverntjenester til barn
- 11 sosial- og helsetjenester til rusmiddelmissbrukere
- 7 tjenester til personer med psykisk utviklingshemning
- 4 avlastnings- og støttekontaktjenester
- 3 barne- og avlastningsboliger

I 99 av de 132 systemrevisjonene ble det funnet brudd på lov eller forskrift (avvik). Per 31. desember 2010 var det i 47 av tilsynene med sosialtjenesten fra 2009 eller tidligere fremdeles avvik som ikke var lukket. Ett år tidligere var det tilsvarende tallet 44. Fylkesmennene har ikke gitt pålegg med hjemmel i sosialtjenesteloven i 2010.

Tilsyn med økonomisk stønad m.m. etter lov om sosiale tjenester i Nav

Lov om sosiale tjenester i Nav, som trådte i kraft 1. januar 2010, omfatter økonomisk stønad, kvalifiseringsprogram og midlertidig boligtilbud m.m. Loven er et nytt tilsynsområde for fylkesmennene.

Tabell 7 Antall systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav utført av fylkesmennene i 2010

Fylkesmannen i	Antall systemrevisjoner 2010
Østfold	6
Oslo og Akershus	6
Hedmark	2
Oppland	5
Buskerud	8
Vestfold	6
Telemark	4
Aust-Agder	4
Vest-Agder	4
Rogaland	4
Hordaland	5
Sogn og Fjordane	4
Møre og Romsdal	3
Sør-Trøndelag	6
Nord-Trøndelag	4
Nordland	6
Troms	4
Finnmark	3
Sum	84

Fylkesmennene gjennomførte 84 systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav i 2010, se tabell 7. Av disse var 67 del av det landsomfattende tilsynet med økonomisk stønad som er omtalt i egen artikkel på side 8-9. 12 tilsyn ble gjennomført etter både lov om sosiale tjenester i Nav og andre lovverk (først og fremst sosialtjenesteloven). I 70 av de 84 systemrevisjonene ble det funnet brudd på lov eller forskrift (avvik).

Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

Kapittel 4A i sosialtjenesteloven omhandler rettssikkerheten til personer med psykisk utviklingshemning som utsettes for tvangstiltak. Fylkesmennene registrerer årlig en del data knyttet til slike tiltak. I 2010 ble det registrert 19 569 skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner overfor 1076 personer, mot 20 313 overfor 1089 personer i 2009. Dette omfatter tiltak som ikke var regulert i vedtak. Av de 1076 personene var 411 kvinner og 665 menn. 159 var under 18 år. Dels handler det om tiltak forut for regulering i vedtak, dels om tiltak der vedtak har utløpt før nytt er godkjent, og dels om tiltak utført av personer uten nødvendig kompetanse eller dispensasjon fra kompetansekrav. Praksis hos fylkesmennene er fortsatt noe ulik når det gjelder hva som registreres.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak, før de kan settes i verk. I 2010 ble 1395 tiltak som var regulert i 902

Tabell 8 Tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning i 2010 – sosialtjenesteloven kap 4A

Fylkesmannen i	Meldinger om skadeavergende tiltak i nødssituasjoner		Fylkesmannens overprøving av vedtak			Innvilgede søknader om disp. fra utdanningskrav	Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Personer meldingene gjaldt	Antall godkjente vedtak	Antall godkjente tvangstiltak	Personer med vedtak 31.12		
Østfold	250	60	18	21	18	14	9
Oslo og Akershus	3654	295	146	200	139	121	35
Hedmark	296	38	55	83	55	54	15
Oppland	336	45	46	59	46	44	21
Buskerud	1323	63	58	92	58	38	16
Vestfold	822	36	33	43	33	28	4
Telemark	208	34	13	48	13	11	0
Aust-Agder	260	24	8	13	8	4	2
Vest-Agder	242	44	44	69	44	16	4
Rogaland	3123	126	84	105	84	74	16
Hordaland	290	86	130	226	110	87	23
Sogn og Fjordane	554	32	26	37	17	7	9
Møre og Romsdal	4053	45	53	143	51	59	5
Sør-Trøndelag	1110	53	32	46	30	8	9
Nord-Trøndelag	267	10	61	85	36	123	11
Nordland	305	43	46	60	46	35	22
Troms	1618	29	44	58	42	21	12
Finnmark	858	13	5	7	5	29	16
Sum	19 569	1076	902	1395	835	773	229

vedtak, godkjent. 36 vedtak ble ikke godkjent. Ved utgangen av året var det 835 personer som hadde vedtak om tvangstiltak, 320 kvinner og 515 menn. 38 var under 18 år.

