

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



# Innhold



Om å gjøre verden litt bedre . . . . .	3
Er kommunene kvalifiserte til å kvalifisere? . . . . .	4-5
Tilsyn med oppfølging av barn i fosterhjem. . . . .	6-8
Om BUP-tilsynets betydning fra et faglig ståsted – innspill fra en involvert leder . . . . .	9
Trenger tydelige ledere i psykisk helsevern for barn og unge. . . . .	10-11
Styrket involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn – et to-årig utviklingsarbeid hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn . . . . .	11
Å miste et barn. . . . .	12
Opplæring i kliniske ferdigheter - hvem gjør hva når det står om liv? . . . . .	13
Hva når pasienten ikke kan ivareta egne interesser og behov? . . . . .	14-16
Når helsepersonell misbruker rusmidler . . . . .	17-18
Svikt i tjenester til personer med psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk . . . . .	19
Fatal feilmedisinering . . . . .	20
Forskriving av for mye sentralstimulerende legemidler til AD/HD-pasienter . . . . .	21
God ledelse er avgjørende for god pasientsikkerhet . . . . .	22
Landsomfattende tilsyn 2015 – 2016 . . . . .	23
Når elektroniske henvisninger og prøvesvar forsvinner . . . . .	24-25
Psykisk helsevern – hvilke feil bør varsles? . . . . .	26
Når vedtak manglar tiltak . . . . .	27
Kommuners manglende beskyttelse av barn straffer seg. . . . .	28
Tilsyn med barneverntjenesten . . . . .	29
Og ellers mener Statens helsetilsyn at . . . . .	30-31
Tall og fakta . . . . .	33-43
Publikasjoner fra Helsetilsynet . . . . .	43

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2015.

Ansvarlig redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Sverre Nesheim, Sidsel Platou Aarseth, Kjersti Engehaugen,

Susanne Lie, Linda Grytten, Magne Braaten og Nina Vedholm (leder).

Grafisk formgivning og trykking: 07 Media. Opplag 17 000

Illustrasjoner: Monia Nilsen

Satt med Times New Roman 10,6/12,2 pkt. trykt på Cocoon offset.

ISSN 1501-8083

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

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo,

telefon 21 52 99 00, e-post: [trykksak@helsetilsynet.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.no)

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

The Annual Supervision Report 2014 is also available in English on the website of the

Norwegian Board of Health Supervision: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Noen av artiklene finnes i samisk oversettelse på Helsetilsynet sitt nettsted:

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Muhtun artihkkaliid gávnnaat sáamegillii Dearvvašvuodageahč'u neahttabáikkis:

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## Om å gjøre verden **litt** bedre

Tilsyn er i mange sammenhenger et etterspurt statlig virkemiddel. Tilsynsmeldingen viser mangfoldet i vår tilsynsvirksomhet med helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og sosialtjenesten. Navnet vårt - Statens helsetilsyn - er ikke dekkende for bredden i vår oppgaveportefølje.

Vi finner mye svikt i våre landsomfattende tilsyn. Noe av forklaringen er at utvelgelsen av tilsynsystema og tilsynsobjekter er risikobasert. Uansett viser funnene våre at mange virksomheter har store utfordringer med å etterleve regelverket. Regelverket er samfunnets krav til tjenestene på vegne av brukerne. Tjenestene som ikke innfrir kravene i regelverket oppfyller ikke sin del av samfunnskontrakten – det kan på sikt svekke befolkningens tillit til og oppslutning om offentlige tjenester. Gode offentlige velferdstjenester kan bidra til rettferdighet og stabilitet i samfunnet.

De organisatoriske rammebetingelsene er viktige for gode og trygge helsetjenester. Tilsynet møter i mange sammenhenger ønsker fra pasienter og pårørende om at vi skal stille helsepersonell personlig ansvarlig for uønskede hendelser. Det er lett å forstå ønsket om at noen må stilles til ansvar når noe går galt, men vi vil advare mot å kriminalisere personell som arbeider i risikoutsatte virksomheter. Straffereaksjoner kan ikke på sikt være det bærende elementet for å sikre gode og trygge tjenester. Godt faglig tilsyn skal bidra til at tjenesten ledes slik at pasienter og brukere til enhver tid møter gode tjenester. Trygge tjenester forutsetter et kontinuerlig arbeid for å unngå uønskede hendelser og at feil som oppstår brukes som kilde til endringsarbeid. I tilfeller hvor helsepersonellet virkelig er å klandre, så skal vi bruke våre administrative reaksjoner.



Kan vi gi unger en god barndom, er det ikke mye vondt livet kan gjøre dem. Derfor er det svært viktig at vi har et godt barnevern som utgjør et sikkerhetsnett når barn utsettes for skadelige oppvekstforhold. I 2014 ble det for første gang gitt foretaksstraff til kommuner som samarbeidet om en barneverntjeneste, som brøt med sentrale bestemmelser i barnevernloven. Det er et viktig signal om at samfunnet slår ring om barns oppvekstvilkår.

Deltagelse i arbeidslivet eller utdanningsaktiviteter gir mennesker muligheter til mestring. Mestring er muskelen i menneskers selvtillit. Samfunnet svikter både den enkelte og fellesskapet ved ikke å gi mennesker muligheter til å utfolde seg i meningsfulle, samfunnsgavnige aktiviteter. Vårt landsomfattende tilsyn på området viser at det er et stykke igjen før vi er i mål.

Tidlig intervensjon ved psykiske lidelser er positivt med tanke på å begrense sykkelighet og opprettholde et

godt funksjonsnivå. Tilsynet viser at det innen psykisk helsevern for barn og ungdom er utfordringer knyttet til utredning og diagnostikk. Kunnskapsbasert utredning og diagnostikk er selve fundamentet for god og tilpasset behandling.

Det er klare holdepunkter for at tilsyn har effekt. Blant annet er våre funn sjelden omstridt, avvik rettes opp og virksomheten gjennomfører varige endringer for å hindre uønskede hendelser. Vi er likevel nysgjerrige på mer viten om effekten av vårt tilsyn. Vi har derfor etablert et vitenskapelig forskningsprosjekt som skal gi dybdekunnskap om effekten av våre tilsynsmetoder. Her blir vi et foregangsland i internasjonal sammenheng.

Tettere kommunikasjon med pasienter, brukere og pårørende vil styrke arbeidet hos tilsynsmyndigheten. Vi ønsker å være en tilgjengelig og åpen tilsynsmyndighet. Bedre kommunikasjon og dialog med sluttbrukere vil gi bedre faktagrunnlag for tilsynsmessige prioriteringer, vurderinger og avgjørelser.

Den samlede tilsynsmyndigheten utgjøres av Statens helsetilsyn og fylkesmannen. Fylkesmannen og Statens helsetilsyn lever i et gjensidig avhengighetsforhold der begge må lykkes for å nå målet om godt faglig tilsyn.

Vi ønsker at denne tilsynsmeldingen skal bidra til at leseren blir styrket i troen på at godt faglig tilsyn handler om å gjøre verden litt bedre.

God lesning!

  
Jan Fredrik Andresen

## Er kommunene **kvalifiserte** til å kvalifisere?

Fylkesmannen gjennomførte i 2013 og 2014 landsomfattende tilsyn med kommunenes arbeid med Kvalifiseringsprogrammet (KVP). Statens helsetilsyns oppsummering av tilsynet viser lovbrudd i nesten 85 prosent av de 90 kommunene som har hatt tilsyn.

Det har over tid vært økende oppmerksomhet på at målet med arbeids- og velferdspolitikken må være at den enkelte kan forsørge seg selv gjennom arbeid. Kvalifiseringsprogrammet er ment å være et systematisk, tidsbegrenset og kraftfullt tiltak på vei til selvforsørgelse. Det spesielle og ekstra sårbare med KVP er at tjenesten kun kan gis én gang.

Kvalifiseringsprogrammet er en rettighet etter sosialtjenesteloven. For at deltakerne skal nå sine mål er det avgjørende at innhold og framdrift i programmet er individuelt tilpasset. Tjenesten er kommunal og forvaltes av NAV-kontoret. Aktuelle KVP-deltakere vil ofte ha tilleggsutfordringer på helse- og sosialområdet ut over behovet for mer kompetanse i et spesialisert arbeidsliv. Det vil derfor variere hva som vil være det beste innholdet i programmet for den enkelte. Samarbeid med deltakeren om planlegging, utvikling, sammensetning av tiltak og oppfølging er lovpålagt og avgjørende for å lykkes.

### **Rekruttering av deltakere til KVP**

Kommunene skal både informere publikum og etablere prosesser som sikrer at aktuelle deltakere til Kvalifiseringsprogrammet identifiseres.

Tilsynet har avdekket at nærmere halvparten av de 90 kommunene ikke sikrer forsvarlig informasjon og identifisering. De arbeider for lite med å få ut informasjon om tjenesten til publikum, og/eller det er ikke etablert gode rutiner eller praksis for systematisk gjennomgang av brukere man allerede har kontakt med, for å finne personer som kan ha rett til KVP.

### **Opplysning som grunnlag for program**

Individuell tilpasning av et program forutsetter god kartlegging i forkant. Arbeidsevnevurdering er obligatorisk og en av forutsetningene for å få KVP. Den skal også benyttes som grunnlag for å planlegge KVP. Arbeidsevnevurderingen er hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og fylkesmennene har ikke tilsynsmyndighet med innhold og kvalitet i denne vurderingen.

Fylkesmennene har likevel vurdert om søknad om KVP er godt nok opplyst ved å sjekke om arbeidsevnevurdering er utført og når i prosessen dette har skjedd. I nesten halvparten av kommunene finner fylkesmennene at søknader ikke er godt nok opplyst. I mange tilfeller er arbeidsevnevurdering ikke gjennomført, eller den er utført etter at vedtak om KVP er fattet eller programmet er igangsatt. Arbeidsevnevurdering brukes da ikke systematisk, verken som inntaksvilkår eller for å opplyse søknad.

### **Skreddersøm eller konfeksjon?**

De som har rett til KVP mangler kvalifikasjoner for å kunne komme i jobb og har ulike utgangspunkter og mål. Kvalifiseringsprogrammet skal være individuelt tilpasset, være på fulltid, gis til rett tid og bestå av målrettede tiltak som best mulig kvalifiserer den enkelte. Dette er avgjørende for å lykkes. Tilbudet om deltakelse gis kun én gang.

Fylkesmennene finner at omtrent halvparten av kommunene ikke sikrer individuell tilpasning. Typiske funn er at tiltakene ikke utgjør full arbeidsuke, eller at programmet består av standardiserte kurs eller tiltak uten individuelt tilsnitt. Programmene kan fremstå som ren aktivisering når identifiserte behov for kvalifisering ikke er ivaretatt med individuelt tilpassede tiltak. Ikke sjelden er programmet helt uten eller med for få tiltak i kortere eller lengre perioder, i påvente av plass i nye eller egnede tiltak. I noen kommuner var programmet ikke utarbeidet selv om programperioden var påbegynt. Dette resulterer i at KVP "brukes opp" og blir ren inntektssikring uten at kvalifisering pågår.

### **Samarbeid med deltakeren**

Sosialtjenesteloven vektlegger brukermedvirkning, og Kvalifiseringsprogrammet skal utvikles og tilpasses individuelt i samarbeid med søkeren. Samarbeidet må starte før KVP iverksettes og systematisk ivaretas underveis i programmet. Brukermedvirkning bør være mulig å spore gjennom egnevurdering som er en del av arbeidsevnevurderingen, journal, møtoreferater eller annen skriftlig eller elektronisk sporbar informasjon.

Tilsynsrapportene viser at det i mange kommuner er vanskelig å finne spor av brukermedvirkning. I mange kommuner hevdes det at det samarbeides godt og systematisk med deltaker, men fylkesmennene finner likevel ofte få eller ingen journalnotater, dokumentasjon fra møter eller eksempler på praksis som viser dette.

Manglende samarbeid ses tydelig når det ved gjennomgang av saker avdekkes dårlig samsvar mellom søkers kartlagte behov og de igangsatte tiltakene.

### Oppfølging og evaluering må synes

Når deltakeren får vedtak om KVP, er det fordi det er fastslått behov for tett og koordinert oppfølging. Loven krever at tidspunkt for evaluering av program skal planlegges før oppstart, og det må dokumenteres når og hvordan oppfølging skjer.

I nesten halvparten av kommunene som har hatt tilsyn er det svikt i oppfølging av deltakerne. Ofte har kommunen overlatt oppfølgingen til tiltaksarrangør uten å kvalitetssikre og kontrollere at oppfølgingen blir forsvarlig. En del kommuner sier at evaluering pågår kontinuerlig uten at det kan dokumenteres eller beskrives nærmere. Ukeplan og skriftliggjøring av framdrift og evaluering kan være utgangspunkt for oppfølging, men dette mangler ofte.

Det er vanskelig å se om innholdet i KVP er faglig forsvarlig når tiltakene er dårlig beskrevet. Når deltakerens behov er kartlagt, men tiltakene ikke synes å tilpasses dette, kan det reises tvil om gjennomføringen blir forsvarlig.

### Mangelfull kompetanse er en utfordring

Kommunen har opplæringsansvar for alle i NAV-kontoret som arbeider med kommunale tjenester. Fylkesmennene har over år arbeidet med å tydeliggjøre kommunenes ansvar og oppgaver, men fremdeles synes det å planlegge, gjennomføre og vedlikeholde opplæring og kompetanse å by på utfordringer for kommunene. Mange

lovbrudd som er funnet i dette tilsynet kan være resultat av manglende kompetanse. I flere kommuner er det ikke sørget for opplæring til tross for at behovet er avdekket og gjort kjent for ledelsen. Andre steder er behovet for kompetanse aldri kartlagt, eller kommunen har ikke tilstrekkelig

kunnskap om hvilken kompetanse som kreves. Det kan også noen steder være vanskelig å rekruttere folk med egnet kompetanse, mens det i andre kommuner vises til manglende tid eller penger til opplæring.

### Kvalifiserte til kvalifisering?

Internkontrollforskriften til sosialtjenesteloven pålegger kommunene å styre arbeidet med KVP gjennom å planlegge, organisere, iverksette og evaluere tjenesten i tråd med lover og regler. God styring er nødvendig for å sikre god og forsvarlig tjenesteyting.

KVP er en lovfestet rettighet. Likevel ser vi at det i 85 prosent av kommunene som har hatt tilsyn, avdekkes lovbrudd i tjenesten og styring når det gjelder tildeling, utforming og/eller gjennomføring av KVP.

Brukergruppen som er aktuell for KVP er sårbar. Det er et alvorlig brudd på rettssikkerheten dersom kommunen ikke gir forsvarlige tjenester. Særlig bekymringsfullt blir dette når tjenesten kun kan gis én gang. Mange kan ha fått KVP uten at tilbudet har vært forsvarlig og har kanskje ikke kommet i arbeid, men har da ”brukt opp” sjansen.

Mange av kommunene som hadde tilsyn har nå i samarbeid med fylkesmennene på en god måte satt i verk tiltak for å rette opp sine lovbrudd, og slik bli bedre kvalifiserte til å kvalifisere.



Fylkesmennene finner at omtrent halvparten av kommunene ikke sikrer individuell tilpasning.”

Litteratur: Kvalifisert til kvalifisering?  
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i NAV

Rapport fra Helsetilsynet 2/2015





## Tilsyn med oppfølging av **barn** i fosterhjem

Barn i fosterhjem trenger hjelp. Barnas fosterforeldre trenger hjelp. De trenger hjelp fra barnevernet. Får de det? Og er det egentlig så viktig?

I overkant av 10 000 barn bor i fosterhjem i Norge. En studie<sup>1</sup> fra 2013 fant at 142 (50,9 prosent) av 279 barn bosatt i fosterhjem, oppfylte kriteriene for minst én psykisk lidelse. Det er nesten ti ganger så vanlig som hos skolebarn ellers. NOVA skriver i en rapport<sup>2</sup> at den høye forskningsbaserte kunnskapen om psykiske og fysiske helseplager hos barna må påvirke oppfølgingen de får. Barna trenger kvalifiserte fosterforeldre som må få målrettet veiledning og rammebetingelser over tid.

Fylkesmennene har i 2013 og 2014 gjennomført landsomfattende tilsyn med kommunenes oppfølging av barn i fosterhjem. Tilsynet omfattet 94 barneverntjenester (barneverntjeneste i enkeltkommuner eller barneverntjeneste på vegne av flere samarbeidende kommuner). De 94 barneverntjenestene representerte til sammen 151 kommuner. Fylkesmennene valgte ut fra kunnskap om svikt eller fare for svikt hvilke barneverntjenester de skulle undersøke.

I dette tilsynet ble det undersøkt om barn som bor i fosterhjem, får den oppfølgingen de har behov for og krav på fra den kommunale barneverntjenesten. Det ble videre undersøkt om fosterforeldrene fikk nødvendig råd og veiledning, og om barna fikk oppfylt sin rett til å medvirke i egen sak. Det siste temaet som ble undersøkt var om ledelsen i barneverntjenesten planla, kontrollerte og, om nødvendig, korrigerte arbeidet med oppfølgingen av barn som bor i fosterhjem.

Resultatene av undersøkelsene gir grunn til bekymring. De viste omfattende svikt på området. Det ble

avdekket svikt, det vil si lovbrudd eller forbedringsområder, i 71 av de 94 barneverntjenestene som ble undersøkt. Disse 71 barneverntjenestene representerer 123 kommuner. Det vil si at barn i fosterhjem som får oppfølging fra disse 123 kommunene ikke er sikret forsvarlige tjenester eller tjenestene har forbedringspunkter. Det betyr at sårbare barn og unge ofte får et tilbud preget av tilfeldigheter og ut fra den enkelte saksbehandlers eget skjønn.

*”Min erfaring med å bo i fosterhjem: Du sitter der med to voksne som plutselig skal være foreldrene dine. De har regler og oppgaver til deg som du aldri har hatt før. Du må stadig jobbe for å lære og utvikle deg. Vaner og andre ting du er vant med å gjøre må gjøres om og forbedre seg. I min fosterfamilie sier vi alltid at jeg på en måte er på ”treningsleir”. Jeg trener hver dag. Trener på å åpne meg, snakke om følelsene mine og la folk komme inn i livet mitt. Ting jeg har hatt vanskeligheter med før og som jeg plutselig må jobbe for å gjøre om på.”*  
(om-depresjon.blogspot.no)

### Hva fant fylkesmennene?

#### Oppfølging - besøk i fosterhjemmet

Barn i fosterhjem skal i følge loven ha minimum fire besøk i året fra barneverntjenesten. Besøkene er de viktigste møtepunktene mellom barnet, fosterforeldre og saksbehandler. I over halvparten av barneverntjenestene med svikt fikk barna for få besøk. Eksempler på funn fra noen av barneverntjenestene med svikt var at

halvparten av barna fikk ett besøk per år, og at ingen av fosterhjemmene hadde fått fire besøk. Andre eksempler var at det var gitt beskjed fra ledelsen om å gjennomføre færre besøk enn kravet for å frigjøre ressurser til annet arbeid, og at bare ett av 23 barn bosatt i fosterhjem fikk flere besøk enn minimumsstandard.

#### Barnets rett til medvirkning

Barn som er fylt 7 år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg før det tas avgjørelser i saker som berører dem. For få besøk i fosterhjemmet svekker i

”

Barn i fosterhjem skal i følge loven ha minimum fire besøk i året fra barneverntjenesten.”

seg selv barnets mulighet for medvirkning i saker som angår dem. I flere barneverntjenester var det funn på dette området. Vi fant at barn ikke var snakket med, selv om det var gjennomført besøk. Andre eksempler var at

det i 17 av 19 saker ikke var spor av barnesamtaler siste tolv måneder, og at samvær med foreldre var utvidet uten dokumentasjon på om barnet hadde medvirket eller om barnets synspunkter var vektlagt. I en annen kommune hørte ikke barnevernet barna om fremtiden deres.

