

Tilsynsmelding 2018

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Innhold

Direktørens innledning.	3
Barnas hjem – de voksnes ansvar.	4-6
Å reise vasker øynene – en gjennomgang av barnevernsaker med akuttiltak eller omsorgsovertakelse	7-8
Kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse	9
Svake utredninger – konsekvenser for den videre pasientbehandlingen	11-12
Meldinger for barnets beste	13
Når et dedikert fagmiljø ikke er nok	14-15
Når helsepersonell utfører alternativ behandling	16
Politikk og fag – spiller de på samme lag?	17
Ja, pasienter med blodforgiftning får raskere behandling, men ...	18-19
Selv mord hos ungdom – når de er innlagt på akuttavdeling	20-21
Sammen om bedre tilsyn – involvering av brukere, pasienter og pårørende i tilsyn	22
Medisinsk forskning, endringer i prosjekter og opprettelse av forskningsbiobanker må være forhåndsgodkjent	24
«Brukeres, pasienters og pårørendes stemmer skal høres!»	25
Og ellers mener Helsetilsynet	26-27
Landsomfattende tilsyn 2019	28
Tall og fakta	29-39
Rapporter fra Helsetilsynet	40

Utgitt av **Statens helsetilsyn** Oslo, mars 2019 • **Ansvarlig redaktør:** Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Aud Ørnes, Kjersti Engehaugen, Olaug Nørstrud, Linda Grytten, Magne Braaten og Nina Vedholm (leder).

Grafisk formgivning og trykk: 07 Media. Opplag 13 500 • **Illustrasjoner:** Siri Dokken

Sats Times New Roman 10,6/12,2 pkt. • **trykt på** Amber graphic • ISSN 1501-8083

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

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn,

Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo • telefon 21 52 99 00 • epost: trykksak@helsetilsynet.no.

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



Godt tilsyn er etterspurt vare!

Forandring og endring er «tidens melodi». Våre oppdragsgivere, det vil si departementene på våre fagområder, er tydelige på at endringstakten må opp både i tjenestene og i forvaltningen. Vi må stille oss spørsmålet om vi fyller våre ulike roller på en god nok måte eller om vi må finne en bedre balanse i det samlede samfunnsoppdraget som myndighetsutøver, overordnet faglig tilsynsmyndighet, fagdirektorat for tilsyn og samfunnsaktør. Endring vil fordre evne og vilje til at vi er nysgjerrige på nye måter å arbeide på. Dette vil utfordre oss både som organisasjon og som individer. I 2018 startet vi et endringsprosjekt som må åpne for at vi bruker vår kompetanse og kapasitet, slik at vi samlet sett løser vårt samfunnsoppdrag på en mer effektiv og fremtidsrettet måte.

Årets tilsynsmelding preges av at vi prioriterer sårbare grupper som trenger samfunnets omsorg og beskyttelse – både fra barnevern-, helse- og sosialtjenesten. Mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk trenger et kompetent og sammenhengende tjenestetilbud. Ti år etter forrige landsomfattende tilsyn med dette tjenesteområdet er det fremdeles svakheter når det gjelder faglighet og kompetanse og det er utfordringer og svikt knyttet til integrerte, samordnede utrednings- og behandlingstiltak. Det er solid dokumentasjon på at integrert behandling av rusproblematikk og psykisk lidelse er et suksesskriterium. Det er grunnlag for å stille spørsmål om dagens organisering av tjenestetilbudet er optimalt for brukerne.



Nye varselordninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasienter/pårørende og oppgaver knyttet til tilsyn med digitale løsninger forutsetter utvikling og vekst i tilsynsmyndigheten. Vi tar dette som en anerkjennelse for vårt arbeid, men det skaper forventning og forpliktelse.