Fylkesmennene innvilget i 2010 773 søknader om dispensasjon fra utdanningskrav. 17 søknader ble ikke innvilget.

Tross tvangsbruk, er det få klager på dette området. I 2010 behandlet Fylkesmannen én klage på bruk av skadeavergende tiltak i nødssituasjon, og fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker behandlet ett påklaget vedtak.

Fylkesmennene gjennomførte 229 stedlige tilsyn.

Helsetjenester

Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten

Helsetilsynet i fylket er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasientrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten (kommunen osv.) skal ha vurdert saken på nytt før det fremmes klagesak for Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saken. Avgjørelsen fra Helsetilsynet i fylket er endelig.

Fram til 2007 var det en vekst i antall nye klager på mangelfullt oppfylte helserettigheter. I årene 2008 og 2009 gikk antallet ned med ti prosent hvert av årene, men i 2010 gikk det markant oppover igjen til 1070 nye klagesaker. Dette er 16 prosent mer enn det forrige toppåret, 2007.

Helsetilsynet i fylkene klarte ikke helt å ta unna den voksende mengden nye saker i 2010. Antallet restanser økte derfor fra 155 ved begynnelsen av året til 251 ved årets slutt.

I 2010 avsluttet Helsetilsynet i fylket 974 rettighetsklager. I 39 prosent av disse sakene er det gitt helt eller delvis medhold i klagen, eller vedtaket er opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil og lignende. Dette er på samme nivå som i 2009 (37 prosent) og i 2008 (36 prosent).

44 prosent av rettighetsklagene på helseområdet i 2010 gjelder rett til dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted (pasientrettighetsloven § 2-6). Disse syke transportklagene gjelder ofte relativt små beløp, i størrelsesorden noen hundre kroner. Antallet slike saker gikk betydelig ned i 2008 og 2009, men tok seg opp igjen i 2010. Syke transportklagene har altså svingt i antall på samme måte som de øvrige rettighetsklagene de siste årene.

Statens helsetilsyn har behandlet seks anmodninger om å overprøve vedtak som Helsetilsynet i fylket har gjort i klagesaker. I to saker fikk pasienten medhold. Tre saker er ikke ferdigbehandlet ved årets slutt. I en av sakene besluttet Statens helsetilsyn at utsettende iverksetting av kommunens vedtak om at helse- og sosialtjenester i hjemmet skulle opphøre. Statens helsetilsyn behandlet tre klager der Helsetilsynet i fylket hadde vedtatt å avvise rettighetsklagen. I en av sakene fikk klageren medhold.

Tilsyn med helsetjenesten

I 2010 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 207 systemre-

Tabell 9 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter knyttet til helsetjenesten – antall vurderinger i saker avsluttet av Helsetilsynet i fylkene fordelt på lovbestemmelser sakene er vurdert i forhold til – 2008-2010