#### Nødvendig råd og veiledning til fosterforeldrene

Fosterforeldrenes oppdrag er å gi barnet et trygt og godt hjem. En viktig forutsetning for det er at barneverntjenesten er tilgjengelig for å gi nødvendig oppfølging til de som velger å påta seg dette samfunnsoppdraget. I et mindretall av barneverntjenestene fant vi svikt på området. Imidlertid var noen av funnene alvorlige, som for

<sup>1</sup> Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. Lehmann, Havik, Havik, Heiervang, 2013

<sup>2</sup> NOVA Rapport nr 16/13 Fosterhjem for barns behov



eksempel at barneverntjenesten ikke gjennomførte flere besøk i fosterhjemmet selv om fosterforeldre sa at de vurderte å gi opp. Et annet eksempel var at det var svært vanskelig for fosterforeldre å komme i kontakt med saksbehandler i barneverntjenesten.

### Barnevernfaglige vurderinger og dokumentasjon

De faglige vurderingene fra ansatte i barnevernet danner grunnlaget for beslutninger om barnets liv. Dokumentasjon av vurderinger, og av nødvendig og relevant informasjon for øvrig, er et vesentlig element i forsvarlig barneverntjeneste. I et stort flertall av de undersøkte barneverntjenestene var det mangler knyttet til dokumentasjon. Eksempler på funn var at det ikke var dokumentasjon på barnevernfaglige vurderinger angående hjemmebesøk eller interne møter. Det var ikke dokumentert informasjon om barnet de første 8 måneder i fosterhjem, og det var ikke vurderinger av fosterforeldres behov for oppfølging. Videre var det lite dokumentasjon og vurderinger fra innholdet i barnesamtalene. Mange steder var det uklart om samtalene var gjennomført.

” I 123 kommuner er det funnet svikt i oppfølgingen. Disse kommunene må vise fylkesmennene at de retter opp feilene.”

### Ledelse og kontroll

Det er et lovpålagt krav til kommunene og deres barneverntjeneste at de skal sikre virksomheten sin ved å planlegge, kontrollere og ved behov korrigere tjenesten dersom de finner at loven brytes. I samtlige 71 barneverntjenester med svikt i dette tilsynet er det påvist lovbrudd i alle eller flere deler av det å lede tjenesten. Vi har ovenfor beskrevet alvorlige funn både i tjenestene som ytes og i barnevernfaglige vurderinger og dokumentasjon. Dette blir ytterligere forsterket ved at ledelsen ikke følger med på egen virksomhet, slik at barna får forsvarlige tjenester. I mange kommuner var det uklart hvordan saksbehandlerne skulle løse de ulike oppgavene. Samtidig var det ingen i ledelsen som kontrollerte at oppgavene faktisk ble utført. De oppdaget heller ikke feil som ble gjort,

og dermed ble det ikke gjennomført forbedringsarbeid. De samme feilene ble derfor gjentatt om og om igjen.

Eksempler på funn i kommuner her var at det var opp til den enkelte hvordan arbeidsoppgaver ble utført. Videre var det ingen opplæring i fosterhjemsarbeid, saksmapper til barna viste ulik praksis, de sikret ikke oppfølging av saker ved sykdom og fravær, og ledelsen kontrollerte ikke at saksbehandlere utførte oppgavene i henhold til regelverket.

### Veien videre

Barn som bor i fosterhjem har behov for og krav på individuelt tilpasset oppfølging fra barneverntjenesten. I 123 kommuner er det funnet svikt i den oppfølgingen. Disse kommunene



må vise fylkesmennene at de retter opp feilene. Statens helsetilsyn oppfordrer alle landets kommuner til å gå gjennom egen oppfølging av barn i fosterhjem. Vi oppfordrer kommunene til å bruke funnene i dette tilsynet og vurdere egen praksis. Finner de feil og mangler, må det rettes opp. Det er ikke nødvendig å vente på tilsyn. Barn som bor i fosterhjem trenger ekstra hjelp. De har behov for det. Loven gir dem rett til det. Kommunal barneverntjeneste har ansvaret.

Litteratur: «– Bare en ekstra tallerken på bordet?» Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med oppfølging av barn som bor i fosterhjem.

Rapport fra Helsetilsynet 1/2015



## Om BUP-tilsynets **betydning** fra et **faglig** ståsted – innspill fra en involvert leder

Av Trude Fixdal

Barne- og ungdomspsykiatri er et relativt ungt fag som på flere måter skiller seg fra andre fagområder i spesialisthelsetjenesten. Psykisk lidelse hos barn og unge oppstår som regel som en konsekvens av både biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer, og fagets teoretiske fundament og faglige tilnærming er preget av dette. En høy grad av tværfaglighet og ulike forståelsesmodeller er både ønsket og nødvendig for å gi god faglig behandling. Det eksisterer lite normering av faget, og oppfatningene av hva som er god praksis og behandling varierer.

I møtet med krav og forventinger til spesialisthelsetjenesten, og lovverkets regulering av virksomheter, oppstår det derfor en del spørsmål og problemstillinger som utfordrer ledelse og styring av virksomheten.

Med dette som bakteppe, ønsket jeg, som leder for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, det nasjonale tilsynet med poliklinikker i BUP svært velkomment. Jeg har også deltatt i Statens helsetilsyns arbeid med veilederen for dette tilsynet før jeg ble leder, og har dermed vært med på å påvirke tema og utforming. Derfor var det spennende å se hvordan tilsynet virket i praksis etter halvannet år som leder av en stor barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Effekten av tilsynet i en stor avdeling er etter min oppfatning avhengig av hvordan man involverer medarbeidere

og ledere på ulike nivåer. Hos oss la vi vekt på å involvere medarbeidere fra starten, samt avdelingens fagråd og ledere også ved de seksjonene som ikke fikk tilsyn. En felles forståelse av tilsynets mål er viktig dersom tilsynet skal ha effekt utover selve revisjonen. For avdelingen var det viktig at tilsynet bidro til fokus på kvalitet i pasientbehandlingen som ville vare ut over selve tilsynsperioden.

I forberedelsene til tilsynet gjennomgikk vi alle prosedyrer og så på behovet for oppdatering, samkjøring og nye prosedyrer. Dette arbeidet var vi allerede i gang med, men nå skjøt det ytterligere fart. I tillegg ble ansatte involvert gjennom fagmøter og møter i enhetene, noe som førte til faglige diskusjoner og som er ønsket i virksomheten. Egenvurderingen ble gjennomført med stort engasjement, og resultatet var flere avvik enn det tilsynsmyndigheten endte med å påpeke. I ettertid har disse ”egenpåførte” avvikene vært tema for diskusjon i ledersamlinger og i fagmøter. Det har medført en økt bevissthet rundt systematikk i pasientforløpene. Selve tilsynet ga etter min vurdering en god gjennomgang av driften. Fylkesmannen i Oslo og Akershus hadde med

fagrevisor, selv om dette ikke lå som forutsetning for tilsynet. For våre medarbeidere var det likevel viktig med en fagperson i intervjuene. Avviket vi fikk

har ført til obligatorisk opplæring innen området ruskartlegging. Dette var vi i gang med tidligere, men tilsynsresultatet gir tyngde til denne prioriteringen av medarbeidernes arbeidstid.

Oppsummert mener jeg at det nasjonale tilsynet fungerte etter hensikten, både i tema og gjennomføring. Fokuset på pasientforløpet er relevant og gjenkjennelig. Tilsynet gir en pekepinn i retning av normering, og tydeliggjør krav og forventinger til driften. Dette er anvendbart i en klinisk hverdag. Vi har fortsatt diskusjoner om i hvilken grad et strukturert pasientforløp kan benyttes i alle pasientsaker, men diskusjonen har et litt annet utgangspunkt etter tilsynet. For senere tilsyn med dette området, mener jeg det er viktig å prioritere en fagrevisor. Det gir legitimitet til spørsmålene, og et felles språk og forståelse og fagrevisoren kan også fungere som ”tolk” mellom fagpersoner og tilsynsmyndigheter.

Tilsynets mål var å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Tilsynet undersøkte hvordan barne- og ungdomspsykiatrien håndterer pasientforløpets innledende faser, spesielt mottak og vurdering av henvisninger, utredning og diagnostisering, men også behandling og avslutning.



Avviket vi fikk har ført til obligatorisk opplæring innen området ruskartlegging.”

Litteratur: Mye å forbedre – vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Rapport fra Helsetilsynet 3/2015

## Trenger **tydelige** ledere i psykisk helsevern for **barn og unge**

**Dette er ikke en stillingsannonse, men et ekko fra det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge som ble gjennomført i 2013 og 2014. Tilsynet tok for seg hele pasientforløpet, med særlig vekt på mottak, utredning og diagnostisering. Litt forenklet handlet tilsynet om hvorvidt ledelsen hadde godt grep om virksomheten til beste for pasientene og deres foresatte, om pasientforløpet var forsvarlig.**

Resultatene viser at det var ledelsesutfordringer på alle nivåer i helseforetakene. Dette dreide seg i stor grad om:

- implementeringsutfordringer for å sikre felles praksis
- at ledelsen ikke fulgte godt nok med på om praksis var forsvarlig

Når ledelsen ikke har godt grep om virksomheten, øker risikoen for at pasientene ikke får de tjenestene de har krav på, og til rett tid.

Tilsynet omfattet alle 87 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i landet, og involverte alle ansvarlige helseforetak.

### **Innarbeidet, felles praksis – robust virksomhet**

Ansatte i BUP har mange utfordringer og gjør mye godt og viktig arbeid. God praksis forutsetter at relevant kunnskap og kliniske ferdigheter kombineres med systematisk arbeid. Funn i tilsynet viser at ledelsen i en rekke BUP-er ikke hadde gjort en god nok jobb med verken å formidle verdien og nødvendigheten av systematisk arbeid, eller å implementere dette i daglig arbeid. Helseforetakene hadde ikke sikret samordnet og forsvarlig praksis i BUP-ene. Resultatet var at ansatte i en rekke BUP-er ikke forholdt seg til et felles sett av fremgangsmåter, og at vurderinger og

konklusjoner ikke nødvendigvis var tilgjengelige for andre. Her er noen eksempler fra tilsynsrapporter:

*”...ikke felles praksis i poliklinikken for utarbeiding av utredningsplan og journalføring av planen.”*

*”...kommer ...frem at ledelsen ikke følger med på at gjeldende rutiner for diagnostisering, selvmordsvurdering og ruskartlegging følges.”*

*”Det er ikke etablert rutiner som sikrer at spesialist involveres i diagnostisk vurdering og diagnosestilling – heller ikke ved avslutning av pasientbehandlingen.”*

En arbeidsform der mye overlates til den enkelte terapeuts vurdering, kan føre til uheldige og uønskede variasjoner i tjenesteutøvelsen og økt fare for svikt i pasientbehandlingen. En slik praksis vil ofte innebære at virksomheten ikke oppfyller myndighetenes krav. Kravene er der for å ivareta brukernes interesser. En ungdom med pasienterfaring fra psykisk helsevern har eksempelvis uttrykt dette om dokumentasjon og brukermedvirkning:

*”Journaler er viktige, de følger oss jo utover i livet. Gode psykologer vil samarbeide med oss om det som skal skrives, for å være sikker på at det de skriver blir riktig. Det finnes noen som gjør det, de gjør en god jobb.” (Sitat fra PsykiskhelseProffene, Forandningsfabrikken, 2014).*

En mangelfullt styrt virksomhet blir ekstra sårbar ved for eksempel fravær av personell, stor turnover eller i situasjoner med stor pågang av pasienter. Orden

i eget hus er et sentralt bidrag for ivaretagelse av pasientsikkerhet og pasientrettigheter, men også for å bidra til en robust virksomhet. Orden i huset er leders ansvar. Orden skal komme pasienten til gode.

### **Felles innsats i tilsynet med egenvurderinger i BUP-ene**

Statens helsetilsyn ønsket å stimulere til forbedringsaktiviteter i alle landets BUP-er. For å få til dette ble egenvurderinger inkludert i tilsynet som et supplement til fylkesmennenes grundigere undersøkelser

(systemrevisjoner). Intensjonen var å inspirere helseforetakene til selv å vurdere om deres pasientforløp var i tråd med regelverket. I denne delen av tilsynet skulle den enkelte BUP fylle ut et egenvurderingsskjema, og ta stilling til om praksis var innenfor

de krav som gjelder for områdene som ble undersøkt. Statens helsetilsyn hadde utarbeidet veiledning til bedømmelsene. Virksomheten skulle blant annet ta stilling til om:

- vurdering av henvisninger skjedde innen 10 virkedager
- den individuelle fristen for oppstart av helsehjelpen ble overholdt
- diagnostiseringen var basert på tverrfaglig utredning
- utredning og diagnostisering ble gjennomført innen forsvarlig tid
- helseforetaket hadde etablert rutiner som sikret brukermedvirkning.

Tilsynsmyndigheten har lover og forskrifter som referanseramme. Fasit etter tilsynet var at ingen helseforetak oppfyllte regelverket fullt ut. Lovbrudd som ble avdekket både



**Fasit etter tilsynet var at ingen helseforetak oppfyllte regelverket fullt ut.”**

gjennom fylkesmennes systemrevisjoner og BUP-enes egenvurderinger, ble fulgt opp av tilsynsmyndigheten. Det ble gjort et godt arbeid med egenvurderingene, og grunnlaget for å gjøre nødvendige forbedringer i helseforetaket var lagt. Helseforetakets ledelse koordinerte prosessen med å oppnå forsvarlig praksis i sine BUP-er.

### **Kontinuerlig kvalitetsarbeid – forsvarlige tjenester**

Kvalitetsarbeid er sirkulært forbedringsarbeid, der evaluering av praksis følges av nødvendige justeringer, nye imple-

menteringer osv. Gjennom tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge har helseforetakene fått et bidrag til sitt videre kvalitetsarbeid – også etter at påpekte lovbrudd er rettet opp. En overordnet leder for BUP har svart slik om det å gjenta egenvurdering på eget initiativ:

*”Jeg tror regelmessige vurderinger av arbeid på ulike områder kan være nyttig, både for å skape en kultur hvor vi har kritisk blikk på egen aktivitet/kvalitet, og som et hjelpemiddel til å implementere nye rutiner og metoder.”*

(Svar fra evaluering etter gjennomført BUP-tilsyn).

Helseforetakene har felles mål med tilsynsmyndigheten om god pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Det er et godt utgangspunkt for at unge med behov for tjenester fra psykisk helsevern, løpende skal få de tjenestene de har krav på.

## Å miste et barn

Av Benedicte Davidsen og Gunnar Kjeldstad

Å miste et barn er det tyngste man kan oppleve. Midt i den uendelige sorgen skal man manøvrere seg inn i systemet for å søke rettferdighet. For å gjøre det lille vi kan for dem man har mistet.

Vi mistet gutten vår kort tid etter fødsel. Svangerskapet hadde vært uproblematisk, men det gikk likevel galt. Det tok altfor lang tid å få ham ut, fødselsmetoden ble aldri revurdert og han var for skadet til å kunne klare seg. Han døde i armene våre, 20 timer etter han ble født. Nå, over to år seinere har ansvaret blitt plassert hos helseforetaket. Vi har avgjørelser både fra Norsk pasienterstatning og Statens helsetilsyn som slår fast at både helseforetaket og ansvarlig lege brøt loven på flere punkt. Vi har gjort oss noen erfaringer på veien.

Hadde helseforetaket opptrådt mer ydmykt overfor oss fra begynnelsen av, ville prosessen blitt lettere for oss, kanskje til og med vært unngått. Vi møtte et helseforetak som beskyttet seg selv, og som var opptatt av å formidle at de ikke hadde gjort noe feil. Dette er et dårlig utgangspunkt for dialog, og skaper mistillit. Det er ingen tjent med.

Gjennom å lese journalnotatene avdekket vi en rekke feil og mangler. Det var tydelig for oss at journalene var forsøkt pyntet på. Vi hadde heldigvis både lege og jurist i familien som vi kunne benytte oss av, og uten disse ressursene hadde vi aldri funnet dette ut. Utfallene i saker blir i stor grad basert på det som fremgår i



**De samme personene som avviser tilsynssaker bør ikke behandle klagen fra pårørende.”**

journalnotater. Tilsynssaker må ikke basere seg på uttalelser fra leger alene.

Når helseforetakene sender ut varsel om alvorlig hendelse, er det viktig at pårørende får informasjon. I vårt tilfelle, fikk vi ikke beskjed om at

saken var henlagt. Statens helsetilsyn og fylkesmannen hadde bare dager etter hendelsen konkludert med at det ikke var grunnlag for tilsyn. Dette visste både helseforetaket og fylkesmannen da vi var på møte med dem. Det var vondt å finne ut dette gjennom å lese

dokumenter vi fikk i posten fire måneder seinere. Det var da naturlig for oss å be om at andre enn fylkes-



mannen håndterte klagen vår. Saken ble deretter behandlet av Statens helsetilsyn, hvor vi opplevde profesjonelle og tillitvekkende saksbehandlere. Det er likevel urimelig at det er pårørende selv som må finne ut dette, og påpeke inhabilitet. De samme personene som avviser tilsynssak bør ikke behandle klagen fra pårørende. I etterkant er det skremmende å tenke på at det som skjedde med oss aldri hadde blitt vurdert på en tilfredsstillende måte, dersom vi ikke selv hadde henvendt oss til tilsynsmyndighetene. Statens helsetilsyn og fylkesmannen konkluderte altfor lett etter varselet om alvorlig hendelse.

Det er grunn til å anta at ressurser er med på å avgjøre utfallet i slike saker. Uten vårt grundige arbeid med journalene, hadde vi aldri nådd gjennom. Vi fikk til og med råd fra pasientombudet om ikke å klage til Helsetilsynet, da det var vanskelig å få gjennomslag. Selv de hadde ikke nok kompetanse. Resurser må ikke være avgjørende, da mister man tillit til systemet. Pårørende bør få bistand.

Vi er glade for at helseforetaket er pålagt ansvar, og vi ser at det skjer endringer. Samtidig blir vi bekymret når implementeringen av endringene kun skal følges opp av helseforetaket

selv. Det er viktig at noen følger opp helseforetakene, og ettersom at endringer faktisk skjer.

Det er viktig at vi ikke tar velferdssystemet vårt for gitt. Hva skjer når tilliten til systemet forsvinner? Tillit er mye vanskeligere å bygge opp enn å bryte ned. Tillit kommer gjennom målrettet systematisk arbeid. Vi håper at våre dyrekjøpte erfaringer kan være med å bidra til noe positivt.

## Styrket **involvering** av pasienter, brukere og pårørende i **tilsyn** – et to-årig utviklingsarbeid hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn

Tettere kommunikasjon med pasienter, brukere og pårørende styrker tilsynsarbeidet både hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Det skal vi jobbe videre med i et to-årig utviklingsarbeid hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Gjennom bedre kommunikasjon og dialog med sluttbrukerne våre vil vi få bedre faktagrunnlag for tilsynsmessige vurderinger og avgjørelser. Vi vil også få bedre prioritering av knappe tilsynsressurser. Sluttbrukerne skal oppleve at tilsynsmyndigheten blir mer tilgjengelig og åpen.