Det er flere aktører som beiter på felles utmarker. Riksrevisjonen, Sivilombudsmanen, uavhengige granskninger og media retter oppmerksomhet

mot innhold og kvalitet i velferdstjenestene. Er dette et uttrykk for at tilsynet er under press og at kvaliteten på tilsynsetatens arbeid har blitt svakere? Jeg tror ikke det, men oppmerksomheten på vårt arbeid har økt. Vi må undersøke, bedømme, konkludere og følge opp på en metodisk god og etterrettelig måte. På vårt beste bidrar vi til å redde liv! Et sterkt utsagn, men det bygger på solide funn fra tilsyn med tilbudet til personer med mulig blodforgiftning (sepsis). Virksomhetene har ved dette landsomfattende

tilsynet vist at aktiv bruk av tilsynserfaringer bidrar til endringer og varige forbedringer. Dette er dessverre ikke det allmenne inntrykket – funn fra andre tilsyn viser at tjenestene har en tendens til å repetere gamle feil. Dette utgjør en alvorlig trussel mot pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

Vi må bety en forskjell for folk. Skal vi klare det må vi ha et aktivt og kreativt samarbeid med våre brukere – hensiktsmessig brukerinvolvering i alle former for tilsyn er målet vårt. Vi etablerte et brukerråd i 2018 som vil være en viktig arena for å utvikle fremtidens tilsyn.

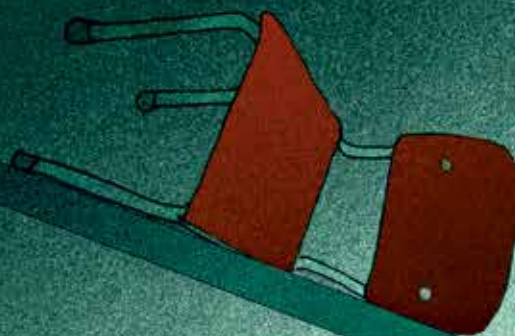
Vi har gjennomgått 106 barnevernssaker som har vært behandlet i fylkesnemndene. Vi ser at det er stor variasjon i kvaliteten i kommunalt barnevern. Mye må forbedres, ikke minst når det gjelder barn og unges medvirkning. Vi vil bruke resultatene i utviklingen av tilsyn med barnevernet og oppfordrer andre aktører til å gjøre det samme i sitt arbeid med å utvikle et barnevern til barnas beste.

Statens helsetilsyn og fylkesmannen utgjør det samlede tilsynsorganet. I 2019 har vi 10 fylkesmannsembeter. Det blir færre embeter, men ulikhetene i organisatoriske løsninger og størrelse øker. Dette vil gi nye utfordringer med tanke på overordnet faglig ledelse av godt tilsyn og tiden er moden for spesialisering av enkelte tilsynsoppgaver. Forandringer kan oppleves krevende, men vårt arbeid med å bidra til å styrke kvalitet og brukersikkerhet og tillit til tjenestene, må gjøres med uforminsket kraft.

God lesning!

Jan Fredrik Andresen

” – hensiktsmessig brukerinvolvering i alle former for tilsyn er målet vårt.”



Barnas hjem – de voksnes ansvar

Ikke alle barn og unge kan bo hjemme. Noen må – i kortere eller lengre tid – bo på barneverninstitusjon. Noen av barna vil bare hjem, andre vet ikke hva de vil, og noen er redde for at de må tilbake dit de kom fra. Uansett har alle barn og unge krav på god omsorg og behandling.

Landets fylkesmenn gjennomførte i 2018 tilsyn med barnevernsinstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang. Barnets medvirkning var et gjennomgående og integrert tema i alle forhold som ble undersøkt. Rapportene fra fylkesmennene viser at det ble funnet svikt på alle områdene.

Tilsynet undersøkte om barna fikk tydelige rammer som sikret dem trygghet og om de fikk stabil og god voksenkontakt. Videre undersøkte fylkesmennene om institusjonene sikret arbeidet med forebygging og oppfølging av alle typer bruk av tvang og begrensninger, og gjennomføring av tvang i akutte faresituasjoner. Barna ble intervjuet om temaene og ble invitert til å delta i informasjonsmøter før og etter tilsynet.

”Det ble avdekket store mangler i bemanning og kompetanse ved mange institusjoner.”