Bestemmelse	Bestemmelsen gjelder	2008 ²	2009 ²	2010	
		Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Pasientrettighetsloven					
§ 2-1 første ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten	65	83	71	32
§ 2-1 annet ledd	rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	194	168	217	85
§ 2-2	rett til vurdering innen 30 dager	10	11	19	15
§ 2-3	rett til fornyet vurdering	6	8	4	0
§ 2-4	rett til valg av sykehus	14	10	22	10
§ 2-5	rett til individuell plan	13	8	11	8
§ 2-6	rett til syketransport	303	244	405	72
Kap. 3	rett til medvirkning og informasjon	50	49	70	25
Kap. 4	samtykke til/rett til å nekte helsehjelp	7	1	6	3
Kap. 4a tvang	innleggelse/tilbakehold i helseinstitusjon (ny fra 2009)	–	6	5	1
§ 5-1	rett til innsyn i journal	28	30	34	18
Helsepersonelloven					
helsepersonelloven §§ 42, 43 og 44, jf. pasientrettighetsloven § 5-2	rett til retting og sletting i journal	33	21	32	15
Kommunehelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig helsehjelp	142	148	144	66
Tannhelsetjenesteloven					
§ 2-1	rett til nødvendig tannhelsehjelp	0	3	3	2
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helseområdet		1	7	8	5
Sum vurderinger mot enkeltbestemmelser¹		866	797	1051	357
Antall saker¹		771	705	911	
Avviste saker³		63	71	63	

¹ Noen av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler, omfatter vurderinger opp mot mer enn én rettighetsbestemmelse. Derfor blir summen av vurderinger høyere enn antall saker.

² Tallene avviker noe fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

³ Åpenbart grunnløse eller foreldete saker avvises.

visjoner, se tabell 10, og ca. 230 andre tilsyn med virksomheter. Av systemrevisjonene var 141 rettet mot kommuner og 66 rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Mer enn halvparten av den planlagte tilsynsvirksomheten i 2010 var del av et landsomfattende tilsyn som inngår i den fireårige satsingen på tilsyn med sosial- og helsetjenester til eldre (2009-12), se egen artikkel på side 5-7.

De 55 systemrevisjonene med kommuner som ikke var del av eldretilsynet gjaldt bl.a. (med antall)

- 9 sykehjem
- 8 helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn
- 7 helse- og sosialtjenester til barn i avlastningsboliger
- 6 tjenester til rusmiddelmissbrukere
- 3 helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 3 legevakt
- 3 helse- og sosialtjenester til psykisk syke

Av systemrevisjonene med kommunen ble 92 gjennomført i samarbeid mellom Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen, ved at krav både i helse- og sosiallovgivningen ble undersøkt.

Helsetilsynet i de fylkene som dekker hver av de fire regionene valgte i 2010 regionale temaer for tilsyn med spesialisthelsetjenesten, se artikkel ss. 10-11. I tillegg til systemrevisjonene er det gjort 22 tilsyn med avtalespesialister i psykisk helsevern som har avtale med helseforetakene.

I 144 av de 207 systemrevisjonene ble det funnet brudd på lov eller forskrift (avvik). Per 31. desember 2010 var det fremdeles 65 tilsyn med helsetjenesten fra 2009 eller tidligere der avvik ikke var lukket. Ett år tidligere var det tilsvarende tallet 79.

Statens helsetilsyns krav til Helsetilsynet i fylkene er 300 systemrevisjoner. Det ble utført tilsyn med arbeidsomfang tilsvarende 318 systemrevisjoner.

Helsetilsynet i Rogaland gjennomførte i tillegg 18 verifikasjonstilsyn med helseforhold (del av HMS) og 5 tilsyn i forbindelse med maritimt sertifikat knyttet til petroleumsvirksomheten.

Tabell 10 Tilsyn med helsetjenesten – antall system-revisjoner utført av Helsetilsynet i fylkene i 2008-2010

Helsetilsynet i	2008	2009	2010
Østfold	15	15	6
Oslo og Akershus	32	33	29
Hedmark	12	12	6
Oppland	16	15	12
Buskerud	13	17	10
Vestfold	20	13	13
Telemark	14	13	6
Aust-Agder	13	13	7
Vest-Agder	14	13	7
Rogaland	20	18	16
Hordaland	26	21	20
Sogn og Fjordane	12	12	7
Møre og Romsdal	17	17	15
Sør-Trøndelag	15	14	16
Nord-Trøndelag	10	13	7
Nordland	16	17	11
Troms	16	13	13
Finnmark	12	11	6
Sum	293	280	207*

* I tillegg kommer tilsyn med andre metoder enn systemrevisjon omtalt ovenfor.