Statens helsetilsyn har etablert en arbeidsgruppe med representanter fra fire brukerorganisasjoner, tre fylkesmenn og alle avdelingene i Helsetilsynet. De fire brukerorganisasjonene er Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Mental Helse, Voksne for barn og Velferdsalliansen. Arbeidsgruppen skal samle erfaringer og eksempler på tiltak og modeller for involvering av brukere og pårørende, og gi sine anbefalinger innen juni 2016.



## Opplæring i kliniske ferdigheter - hvem gjør hva når det står om liv?

Helsepersonell må fortløpende gjennomgå både praktisk trening og andre tiltak som bidrar til å opprettholde og videreutvikle den faglige kompetansen. Leger som er under spesialisering trenger særlig å skaffe seg kompetanse og erfaring ved å gjennomføre praktiske prosedyrer sammen med en erfaren kollega. Leger som har ansvar for å gi slik opplæring, må løpende sørge for at helsehjelpen som gis også er forsvarlig under opplæringen, og ta hensyn til hvor kritisk en situasjon er.

Helseforetaket må ha retningslinjer og praksis for når og i hvilke situasjoner en overordnet og erfaren lege skal overta for mer uerfarne leger. Å følge opp at retningslinjene blir fulgt, inngår som en del av ledelsesansvaret i et helseforetak.

### Et eksempel på opplæring ved kritisk situasjon

En frisk kvinne ventet sitt første barn. Hun ble innlagt en uke før termin med vannavgang. Det viste seg at barnet lå i sete-fotleie, dobbel fot (betegnelse når fosteret sitter på huk). Pasienten ønsket ikke at barnet skulle utsettes for unødig risiko, og var derfor engstelig for å føde vaginalt. Men undersøkelser før fødselen viste at det lå til rette for vaginal fødsel, og helsepersonellet anbefalte dette.

Livmorhalsen var umoden, og det ble gitt prostaglandin for å modne denne. Samme kveld utviklet kvinnen feber, og hun fikk Paracet og senere også antibiotika intravenøst.

Fosteret ble først overvåket med kardiokografi (CTG), som gir informasjon om fosterets hjertefrekvens og rienes hyppighet, og senere i forløpet også med EKG-analyse (STAN). Metoden skal fange opp om fosteret utsettes for oksygenmangel i sentrale organer. Fosteret hadde periodevis noe høy hjertefrekvens. Mot slutten av fødselen viste CTG et unormalt (patologisk) mønster, som forverret seg ytterligere (preterminalt mønster) da kvinnen begynte å trykke. Det preterminale mønsteret ved CTG viste at fosteret var utsatt for alvorlig oksygenmangel.

En underordnet lege i spesialisering (LIS) og en mer erfaren overlege var begge til stede under fødselsforløpet. Da barnets sete sto utenfor skjedeåpningen, forsøkte LIS en anerkjent forløsningsmetode (Løfseths metode), uten at dette lyktes. Overlegen overtok, og kjente samtidig at livmorhalsen ikke hadde full åpning. Det lyktes ham å få barnets armer ut. Deretter overlot han igjen den videre forløsning til LIS, men LIS lyktes ikke med dette. Overlegen måtte igjen overta, og etter noen vanskeligheter ble barnet født, 18 minutter etter at det ble registrert alvorlig oksygenmangel hos fosteret. Barnet døde samme dag som følge av oksygenmangelen under fødselen.

### Skal ikke oppstå forsinkelser

Nasjonale retningslinjer anbefaler at det er en legespesialist som skal foreta vurderinger og forløse ved vaginal setefødsel. Alternativt kan legespesialist veilede yngre kollega under forløsning.

I eksempelet var det flere risikofaktorer som tilsa et komplisert fødselsforløp. Situasjonen var

meget kritisk da CTG viste et preterminalt mønster. På dette tidspunktet var det grunn til å handle raskt for å redde barnet. I slike situasjoner må det ikke oppstå unødvendige forsinkelser i forløsningsprosessen.

I dette tilfellet gjorde overlegen ingen selvstendig vurdering av mormunnens åpningsgrad da den aktive fremhjelpen av barnet skulle starte. Vurderingen av mormunnens åpningsgrad var avgjørende for riktig valg av forløsningsmetode. Dessuten overlot han forløsningen til LIS, selv om barnets tilstand var ytterst kritisk. Leger i spesialisering har vanligvis ikke de samme praktiske ferdighetene som mer erfarne overordnede kollegaer. I dette tilfellet ble både livmorhalsens åpningsgrad vurdert feil, og det tilkom en forsinkelse i forløsningen som følge av et komplisert fødselsforløp. Ytterligere forsinkelse oppsto da LIS skulle få praktisk trening i å håndtere setefødsel.

Statens helsetilsyn vurderte at helsehjelpen som ble gitt var uforsvarlig. Det er helseforetaket som skal sikre at det er klare retningslinjer for når og i hvilke situasjoner den overordnede legen skal overta undersøkelser og forløsning. Opplæring i operative ferdigheter kan derfor ikke overlates til uerfarne leger når pasientens liv står i fare. Dette eksempelet gjaldt en fødsel, men liknende situasjoner kan inntreffe for eksempel under kirurgiske inngrep, dersom ikke mer erfaren lege overtar ansvaret i særlig krevende situasjoner.



## Hva når pasienten **ikke** kan **ivareta** egne interesser og behov?

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis når en pasient samtykker. Det skjer imidlertid ofte at helsepersonellet ikke vurderer pasientens samtykkekompetanse når det gis helsehjelp. At pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, er ikke tilstrekkelig til å si at det foreligger et gyldig samtykke. Pasienten skal selv kunne velge om han eller hun ønsker å ta imot helsehjelpen, og må ha nok informasjon til å kunne medvirke til denne beslutningen. Om pasienten ikke er samtykkekompetent, skal nærmeste pårørende eller verge representere pasienten i beslutningen.

Det kan være faglig krevende å vurdere om en pasient er samtykkekompetent. Det er likevel helt grunnleggende for å kunne ivareta pasientens rettigheter at denne vurderingen gjøres grundig, og gjerne i et tverrfaglig team.

### **Vurder samtykkekompetanse**

Etter tilsyn med tvungen helsehjelp i sykehjem i 2011 og 2012 og gjennom enkeltsaker, ser Statens helsetilsyn at pasienters samtykkekompetanse ofte ikke blir vurdert tidlig nok. Først når pasienten motsetter seg helsehjelpen, skjer det. Media har det siste året også rettet oppmerksomheten mot at pårørende opplever at de ikke får nok informasjon og mulighet til å medvirke på vegne av sine nærmeste, når det er klart at vedkommende ikke har samtykkekompetanse.

Under tilsynet med tvungen helsehjelp i sykehjem avdekket fylkesmannsembetene at ansatte på flere sykehjem visste for lite om når og hvordan de bør vurdere pasienters samtykkekompetanse.

Eksempel fra en tilsynsrapport viste dette:

*”Det er uklart for de ansatte i hvilke situasjoner det er relevant å vurdere pasientens samtykkekompetanse og eventuelt hva den enkelte ansatte skal observere og rapportere videre i forhold til en slik vurdering. Vi finner ikke observasjoner eller vurderinger knyttet til vurdering av samtykkekompetanse beskrevet i journaler eller andre steder.”*

Under noen av tilsynene fikk fylkesmannsembetene informasjon som viste at samtykkekompetanse var vurdert, men at vurderingene var mangelfulle eller ikke dokumenterte.

Eksempler fra tilsynsrapporter viste dette:

*”Der det er foretatt samtykkekompetansevurderinger, tilfredsstillende de ikke kravene til nødvendige vurderinger og spesifisering av type helsehjelp.”*

*”Det var få samtykkevurderinger i de fremlagte journalene. Det ble opplyst at ikke alle vurderinger av samtykkekompetanse journalføres.”*

Også i Statens helsetilsyns behandling av tilsyns- og klagesaker ser vi at helsepersonell har gjort mangelfulle samtykkevurderinger overfor pasienter med langtkommen, alvorlig demens.

### **Når pasienten ikke forstår konsekvensene**

Helsehjelp er i utgangspunktet frivillig, og en pasient skal ha mulighet til å velge om hun/han ønsker å ta i mot hjelpen. Noen ganger kan pasienter ha problemer med å forstå konsekvensene av å avstå. Alle som gir helsehjelp må derfor vurdere om pasienter har evne til å forstå dette. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene må ha nok kunnskap til å vurdere pasienters samtykkekompetanse. Hvis helsepersonellet er usikre på om pasientene kan gi et gyldig samtykke, må de melde sine observasjoner videre, slik at pasientens samtykkekompetanse kan utredes.

Når det fattes en avgjørelse om manglende samtykkekompetanse, skal den alltid knyttes til den konkrete helsehjelpen som skal gis og skal være begrunnet og skriftlig. Begrunnelsen skal inneholde hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på og hvilke konkrete vurderinger som er gjort. Avgjørelsen skal legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende, slik at de blir kjent med at pårørende nå representerer pasienten. Pårørende skal ha informasjon og har



rett til å medvirke på vegne av pasienten. Verge kan samtykke til helsehjelp på vegne av pasienten. Dersom pasienten mangler nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet helsepersonell. Virksomheten som gir helse- og omsorgstjenester må ha avklart hvem som har ansvar for vurdering av samtykkekompetanse, og sørge for at dette gjøres forsvarlig.

### Retten til medvirkning

Helse- og omsorgstjenestene har plikt til å legge til rette for brukermedvirkning og skal oppfordre pasientene til å medvirke. Pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, som for eksempel valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. På den ene siden fratar ikke retten til å medvirke helsepersonellet fra å avgjøre forsvarlig behandling av pasienten. På den andre siden medfører ikke medvirkning fra pasienten at pasienten blir ansvarlig for den aktuelle helsehjelpen. En vesentlig del av medvirkningsretten er at pasienten får mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen. For at medvirkningsretten skal bli reell, er det viktig at den tilpasses hver enkelt pasients individuelle forutsetninger og behov, og at pasienten mottar tilpasset informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Denne medvirkningsretten må alltid utøves i pasientens egen interesse.

### Retten til informasjon

For at pasienten skal kunne gi et gyldig samtykke, må helsepersonellet gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon om hans eller hennes helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Tilpasset informasjon er avgjørende for at pasienten skal



kunne ivareta sine interesser, kunne medvirke på en effektiv måte og ha et godt grunnlag for å samtykke. Dette kan i praksis bety at helsepersonellet må ha flere samtaler med pasienten, og at flere helsepersonell må delta for å få gitt tilstrekkelig informasjon. Det kan også være behov for tolk under samtaler.

Helsepersonellet må alltid avklare med pasienten hvem som er nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi hvem dette er, skal det være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten. Pasientens nærmeste pårørende har rett på informasjon dersom pasienten gir samtykke til dette, og de skal som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, som diagnose, behandlingssikkerhet og om helsehjelpen som gis. En samtykkekompetent pasient skal selv bestemme hvilken informasjon nærmeste pårørende skal få.

### Når pasienten mangler samtykkekompetanse

Taushetsplikten er ikke til hinder for at helsepersonell gir informasjon slik at nærmeste pårørende kan representere pasienten. Helsepersonellet må vektlegge pårørendes kunnskap og synspunkter når de representerer en pasient som ikke selv kan samtykke. Pårørende vil ofte kunne opplyse om pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier. Disse opplysningene er ofte viktige for å avgjøre hva som er i pasientens interesse og hvilken helsehjelp som skal gis.

Det er helt avgjørende at nærmeste pårørende får mulighet til å ivareta pasientens rettigheter for å sikre pasientens rettssikkerhet.

Bestemmelsene det er vist til finnes i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om rett til medvirkning og informasjon og kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.



## Når helsepersonell **misbruker** rusmidler

Et stort antall hendelsesbaserte tilsynssaker som Statens helsetilsyn behandler, gjelder helsepersonell som misbruker rusmidler. Statens helsetilsyn tilbakekalte i 2014 til sammen 84 autorisasjoner på bakgrunn av rusmiddelmissbruk. Av disse var 39 sykepleiere, 15 leger og 12 hjelpepleiere. Tallene har vært forholdsvis stabile de senere år.

Å være helsepersonell krever gode kognitive og manuelle ferdigheter og høy kompetanse innen kommunikasjon og samhandling. Evne til å observere og vurdere komplekse situasjoner og handle raskt og adekvat ut fra dette, er en forutsetning for å utøve forsvarlig virksomhet. Inntak av rusmidler fører til at funksjoner som hukommelse, innlæring, konsentrasjon og kontroll av feil svekkes. Det fører også til endret stemningsleie og kritikkloshet. Dette svekker helsepersonellens situasjonsforståelse, konsekvensinnsikt og evne til å ta raske og riktige beslutninger. Misbruk av rusmidler er derfor ikke forenlig med forsvarlig virksomhet som helsepersonell.

### Tilbakekall av autorisasjon aktuelt

Hjemmelen for tilbakekall av autorisasjon for helsepersonell som misbruker rusmidler følger av helsepersonelloven § 57 første ledd. To av tilbakekallsgrunnene er aktuelle å vurdere i slike saker:

*Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av [...] bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning [...] eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.*

Det første alternativet er aktuelt når helsepersonellet har et rusmiddelmissbruksproblem, og det andre er aktuelt for eksempel der helsepersonellet i tillegg har tatt legemidler fra arbeidsgiver eller pasienter.

Lovgiver har gjort det klart at vi ved vurderingen ikke skal legge vekt på hvorvidt rusmiddelmissbruket faktisk har medført at helsepersonellet har gjort feilvurderinger, feilbehandlinger eller lignende som følge av rusmiddelmissbruket. Det avgjørende er risikoen for dette.

### Beviskravet er sannsynlighetsovervekt

Når et helsepersonell møter ruset på jobb, legger vi som regel til grunn at vedkommende har et rusmiddelmissbruksproblem. Det samme gjelder ved tyveri av vanedannende legemidler. Dette gjør vi fordi handlingene er så alvorlige at de i hovedsak bare gjøres av personer med et misbruksproblem, viser vår erfaring med slike saker.

Beviskravet i russaker følger hovedprinsippet om alminnelig sannsynlighetsovervekt. Med dette menes at det saksforholdet som anses mest sannsynlig legges til grunn. Dette skiller seg fra beviskravet i straffesaker, hvor retten må finne et forhold bevist utover enhver rimelig tvil for å kunne straffedømme.

### Pliktmessig avhold for helsepersonell

Det fremgår av helsepersonelloven § 8 at helsepersonell ikke skal være påvirket av alkohol eller andre

rusmidler i arbeidstiden, og at slike midler heller ikke skal inntas de siste åtte timer før arbeidstiden begynner. Nødvendige legemidler kan benyttes, men arbeidsgiver skal være orientert om slike. Ved mistanke om brudd på bestemmelsen, kan arbeidsgiver eller fylkesmannen pålegge arbeidstaker å avgi rusprøve.

### Når bør arbeidsgiver varsle?

Arbeidsgiver har mange plikter både forut for ansettelse av helsepersonell og under et ansettelsesforhold. Nedenfor ønsker vi å gjøre særlig oppmerksom på én problemstilling vi ser i flere saker.

”Når et helsepersonell møter ruset på jobb, legger vi som regel til grunn at vedkommende har et rusmiddelmissbruksproblem.”

Når arbeidsgiver blir oppmerksom på at et ansatt helsepersonell misbruker rusmidler,

avslutter arbeidsgiver saken noen ganger ved enten å la den ansatte delta i et AKAN-opplegg, eller ved å si opp den ansatte. Dersom helsepersonellet senere begynner i ny stilling et annet sted, vil ny arbeidsgiver ikke være kjent med rusmiddelmissbruket, med mindre referanser sjekkes og tidligere arbeidsgiver opplyser om dette. Slik vil den ansatte kunne få en ny stilling, fremdeles med et rusproblem, og dermed være en fare for sikkerheten i helsetjenesten. Derfor er det viktig at arbeidsgivere som oppdager at en ansatt har et rusmiddelmissbruksproblem, dersom de ikke selv sikrer forsvarlig virksomhet for eksempel gjennom å inngå AKAN-avtale, varsler fylkesmannen om situasjonen.



Det er svært viktig at arbeidsgivere alltid sjekker referanser før de ansetter helsepersonell.

### **Ny eller begrenset autorisasjon etter et tilbakekall**

Helsepersonell som har fått sin autorisasjon tilbakekalt, kan søke om å få ny eller begrenset autorisasjon. Dette følger av helsepersonelloven § 62. Helsepersonellet må da dokumentere at vedkommende igjen er skikket til å inneha autorisasjon. Mer informasjon om dette finnes i vårt rundskriv *IK-1/2009 Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som frivillig har gitt avkall på den.*

### **Hvilke typer saker om rusmiddel-misbruk har vi behandlet?**

Her beskriver vi noen eksempler fra vedtak om tilbakekall av autorisasjon i 2014:

#### **Ruspåvirket på jobb**

I denne saken fant Statens helsetilsyn det bevist at en hjelpepleier ved et sykehjem hadde vært ruspåvirket på jobb ved to anledninger. Arbeidsgiver hadde blant annet funnet hjelpepleieren sovende i en pasients seng,

sammen med pasienten, som var redd og ropte på hjelp. Hjelpepleieren var unormalt tung å vekke, pratet usammenhengende og virket sløv.

To uker senere reagerte flere kollegaer på at hjelpepleieren igjen hadde klare tegn på å være ruspåvirket. Hjelpepleieren erkjente overfor Statens helsetilsyn å ha inntatt 5-6 Paralgin forte og 3-5 Tramadol-tabletter ved begge de to anledningene, men benektet å ha et rusmiddelproblem. Sett i lys av at hjelpepleieren hadde en avtale med barnevernet om å rusteste seg, og at det fremgikk av fastlegejournalen at pleieren hadde brukt hasj ved to anledninger, fant Statens helsetilsyn at det var tilstrekkelig sannsynliggjort at vedkommende hadde et rusmiddel-misbruk, og at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon var oppfylt.

#### **Vanedannende legemidler til eget bruk**

Et apotek varslet tilsynsmyndighetene om at en lege rekvirerte påfallende mengder vanedannende legemidler til eget bruk. På bakgrunn av

bekymringsmeldingen innhentet tilsynsmyndighetene reseptdata fra andre apotek i nærheten. Dataene viste at legen over lengre tid hadde fått utlevert store mengder vanedannende legemidler. Legen hadde selvmedisinert seg for sykdom og smerter. Statens helsetilsyn la til grunn at legen ved dette hadde utviklet en legemiddelavhengighet som var en fare for sikkerheten i helsetjenesten, og at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon var oppfylt.

#### **Ruspåvirket på jobb, stjal legemidler og kjørte bil**

I en annen sak fant vi at en sykepleier som hadde misbrukt vanedannende og illegale stoffer og vært ruspåvirket på jobb, hadde et alvorlig rusmiddel-misbruksproblem. Vi fant det videre bevist at sykepleieren hadde stjålet legemidler fra arbeidsgiveren, kjørt bil i ruspåvirket tilstand og kjøpt narkotika på det illegale markedet. Alle de tre forholdene ble ansett som atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Vilkårene for tilbakekall av autorisasjon var oppfylt.



## Svikt i tjenester til personer med **psykiske lidelser** og **rusmiddelmissbruk**

Fylkesmannen i Hedmark fant avvik fra lov- og forskriftskrav i åtte av ni kommuner da de gjennomførte tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne personer med både psykiske lidelser og samtidig langvarig rusmiddelmissbruk.

Lovbruddene handlet i hovedsak om manglende koordinering av de ulike tjenestene og uforsvarlig utredning og dokumentasjon. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven plikter kommunene å utrede sine tjenestemottakere. Vi fant få eller ingen spor av kartlegging og utredning av den enkelte tjenestemottakers tilstand. De vedtakene vi fant om tjenester var generelt mangelfulle og dårlig begrunnet.