Omsorg og behandling

Barn som bor på barnevernsinstitusjon skal få forsvarlig omsorg og behandling. De lever og bor under institusjonens omsorg, noen uten nærhet til sin opprinnelige familie. De skal bli behandlet hensynsfullt og med respekt for sin integritet, og deres rettssikkerhet skal ivaretas.

Ved utgangen av 2017 var 15 597 barn plassert utenfor hjemmet av barneverntjenesten, noe som utgjør 40 % av barn med tiltak fra barnevernet¹. Av

disse er 8 % plassert i barnevernsinstitusjon, noe som tilsvarer ca. 1200 barn.

¹ Bufdir.no/Statistikk og analyse https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/#heading13693

² NTNU: Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner 2015



Barn som bor i barnevernsinstitusjoner har ulike bakgrunn og ulike opplevelser. Felles er at de er i en sårbar situasjon. En studie fra NTNU i 2015 viser at blant barn som bor på barnevernsinstitusjon har 76% minst én psykisk lidelse². For å sikre at barna får den omsorg og behandling de har behov for, må de ansatte på institusjonene ha kompetanse på mange områder. Institusjonen må ha tydelige rammer og rutiner, tilstrekkelig bemanning som kan bygge gode relasjoner og har kompetanse på institusjonens målgruppe og metodikk.

Hvordan ble tilsynet gjennomført?

Fylkesmennene gjennomførte tilsyn i til sammen 60 barnevernsinstitusjoner der det bodde ett eller flere barn. Fylkesmennene gjennomførte tilsynet som systemrevisjoner. Barna som bodde der hadde ulike behov når det gjaldt behandling og oppfølging. Fylkesmennene valgte selv ut hvilke institusjoner som skulle undersøkes ut fra en risiko- og sårbarhetsvurdering. Forholdene som er avdekket er dermed ikke representative for barnevernsinstitusjoner på landsbasis.

Fakta og konklusjoner i tilsynet

I 36 av 60 barnevernsinstitusjoner avdekket fylkesmennene lovbrudd. I fem av disse ble det også oppdaget forhold som burde forbedres, men som ikke var lovbrudd. Videre var det ni barnevernsinstitusjoner der det bare ble oppdaget behov for forbedring. Totalt ble det dermed avdekket svikt i form av lovbrudd og/eller behov for forbedring i 45 av 60 undersøkte barnevernsinstitusjoner. I 15 barnevernsinstitusjoner ble det verken funnet lovbrudd eller behov for forbedring.

Det var langt flere barnevernsinstitusjoner med lovbrudd som sviktet i arbeidet med å gi forsvarlig omsorg enn i arbeidet med tvang, (henholdsvis 28 mot 13), og i fem av institusjonene sviktet det på begge tilsynsområdene.

Tilsynet viser en gjennomgående svikt i hvordan ledelsen styrte og kontrollerte institusjonenes arbeid for å gi forsvarlig omsorg og drive forsvarlig arbeid med bruk av tvang. I institusjonene med svikt fulgte ikke ledelsen godt nok med på hva som ble gjort og hvordan det ble gjort. Dermed ble heller ikke feil oppdaget og rettet opp.

Det ble avdekket store mangler i bemanning og kompetanse ved mange institusjoner. Denne svikten innebar at barn ikke fikk de rammene og den faglige oppfølgingen de hadde behov for og krav på i institusjonen. Dette er alvorlig fordi det er, eller kan bli, en viktig kilde til trygghet og manglende utvikling hos barna.

Tilsynet viste at det sviktet flere steder i hvordan institusjonene gjorde seg kjent med barnet og systematisk fulgte opp og vurderte barnets uttalelser om egen situasjon. At de ansatte kjenner barnet godt og vet hvilke utfordringer barnet har, er nødvendig for å kunne gi forsvarlig omsorg og forebygge bruk av tvang.