Pålegg, tvangsmulkt og stengning

I 2010 har Statens helsetilsyn gitt ett pålegg til virksomhet etter helselovgivningen. Det gjaldt svikt i ambulansetjeneste og ble i desember 2010 gitt til Helse Førde HF med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. Samtidig ble det gitt varsel om tvangsmulkt etter samme lov § 7-2. Vestre Viken HF fikk varsel om pålegg for ikke å rette opp uforsvarlig virksomhet. Virksomheten brakte forholdene i orden og det ble ikke nødvendig å gi pålegg. I tillegg ble det gitt flere pålegg til virksomheter som ikke svarer tilsynsmyndigheten i tilsynssaker.

Bruk av tvang og makt overfor mennesker uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

Kap. 4A i pasientrettighetsloven, som trådte i kraft 1. januar 2009, gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Helsetjenesten skal treffe vedtak om bruk av tvang og kopi av vedtaket skal sendes Helsetilsynet i fylket. Antallet kopier av vedtak mottatt av Helsetilsynet i fylkene var 2075 i 2010, se tabell 11. Alle vedtak gjennomgås av Helsetilsynet i fylket, som har myndighet til å overprøve (endre eller oppheve) vedtakene. Dersom et vedtak om helsehjelp etter dette kapitlet ikke er påklaget og helsehjelpen vedvarer, skal Helsetilsynet i fylket, når det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen.

Tabell 11 Tvang og makt overfor mennesker uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2009 og 2010

År	Antall vedtak ¹	Antall vedtak opphevet	Antall vedtak endret	Antall vedtak som varer mer enn 3 måneder
2009	1687	125	2	1050
2010	2075	157	27	1254

¹ Tallene gjelder antall kopier av vedtak i helsetjenesten som Helsetilsynet i fylket har mottatt.

Erfaring fra de to første årene viser at ca. 60 % av vedtakene krever aktivitet fra Helsetilsynet i fylket i form av råd og veiledning med kommunen / tjenestene etter at de mottar kopi av vedtaket.

Helsetilsynet i fylket mottok 21 klager på helsetjenestens vedtak. I 18 av sakene ble vedtaket opprettholdt.

Tilsynssaker (enkeltsaker)

Tilsynssaker behandlet av Helsetilsynet i fylket

Tilsynssaker er saker Helsetilsynet i fylket behandler på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene.

Tabell 12 Tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylkene – antall avsluttede saker og saksbehandlingstid – 2008-2010

Helsetilsynet i	Antall avsluttede saker			Andel med mer enn 5 md. behandlingstid i 2010
	2008 ¹	2009 ¹	2010	
Østfold	222	179	169	50 %
Oslo og Akershus	392	329	391	45 %
Hedmark	114	122	132	66 %
Oppland	51	52	80	50 %
Buskerud	116	113	129	50 %
Vestfold	62	96	90	20 %
Telemark	62	75	98	27 %
Aust-Agder	42	37	39	51 %
Vest-Agder	64	68	83	29 %
Rogaland	105	103	80	48 %
Hordaland	205	185	227	44 %
Sogn og Fjordane	54	65	58	10 %
Møre og Romsdal	92	130	71	48 %
Sør-Trøndelag	120	112	112	25 %
Nord-Trøndelag	77	72	90	72 %
Nordland	110	86	181	45 %
Troms	92	83	93	38 %
Finnmark	26	63	52	12 %
Sum	2006	1970	2175	43 %
I tillegg avsluttet uten vurdering ²	290	289	352	
Avviste saker ³	120	143	193	

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

² Avsluttes gjennom å be innklaget å ta kontakt med den som har klagt, for å finne en løsning i minnelighet.

³ Åpenbart grunnløse eller foreldete saker avvises.

I 2010 varierte antall nye saker per 100 000 innbyggere fra 29 i Rogaland til 93 i Troms. For landet som helhet var det 2781 nye tilsynssaker. Det tilsvarer 57 per 100 000 og er 309 saker flere enn året før, dvs. en økning på 13 prosent.

Restansen av tilsynssaker (saker under behandling) hos Helsetilsynet i fylkene gikk opp fra 990 ved utgangen av 2009 til 1051 saker ved utgangen av 2010. Dette tilsvarer en økning på seks prosent.