Vi fant videre overraskende få individuelle planer. Dette er en rettighet for pasientene som mottar sammensatte og koordinerte tjenester. Kommunen har plikt til å informere pasientene om denne rettigheten, og tilby individuell plan. Det forelå lite dokumentasjon på om pasientene faktisk hadde fått informasjon om individuell plan og om de eventuelt hadde takket nei til dette tilbudet. Brukermedvirkning var generelt dårlig dokumentert.

Det var få eller ingen mål- og tiltaksplaner. Svært få hadde fått utnevnt personlig koordinator som skal koordinere tjenestene til dem som har behov for langvarige og sammensatte tjenester fra sin kommune. Dette arbeidet blir ofte koordinert gjennom ansvarsgruppemøter. Vi fant lite dokumentasjon som viste oss at dette fungerer, og vi fant svært få referater fra ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter eller lignende. Store mangler ved kommunenes dokumentasjon av tjenesteytingen, var et gjennomgående trekk i Fylkesmannens funn. Vi fant også eksempler på at observasjoner som ga klare indikasjoner på bekymringsfulle tilstander, ikke førte til

tiltak. Journalføringen oppfylte ikke de krav som følger av lov og forskrift.

### Manglende evaluering

Kommunene skal selv planlegge, utføre, kontrollere og korrigere sine tjenester, dette i følge internkontrollforskriften. Styringssystemene i kommunene tar ikke bestandig høyde for dette. Vi ser at de fleste kommunene gjør mye godt arbeid i planlegging og utførelse av tjenestene til enkeltpersoner, mens vi ser mangler når det gjelder å kontrollere om tjenestene faktisk er gode, hensiktsmessige og virkningsfulle. Hvis ikke tjenestene stadig evalueres, så blir ikke korrigeringen av disse gjort. Det var svært få innmeldte avvik på tjenesteyting til målgruppen for tilsynet. Rutinene for melding av avvik var gjennomgående lite kjent blant yrkesutøverne.

### Tjenestene får mer oppmerksomhet

Selv om det ble funnet mange lovbrudd, utføres det mye godt arbeid rettet mot målgruppen for tilsynene. Ruskonsulentene følger opp mange brukere, og hjemmetjenestene gjør en stor innsats for målgruppene. De samlede helse- og omsorgstjenestene utgjør generelt et viktig bidrag i hverdagen til mange brukere. Manglene vi fant i tilsynene handler i hovedsak om koordinering, utredning, dokumentasjon av og samhandling om disse tjenestene. Dette er viktige forutsetninger for forsvarlige tjenester.

Prosessen i de kommunene som har rettet sine lovbrudd har vært god. Tilsynene har ført til større oppmerksomhet rundt rus-/psykisk helsefeltet i kommunene, og utfordrin-

gene er blitt ivaretatt gjennom gode prosesser. Kommunene har i større grad etterspurt faglig bistand, og de har også fått mer oppmerksomhet rundt de nasjonale retningslinjene og veilederne på feltet, i tillegg til styrket fokus på internkontroll.

### Basert på risikovurdering

Fylkesmannen i Hedmark gjennomførte tilsynene i perioden 2012 til 2014. Av disse er seks tilsyn nå avsluttet. Kommunene som fikk tilsyn er Elverum, Grue, Ringsaker, Tynset, Trysil, Kongsvinger, Stange, Hamar og Løten. I disse tilsynene undersøkte fylkesmannen om kommunene har styring med tjenestene og sikrer at regelverket etterleves, og at tjenestene utføres i samsvar med anbefalte faglige retningslinjer. Valg av tilsyn ble gjort på bakgrunn av en risikovurdering. Store organisatoriske endringer i fagfeltene var gjort i kommunene, blant annet var det nylig opprettet felles rus-psykiskhelseteam i mange av kommunene.

” Vi fant få eller ingen spor av kartlegging og utredning av den enkelte tjenestemottakers tilstand. De vedtakene vi fant om tjenester var generelt mangelfulle og dårlig begrunnet.”



# Fatal feilmedisinering

Medikamentet Methotrexate brukes blant annet ved behandling av autoimmune sykdommer, og er et av svært få medikamenter som skal gis én gang per uke på denne indikasjonen. Dersom medikamentet gis daglig, kan det i løpet av få dager føre til nedsatt benmargsfunksjon, alvorlige infeksjoner og død. Statens helsetilsyn har mottatt flere saker som gjelder feilmedisinering med Methotrexate.

En pasient som bodde hjemme med bistand fra hjemmesykepleien, ble innlagt på sykehus. Pasienten hadde leddgikt og brukte Methotrexate. Ved sykehusinnleggelsen fulgte en utskrift fra kommunens elektroniske pasientjournalssystem, der det fremkom at han brukte Methotrexate 7,5 mg morgen og kveld, én dag i uken. Opplysningene om at medikamentet kun skulle gis én gang i uken, var skrevet slik at det var lett å misforstå.

Turnuslegen som tok i mot pasienten skrev medisinfolysningene i sykehusets pasientkurve, men det ble notert at pasienten brukte Methotrexate daglig. Pasienten fikk 15 mg Methotrexate daglig i fem dager. Flere leger og sykepleiere var involvert i pasientbehandlingen uten at feilen ble oppdaget.

Ved utskrivning oppdaget en annen lege at det stod i pasientkurven at pasienten skulle ha Methotrexate daglig. Legen trodde imidlertid ikke at pasienten faktisk hadde fått medikamentet daglig, og igangsatte ingen spesielle tiltak. Legen journalførte heller ikke noe spesielt utover at pasienten ved utskrivning skulle ha Methotrexate én gang i uken.

Etter tre døgn i hjemmet, ble pasienten igjen innlagt på sykehuset. Det ble påvist alvorlig benmargssvikt, nyresvikt og blodforgiftning, og etter hvert forelå det mistanke om feildosering med Methotrexate. Pasienten fikk behandling etter

gjeldende retningslinjer, allmenntilstanden ble en kort periode bedre, men pasienten døde en måned senere.

Statens helsetilsyn har vurdert at helsehjelpen sykehuset ga var uforsvarlig da pasienten ble feilmedisinert med Methotrexate. Det var flere enkeltpersoner som sviktet under behandlingsforløpet. Sykehusets rutiner for kontroll av medisinalisten ved innleggelse og signering for medisinalordinasjoner ble ikke fulgt. De involverte sykepleierne og legene hadde mangelfull kompetanse om Methotrexate. Det var heller ingen legespesialist som tilså pasienten under innleggelsen.

Sykehusets ledelse har det overordnede ansvaret for at det gis forsvarlig helsehjelp ved å tilrettelegge for gode rutiner og at rutiner er kjent og følges i praksis. Ledelsen må også sørge for tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonellet.

## Tilsyn etter folkehelseloven

Høsten 2014 gjennomførte fylkesmennene landomfattende tilsyn med kommunenes arbeid med løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. 50 kommuner har hatt besøk av tilsynet. Dette er et nytt tilsynsområde for oss og oppsummeringsrapporten legges fram i april 2015. Rapporter fra tilsyn i den enkelte kommune er lagt ut på [www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/)

## Veiledere for landomfattende tilsyn

blir offentliggjort etter at rapporten som oppsummerer tilsynet er presentert. Veilederne, som er utarbeidet av Statens helsetilsyn, ofte i samarbeid med representanter fra fylkesmannen, skal bidra til at tilsynet føres så likt som mulig av alle fylkesmennene. I veilederne presenteres bakgrunnen for valg av tilsynsystema, det rettslige grunnlaget beskrives og oppsummeres i konkrete revisjonskriterier. Det er disse kriteriene tilsynsmyndigheten bedømmer tjenesten opp i mot.

Fylkesmennene bruker veilederne i planlegging og gjennomføring og av tilsynet i den enkelte virksomhet. Veilederne kan være nyttig lesning for alle virksomheter innenfor det aktuelle tilsynsområde. I 2015 blir veiledere for følgende tilsynsområder lagt ut på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no):

- Kommunens folkehelsearbeid
- Kommunens arbeid med barn i fosterhjem
- Kvalifiseringsprogrammet
- Psykisk helsevern til barn og unge



## Forskrivning av for mye **sentralstimulerende** legemidler til AD/HD-pasienter

Statens helsetilsyn har behandlet flere tilsynssaker som dreier seg om behandling av AD/HD med for høye doseringer av sentralstimulerende legemidler. Vi har vurdert dette som et brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, og har gitt advarsler og i enkelte saker også tilbakekalt legers rett til å forskrive sentralstimulerende legemidler.

Legemiddelet som oftest brukes er metylfenidat (Ritalin). Både dette legemiddelet og de fleste andre som brukes i behandlingen av AD/HD er klassifisert i reseptgruppe A, som er narkotiske stoffer med betydelig misbruksrisiko og med et stort illegalt marked for kjøp og salg. Legen må derfor ha god kontroll over sin forskrivning. Sentralstimulerende legemidler har videre en rekke potensielt farlige bivirkninger, som kan øke ved høye doseringer. Det er registrert utvikling av psykotiske symptomer eller forverring av eksisterende symptomer, og det er økt risiko for selvmordsatferd samt aggressiv, manisk eller fiendtlig atferd. Det er fare for påvirkning av hjerte-/karsystemet, med økt puls og blodtrykk, og det er ikke uvanlig med søvnforstyrrelser, dårlig matlyst og epileptiske krampeanfoll.

### **Anbefalinger for god praksis**

Ved vurdering av forsvarligheten i slike forskrivningssaker, baserer vi oss på de nasjonale anbefalingene som gjelder på tidspunktet for forskrivningen.

Hittil har dette vært IS-1244 (Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD), der dosering av metylfenidat til voksne ikke anbefales å overskride 80-100 mg, mens maksimal dose for amfetaminpreparater er anbefalt til ca. 40 mg daglig. Nye nasjonale retningslinjer IS-2062 kom i desember 2014. Her foreligger det ikke egne doseringsanbefalinger, men det vises til [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) og godkjente preparatomtaler.

De nasjonale anbefalingene angir god praksis. Unntaksvis kan legen etter en konkret klinisk vurdering velge å avvike fra retningslinjene/normen. Legen må i slike tilfelle være spesielt nøye med å dokumentere begrunnelsen for avviket og videre plan for behandlingen, og sørge for tett klinisk oppfølging.

### **Statens helsetilsyn vurderer forsvarligheten individuelt**

Hva hvis legen får en ny pasient som allerede står på høy forskrivning, eller har et høyt illegalt forbruk? I sjeldne tilfeller har vi vurdert en høyere forskrivning enn vanlig som forsvarlig, dersom legen med dette søker å oppnå en bedre behandlings-

allianse med pasienten, kontroll over situasjonen og unngå at pasienten kjøper på det illegale markedet. Herer det helt grunnleggende at legen dokumenterer en konkret nedtrappingsplan og at pasienten får

en særlig tett oppfølging. Statens helsetilsyn gjør en helhetsvurdering og vurderer om forskrivningen er forsvarlig i det konkrete tilfellet.

### **Ny ordning for hvem som kan forskrive og konsekvenser for rekvireringsretten**

Ordningen med at fylkesmennene ga

særskilt tillatelse til å forskrive sentralstimulerende legemidler, ble opphevet 2. januar 2014. De fleste leger med rett til å rekvirere legemidler i reseptgruppe A har nå anledning til å forskrive sentralstimulerende legemidler. Dette innebærer at Statens helsetilsyn i saker med uforsvarlig forskrivning av sentralstimulerende legemidler vil vurdere å tilbakekalle retten til forskrivning av alle legemidler i gruppe A – ikke bare begrenset til de sentralstimulerende. Det kan også være nødvendig å se på legens forskrivningspraksis for legemidler i gruppe B (vanedannende legemidler).



Hva hvis legen får en ny pasient som allerede står på høy forskrivning, eller har et høyt illegalt forbruk?”

# God ledelse er avgjørende for god pasientsikkerhet

Når prosedyrer ikke er godt innarbeidet gjennom opplæringstiltak og oppfølging fra ledelsen, kan det ikke forventes at de etterleveres - særlig ikke i krevende situasjoner med mange involverte. Blodoverføringer anses som et særlig sårbart område, der svikt vil kunne få alvorlige konsekvenser for pasientene. Av hensyn til pasientsikkerheten stilles det derfor strenge krav til sikkerhet og til ledelsens sikkerhetsstyring.

## En kritisk behandlingssituasjon

I en sak Statens helsetilsyn hadde til behandling, fikk en kvinne som nylig hadde født et barn, akutt behov for blodoverføring. Dette skjedde midt i et vaktskifte, og det var mange helsepersonell involvert. I blodbanken ble det klargjort to poser blod med pasientens blodtype som ble satt i operasjonsavdelingens hylle i blodbanken. Posenes følgesedler var merket slik de skulle, med blant annet blodtype, pasientens navn og fødselsdato. En pose blod ble hentet, og kvinnen fikk blodet mens hun lå på operasjonsavdelingen. Tilbake på fødeavdelingen fikk pasienten raskt en ny blødning, og som et livreddende tiltak fikk hun en pose blod til.

Det var i tilknytning til den siste blodoverføringen det gikk galt. Flere kollegaer ville hjelpe helsepersonellet som var ansvarlig for behandlingen. En som ikke kjente pasientens identitet, gikk til blodbanken og hentet blod. Vedkommende hentet blod fra fødeavdelingens hylle, kvitterte ut posen, men la ikke merke til at blodet var til en annen pasient. Tilbake på avdelingen ble blodposen levert videre til et annet helsepersonell, som trodde at blodposen var kontrollert mot pasientens identitet. Det var den ikke. Pasienten fikk feil blod, og hendelsen ble ikke oppdaget før hele posen med blod var gitt.

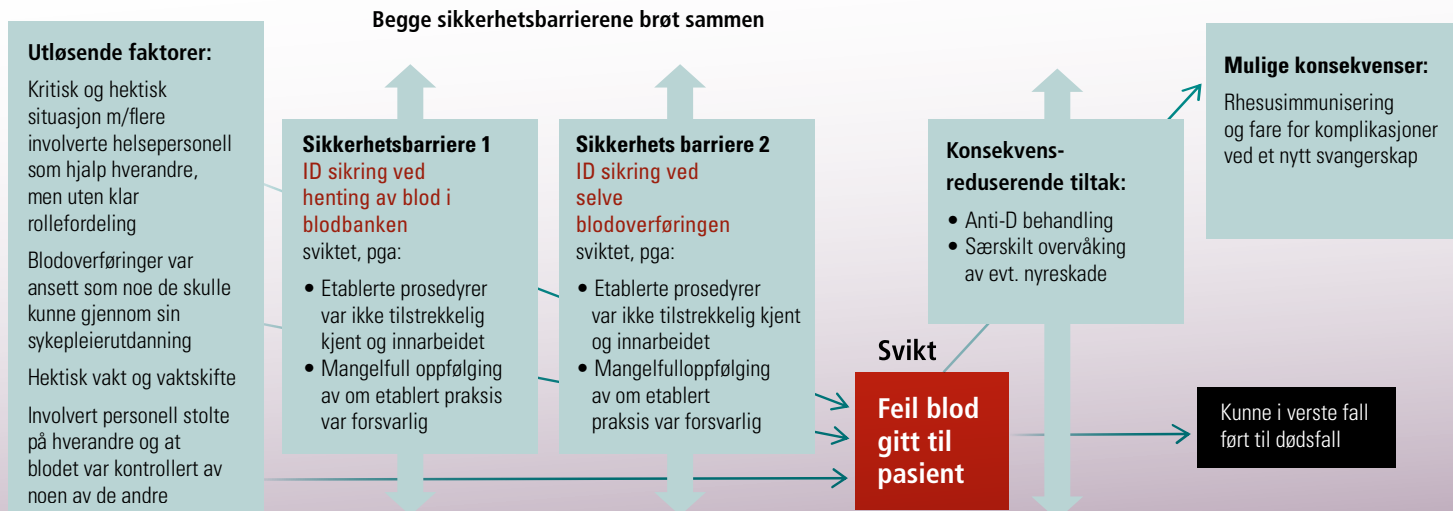
## Ledelsen må sikre forsvarlige helsetjenester

Det er øverste leders ansvar å sikre at kvalitetsstyringssystemet fungerer på alle nivåer i virksomheten. Selv om ansvaret skal forankres hos øverste ledelse, er systematisk kvalitets- og sikkerhetsarbeid et ansvar for alle ledere på alle nivåer i sykehuset. Å unngå svikt eller alternativt fange den opp før det får konsekvenser for pasientene, er sentralt i virksomhetens internkontroll/kvalitetsarbeid. Områder der det er stor fare for svikt må identifiseres, og personellet må få opplæring og trening i å håndtere slike situasjoner.

Internkontrollplikten innebærer at det må etableres sikkerhetsbarrierer som kan fange opp svikt før det får konsekvenser for pasientene. Ved feiltransfusjonen i eksemplet over, var det to sikkerhetsbarrierer etter at blodbanken hadde klargjort blodet. Den ene var identitetskontrollen ved henting av blod, og den andre var identitetskontrollen ved selve blodoverføringen. Helseforetaket hadde etablert prosedyrer, både for henting av blod, for blodoverføring og for sikker pasientidentifisering. Helseforetaket hadde imidlertid ikke fulgt opp om prosedyrene var kjent, forstått og innarbeidet i daglige rutiner, og om de fungerte i akutte og kritiske situasjoner.

Ledelsen hadde ikke sørget for gode nok rammebetingelser for å kunne yte forsvarlige helsetjenester. Feilene kunne hatt dødelig utfall for denne pasienten hvis blodet hadde hatt en annen blodtype. Det var således tilfeldig at kvinnen overlevde blodoverføringen. Statens helsetilsyn konkluderte i saken at helseforetaket har brutt plikten til å yte forsvarlige helsetjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, herunder kravet om internkontroll, jf. internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten § 4.

## Helseforetakets mangelfulle styring og oppfølging av praksis for ID-kontroll medfører stor fare for pasientsikkerheten



# Landsomfattende tilsyn 2015 – 2016

## **Kommunenes arbeid med meldinger til barneverntjenesten**

I 2015 og 2016 skal fylkesmennene undersøke om kommunal barneverntjeneste på en forsvarlig måte vurderer innkommet informasjon som gir bekymring for ett eller flere identifiserbare barn. Meldingene kan komme fra offentlige instanser, privatpersoner eller være fremsatt anonymt. Det skal undersøkes om det raskt nok blir bestemt om saken skal undersøkes videre eller henlegges, om barneverntjenesten undersøker alvorlige forhold og om den ved behov innhenter ytterligere informasjon fra melder før meldingen henlegges. Fylkesmennene skal også undersøke om barneverntjenestene gir tilbake-melding til melder. Ved dette tilsynet kan kommunene inviteres til å gjøre egenvurderinger som senere vil bli fulgt opp av fylkesmennene.

## **Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen**

Fylkesmennene skal undersøke samhandling ved utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Tilsynet omfatter somatiske helsetjenester, og ikke rus og psykiatri.

Tilsynet er ikke avgrenset til bestemte diagnoser eller aldersgrupper, men retter seg særlig mot pasienter utskrevet til omsorgsboliger med heldøgns bemanning, andre omsorgsboliger og eget hjem med behov for hjemmesykepleie fra kommunen. Pasienter som utskrives til sykehjem omfattes ikke av tilsynet.