Når det gjaldt bemanning og kompetanse sviktet det både når det gjaldt å skape trygghet og stabilitet for barnet og i arbeidet med bruk av tvang. Flere steder var det stor utskiftning blant de ansatte og utbredt bruk av vikarer som barna var utrygge på. Det var svikt i opplæring og veiledning til ansatte.

I enkelte tilfeller stod det beskrevet særlige behandlingsmodeller i institusjonsplanen. Disse skulle være sentrale for arbeidet med barna på denne institusjonen. Samtidig avdekket fylkesmennene at de ansatte ikke hadde fått opplæring i de nevnte modellene. Dette førte til at barna ikke fikk nødvendig omsorg og behandling. Enkelte steder bodde det barn med store problemer med rus eller psykisk helse uten at personalet hadde kompetanse på disse områdene. Nattevakter og vikarer ble flere steder ikke lønnet hvis de deltok i opplæring og veiledning.

Barnevernsinstitusjoner driver døgnekstrem drift. For at vekslende arbeidslag og ansatte skal kunne gi barnet lik og stabil behandling og tilnærming, er dokumentasjonen om barnets behov, aktuelle situasjon og meninger viktig. Mange steder sviktet det på dette området. Rutinene og praksis for hvor og hvordan de ansatte skulle dokumentere og oppdatere seg om det enkelte barns situasjon var uklare og ble praktisert ulikt. Det er flere tilfeller hvor dette har fått alvorlige

konsekvenser for enkelte barn. I ett tilfelle hadde et barn fått mulighet til å sette seg selv i stor fare og i et annet tilfelle hadde det oppstått feil i medisinerings av barnet.

I noen institusjoner ble det i husordensregler eller barnas planer gitt begrensninger som for eksempel gikk utover det som tillates i regelverket. Mest bekymringsfullt var det imidlertid at det i noen tilfeller var store konflikter mellom barn på institusjonen uten at dette var tatt tak i fra ledelsen. Konfliktene fikk fortsette, og det førte til utrygghet. Barna rapporterte at de ble reddet når de selv eller andre ble utsatt for tvang, og i noen

tilfeller opplevde de at det var for få ansatte til å håndtere situasjonen.

I mange av institusjonene med svikt hadde ikke ledelsen tilstrekkelig oversikt over om de ansatte gjorde det som var planlagt og

bestemt. I arbeidet med bruk av tvang var det særlig utbredt at det manglet rutiner, eller at de ikke var kjent eller ble fulgt.

De voksne som arbeider i barnevernsinstitusjoner, er i foreldrenes sted. Det er leders ansvar at de ansatte og institusjonen kan det de skal og gir barna det de trenger i størst mulig grad. Institusjonen er barnas hjem så lenge de oppholder seg der.

Hvordan arbeidet de som fikk det til?

I tilsynsrapportene fra institusjoner uten svikt er det beskrevet at ledelsen og de ansatte hadde tett oppfølging av barna og en felles faglig plattform. Fylkesmennene beskrev at de hadde tydelige rammer og forutsigbare grenser. Barna ga uttrykk for at de forstod hva som var årsaken til begrensninger som ble satt, selv om de ikke alltid var enige i dem. Personalet hadde gode systemer for å melde, rette og lære av feil og mangler dersom det oppstod i arbeidet med barna. Dette viser at det er mulig å drive gode institusjoner og at mange arbeider godt og systematisk med forsvarlig omsorg og bruk av tvang.

Hva skjer videre?

Barnevernsinstitusjonene med svikt må lage en plan for hvordan de skal rette på forholdene. De må også vise fylkesmannen at tiltakene har virket og at praksis nå er i henhold til lovverket. Institusjonene har et stort ansvar. De er barnas hjem.



Barna rapporterte at de ble reddet når de selv eller andre ble utsatt for tvang”

Å reise **vasker** øynene – en gjennomgang av barnevernsaker med **akuttiltak** eller **omsorgsovertakelse**

Helsetilsynet fikk i 2016 i oppdrag av Barne- og likestillingsdepartementet å gjennomgå 100 barnevernsaker hvor det har vært reist sak i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker om enten akutt tiltak eller omsorgsovertakelse etter barnevernloven. Fylkesnemnda er en avgjørelsesinstans. Kommunens barneverntjeneste eller foreldrene i en barnevernsak kan bringe inn saker for fylkesnemnda.