Mer enn halvparten av tilsynssakene skal være behandlet innen fem måneder. Dette ble oppnådd ved Helsetilsynet i 15 fylker i 2010 (Helsetilsynet i Oslo og Akershus teller som ett fylke). Kravet ble nådd også for alle fylkene sett under ett, idet 57 prosent av sakene på landbasis hadde en kortere saksbehandlingstid enn fem måneder.

Tilsynssakene er ofte sammensatt og har 2-3 vurderingsgrunnlag i gjennomsnitt. Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Dernest kommer vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal. Vurderingene som angår rusmidler og andre spørsmål om helsepersonells egnethet, er få, men ofte alvorlige.

Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som blir oversendt fra Helsetilsynet i fylket. I 2010 behandlet Statens helsetilsyn 347 saker. Det ble gitt 255 reaksjoner, 27 rettet mot virksomheter og 228 rettet mot helsepersonell. Statens helsetilsyn avsluttet 103 saker uten å gi reaksjon. Det var 114 helsepersonell som mistet til sammen 119 autorisasjoner. De fleste tilbakekall gjelder rusmiddelbruk, og det er en liten økning i antall helsepersonell som mistet autorisasjonen på grunn av seksuell utnyttning av pasient, fra 11 til 16. I 2010 fikk ni helsepersonell begrensninger i sin autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 59a og fire helsepersonell i medhold av § 59.

Til sammen 22 helsepersonell fikk sin autorisasjon/lisens suspendert mens saken var til behandling. Statens helsetilsyn forlenget suspensjonen av autorisasjonen til to helse-

Tabell 13 Rettslig grunn som tilsynssaker ved Helsetilsynet i fylket er vurdert mot i 2008-2010

Bestemmelse i helsepersonelloven	2008 ¹	2009 ¹	2010
Forsvarlighet: oppførsel (§ 4)	247	201	245
Forsvarlighet: undersøkelse, diagnostikk, behandling (§ 4)	1522	1716	1670
Forsvarlighet: medisiner (§ 4)	215	228	230
Forsvarlighet: annet (§ 4)	279	291	301
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	34	38	34
Informasjon (§ 10)	83	103	104
Organisering av virksomhet (§ 16)	199	192	144
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	117	115	157
Pasientjournal (§§ 39-41)	255	233	316
Egnethet: rusmiddelmissbruk (§ 57)	50	44	47
Egnethet: andre forhold (§ 57)	56	67	63
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven			
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	573	587	703
Andre pliktgrunnlag	626	583	683
Sum vurderingsgrunnlag²	4256	4398	4697
Antall saker med vurdering²	2006	1970	2175

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

² Flere av sakene Helsetilsynet i fylkene behandler omfatter vurderinger opp mot flere bestemmelser. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag høyere enn antall saker.

Tabell 14 Antall avsluttede tilsynssaker og reaksjoner fordelt på årene 2002 til 2010

År	Reaksjoner	Ingen reaksjon	Avsluttede saker
2002	103	71	173
2003	125	55	172
2004	148	101	237
2005	168	87	242
2006	184	76	252
2007	181	95	271
2008	155	65	224
2009	235	87	301
2010	255	103	347

Tabell 15 Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell i 2009 og 2010

	Advarsel		Tap av autorisasjon eller lisens		Tap av rekvisiteringsrett		Begrenset autorisasjon / lisens (§ 59)		Begrenset autorisasjon/ lisens § 59a)		Tap av spesialistgodkjenning		Sum	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	Lege	64	53	28	27	3	8		2	5	8	2		102
Tannlege	1	4	4	3									5	7
Psykolog	2	5	1	6				1					3	12
Sykepleier	6	11	44	43			1		1				52	54
Hjelpepleier	1	1	19	23					2				22	24
Vernepleier	1		4	5									5	5
Jordmor	3	2	1	2									4	4
Fysioterapeut	1			3				1		1			1	5
Andre grupper	6	4	7	7									13	11
Uautoriserte	4	8											4	8
Sum	89	88	108	119	3	8	1	4	8	9	2	0	211	228

personell. Tre leger fikk suspendert sin rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B.