Tilsynet skal ta utgangspunkt i de aktivitetene som sykehus og kommuner utfører i samhandlingsprosessen ved utskrivning/mottak. Fylkesmennene skal undersøke om sykehus/helseforetak ved systematisk styring sikrer forsvarlig utskrivning av pasienter med behov for kommunale tjenester til egen bolig. Undersøkelsen skal blant annet omfatte om sykehuset sikrer vurdering og varsling om antatt behov allerede ved innleggelsen, og om sykehuset sikrer at lege har vurdert og dokumentert at pasienten er utskrivningsklar ved varsel om utskrivning. Videre skal fylkesmennene undersøke om kommunen ved systematisk styring sikrer forsvarlig mottak og helsehjelp til pasienter som skrives ut til egen bolig.

Fylkesmennene skal undersøke om helseforetakene og kommunene sikrer ivaretagelse av pasientenes/pårørendes krav til informasjon og brukermedvirkning ved utskrivning. Og gjennomgående skal fylkesmennene se på legemidler som markør for samhandling og informasjonsutveksling mellom tjenestene og til pasienter/pårørende ved utskrivning. Som en del av tilsynet skal det gjøres en undersøkelse for å høre hvilke erfaringer pasientene har med informasjon og brukermedvirkning knyttet til utskrivning fra sykehuset og mottak i hjemmet. Undersøkelsen skal gjennomføres ved at det sendes ut et spørreskjema til utvalgte pasienter som forholdsvis nylig har blitt skrevet ut fra sykehuset.

Videre skal det gjennomføres en spørreundersøkelse blant fastlegene til disse pasientene.

## **Tilsyn med sosiale tjenester i NAV**

For unge mennesker med ulike vansker i livet, vil det kunne ha stor betydning at de tidlig får nødvendig hjelp og oppfølging. Sosiale tjenester i Nav skal bidra til at ungdom får dette. Kommunens plikt til å tilby og yte sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år er tema for landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016. Tilsynet skal undersøke om de sosiale tjenestene opplysnings, råd og veiledning og økonomisk stønad er tilgjengelig, og at tildelingen av tjenestene er forsvarlig. Det skal også undersøkes om oppfølgingen av de unge er god nok. Brukermedvirkning og samarbeid er sentrale områder for tilsynet. Ved dette tilsynet kan kommunene inviteres til å gjøre egenvurderinger som senere vil bli fulgt opp av fylkesmennene.

## Når **elektroniske** henvisninger og prøvesvar **forsvinner**

Hva skjer med henvisninger og prøvesvar når rutiner som gjelder elektronisk informasjon svikter? Resultat fra røntgenundersøkelser og billeddiagnostikk, som CT, MR og lignende, skal alltid formidles til den legen som henviste til undersøkelsen. Noen ganger blir imidlertid henvisninger og prøvesvar borte på grunn av svikt i elektroniske systemer og/eller menneskelige feil. Det kan føre til forsinket diagnostisering av alvorlige tilstander.





Alle helseforetak må i tillegg til gode journalsystemer, ha på plass gode elektroniske systemer for å håndtere henvisninger og svar på radiologiske undersøkelser. Statens helsetilsyn har behandlet flere alvorlige saker med denne tematikken.

I en av sakene ble en pasient behandlet ved tre ulike avdelinger innenfor samme helseforetak. De tre avdelingene holdt til på tre ulike steder. Helseforetaket hadde ikke felles journal- eller radiologisystem, og man kunne derfor ikke se radiologisvar eller journaldokumenter som var registrert i de andre avdelingene.

Pasienten ble henvist fra medisinsk avdeling til øre-nese-hals-avdelingen på bakgrunn av svelgevansker og vekttap. Ved undersøkelse av svelget og strupehodeområdet ved øre-nese-halsavdelingen ble det ikke oppdaget tegn til kreft, men det ble bestilt vanlig røntgenundersøkelse og CT-undersøkelse (en mer avansert type billediagnostikk) for å utelukke kreftsykdom.

CT viste en mistenkelig oppfylling i bukspyttkjertelen som kunne se ut som svulst, og en stor væskefylt oppfyllning i venstre lyske. Funnene ble formidlet

til øre-nese-hals-legen, som henviste til ny CT-kontroll en måned senere. Pasienten fikk ikke informasjon om det mistenkelige funnet som kunne dreie seg om svulst. Av kapasitetshensyn ble den neste CT-undersøkelsen utført ved radiologisk avdeling på et tredje sted innenfor det samme helseforetaket.

” Det er et ledelsesansvar å sørge for å ha journal- og elektroniske systemer som gjør at helsepersonell kan utføre sine helsetjenester og oppgaver på en forsvarlig måte.”

avdeling. Feilen førte til at den henvisende legen aldri mottok prøvesvaret.

Pasientens svelgevansker vedvarte. Ca halvannet år etter den siste CT-undersøkelsen ble pasienten innlagt ved sykehuset på nytt. Det ble tatt enda en ny CT, og det ble gjort gastroskopi

Den nye CT-en viste en drøyt tre centimeter stor oppfylling i bukspyttkjertelen. Prøvesvaret ble dokumentert i det elektroniske datasystemet til radiologisk avdeling, men henvisende leges navn ble ikke ført inn fordi han ikke var registrert i dette datasystemet. Dette skulle vært gjort manuelt i henhold til rutinen ved radiologisk

med vevsprøve som påviste kreft i spiserøret. Oppfyllingen som ble oppdaget i bukspyttkjertelen halvannet år tidligere hadde økt til 4 x 3 centimeter. I tillegg hadde det oppstått flere forandringer i leveren som kunne tyde på spredning. Pasienten døde en måned senere.

Henvisende lege har ansvar for å følge opp undersøkelser han/hun har henvist til, men dette ansvaret forutsetter at helseforetaket har rutiner som sikrer at prøvesvarene kommer fram.

I et sykehus er radiologisk avdeling en viktig støttefunksjon for de kliniske avdelingene. I tillegg til tilstrekkelig kompetanse må avdelingen ha gode og effektive rutiner for formidling av radiologiske svar til klinikerne i andre avdelinger.

Det er viktig at helseforetak som har virksomhet flere steder har journalsystemer som sikrer at informasjon om diagnostikk og behandling av en pasient på ett sted i foretaket, også kan sees av relevant, henvisende eller oppfølgende helsepersonell ved avdelinger andre steder i foretaket. Det er et ledelsesansvar å sørge for å ha journal- og elektroniske systemer som gjør at helsepersonell kan utføre sine helsetjenester og oppgaver på en forsvarlig måte. I dette tilfellet fant Statens helsetilsyn at helseforetaket hadde brutt kravet til å ha på plass forsvarlige journal- og informasjonssystemer.

## Psykisk helsevern – hvilke feil bør varsles?

Varsler fra psykisk helsevern og rus står for nær halvparten av alle hendelser som varsles til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å vurdere om en hendelse skal varsles. De må legge vekt på feil, forsømmelser og uhell på system- og/eller individnivå når de vurderer om hendelsen er varslingspliktig. Særlig bør det varsles når svikten kan ramme andre pasienter og føre til fremtidig svikt i behandlingen.

Statens helsetilsyn nedsatte våren 2014 en arbeidsgruppe med klinikere med kompetanse innen pasientsikkerhetsarbeid, for å sammenfatte erfaringer fra varslene fra psykisk helsevern. I arbeidet har gruppen samlet eksempler på ulike hendelser som er varslet etter varslingsbestemmelsen. Resultatet av arbeidet skal bli en veileder til bruk i helseforetakene.

Vi har sett noen typer svikt i pasientbehandlingen som forekommer i flere av varslene:

### Manglende selvmordsrisikovurderinger etter de nasjonale retningslinjene

*En pasient begikk selvmord ved henging i hjemmet. Pasienten var henvist til behandling for selvmordsproblematikk, men behandler gjennomførte ikke gjennomgående selvmordsrisikovurderinger. Behandler hadde heller ikke dokumentert konsultasjonene i journalsystemet. Pasienten mottok derfor ikke behandling for selvmordsproblematikken han var henvist for.*

Det er svært vanskelig å forutsi selvmord på individnivå. Selvmordsrisikovurderingene er ikke i hovedsak ment å skulle forutsi mulige selvmord, men å øke kvalitet og pasientsikkerhet for alle pasienter gjennom målrettede tiltak på bakgrunn av vurderingen. For at pasienter innen psykisk helsevern skal få forsvarlig behandling, må behandlerne iverksette tiltak og gi behandling for å redusere risikoen for selvmord. Statens helsetilsyn mener derfor at ved hendelser der virksomheten ikke har utført selvmordsrisikovurderinger i tråd med de nasjonale retningslinjene, bør de varsle om saken til Helsetilsynet.

### Manglende ansvarsfordeling mellom ulike behandlingsnivåer

*En pasient begikk selvmord inne på døgnavdeling, da det ikke ble oppdaget at hun var tiltagende selvmordstruet. Hun hadde blitt overført fra en akuttpost dagen før. Det var ikke gjort selvmordsrisikovurderinger, verken ved utskrivelse fra akuttavdelingen eller ved innkomst på døgnavdelingen.*

Statens helsetilsyn mener det er særlig viktig at vi får varsler om hendelser som skyldes systemsvikt. Ved svikt i samhandling vil en tilsynsmessig oppfølging kunne bidra til å avdekke uklarheter ved behandlingsansvar, og dermed bidra til at andre pasienter ikke risikerer å havne i samme situasjon.

I tillegg til de to eksemplene vi har vist til, er det en rekke andre områder med fare for svikt innen psykisk helsevern. Svikt i helsehjelpen også på disse områdene bør føre til at virksomheten varsler om hendelsen.

I varslene vi har mottatt, har vi blant annet sett manglende vurderinger av diagnoser og oppfølging på bakgrunn av erkjente diagnoser, manglende vurdering av medikamentelle tiltak; som oppstart, oppfølging og avslutning av medikamentell behandling. Vi har også hatt flere varsler som gjelder svikt ved overganger mellom eller samhandling på tvers av nivåer, ulike behandlere og ulike behandlingsnivåer, uhensiktsmessige ansvarsforhold mellom ulike instanser og manglende vurdering av behandling på tving etter lov om psykisk helsevern. Videre er det viktig å være oppmerksom på hendelser der det har vært manglende individuell plan, behandlingsplan eller rettighetsvurderinger. Ved hendelser med svikt på et eller flere av de nevnte risikoområdene, bør terskelen for å varsle etter § 3-3 a være lav.

## Når **vedtak** manglar **tiltak**

Ei kartlegging frå Fylkesmannen i Hordaland i 2014 viste at ikkje alle får støttekontakt, sjølv om dei har vedtak om at dei skal få det.

Somme gongar klarar ikkje kommunen å rekruttera støttekontaktar til ein brukar. Ifølgje kartlegginga var det om lag ni prosent som ikkje hadde støttekontakt slik dei skulle.

### Kvifor kartlegging?

Fylkesmannen starta fleire tilsyn i 2013, fordi vi fekk meldingar frå pårørande om «tomme støttekontaktordningar». Det var om lag 2850 personar i Hordaland som fekk støttekontakt i 2013, men vi hadde inga oversikt over kor mange som ikkje fekk støttekontakt slik dei skulle. Vi hadde heller inga oversikt over årsakene til dette, eller kva kommunane gjer når dei ikkje klarar å rekruttera støttekontaktar.

For å få ei oversikt over dette spurte vi kommunane i Hordaland om kva dei gjer dersom dei ikkje klarar å rekruttera støttekontakt. Alle kommunane svarte på spørsmåla våre.

### Kommunen har plikt

Når ein brukar får innvilga sin søknad om støttekontakt, skal kommunen tilby tenesta innan rimeleg tid. Dei aller fleste får den støttekontakttenesta dei har vedtak om innan rimeleg tid, men dette skjer ikkje alltid. Dersom det går månader utan at noko skjer, så har ikkje kommunen oppfylt lovkra- vet.

### Dei fleste får støttekontakt

Kartlegginga viser at 91 prosent av brukarane hadde støttekontakt heile eller deler av tida. Det er forskjellige

grunnar til at nokre er utan støttekontakt ein del av tida. Kommunane fortalte til dømes om at vedtaket nettopp var fatta, at brukaren er eller har vore ei tid på institusjon, eller at det tek tid å få på plass ny støttekontakt når den førre sluttar.

### Det er nokre som ikkje får

Ni prosent fekk ikkje støttekontakt slik dei hadde vedtak om. Nokre kommunar hadde støttekontakt til alle brukarane sine heile tida, medan andre kommunar hadde meir enn tju prosent utan støttekontakt i den aktuelle perioden.

Kommunane fortel om forskjellige årsaker til at nokre ikkje fekk støttekontakt sjølv om dei hadde fått vedtak om det. Det er ofte vanskeleg å få tak i støttekontakt til dømes til rusavhengige som ikkje klarar å halda avtaler eller som har utfordrande åtferd. Då er det lettare å

skaffa støttekontakt til utviklingshemma barn og unge som ikkje har åtferdsproblem eller multifunksjonshemming.

### Belastande?

Støttekontakt er ikkje ei eintydig teneste, og vi ser at kommunane tilbyr nærliggjande tenester i ein del tilfelle, til dømes som «fritid med bistand».

Vi fekk innspel om at støttekontaktomgrepet er belastande for nokre brukarar, og at nemninga i slike tilfelle vert erstatta av mindre belastande nemningar som treningskontakt eller fritidskontakt.

### Kven tek på seg å vere støttekontakt?

Kartlegginga gjev innblikk i kven støttekontaktane i Hordaland er. Ein

av kommunane svarte at det gjerne er «jenter mellom 17 og 23» som vil bli støttekontakt, og med litt nyansar vert dette stadfesta av andre. Det er særleg vanskeleg å rekruttera vaksne menn til å bli støttekontakt, men ein kommune skriv om vaksne mannlege støttekontaktar at: «når det klaffar, så varar kontakten lenge, og er ofte av høg kvalitet».

### Støttekontakt er ikkje for alle

Støttekontakt er heimla under samleomgrepet «personleg assistanse» i helse- og omsorgstenestelova, i lag med til dømes heimehjelp. Nokre kommunar arrangerer støttekontaktkurs, men ein treng ikkje utdanning for å bli støttekontakt. Vanlegvis er støttekontakten ein som har tid til overs og sosialt engasjement. Den vanlegaste oppgåva for støttekontaktar er å hjelpa brukaren å få ei meningsfull fritid. Nokre brukarar har så omfattande hjelpebehov at støttekontakt neppe er rett løysing, sjølv om behovet deira er meningsfull fritid. I slike tilfelle må kommunane vurdere å setja inn anna personale til å ivareta oppgåva.

### Kartlegg nytteverdi

Gjennom kartlegginga fekk Fylkesmannen innblikk i utfordringane kommunane har på dette området, og vi fekk ei samla oversikt for heile fylket. Denne kunnskapen nyttar vi i tilsynsarbeid, når vi handsamar klagar og når vi gir råd og rettleiing.

Vi fekk attendemeldingar frå kommunar om at også dei meiner kartlegginga var nyttig, ikkje minst fordi det vart retta merksemd på eit område som kanskje ikkje alltid vert prioritert. Fleire fortalte at dei vil betra rutinane for rekrutteringsarbeid og for å setja inn gode alternativ når dei over tid ikkje får tak i støttekontakt til eit oppdrag.

”Ni prosent fekk ikkje støttekontakt slik dei hadde vedtak om.”

## Kommuners manglende beskyttelse av barn straffer seg

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag anmeldte i april 2013 Midtre Namdal samkommune for alvorlige lovbrudd. Over tid hadde samkommunens barneverntjeneste henlagt meldinger og avsluttet undersøkelser uten at informasjon om psykisk og fysisk mishandling, vanskjøtsel, rusmisbruk og seksuelle overgrep var tilstrekkelig vurdert og undersøkt.

I perioden fra september 2009 til høsten 2012 var det ca. 100 barn som ikke fikk undersøkt sin omsorgssituasjon slik loven krever. Den kommunale barneverntjenesten unnlot blant annet å undersøke nærmere saker som var åpnet for undersøkelse etter barnevernloven § 4-3, eller det ble foretatt undersøkelser som åpenbart var mangelfulle. Samkommunen unnlot også å vurdere mottatte meldinger til barneverntjenesten.

Heller ikke pålagt saksbehandlingsfrist etter barnevernloven § 6-9 ble overholdt. Undersøkelser ble henlagt for så å bli åpnet igjen etter undersøkelsesfristens utløp, slik at de tilsynelatende fikk ny frist. Resultatet av forholdene var at mange barn ikke fikk den beskyttelse og oppfølging de hadde krav på etter barnevernloven.

Statsadvokaten i Nord-Trøndelag vurderte at Midtre Namdal samkommune hadde utvist grov uforstand i tjenesten og at vilkårene for å ilegge

foretaksstraff var oppfylt. Til tross for dette henla Statsadvokaten saken i august 2014 fordi forholdene lå tilbake i tid, og fordi barneverntjenesten hadde endret praksis. Statsadvokaten vurderte også at foretaksstraff i liten grad ville ha preventiv effekt.

Statsadvokatens henleggelse ble påklaget til Riksadvokaten av Statens helsetilsyn 28. august 2014. Vi mente at svikten var så alvorlig at dette burde få følger. I klagen vises det til kommunens særskilte ansvar for å ivareta barns behov for beskyttelse mot alle

former for omsorgssvikt og overgrep, jf. barnekonvensjonens artikkel 3 og 19. Betydningen av å sende et signal om at svært alvorlig og vedvarende svikt i tjenesten kan medføre straffeansvar, var også et moment i klagen. Vi pekte på at dette kunne bidra til å tydeliggjøre oppfølgingsansvaret alle kommuner har for utsatte barn og unge, og bidra til å

forhindre at andre kommuner begår lignende lovbrudd i fremtiden.

Den 26. november 2014 bestemte Riksadvokaten at Midtre Namdal samkommune skulle ilegges foretaksstraff med et forelegg på kr. 75 000 for grov uforstand i tjenesten. I en pressemelding skriver Riksadvokaten følgende:

*”Så vidt Riksadvokaten vet er dette første gang det utferdiges forelegg mot en samkommune/kommune for forsøm-*

*melser fra barneverntjenestens side, og påtalemyndigheten legger til grunn at andre kommuner vil merke seg denne reaksjonen.”*

Midtre Namdal samkommune ved ordførerne i Overhalla kommune, Namsos kommune, Fosnes kommune og Namdalseid kommune vedtok forelegget den 28. november 2014. Fra samkommunens pressemelding siteres:

*”Midtre Namdal samkommune har ikke på noe tidspunkt i saken bestridt faktagrunnlaget som Riksadvokatens vurdering er basert på. Ved å vedta boten ønsker samkommunen å markere en ende på en sak som har pågått siden sommeren 2012. Saken har vært belastende for mange – ikke minst gjelder dette de barna som er involvert i saken.”*

Statens helsetilsyn forventer at Riksadvokatens reaksjon bidrar til at alle barn som trenger det får gode barneverntjenester til rett tid, uansett hvilken kommune de bor i. I Riksadvokatens beslutning av 26. november 2014 heter det:

*”Det kan ikke herske tvil om at barns oppvekstvilkår er en viktig verdi som det er et felles ønske om å verne om, og en reell straffetrussel vil formentlig bidra til at kommunene allokerer tilstrekkelige ressurser til barneverntjenesten og styrker internkontrollene slik at det ikke begås lovbrudd.”*



Det kan ikke herske tvil om at barns oppvekstvilkår er en viktig verdi som det er et felles ønske om å verne om”



## Tilsyn med barneverntjenesten

Fylkesmannen har en rekke kilder til informasjon og kunnskap om barneverntjenestene; halvårsrapportering, kontrollskjema, KOSTRA-rapportering, skriftlige og muntlige klager og andre henvendelser fra brukere og samarbeidspartnere, samt muntlig kontakt med tjenesten. Utfordringen er todelt: sammenfatte og vurdere informasjonen vi har, og vurdere om det er grunnlag for å følge opp kommunen med tilsyn eller andre tiltak, for eksempel opplæring. Når skal man gjennomføre tilsyn og hvordan bør det gjøres? Konkret vurdering av risiko og informasjon om svikt er sentralt når fylkesmannen beslutter å gjennomføre tilsyn.