Formålet med gjennomgangen var å:

- Få en bred situasjonsbeskrivelse gjennom å se på prosess og innhold i et utvalg enkeltsaker
- Få kunnskap om når det svikter eller går bra, hva som eventuelt svikter og hvorfor det svikter eller går bra
- Særlig se på kvaliteten i barnevernets faglige avveininger og vurderinger, og om barneverntjenesten og fylkesnemnda er tydelige på hvorfor de fatter beslutning om akuttvedtak og omsorgsovertakelse.

Vi har gjennomgått alle saksdokumentene i 106 barnevernsaker fra 60 kommuner som har vært behandlet i fem fylkesnemnder i tidsrommet januar 2016 til mai 2017.

Utgangspunkt i barnets behov

Barnets beste er barnevernlovens styrende prinsipp og vårt hovedmål har vært å vurdere praksis med utgangspunkt i barnets situasjon og barnets behov. Vi har vurdert kvaliteten på barneverntjenestenes arbeid på bakgrunn av lov og forskrift, retningslinjer, veiledere, aktuelle faglige anbefalinger og relevant norsk og internasjonal forskning og kunnskapsoppsummeringer. Vi har hatt et nært samarbeid med barn og foreldre med erfaring fra barneverntjenesten, fagpersoner fra barneverntjenestene og fylkesnemndene og med forskere.

Sakene er komplekse. Det er stor grad av variasjon i om barneverntjenestenes arbeid er i tråd med god praksis. I de fleste saker har det vært både god praksis og svikt. Den mest alvorlige svikten er at barneverntjenestene i svært mange saker ikke bruker den informasjonen de har, og den kompetansen de besitter, til å gjøre en

grundig vurdering av det enkelte barns behov. Barneverntjenestene gjør grundige og gode analyser i saker som angår helt små barn og spedbarn.

Medvirkning

Barn i barnevernet skal snakkes med og lyttes til. Det er både fordi barnet har rett til å medvirke i egen sak, og fordi det har opplysninger, erfaringer og synspunkter som er nødvendige å få fram for at saken skal bli godt nok opplyst. Barneverntjenestene snakker med barna i alle faser av arbeidet, fra første melding til nemndsbehandlingen. Selv om barnas synspunkter er nedskrevet, er de ofte ikke tatt hensyn til i vurderingene. De er heller ikke brukt i argumentasjonen for viktige beslutninger. Barneverntjenestene dokumenterer i liten grad at barna har fått informasjon om sine rettigheter, eller at de har fått informasjon om den videre prosessen i barneverntjenestens arbeid. Dette reduserer barnas muligheter til reell medvirkning dersom informasjon ikke er gitt.

” Barn i barnevernet skal snakkes med og lyttes til ”

Det er gjennomført samtaler med foreldrene gjennom alle faser i så godt som alle sakene. Foreldrene har fått informasjon. Vi stiller likevel spørsmål ved om

barneverntjenestene i mange tilfeller har gjort nok for å forsikre seg om at foreldre har forstått det kontaktpersonene har villet formidle. Dette gjelder både norske foreldre og foreldre som har vokst opp i andre land.





Undersøkelser

Barneverntjenestene henlegger ikke alvorlige bekymringsmeldinger, men ikke alle temaene i meldingene følges opp i tråd med alvoret. I undersøkelsene av bekymringsmeldingene får barneverntjenestene omfattende informasjon om barnet og familien. I om lag halvparten av sakene er det manglende oppsummering og analyse av den informasjonen som har framkommet gjennom undersøkelsen. Dette fører til at alvorlig informasjon glipper og at det iverksettes hjelpetiltak som ikke er tilpasset barnets og familiens situasjon. Hjelpetiltakene er i disse tilfellene hverken omfattende eller intensive nok.