Statens helsetilsyn mottok melding fra 19 helsepersonell som ga frivillig avkall på sin autorisasjon. Fire helsepersonell (leger) ga frivillig avkall på sin rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

Statens helsetilsyn oversendte 76 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2010, mot 62 i 2009. Nemnda stadfestet i 2010 Statens helsetilsyns vedtak i 50 saker. 14 vedtak ble omgjort, ett vedtak ble delvis omgjort.

Statens helsetilsyn begjærte påtale i åtte saker i 2010. I ni saker konkluderte Statens helsetilsyn med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. Statens helsetilsyn anmeldte tre helsepersonell til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Statens helsetilsyn ferdigbehandlet 60 søknader fra helsepersonell som tidligere har mistet autorisasjonen. 16 helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger, og seks helsepersonell fikk begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår.

Statens helsetilsyn behandlet fem søknader om rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B fra helsepersonell som tidligere har mistet rekvireringsretten. Fire søknader ble innvilget og en ble avslått.

I 2010 behandlet Statens helsetilsyn 38 saker mot virksomheter. I 27 av sakene ble det påvist brudd på helselovgivningen og i 13 av disse sakene fant vi brudd på opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten. I elleve saker fant vi at helselovgivningen ikke var brutt. Det er Helsetilsynet i fylket som i de fleste tilfeller avslutter saker som gjelder svikt ved organisering eller styring av helsetjenesten som tilbys. Tallet på slike saker er derfor relativt lavt i Statens helsetilsyn sett i forhold til det totale antall avsluttede saker.

Statens helsetilsyn behandlet 347 saker i 2010 mot 301 i 2009. Median saksbehandlingstid var 5,4 måneder.

Tabell 16 Årsak til tilbakekall av autorisasjon i 2010 fordelt på helsepersonellgruppe

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	32	13	10	9	64
Sykdom	1			3	4
Seksuell utnytting av pasient	3	1	8	4	16
Atferd		7	2	6	15
Uforsvarlighet	4	2	2	1	9
Ikke innrettet seg etter advarsel	1		2	3	6
Mistet i utlandet	2		3		5
Sum	43	23	27	26	119

Fra 1. juni 2010 blir enkelte tilsynssaker behandlet i en egen utrykningsgruppe i Statens helsetilsyn, se artikkel på s. 29.

Meldesentralen

Meldesentralen i Statens helsetilsyn er en database over hendelser som er meldt i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3–3. Helseinstitusjoner er pålagt å gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskaade og om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen.

Det ble registrert 2059 meldinger i 2009 (1286 i 2008). En tredel av disse meldingene (32 prosent) gjelder betydelig personskaade, mens litt under halvparten av meldingene (46 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskaade. Det ble registrert 443 meldinger om unaturlig dødsfall i 2009 (22 prosent av meldingene).

14 prosent av alle meldingene (298 meldinger) som ble registrert i 2009 gjaldt feil ved bruk av legemidler. Lege-middelfeil gjelder tilfeller av blant annet feil dose, feil administrering, feil legemiddel, feil pasient og uventet effekt.

Åtte prosent av meldingene (155 meldinger) omhandlet hendelser knyttet til fødsler. I 46 prosent av de meldingene som gjaldt fødsler, ble moren skadet og i 17 prosent ble barnet skadet. Det er registrert 45 tilfeller hvor enten barnet døde under fødsel eller fosteret døde i livmoren.

24 prosent av meldingene (486 meldinger) omhandlet hendelser fra psykisk helsevern. Det ble registrert 127 meldinger om selvmord og 177 meldinger om selvmordsforsøk og selvskading.

Regnskap og personell

Bevilget budsjett for 2010 for budsjettkapitel 721 Statens helsetilsyn var 95,3 mill. kr i utgifter og 3,9 mill. kr i inntekter. Regnskapsresultat var hhv. 93,3 og 4,1 mill. kr. Antall ansatte i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2010 var, omregnet til årsverk, 102.