### Eksempel på tilsyn

Fylkesmannen i Nordland avsluttet våren 2014 en tilsynsmessig oppfølging av en interkommunal barneverntjeneste som de har fulgt opp i omtrent halvannet år. Tjenesten ble etablert i 2011, og er en interkommunal tjeneste etter vertskommunemodellen for fem kommuner. Den største kommunen er vertskommune for tjenesten. Tjenesten hadde vært i drift om lag ett år før Fylkesmannen startet tilsynet. Etableringsfasen for en interkommunal tjeneste kan være krevende. Forskjellige kulturer skal smeltes sammen, og rutiner må etableres og implementeres.

I et brev ba Fylkesmannen om et møte med vertskommunens ledelse og ledelsen i barneverntjenesten. I brevet ble det redegjort for informasjon Fylkesmannen hadde om at det var en økende andel fristbrudd i undersøkelsessaker (over 63 prosent 1. halvår 2012), en økende andel hjelpetiltak uten tiltaksplan (over 57 prosent første

halvår 2012) og manglende oppfølging av barn i fosterhjem (ingen av barna i fosterhjem hadde fått oppfølging i henhold til krav i forskrift 1. halvår 2012).

I møtet deltok rådmann, assisterende rådmann, områdesjef, barnevernleder og nestleder i barneverntjenesten. Kommunen redegjorde for status i tjenesten, utfordringer på ulike områder og tiltak som var satt inn eller vurdert satt inn. Etter etablering av tjenesten i 2011 hadde de arbeidet med å utvikle rutiner.

Fylkesmannen oppsummerte møtet i et brev der kommunen ble pålagt å utarbeide en plan for hvordan kommunen skulle

- komme à jour i undersøkelsesarbeidet
- sikre at alle barn med hjelpetiltak hadde tiltaksplan som ble evaluert regelmessig
- sikre at alle barn som bodde i fosterhjem fikk tilsyn slik lovverket krever
- sikre at barn som tjenesten hadde plassert i fosterhjem fikk oppfølgingsbesøkene de skulle ha

### Oppfølging etter tilsyn

Kommunen utarbeidet planen innen gitt frist. Ifølge planen skulle alle tiltakene i planen være gjennomført innen utgangen av 2013. Fylkesmannen tok planen til etterretning, men ba om å få månedlige rapporter i 2013. Nøkkeltallsrapportene, halvårsrapporteringene og kontrollskjemaene som kommunen sendte viste en gradvis bedring på alle områder. Ved utgangen av 2013 vurderte Fylkesmannen at

kommunen hadde utviklet gode systemer for styring av tjenesten for å sikre at krav i lov og forskrift ble etterlevd på de fleste områder innen barnevernet. Det framgikk imidlertid i liten grad hvordan kommunens ledelse fulgte opp situasjonen. Dette, sammen med økning i saker som kunne medføre behov for nye tiltak, medførte at Fylkesmannen ba om månedlige nøkkeltall fram til april 2014, og en redegjørelse for hvordan kommunens

ledelse følger med på utviklingen i tjenesten.

Det framgikk av rådmannens redegjørelse at samarbeidsavtalen mellom kommunene i tjenesten var revidert, for å sikre bedre organisering av rapportering, økonomi og merkan- tile rutiner. Alle kommunene mottar nå kvartalsvise nøkkeltallsrapporter, og barnevernleder orienterer årlig alle

kommunestyrene om situasjonen i tjenesten. I tillegg var vertskommunen inne i en omorganisering for å bedre samhandling, helhetstenking, tjenesteutvikling og fagdialog mellom tjenestene. Nøkkeltallsrapportene for 2014 var i hovedsak positive, men med noen mangler på gjennomføring av tilsyn med barn i fosterhjem.

Fylkesmannen forutsatte at kommunen sikret denne oppfølgingen framover. På bakgrunn av rådmannens redegjørelse og nøkkeltallsrapporter vurderte Fylkesmannen i Nordland at det ikke lenger var grunnlag for videre særskilt oppfølging av den interkommunale barneverntjenesten og vertskommunen, og avsluttet oppfølgingen.



Alle kommunene mottar nå kvartalsvise nøkkeltallsrapporter, og barnevernleder orienterer årlig alle kommunestyrene om situasjonen i tjenesten.”

## Og ellers mener Statens helsetilsyn at ...

Hvert år kommer Statens helsetilsyn med høringsuttalelser til flere lovforslag og offentlige utredninger. I kommentarene våre legger vi stor vekt på å formidle erfaringer vi har fått gjennom tilsynsvirksomheten. Nedenfor følger noen smakebiter fra enkelte saker som vi kommenterte i 2014. En fullstendig oversikt over høringsuttalelsene finner du på nettsidene våre.

### Innføring av forbud mot bruk av barn som tolk

*Høringsuttalelse til endring i forvaltningsloven, til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, juli 2014.*

I lovendringen foreslås, som unntak fra hovedregelen, at barn kan benyttes som tolk for å formidle enkle beskjeder når dette ansees som forsvarlig. I vurderingen av hva barn kan formidle, er det poengtert at det må tas hensyn til barnets alder, modenhet osv. Ved den åpningen som gis ved et slikt unntak vil imidlertid ingen instanser vurdere den totale belastningen barnet opplever.

De ulike etater kjenner ikke barnets totale omsorgssituasjon, og kan derfor ikke vurdere hvordan ulik informasjon påvirker barnet. Helsetilsynet mener derfor at det ikke skal åpnes for unntak fra regelen.

### Plikt til å stille vilkår om deltakelse i aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad til livsopphold

*Høringsuttalelse til endring av sosialtjenesteloven til Arbeids- og sosialdepartementet, september 2014.*

I landsomfattende tilsyn er det identifisert at kommuner arbeider lite systematisk med kartlegging av søkeres individuelle behov og situasjon. Det

gjelder også når barns livssituasjon blir kartlagt på en tilfeldig og lite systematisk måte, noe som fører til at det i sakene mangler vesentlige opplysninger om barns behov.

Gjeldende vilkårshjemmel gir adgang til å stille vilkår av ulik karakter – ikke bare aktivitet. Ordlyden i forslaget til ny § 20 i sosialtjenesteloven er utformet slik at det kun blir gitt hjemmel for å stille vilkår om aktivitet. Helsetilsynet stiller spørsmål ved om en slik innskrenking er hensiktsmessig. Sosialtjenesten bruker i dag flere typer vilkår som har som formål å motivere til arbeid eller annen aktivitet. Bortfallet av disse mulighetene kan føre til det motsatte av det departementet ønsker å oppnå ved forslaget til lovendring.

Det er behov for en nærmere utredning av forholdet mellom kommunens plikt til å finne egnede aktivitetstilbud for den enkelte, og den enkelte stønadsmottakers plikt til å delta i aktivitet. En alternativ tilnærming til å få flere i aktivitet kan være å gi kommunen plikt til å tilrettelegge for relevante aktiviteter og å gi brukerne rett til aktiviteter.

I loven er det virkemidler for å sikre brukernes rettigheter. Statens helsetilsyn mener brukermedvirkning er nødvendig og verdifullt, og etterlyser derfor en drøfting av dilemmaene som vil oppstå.

Statens helsetilsyn peker på at det vil være nødvendig å følge med på om retten til økonomisk stønad vil bli innskrenket som en følge av en

eventuell lovendring; enten ved selve vilkårssettingen eller ved sanksjonering av brudd på vilkår, og spesielt ha oppmerksomhet på å beskytte barn mot konsekvenser av reduksjon i stønadsnivå.

### Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

*Høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet, september 2014.*

” En alternativ tilnærming til å få flere i aktivitet kan være å gi kommunen plikt til å tilrettelegge for relevante aktiviteter og å gi brukerne rett til aktiviteter.”

Den offentlige spesialisthelsetjenesten skal innen 10 dager etter henvisning er mottatt, vurdere om pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten vurderes å ha et slikt behov, er tanken at pasienten fritt skal kunne velge tilbyder så lenge denne står på listen over tilbydere i fritt behandlingsvalg. Så langt Statens helsetilsyn kan se, vil en slik ordning medføre økt

byråkratisering, både når det gjelder søknader, godkjenning og administrering av ordningen både på individuelt og organisatorisk nivå.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten er koordinert, uavhengig av om pasienten velger en offentlig eller privat tilbyder. Vår erfaring fra både tilsynssaker og planlagt tilsyn, er at det er stor fare for svikt ved overføringen mellom ulike behandlere og ulike behandlingsnivåer i et pasientforløp. Statens helsetilsyn mener at det må sikres god kommunikasjon og forpliktende samarbeid mellom ulike behandlere og behandlingsnivåer uavhengig av hvem som skal yte tjenesten. Når det gjelder psykisk helsevern, er dette pasienter som har særlig behov for et

sømløst utrednings- og behandlingsforløp. Det bør derfor i den varslede forskriften vurderes å fastsette forpliktende samarbeidsavtaler/planer der ansvaret for pasienten tydeliggjøres.

En stor andel av henvisningene innen somatikk gjelder uavklarte tilstander, der utredningen i stor grad vil handle om å utelukke lidelser før riktig diagnose stilles. I en slik situasjon kan det være risiko for at bare deler av utredningen kan gjøres hos en privat tilbyder, eventuelt at pasienten må henvende seg til flere private tilbydere i utredningsforløpet. Det er da særlig viktig at det sikres at én instans har det overordnet ansvaret for pasientforløpet, slik at den totale tid pasienten må vente før endelig diagnose stilles, ikke blir uforsvarlig lang. Tilsvarende kan det i forbindelse med behandling oppstå uforutsette komplikasjoner, for eksempel livstruende komplikasjoner etter elektiv kirurgi.

### Ny akuttmedisinforskrift

*Høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet, september 2014.*

Statens helsetilsyn viser til at en svakhet som har fremkommet i aktuelle tilsynssaker, er manglende akuttmedisinsk trening og øvelser i samhandling. Tydeligere krav til trening, øvelser og kompetanse vil

etter vår vurdering være en hensiktsmessig konkretisering av kravet til internkontroll. For allmenntilleggs spesialister er kurs i akuttmedisin obligatorisk, slik det vil bli for alle ved den nye forskriften. I tillegg til krav om gjennomført kurs for leger og andre, bør det stilles krav om gjennomføring av lokal opplæring og øvelser i samhandling, med en gitt regularitet.

Departementet bør vurdere å stille krav til gjennomføring av øvelser der legevaktleger, annet legevaktpersonell og ambulanspersonell trener i fellesskap med slik regularitet som den lokale risiko og sårbarhetsvurdering tilsier. Statens helsetilsyn mener det også bør stilles krav til utvikling og trening i lokalt samarbeid. Statens helsetilsyn er fornøyd med kravet om at AMK-sentralene skal besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen ti sekunder, som er i

samsvar med vårt pålegg i tilsynssak mot AMK Oslo og Akershus. Det bør stilles krav om at øvrige henvendelser skal besvares innen 20 sekunder.

### Holde barns inntekt utenfor ved vurdering av søknader om økonomisk stønad

*Høringsuttalelse til Arbeids- og sosialdepartementet, desember 2014.*

Statens helsetilsyn mener at en lovendring ikke er nødvendig. Etter vår vurdering er det andre forhold knyttet til utmåling av stønadsbehov som i større grad fører til ulike vilkår for barn som vokser opp i fattige familier.

Det følger av sosialtjenesteloven § 18 at det er søkers, altså forsørgers, inntekter som skal legges til grunn. Barns inntekter er ikke søkers inntekter. Det følger av sosialtjenesteloven § 18 at behovene til de barna søker har forsørgeransvar for, skal inkluderes når søknaden vurderes.



# Tall og fakta 2014



<b>Innhold</b> .....	33	Hendelsesbasert tilsyn .....	37
<b>Barnevern</b> .....	33	Pålegg og tvangsmulkt .....	40
<b>Sosiale tjenester i Nav</b> .....	34	Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten .....	40
Planlagt tilsyn .....	34	Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt .....	41
Klager og tilsynssaker .....	35	<b>Folkehelse</b> .....	42
<b>Helse- og omsorgstjenester</b> .....	36	<b>Regnskap og personell</b> .....	42
Planlagt tilsyn .....	36		
Undersøkelsesenheten .....	36		



## Innhold

Denne delen av Tilsynsmeldingen tar for seg sentrale oppgaver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Mer materiale om disse oppgavene blir publisert i årsrapporten fra Statens helsetilsyn og på nettstedet [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med kommunale barneverntjenester, institusjoner innen barnevernet og andre statlige barneverntjenester og -tiltak. Fylkesmennene kontrollerer at barneverntjenestene overholder frister fastsatt i barnevernloven. Fylkesmennene behandler også klager på vedtak barneverntjenestene fatter og klager på tvangsbruk og begrensning av rettigheter i institusjonene.

Tabell 1 er en sammenstilling av de saker som fylkesmennene har behandlet som tilsynsmyndighet på grunn av hendelser og forhold de er blitt kjent med, og saker behandlet som klageinstans. Over 50 000 barn mottar hjelpetiltak fra barneverntjenesten. I 2014 behandlet fylkesmennene 146 klager på enkeltvedtak fattet av barneverntjenestene. I nær en tredel ble det gitt helt eller delvis medhold.

I overkant av 1000 barn hadde opphold i barnevernsinstitusjonene i 2014. Rettighetsforskriften, som gjelder for barnevernsinstitusjoner og omsorgssentre for mindreårige, gir institusjonene rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og iverksette begrensninger. I 2014 behandlet fylkesmennene 662 klager på bruk av tvang og begrensninger. I 109 av disse fikk klager medhold. 88 prosent av klagesakene ble

behandlet innen tre måneder, og det er litt under resultatkravet om at minst 90 prosent skal behandles innen den tiden.

Statens helsetilsyn behandlet som overordnet organ i 2014 ingen forespørsler om overprøving av klagesaker etter barnevernloven.

Tilsynssakene som inngår i tabell 1, er de sakene fylkesmennene har avsluttet som tilsynsmyndighet på grunn av hendelser og forhold de får informasjon om fra barn og deres pårørende, andre privatpersoner, ansatte i barneverntjenesten eller andre offentlige instanser, private virksomheter, media eller ut fra egen kunnskap, for eksempel fra klagesaker, kontrollskjema for overholdelse av frister eller rapporteringer fra kommunene.

I 2014 avsluttet fylkesmennene 844 saker. 160 av sakene ble løst gjennom lokal avklaring ved at barneverntjeneste, institusjon eller Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) ble bedt om å få til en minnelig ordning med den som klaget. 684 saker ble avsluttet med vurdering av om det var lovbrudd. I disse sakene ble det til sammen gjort 1117 vurderinger av lovbrudd, hvorav 1038 gjaldt barneverntjenester, 49 gjaldt institusjoner og 30 gjaldt Bufetat. 478 av vurderingene endte med å påpeke lovbrudd. At en så liten del gjaldt institusjonene, kan komme av at fylkesmennene gjennomfører mange tilsyn i institusjonene, se tabell 2, og at svikt blir avdekket og påpekt under disse tilsynene.

Tabell 2 gjelder forskriftspålagte tilsyn i barnevernsinstitusjonene. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene hvor mange institusjoner og enheter/avdelinger de må føre tilsyn med.

Tabell 1 Behandlede tilsynssaker og klager 2012-2014 rettet mot barneverntjenester og -institusjoner

Fylkesmannen i	Tilsynssaker				Klager på enkeltvedtak - barneverntjenester				Klager på tvang og begrensninger - barnevernsinstitusjoner			
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
	Antall	Antall	Antall	Antall påpekte lovbrudd	Antall	Antall	Antall	Herav helt/delvis medhold	Antall	Antall	Antall	Herav medhold
Østfold	70	55	46	9	13	3	3	2	21	31	43	6
Oslo og Akershus	159	79	75	53	57	32	41	7	63	98	201	16
Hedmark	40	28	43	35	1	3	15	5	21	27	53	10
Oppland	24	24	44	66	6	2	4	0	12	20	15	1
Buskerud	49	57	66	0	28	27	17	5	9	35	19	1
Vestfold	91	55	43	13	12	1	9	3	28	42	32	7
Telemark	19	21	15	3	3	9	8	2	15	15	14	3
Aust-Agder	16	16	12	3	1	3	0	0	27	8	10	4
Vest-Agder	50	51	46	13	7	8	2	0	65	83	39	4
Rogaland	64	40	74	44	5	3	7	2	20	62	73	27
Hordaland	80	66	66	20	24	10	16	9	30	43	67	7
Sogn og Fjordane	18	27	34	31	7	10	2	2	2	8	22	7
Møre og Romsdal	25	40	33	5	3	8	0	0	9	8	11	5
Sør-Trøndelag	48	46	30	11	3	4	9	5	11	24	9	0
Nord-Trøndelag	29	40	34	20	7	2	1	0	6	7	9	1
Nordland	72	57	57	51	6	4	6	2	24	4	16	1
Troms	57	52	77	53	5	22	4	2	31	50	26	9
Finnmark	34	18	49	48	4	0	2	0	1	11	4	1
<b>Hele landet</b>	<b>945</b>	<b>772</b>	<b>844</b>	<b>478</b>	<b>192</b>	<b>151</b>	<b>146</b>	<b>46</b>	<b>395</b>	<b>576</b>	<b>663</b>	<b>110</b>

**Tabell 2 Tilsyn med barnevernsinstitusjoner utført av fylkesmennene 2012-2014**

Fylkesmannen i	Antall institusjoner	Antall avd. i inst.	Antall gjennomførte tilsyn <sup>1</sup>			Herav andel uanmeldt	Antall samtaler med barn			Andel samtaler ut fra barn registrert da tilsynet foregikk <sup>2</sup>		
	2014	2014	2012	2013	2014	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Østfold	11	44	113	109	102	42 %	84	130	183	24 %	36 %	60 %
Oslo og Akershus	50	69	175	176	155	42 %	177	230	150	32 %	40 %	34 %
Hedmark	16	23	39	48	50	50 %	109	111	83	54 %	47 %	40 %
Oppland	5	20	20	18	74	42 %	46	43	134	26 %	29 %	90 %
Buskerud	7	13	32	30	35	46 %	55	68	60	67 %	70 %	75 %
Vestfold	6	8	36	36	31	58 %	62	56	61	43 %	37 %	48 %
Telemark	3	13	47	32	34	47 %	67	45	65	51 %	51 %	61 %
Aust-Agder	6	13	60	45	40	45 %	67	52	70	43 %	45 %	62 %
Vest-Agder	8	23	65	62	58	45 %	81	81	86	54 %	55 %	60 %
Rogaland	11	37	100	89	68	47 %	136	136	116	50 %	61 %	52 %
Hordaland	17	51	122	119	118	36 %	102	70	78	26 %	22 %	23 %
Sogn og Fjordane	3	7	10	10	18	50 %	23	27	47	27 %	37 %	67 %
Møre og Romsdal	7	15	19	18	16	44 %	66	48	58	56 %	41 %	51 %
Sør-Trøndelag	15	25	66	76	61	52 %	128	162	160	52 %	63 %	58 %
Nord-Trøndelag	5	11	16	14	12	42 %	55	53	42	61 %	63 %	60 %
Nordland	5	6	16	16	13	46 %	44	64	62	40 %	66 %	90 %
Troms	7	25	84	79	60	15 %	126	89	74	51 %	47 %	46 %
Finnmark	2	3	6	4	4	0 %	34	22	17	74 %	88 %	77 %
<b>Hele landet</b>	<b>184</b>	<b>406</b>	<b>1026</b>	<b>981</b>	<b>949</b>	<b>43 %</b>	<b>1462</b>	<b>1487</b>	<b>1546</b>	<b>41 %</b>	<b>45 %</b>	<b>51 %</b>

<sup>1</sup> Før 2014 hadde fylkesmennene krav om å gjennomføre systemrevisjoner i tillegg til såkalte individtilsyn. Systemrevisjonene inngår ikke i tallene fra 2012 og 2013.