Samarbeid

Andre tjenester og samfunnssektorer er svært viktige i barneverntjenestens arbeid både når det gjelder å avdekke bekymring og i en tverretattlig og tverrfaglig oppfølgingen av barnet. Samarbeidet har ofte preg av å være tilfeldig og uformelt.

Akuttsituasjoner

De situasjonene som fører til akutte flyttinger er alle alvorlige, og av en karakter som gjør det nødvendig å beskytte barnet. Ofte er det barnet selv

som forteller om alvorlige forhold i hjemmet. I de fleste akuttsakene kjenner barneverntjenesten familien før flyttingen, og det har vært forsøkt hjelpetiltak. Vi ser flere eksempler på god praksis i disse sakene. Barn og foreldre er snakket med og det er forsøkt å finne alternative løsninger. Dette gjelder imidlertid ikke i alle sakene. I mange saker er det ikke gjort

vurderinger av om akuttsituasjonen kunne vært håndtert med mindre inngripende tiltak. I andre saker er det ikke samarbeidet med barnet og foreldrene om å finne løsninger på hvordan en nødvendig flytting kan gjennomføres så skånsomt som mulig for barnet.

Godt barnevernfaglig arbeid kan ikke forebygge alle akutte flyttinger. Også i familier hvor det er arbeidet godt med å gi hjelpetiltak skjer det at foreldre blir akutt syke, blir arrestert eller på andre måter ute av stand til ivareta barna.

”I mange saker er det ikke gjort vurderinger av om akuttsituasjonen kunne vært håndtert med mindre inngripende tiltak.”

Sammenheng ikke beskrevet – kompetansen til vurdering er der

Sammenheng mellom evaluering av hjelpetiltak og beslutning om omsorgsovertakelse er ofte ikke beskrevet. De aller fleste barna har vært flyttet før omsorgsovertakelsen. Når saker skal forberedes for fylkesnemndbehandling, er det en klar tendens til at barneverntjenesten bruker sin vurderingskompetanse til å dokumentere barnets behov og hva som vil være til barnets beste i større grad enn tidligere i saken. Det viser etter vår vurdering at kompetansen på å gjøre faglig vurderinger og analyser, det vil si utøve barnevernfaglig skjønn, er til stede. Mye av den svikten vi har funnet handler om at kompetansen ikke brukes.

Vedtakene fra fylkesnemndene har mer oppmerksomhet rettet mot barnets behov enn det som kommer fram i barneverntjenestenes dokumenter. Vedtakene i nemnda er bygget opp systematisk med sakens bakgrunn, partenes syn og en grundig drøfting hvor barnets behov er vurdert opp mot foreldrenes mulighet til å ivareta dem.

Videre arbeid

Rapporten gir en grundig beskrivelse av barneverntjenestenes arbeid i de ulike fasene. Vi anbefaler at fagmyndigheter og barneverntjenester bruker rapporten til å forbedre barnevernets analyser og vurderinger av hva som er til det enkelte barns beste. Vi anbefaler videre at det må arbeides med å utvikle og forbedre hjelpetiltak som kan bidra til endringer i barns situasjon.

Kommunale tjenester til personer med samtidig **rusmiddelproblem** og **psykisk** lidelse

Personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse skal få sitt grunnleggende tjenestebehov dekket i kommunene. Det er kommunen som står for kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet, også samtidig med eventuelle tilbud og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Derfor la vi i landsomfattende tilsyn i 2017-2018 gjennomført et tilsyn som skulle omfatte både helse- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester i NAV.