Utgiftene til klagebehandling og tilsyn ved fylkesmanns-embetene og Helsetilsynet i fylkene blir dekket under budsjettkapittel 1510 Fylkesmanns-embetene.

Publikasjoner fra Helsetilsynet

Rapport fra Helsetilsynet

I serien formidles funn og erfaringer fra klagebehandling og tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene. På nettstedet www.helsetilsynet.no finnes alle utgivelser i fulltekst, og sammendrag på engelsk og samisk.

2011

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

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

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

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

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

2010

Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008-2010 (Rapport fra Helsetilsynet 7/2010)

Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner? (Rapport fra Helsetilsynet 6/2010)

Meldesentralen – årsrapport 2008-2009 (Rapport fra Helsetilsynet 5/2010)

Risikobildet av norsk kreftbehandling (Rapport fra Helsetilsynet 4/2010)

Distriktspsykiatriske tjenester – likeverdig tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske sentre (Rapport fra Helsetilsynet 3/2010)

Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger (Rapport fra Helsetilsynet 2/2010)

Tannhelsetjenesten – med særlig blick på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper (Rapport fra Helsetilsynet 1/2010)

Høringsuttalelser

Statens helsetilsyn gir i mange saker innspill til andre i form av høringsuttalelser. Disse blir publisert på www.helsetilsynet.no, menyen Publikasjoner\Brev og høringsuttalelser. Nedenfor refereres tema for noen av høringsuttalelsene.

NOU 2010: 3 "Drap i Norge i perioden 2004-2009". Høringsuttalelse av 25. oktober 2010 fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet.

Etter selvmordet - Veileder om tiltak for etterlatte ved selvmord. Høringsuttalelse av 23. september 2010 fra Statens helsetilsyn til Helsedirektoratet.

Pliktmessig avhold for helsepersonell - forslag om lovendring. Høringsuttalelse av 15. september 2010 fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt. Høringsuttalelse av 30. august 2010 fra Statens helsetilsyn til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Høringsuttalelse av 3. juni 2010 fra Statens helsetilsyn til Helsedirektoratet.

Rundskriv

Syketransport – retningslinjer for behandling av klagesaker. Rundskriv IK-1/2010 fra Statens helsetilsyn til fylkesmennene.

Medisinalmeldinger/Helse- og sosialmeldinger

Fylkesmannen og Helsetilsynet i hvert fylke gir årlig ut en publikasjon med stoff om tjenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Navnet er medisinalmelding eller helse- og sosialmelding eller lignende, og målgruppene er tjenestene og publikum i fylket, og sentrale myndigheter. Meldingene finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no, meny Publikasjoner.

Artikler

Artikler som ansatte i Statens helsetilsyn skriver, publiseres eller lenkes til på nettstedet www.helsetilsynet.no, meny Publikasjoner\Artikler og kronikker.

Kom med forslag på kandidater til Karl Evang-prisen 2011!

Karl Evang-prisen (NOK 50 000) tildeles hvert år en person eller en organisasjon som i Karl Evangs ånd har gjort en spesiell innsats på helse-, sosial- og barnevernsområdet.

Prisen blir delt ut på Karl Evang-seminaret som Statens helsetilsyn arrangerer på Høgskolen i Oslo og Akershus 20. oktober 2011. Seminaret skal bidra til å skape debatt og engasjement rundt et aktuelt tema i Karl Evangs ånd og med relevans for Statens helsetilsyn sitt arbeid. Seminaret er gratis, det er ingen påmelding og alle interesserte er hjertelig velkomne! Les mer om prisen og seminaret på

www.helsetilsynet.no/evang

Send forslag på kandidat innen **19. august** til evangprisen@helsetilsynet.no eller til Statens helsetilsyn, P.b. 8128 Dep, 0032 Oslo



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
Internett: www.helsetilsynet.no
Besøksadresse: Calmeyers gate 1
Mars 2011

Tilsynsrapporter

Rapportene fra hvert enkelt tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene publiseres på www.helsetilsynet.no. Der kan de hentes fram sortert på emne, kommune, helseforetak, fylke eller år.