<sup>2</sup> Noen registrerer kun gjennomførte samtaler, andre registrerer alle som har fått reelt tilbud om samtale, uavhengig av om samtale er gjennomført eller avslått.

Tilsyn med barnevernsinstitusjoner utgjør en stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innen barnevernet. I 2014 ble det gjennomført 949 tilsyn med barnevernsinstitusjonene. 401, eller 43 prosent av tilsynene, var uanmeldt. Fylkesmennene førte tilsyn med 184 institusjoner i 2014. Disse institusjonene hadde 406 enheter som fikk to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plassert etter de såkalte atferdsbestemmelsene i barnevernloven. Som del av tilsynet hadde fylkesmennene samtale med beboerne. 1546 samtaler ble gjennomført. På tidspunktene da samtaler ble gjennomført, var det registrert til sammen 3012 barn ved institusjonene. Mange av barna er registrert flere ganger. Når fylkesmennene i årsrapportene for tilsynet med barnevernsinstitusjonene oppgir at det er ført samtale med 51 prosent av de innskrevne barna, kan det bety at de har hatt samtale med omtrent alle barna som har hatt opphold i 2014, men ikke under hvert tilsyn. I mange tilfeller var beboerne ikke til stede fordi de var på skolen, i permisjon, deltok i fritidsaktiviteter eller var fraværende av andre grunner. I en del tilfeller ønsket ikke beboerne å samtale med fylkesmannen. Det er noe ulikt blant fylkesmennene om de registrerer situasjoner der de hilser på beboer, informerer om egen funksjon og får stadfestet at beboer ikke ønsker en videre samtale, som gjennomført samtale eller ei. Statens helsetilsyn har anbefalt at slike registreres som samtale, i så fall er samtaleprosenten høyere.

Fem av fylkesmennene har i 2014 ført tilsyn med omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. Det ble gjennomført 26 tilsyn med 6 omsorgssentre, og gjennomført 123 samtaler med 152 registrerte beboere.

Fylkesmennene opplyser om problemer med å få kvalifiserte tolker.

Åtte av fylkesmennene har gjennomført tilsyn med til sammen ni sentre for foreldre og barn. I landet er det registrert 21 sentre, og de skal ha tilsyn minimum hvert annet år.

Fylkesmennene har også gjennomført tilsyn med barneverntjenestene og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Tilsynet med barneverntjenestene var i hovedsak en del av det landsomfattende tilsynet med kommunenes oppfølging av barn i fosterhjem. Det ble utført 46 systemrevisjoner og påvist lovbrudd i 30 kommuner.

Flere fylkesmenn gjennomførte også tilsyn med andre tema, bl.a. informasjonsflyt mellom barnevernet og kommunale helsetjenester, og manglende iverksettelse av barneverntiltak.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 12 tilsyn med barneverntjenester fra 2013 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2014.

## Sosiale tjenester i Nav

### Planlagt tilsyn

I 2014 gjennomførte fylkesmennene 83 systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav, se tabell 3. Av disse var 53 del av landsomfattende tilsyn med ansvaret kommunene

har for å sikre forsvarlig tildeling og gjennomføring av kvalifiseringsprogram. I 58 av systemrevisjonene ble det påvist brudd på lov- og forskriftskrav.

Fire fylkesmenn gjennomførte også planlagt tilsyn med annen metodikk. I omfang tilsvarte disse 4 systemrevisjoner. De er ikke tatt med i tabell 3.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 2 tilsyn med sosiale tjenester i Nav fra 2013 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2014.

### Klager og tilsynssaker

Innen sosialtjenesten er det relativt mange klager, selv om antallet er lavt sett i forhold til vedtakene som blir fattet overfor de ca. 125 000 sosialhjelpsmottakerne. I 2014 behandlet fylkesmennene 3551 klagesaker, med til sammen 3710 klager på manglende oppfyllelse av én eller flere rettigheter fra lov om sosiale tjenester i Nav (sosialtjenesteloven). Nesten alle klagene (3463) gjaldt økonomisk stønad. Bare 25 gjaldt kvalifiseringsprogram (KVP), og 222 klager ble vurderte etter andre bestemmelser, som for eksempel retten til råd og veiledning, midlertidig botilbud og individuell plan.

Tabell 4 viser fylkesmannens behandling av klager på vedtak etter sosialtjenesteloven gjort av Nav-kontor.

79 prosent av vedtakene det ble klaget på, ble stadfestet. Gjennom mange år har omtrent fire av fem vedtak blitt stadfestet. Tolv prosent av vedtakene ble endret, og ni prosent opphevet og sakene sendt tilbake til Nav-kontoret for ny behandling.

**Tabell 3 Antall systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester i Nav utført av fylkesmennene 2012 - 2014**

Fylkesmannen i	2012	2013	2014
Østfold	6	9	4
Oslo og Akershus	8	10	10
Hedmark	5	3	5
Oppland	5	5	8
Buskerud	9	6	5
Vestfold	5	5	4
Telemark	4	4	2
Aust-Agder	3	5	3
Vest-Agder	3	4	4
Rogaland	4	4	6
Hordaland	5	7	8
Sogn og Fjordane	4	3	4
Møre og Romsdal	5	0	6
Sør-Trøndelag	5	5	2
Nord-Trøndelag	4	4	0
Nordland	6	5	7
Troms	4	4	4
Finnmark	3	2	1
<b>Hele landet</b>	<b>88</b>	<b>85</b>	<b>83</b>

95 prosent av klagesakene ble behandlet innen fristen på tre måneder, mot 81 prosent året før. Kravet er at minst 90 prosent skal være avsluttet innen tre måneder. Statens helsetilsyn fikk som overordnet organ i 2014 ingen forespørsler om overprøving av klagesaker etter sosialtjenesteloven.

**Tabell 4 Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester i Nav 2012 – 2014**

Fylkesmannen i	2012		2013		2014		
	Antall behandlete saker	Andel helt/delvis medhold for klager	Antall behandlete saker	Andel helt/delvis medhold for klager <sup>1</sup>	Antall behandlete saker	Vurderte bestemmelser i sakene	Andel helt/delvis medhold for klager <sup>1</sup>
Østfold	251	26 %	223	26 %	386	423	27 %
Oslo og Akershus	754	21 %	941	22 %	719	742	21 %
Hedmark	116	29 %	124	23 %	185	198	18 %
Oppland	184	20 %	158	18 %	160	161	17 %
Buskerud	240	25 %	292	17 %	421	427	20 %
Vestfold	146	16 %	159	22 %	189	192	24 %
Telemark	74	32 %	97	32 %	102	103	21 %
Aust-Agder	110	26 %	157	19 %	81	81	20 %
Vest-Agder	145	21 %	131	8 %	145	148	14 %
Rogaland	207	8 %	220	9 %	230	237	17 %
Hordaland	321	12 %	385	12 %	320	327	16 %
Sogn og Fjordane	28	25 %	33	39 %	23	27	29 %
Møre og Romsdal	75	12 %	82	16 %	102	112	11 %
Sør-Trøndelag	132	17 %	118	19 %	142	144	27 %
Nord-Trøndelag	83	19 %	65	25 %	58	61	21 %
Nordland	108	25 %	130	26 %	161	178	21 %
Troms	150	21 %	94	22 %	105	114	35 %
Finnmark	33	12 %	26	21 %	22	35	20 %
<b>Hele landet</b>	<b>3157</b>	<b>20 %</b>	<b>3435</b>	<b>20 %</b>	<b>3551</b>	<b>3710</b>	<b>21 %</b>

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

**Tabell 5 Antall systemrevisjoner utført av fylkesmennene med tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven 2012-2014**

Fylkesmannen i	2012	2013	2014
Østfold	5	15	7
Oslo og Akershus	17	14	23
Hedmark	13	13	11
Oppland	15	11	17
Buskerud	9	8	12
Vestfold	11	10	7
Telemark	9	8	9
Aust-Agder	8	9	15
Vest-Agder	9	10	11
Rogaland	4	6	2
Hordaland	16	17	16
Sogn og Fjordane	6	11	6
Møre og Romsdal	10	5	12
Sør-Trøndelag	12	15	4
Nord-Trøndelag	7	6	2
Nordland	7	12	11
Troms	13	8	4
Finnmark	6	2	2
<b>Hele landet</b>	<b>177</b>	<b>180</b>	<b>171</b>

I 2014 behandlet fylkesmennene 92 tilsynssaker mot Nav-kontor etter informasjon fra tjenestemottaker og andre kilder om mulig brudd på sosialtjenesteloven. Dette er en økning fra 58 saker registrert i 2013, men langt lavere enn innen barnevern og helse/omsorg. 38 av sakene ble overført til lokal avklaring ved at Nav-kontoret ble bedt om å kontakte informanten for å finne en minnelig løsning. 54 tilsyn ble avsluttet med vurdering av om det var lovbrudd. Det ble konstatert 28 lovbrudd. Halvparten gjaldt brudd på kravet til forsvarlighet. 16 av de 18 fylkesmennene behandlet tilsynssaker mot sosialtjenesten.

## Helse- og omsorgstjenester

### Planlagt tilsyn

#### Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2014 gjennomførte fylkesmennene 282 planlagte tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av disse var 171 systemrevisjoner, og 49 av dem ble gjennomført som ledd i det landsomfattende tilsynet med kommunenes folkehelsearbeid. Det ble påvist lovbrudd i 15 systemrevisjoner fra dette landsomfattende tilsynet. I tillegg ble 21 tilsyn gjennomført som egenvurdering. Det ble påvist lovbrudd i 6 av disse tilsynene. Ytterligere 4 kommuner manglet dokumentasjon på at lovkravene var innfridd.

I alt 111 tilsyn er gjennomført blant annet som stikkprøvetilsyn, egenvurdering, tilsyn med små virksomheter eller uanmeldt tilsyn. Flere av disse har vært rettet mot somatisk helsehjelp under tvang, ernæring i sykehjem og behandling av søknader om sykehjemsplass og andre tjenester. Omfanget av disse 111 tilsynene tilsvarer 44,5 systemrevisjoner. De er ikke tatt med i tabell 5.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 37 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2013 eller tidligere, fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2014.

### Spesialisthelsetjenester

I 2014 gjennomførte fylkesmennene 50 planlagte tilsyn i spesialisthelsetjenesten. Av disse var 28 systemrevisjoner, og 7 av disse igjen inngikk i det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det ble påvist brudd på lov- og forskriftskrav i 5 av de 7 systemrevisjonene. Det landsomfattende tilsynet omfattet også egenvurderinger fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Det ble også gjennomført 18 regionale tilsyn med andre deler av spesialisthelsetjenesten. Temaer for disse tilsynene var bl.a. pasientforløp ved kreft, tjenester til pasienter med falltendens, og rett til nødvendig helsehjelp for pasienter under legemiddelasistert rehabilitering (LAR).

I 2014 ble 26 av tilsynene med spesialisthelsetjenesten utført av tilsynslag sammensatt av revisorer fra to eller flere fylkesmannsembeter.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 8 tilsyn med spesialisthelsetjenester fra 2013 eller tidligere, fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2014.

### Tilsyn etter blodforskriften og forskrift om håndtering av humane celler og vev

Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn med om kravene i blodforskriften og forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev blir etterlevd i praksis. I 2014 gjennomførte vi til sammen 17 tilsyn ved helseforetak, sykehus og institusjoner. De reviderte virksomhetene har aktivitet knyttet til håndtering av blod, egg, sæd og embryo beregnet for assistert befruktning, beinvev, hematopoetiske stamceller, hornhinner og navlestrengsblod, samt smittetesting av donorer. Statens helsetilsyn avdekket avvik ved 12 av de 17 reviderte virksomhetene (tabell 6).

### Undersøkelsenheten

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient

**Tabell 6 Oversikt over tilsyn med blodforskriften og forskrift om håndtering av humane celler og vev i 2014**

Type tilsyn	Antall tilsyn	Antall tilsyn med avvik	Antall avvik	Tilsynsområder
Blodforskriften	6	5	9	Blodbankvirksomhet og håndtering av blod og blodkomponenter
Forskrift om håndtering av humane celler og vev	11	7	9	Egg, sæd, embryo, beinvev, hematopoetiske stamceller, hornhinner, navlestrengsblod, smittetesting av donorer
<b>Til sammen</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	



**Tabell 7 Antall varsler fordelt på utfall av varselvurdering**

Utfall av varselvurdering	2012	2013	2014
Ordinær varselhåndtering	81	169	189
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	98	177	169
Anmodning om redegjørelse	53	36	29
Stedlig tilsyn fra Htil	12	13	20
Skriftlig tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn	2	4	7
<b>Totalt</b>	<b>246</b>	<b>399</b>	<b>414</b>

hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a). Denne ordningen ble innført for en prøveperiode på to år fra 1. juni 2010 og ble lovfestet fra 1. januar 2012.

### Varsler mottatt i 2014

I 2014 mottok Statens helsetilsyn 414 varsler:

- 48 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 52 prosent fra somatisk helsetjeneste.
- 10 prosent av varslene gjaldt hendelser i forbindelse med fødsler, 10 prosent gjaldt kirurgiske inngrep og 43 prosent var selvpåførte skader (selvmord, selvmordsforsøk, selvskading og overdose).
- 73 prosent av varslene gjaldt dødsfall.

### Vurdering av varslene

Undersøkelsesenheten følger opp varslene om alvorlige hendelser på flere ulike måter.

- ordinær varselhåndtering
- videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen
- stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn
- anmodning om redegjørelse om intern avvikshåndtering
- skriftlig tilsynsmessig oppfølging («vanlig tilsynssak») fra Statens helsetilsyn

Tabell 7 viser antall varsler fordelt på utfall av varselvurdering 2012 til 2014.

Vi gjennomførte 20 stedlige tilsyn i 2014, hvorav 18 i somatisk helsetjeneste og 2 i psykisk helsevern (totalt 13 stedlige tilsyn i 2013 og 12 i 2012).

### Hendelsesbasert tilsyn

#### Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene

Tilsynssaker er saker som er behandlet på grunn av klager fra pasienter, pårørende og andre kilder, og som handler om mulig svikt i tjenestene. For hele landet var det 3301 nye tilsynssaker innen helse/omsorg i 2014. Det er en økning på 11 prosent fra 2013, da det kom inn 2987 nye saker.

Klagene fordeler seg ujevnt over landet. Færrest kom det inn i Oslo og Akershus, Rogaland og Sør-Trøndelag med ca. 50 klager per 100 000 innbyggere. Flest nye klager relativt sett hadde Nord-Trøndelag, Troms og Finnmark. Disse tre fylkesmennene mottok mer enn 100 nye klager per 100 000 innbyggere i 2014. For landet som helhet var det 65 nye klager per 100 000 innbyggere. Antallet ikke-

**Tabell 8 Tilsynssaker hos fylkesmennene - antall avsluttede saker og saksbehandlingstid 2012 - 2014**

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Andel saker med saksbehandlingstid over 5 md i 2014
	2012 <sup>1</sup>	2013 <sup>1</sup>	2014	
Østfold	137	131	134	41 %
Oslo og Akershus	450	421	350	66 %
Hedmark	122	137	139	59 %
Oppland	41	77	83	61 %
Buskerud	219	186	137	74 %
Vestfold	116	112	146	40 %
Telemark	62	86	114	38 %
Aust-Agder	82	58	64	39 %
Vest-Agder	84	141	119	26 %
Rogaland	170	151	238	70 %
Hordaland	224	228	221	29 %
Sogn og Fjordane	59	56	74	30 %
Møre og Romsdal	100	124	118	1 %
Sør-Trøndelag	116	120	118	31 %
Nord-Trøndelag	74	81	122	32 %
Nordland	120	97	161	60 %
Troms	112	103	102	60 %
Finnmark	57	57	58	86 %
<b>Hele landet</b>	<b>2345</b>	<b>2366</b>	<b>2498</b>	<b>49 %</b>
<b>I tillegg avsluttet uten vurdering<sup>2</sup></b>	<b>384</b>	<b>480</b>	<b>530</b>	

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

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

avsluttede saker (restanser) ved årsskiftet var 1642. Det er 352 (27 prosent) flere enn ved det forrige årsskiftet.

Mer en halvparten av tilsynssakene skal være behandlet innen fem måneder. Det ble oppnådd hos 10 av de 18 fylkesmennene. For landet som helhet ble 51 prosent av sakene avviklet innen fem måneder.

Tilsynssakene er ofte sammensatt, slik at mange av dem blir vurdert etter mer enn én pliktbestemmelse (mer enn ett vurderingsgrunnlag). I 2014 økte antall vurderingsgrunnlag til 3830 fra 3572 året før.

### Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som i all hovedsak blir oversendt fra fylkesmennene. I 2014 behandlet vi 400 saker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, mot 363 i 2013. Median saksbehandlingstid var 6,5 måneder, mot 6,4 måneder i 2013.

I 2014 fikk Statens helsetilsyn 481 nye saker til behandling. Dette er en økning på 19 prosent fra 2013, da det kom inn 403 nye saker. Per 31. desember 2014 var 333 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 247 året før.

#### Reaksjoner i tilsynssakene

Statens helsetilsyn ga 291 reaksjoner i 2014, mot 259 i 2013. Av reaksjonene var 247 rettet mot helsepersonell og

**Tabell 9 Vurderingsgrunnlag i avsluttede tilsynssaker hos fylkesmennene<sup>1</sup>**

	2012	2013	2014	Herav konstatert pliktbrudd eller oversendt til Statens helsetilsyn
	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	
<b>Bestemmelse i helsepersonelloven</b>				
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	144	104	121	46
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	29	42	38	30
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	103	140	162	112
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	903	839	875	386
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	10	7	7	1
Informasjon (§ 10)	40	37	56	37
Organisering av virksomhet (§ 16)	152	66	73	34
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	178	130	154	110
Pasientjournal (§§ 39-41)	221	181	223	177
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	20	40	37	32
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	65	78	86	78
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	96	110	124	97
<b>Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven</b>				
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	894	929	933	343
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	132	139	125	72
<b>Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven</b>				
Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1)	40	70	79	40
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	395	520	594	242
Plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)			25	17
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	83	75	69	42
<b>Pliktbestemmelser i annen helselovgivning</b>	<b>114</b>	<b>65</b>	<b>49</b>	<b>24</b>
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>	<b>3619</b>	<b>3572</b>	<b>3830</b>	<b>1920</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på<sup>2</sup></b>	<b>2344</b>	<b>2365</b>	<b>2498</b>	<b>1300</b>

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

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

44 rettet mot virksomheter. Vi avsluttet 132 saker uten å gi reaksjon (141 i 2013).

#### Reaksjoner mot helsepersonell

Det var 134 helsepersonell som mistet til sammen 137 autorisasjoner i 2014, som er en økning på 41 fra året før. Årsakene til at autorisasjonen ble tilbakekalt, er i de fleste tilfellene misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Atferden omfatter blant annet tyveri av legemiddel. Atferd omfatter også handlinger både i og utenfor tjenesten som svekker tilliten til helsepersonell i så stor grad at han eller hun blir uegnet, som for eksempel narkotikalovbrudd og vold mot pasient.

I 2014 fikk fem helsepersonell begrenset autorisasjon i medhold av helsepersonelloven § 59 a, og fire i medhold av lovens § 59. Seks leger mistet rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B, det samme som i 2013. I tillegg mistet en tannlege rekvireringsretten.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 39 helsepersonell mens saken var til behandling.

Tretten helsepersonell ga frivillig avkall på autorisasjonen, og seks leger ga frivillig avkall på retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.

I 2014 ba Statens helsetilsyn om sakkyndig vurdering i ti tilsynssaker. Videre påla vi tre helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

**Tabell 10 Antall avsluttede tilsynssaker og reaksjoner fordelt på årene 2004-2014<sup>1</sup>**

År	Avsluttede saker	Antall reaksjoner <sup>2</sup>	Ingen reaksjon
2004	238	148	102
2005	233	167	92
2006	249	182	89
2007	266	180	103
2008	213	153	80
2009	295	227	109
2010	341	243	129
2011	364	283	126
2012	309	244	95
2013	363	259	141
2014	400	291	132

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

<sup>2</sup> I noen saker er det gitt mer enn én reaksjon. Tallet omfatter reaksjoner både mot helsepersonell og virksomheter.

**Tabell 11 Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell 2012 - 2014**

	Advarsel			Tilbakekall av autorisasjon eller lisens			Tap av rekvireringsrett helt eller delvis			Begrenset autorisasjon eller lisens			Sum		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Lege	68	64	54	30	25	32	11	6	6	7	7	6	116	102	98
Tannlege	2	2	3	2	3	4			1				4	5	8
Psykolog	1	4	2	1	4	2						1	2	8	5
Sykepleier	6	8	11	32	39	52				1	2		39	49	63
Hjelpepleier	2	8	1	16	11	17							18	19	18
Vernepleier		1	1	8	2	10							8	3	12
Jordmor	1	2		1	2	1						1	2	4	1
Fysioterapeut	2	2	4		3	3							2	5	7
Andre grupper	5	5	3	6	9	16						1	11	14	20
Uautoriserte	9	18	15										9	18	15
<b>SUM</b>	<b>96</b>	<b>114</b>	<b>94</b>	<b>96</b>	<b>98</b>	<b>137</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>211</b>	<b>227</b>	<b>247</b>

### Reaksjoner mot virksomheter

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

I 2014 behandlet Statens helsetilsyn 80 saker mot virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (68 i 2013). Vi påpekte brudd på helse-lovgivningen overfor 44 virksomheter, (31 i 2013). I seks av sakene forelå det brudd på opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten og i to av disse sakene ga vi pålegg. Videre ga vi ett pålegg om stans av et forskningsprosjekt og ett pålegg til en kommune om å etablere nødvendig styringssystem.

### Saker under behandling av politiet/påtalemakt

Statens helsetilsyn begjærte påtale i ti saker i 2014. I to saker der påtalefristen var utløpt anbefalte vi påtale. I åtte saker konkluderte vi med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. Vi anmeldte fire helsepersonell på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold. Videre anmeldte vi en kommune og anbefalte virksomhetsstraff.

### Klage på vedtak

Statens helsetilsyn oversendte 100 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2014, mot 82 i 2013. Av de oversendte klagen var 77 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 11 suspensjonsvedtak. Tjue klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/begrenset autorisasjon, to klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B og en klage gjaldt avslag på søknad om opphevelse av begrenset autorisasjon.

HPN behandlet 72 klager på våre vedtak i 2014. De stadfestet 68 vedtak, omgjorde tre og opphevet ett vedtak.

### Behandling av søknad om ny autorisasjon og rekvireringsrett

I 2014 behandlet Statens helsetilsyn 93 søknader om ny/begrenset autorisasjon fra helsepersonell som tidligere har mistet autorisasjonen. Vi ga 23 helsepersonell autorisasjon uten begrensninger og 15 fikk begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår. Vi avsto 55 av søknadene.

Vi opphevet etter søknad begrensninger i autorisasjonen for to helsepersonell og avsto tre søknader om opphevelse.

**Tabell 12 Årsak til tilbakekall<sup>1</sup> av autorisasjon i 2014 fordelt på helsepersonellgruppe**

	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	39	12	15	18	84
Faglig svikt	7	4	8	11	30
Legemiddeltveri	19	4		7	30
Atferd utenfor tjenesten	12	1	4	7	24
Atferd i tjenesten	5	5	4	14	28
Ikke innrettet seg etter advarsel			2		2
Seksuell utnyttning av pasient	6		4	8	18
Sykdom	1	2	2		5
Rollesammenblanding	1				1
Mistet godkjenning i utlandet	4		5		9
<b>Sum vurderingsgrunnlag</b>	<b>94</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>65</b>	<b>231</b>
<b>Antall tilbakekall</b>	<b>52</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>137</b>

<sup>1</sup> Det kan være flere grunner til at autorisasjonen blir tilbakekalt i en enkelt sak. I tabellen fremgår det hvilke grunnlag som forelå for å tilbakekalle autorisasjonen. I enkelte saker forelå det flere grunnlag som hver for seg ville være tilstrekkelig for tilbakekall. Tallet på grunnlag er derfor høyere enn antall tilbakekalte autorisasjoner.

Vi behandlet fem søknader om ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B fra leger som tidligere har mistet rekvireringsretten. Vi avsto fire søknader og en ble innvilget.

### Pålegg og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn ga i 2014 ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. Vi har imidlertid en pågående sak mot et helseforetak der vi fattet vedtak om tvangsmulkt i 2013.

Statens helsetilsyn ga pålegg til en kommune med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 andre ledd, jf. helsetilsynsloven § 5. Med samme hjemmel varslet vi pålegg i tre saker mot en annen kommune. Videre ga vi pålegg til fire ulike virksomheter som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9. I en av disse sakene sendte vi varsel om tvangsmulkt.

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

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

Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). I 2014 behandlet fylkesmannen 971 klager på manglende refusjon av reiseutgifter. Det er en nedgang på 166 fra året før. Sammenlignet med 2012 er antallet slike klager nesten uendret, jf. tabell 13. Klagen er ujevnt fordelt i landet. Aust-Agder og Rogaland behandlet færre enn ti slike saker i 2014, mens det ble behandlet mer enn hundre slike saker i Nordland (109), Oslo og Akershus (110) og Møre og Romsdal (150).

Fylkesmennene har krav om at minst halvparten av syketransportklagen skal være behandlet innen tre måneder. Dette kravet ble nådd hos 13 av 18 fylkesmenn.

**Tabell 13 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse- og omsorgstjenestene - antall vurderinger i saker avsluttet av fylkesmennene fordelt på lovbestemmelser sakene er vurdert etter - 2012-2014<sup>1</sup>**

	2012	2013	2014	Herav helt eller delvis medhold for klageren
	Antall vurderinger	Antall vurderinger	Antall vurderinger	
Pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen:				
– øyeblikkelig hjelp	3		2	1
– helsetjenester i hjemmet	60	85	71	35
– plass i sykehjem	115	148	140	47
– plass i annen institusjon	76	44	45	15
– praktisk bistand og opplæring	127	154	139	62
– støttekontakt	169	175	175	77
– brukerstyrt personlig assistanse	158	167	149	50
– omsorgslønn	329	316	317	126
– avlastningstiltak	192	205	216	104
– kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	59	84	72	23
Pasrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	245	277	292	36
Pasrl. § 2-2. Rett til vurdering	6	10	7	3
Pasrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	3	2	7	2
Pasrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	11	5	7	3
Pasrl. § 2-5. Rett til individuell plan	11	8	20	7
Pasrl. § 2-6. Rett til syketransport	978	1137	971	117
Pasrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	45	48	34	8
Pasrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	3	2	3	2
Pasrl. kapittel 5. Rett til innsyn/retting/sletting i journal	56	45	64	24
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	1	2	1	1
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	160	197	238	60
Andre lovbestemmelser som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	60	54	61	13
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>	<b>2867</b>	<b>3165</b>	<b>3031</b>	<b>816</b>
<b>Antall saker vurderingene er fordelt på<sup>2</sup></b>	<b>2673</b>	<b>2983</b>	<b>2905</b>	<b>773</b>

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

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



**Tabell 14 Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning i 2014 – helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9**

Fylkesmannen i	Meldinger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner		Fylkesmannens overprøving av vedtak						Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall overprøvede vedtak	Antall godkjente vedtak	Godkjente vedtak m/disp fra utdanningskrav	Antall godkjente tvangskategorier	Antall godkjente tvangstiltak <sup>1</sup>	Antall pers. m/godkjente vedtak i 2014	
Østfold	874	94	30	29	21	40	89	29	5
Oslo og Akershus	2 752	300	234	220	178	338	819	221	28
Hedmark	445	61	108	108	104	164	352	104	19
Oppland	295	41	62	59	43	83	179	58	24
Buskerud	198	35	100	94	70	158	377	94	9
Vestfold	127	40	63	54	51	88	180	55	3
Telemark	129	30	41	39	33	51	69	36	4
Aust-Agder	142	25	21	21	17	33	95	21	10
Vest-Agder	129	41	52	52	12	77	173	51	2
Rogaland	7 165	162	131	124	117	224	511	130	12
Hordaland	669	101	247	246	182	301	518	195	28
Sogn og Fjordane	263	25	19	17	13	31	56	17	7
Møre og Romsdal	165	42	84	75	62	125	304	64	5
Sør-Trøndelag	1786	74	74	71	19	89	119	67	14
Nord-Trøndelag	865	33	30	26	15	48	131	30	6
Nordland	175	32	71	69	57	106	228	67	18
Troms	77	11	47	47	31	61	113	44	0
Finnmark	567	19	7	6	4	8	11	6	4
<b>SUM</b>	<b>16 823</b>	<b>1 166</b>	<b>1 421</b>	<b>1 357</b>	<b>1 029</b>	<b>2 024</b>	<b>4 324</b>	<b>1 289</b>	<b>198</b>

<sup>1</sup> Med tvangstiltak menes tiltak fra en av de sju tiltakskategoriene.

For landet som helhet ble 80 prosent behandlet innen tre måneder.

For resten av rettighetsklagene innen helse/omsorg er kravet at minst 90 prosent av sakene skal være behandlet innen tre måneder. Dette kravet ble nådd av seks fylkesmenn (Buskerud, Vestfold, Telemark, Vest-Agder, Hordaland og Sogn og Fjordane). For landet som helhet ble 71 prosent behandlet innen tre måneder. Dette er på samme nivå som i 2013.

I alt ble det fattet 3031 vedtak i 2905 saker i 2014. I 816 vedtak (27 prosent) ble det gitt medhold til klageren ved at vedtaket i førsteinstansen ble endret, eller vedtaket ble opphevet og saken sendt tilbake for å bli behandlet på nytt. Medholdsprosenten på 27 er på samme nivå som i 2013. Da var den 24 prosent.

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan. Statens helsetilsyn har i 2014 behandlet fire saker om overprøving av fylkesmannens avgjørelse i klagesaker. I to av sakene stadfestet vi fylkesmannens vedtak. I en sak omgjorde vi fylkesmannens vedtak og i en sak, som gjaldt klage på avvisning, ga vi utsatt iverksettelse av vedtaket.

### Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruken av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Formålet er å unngå eller redusere bruken av tvang, og hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Som tvang regnes både tiltak som personen ikke ønsker, og tiltak som objektivt er å regne som tvang. Tiltakene er delt i to grupper: skadeavvergende tiltak og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før tvangstiltak kan settes i verk. 2014 overprøvd fylkesmannen 1421 vedtak, mot 1300 året før. 1347 av vedtakene ble godkjent. Av vedtakene som ikke ble godkjent, ble 41 sendt tilbake til ny behandling og 23 ikke godkjent fordi tvangen ble ansett å være ulovlig.

64 prosent av tiltakene som ble godkjent, omfattet tiltak for å dekke tjenestemottakernes grunnleggende behov, og 36 prosent gjaldt skadeavvergende tiltak. Tvangstiltakene er tradisjonelt delt inn i syv tiltakskategorier. Nedenfor vises andelen tiltak i hver av tiltakskategoriene:

- inngripende varslingssystem som skadeavvergende tiltak, 4 prosent
- mekanisk tvangsmiddel som skadeavvergende tiltak, 4 prosent
- annet planlagt skadeavvergende tiltak, 28 prosent
- inngripende varslingssystem for å dekke grunnleggende behov, 17 prosent
- mekanisk tvangsmiddel for å dekke grunnleggende behov, 8 prosent
- opplærings- og treningstiltak, 1 prosent
- annet tiltak for å dekke grunnleggende behov, 38 prosent

Ved utgangen av 2014 var det vedtak med virksomme tvangstiltak overfor 1239 personer, mot 1102 ved utgangen av 2013. 41 prosent av vedtakene gjaldt kvinner, 59 prosent gjaldt menn. De godkjente vedtakene omfattet 4324 enkelttiltak, mot 3978 i 2013.

De vanligste tvangstiltakene er å avgrense tilgang til mat, drikke, nytelsesmidler og eiendeler. Andre vanlige tiltak er holding, utgangsalarm, tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl-, hårklipp), sengealarm, låsing av dør/vindu, skjerming, nedlegging, spesialklær, sengegrind og fotfølging.

Fylkesmennene registrerte også skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner som ikke var regulert i vedtak. Det har vært noe ulik praksis blant fylkesmennene om bare tvang i nødssituasjoner registreres, eller om også tvang for å dekke grunnleggende behov er med, for eksempel før slik tvang er regulert i godkjente vedtak eller der vedtak har utløpt. Konsekvensen er stor variasjon i antallet registreringer, som mer skyldes registreringspraksis enn tvangsutøvelse, se tabell 14. Totalt var det 1166 personer som var utsatt for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, mot 1101 i 2013.

I 2014 ble det gitt dispensasjon fra utdanningskrav i 1029 av de 1357 godkjente vedtakene, mot 973 av de 1259 som ble godkjent i 2013. Antall vedtak der det er innvilget søknader om dispensasjon, forteller ikke noe om og eventuelt hvor mange ganger ukvalifiserte har utøvd tvang. Det høye antallet vedtak der det er gitt dispensasjon vurdert mot antall godkjente vedtak, tyder på at det flere steder er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell.

Det er vanligvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2014 ble det registrert 10 klager på overprøvde vedtak.

Fylkesmennene gjennomførte 198 stedlige tilsyn for å kontrollere godkjente tvangstiltak, eller undersøke forholdene der fylkesmannen enten kjenner til eller regner med at det blir brukt tvang. I 2013 ble det gjennomført 206 stedlige tilsyn.

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Pasientene det gjelder er hovedsakelig demente og psykisk utviklingshemmede. Helse-tjenesten skal fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det. I 2014 fikk fylkesmennene inn 3325 vedtakskopier. Det er 113 vedtak (4 prosent) flere enn i 2013. Dermed ser det ut til at tidligere års nokså sterke økning i antall vedtak har flatet ut. Det kan tyde på at denne lovreguleringen av tvangsbruk er i ferd med å bli innarbeidet i helsetjenestene etter at den ble innført i 2009. Antall vedtak som ble opphevet, økte til 243 fra 187 året før, mens antall vedtak som ble endret, gikk ned fra 77 til 71, se tabell 15.

Dersom det ikke er klaget på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpen varer, skal fylkesmannen av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen når

**Tabell 15 Tvang og makt overfor mennesker uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2012–2014**

År	2012	2013	2014
Antall mottatte vedtak	2742	3212	3325
Antall vedtak tatt til etterretning	2166	2748	2692
Antall opphevede vedtak	275	187	243
Antall endrete vedtak	73	77	71
Antall vedtak som varer mer enn tre måneder	1560	1923	1899
Antall klager på vedtak	17	26	13

det er gått 3 måneder fra vedtaket ble fattet. Et vedtak varer maksimalt ett år. Når vedtakstiden er over, må virksomheten vurdere situasjonen på nytt og eventuelt fatte nytt vedtak.

Det er svært få klager på vedtak etter kapittel 4A, mindre enn én prosent. I 2014 var det 13 klager, en nedgang på 12 fra året før.

Statens helsetilsyn behandlet i 2014 én klage på fylkesmannens vedtak etter kapittel 4A. Vi stadfestet vedtaket.

## Folkehelse

Fylkesmennene gjennomførte i 2014 landsomfattende tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Tilsynet var rettet mot kommunenes arbeid med løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne. Fylkesmennene gjennomførte systemrevisjoner i til sammen 49 kommuner og påviste at 15 av dem ikke hadde sørget for å komme i gang med et løpende oversiktsarbeid. De øvrige 34 kommunene mottok en tilbakemelding i form av en samlet vurdering av nåværende status for oversiktsarbeidet. I tillegg innhentet tre fylkesmenn egenvurderinger av det løpende oversiktsarbeidet fra i alt 21 kommuner og ga veiledende tilbakemelding.

Dette første tilsynet på folkehelseområdet hadde som mål å

- påse at kommuner som ikke hadde satt i gang et systematisk, løpende oversiktsarbeid, kom i gang med det
- bidra til at kommuner som hadde startet opp arbeidet, videreutviklet dette.

## Regnskap og personell

Tildelt utgiftsbudsjett for 2014 for budsjettkapittel 721 Statens helsetilsyn inkludert overførte midler fra 2013 var 134,3 millioner kroner, mens inntektene var 4,6 millioner kroner. Regnskapet viser et forbruk på 136,1 millioner kroner. Omregnet til årsverk var det 119 ansatte i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2014.

## Publikasjoner fra Statens helsetilsyn

### Rapport fra Helsetilsynet

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

### Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013

(Rapport fra Helsetilsynet 4/2014)

### Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser ..... kunne det skjedd hos oss? Eksempler og erfaringer 2010–2013 fra Underøkelsesenhets arbeid med varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (§ 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven)

(Rapport fra Helsetilsynet 3/2014)

### Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Oppsummering av kunnskap fra tilsyn mv.

(Rapport fra Helsetilsynet 2/2014)

### Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009–2012

(Rapport fra Helsetilsynet 1/2014)

### Publiserte brev

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

### Artikler og kronikker

Et utvalg artikler og kronikker som ansatte i Helsetilsynet skriver, blir publisert eller vist til på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) under menyen Publikasjoner/Artikler og kronikker.

### Medisinalmeldinger/Helse- og sosialmeldinger

En del av fylkesmennene gir hvert år ut en publikasjon med stoff om tjenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Navnet er medisinalmelding eller lignende, og målgruppene er tjenestene og allmennheten i fylket og sentrale myndigheter. Meldingene finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) under menyen Publikasjoner/Helse- og sosialmelding.

## [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Nettstedet til Statens helsetilsyn er laget for alle som arbeider med eller har ansvar for barnevern, sosiale tjenester eller helse- og omsorgstjenester. En annen viktig målgruppe for nettstedet er journalister.

På nettstedet finner du:

- *Kravene myndighetene stiller til tjenestene:*  
Lover, forskrifter, rundskriv og andre dokumenter som uttrykker hvordan myndighetene forstår lover og forskrifter.
- *Resultater av det arbeidet tilsynsorganene driver:*  
Tilsynsrapporter, vedtak i enkeltsaker, serien Rapport fra Helsetilsynet, andre publikasjoner, høringsuttalelser, brev og artikler.
- *Informasjon om de rettighetene og klagemulighetene befolkningen har i møte med barnevern-, sosial-, helse- og omsorgstjenestene.*
- *Informasjon om hvordan tilsynsorganene arbeider:*  
Metoder, kunnskapskilder, tilsynsplaner, oppgaver, myndighet og organisering.

## **Statens helsetilsyn**

Norwegian Board of  
Health Supervision  
Postboks 8128 Dep  
0032 Oslo  
Tlf: (+47) 21 52 99 00  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)  
Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)  
Besøksadresse: Calmeyers gate 1