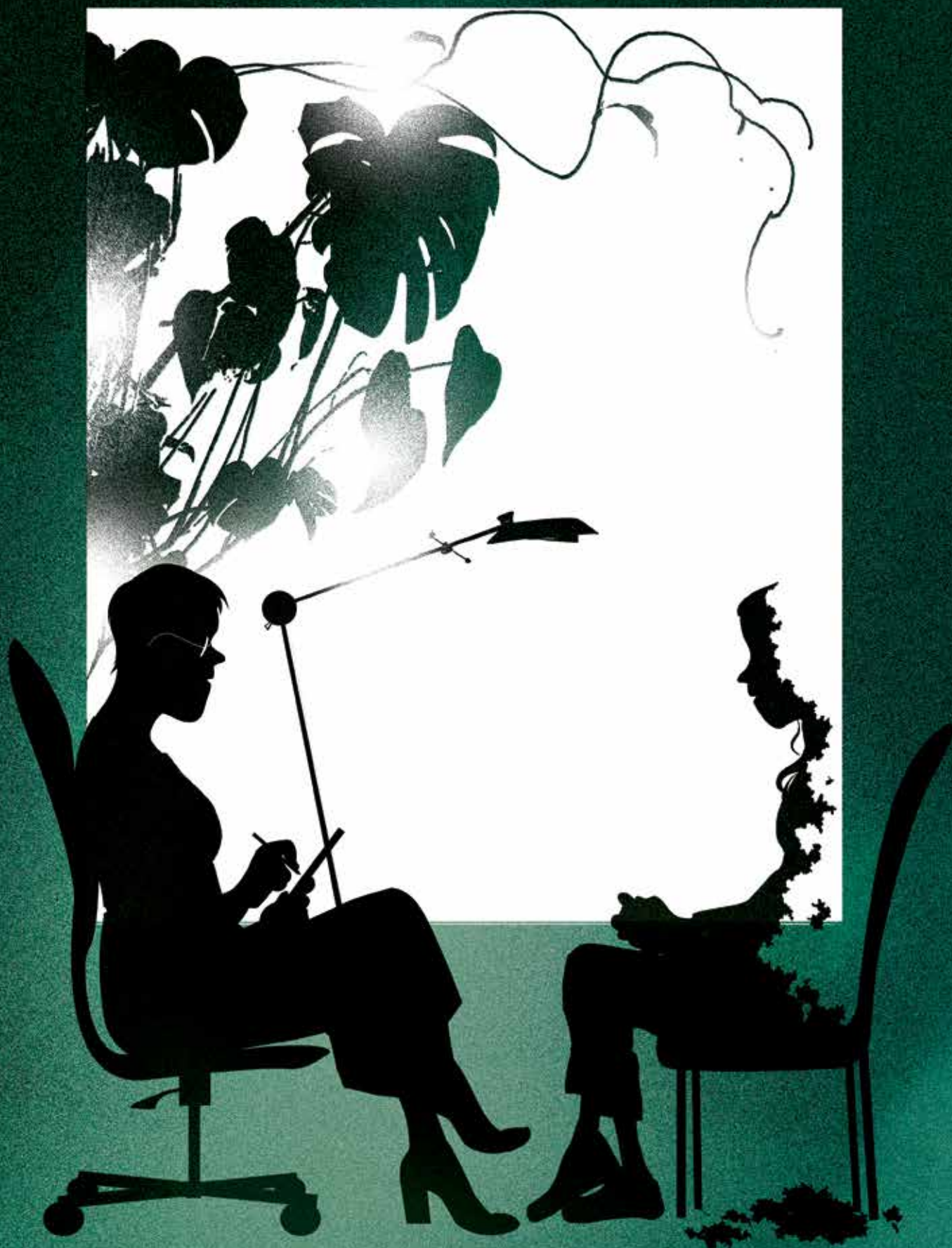
Tilsynet ble rettet mot kommunens tjenester til voksne personer (18 år og eldre) som på grunn av sine sammensatte problemer trenger tjenester fra kommunen over tid. Tilsynet gjaldt tjenester til brukere uavhengig av hvilke rusmidler de benyttet og uavhengig og om de var aktive brukere eller i rehabilitering etter rusmiddelmisbruk. Det var også uavhengig av hvilke psykiske problemer/-lidelser personene hadde.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunen:

- samordnet tjenestene brukerne mottar fra kommunale enheter, og fra fastleger og spesialisthelsetjenesten
- innhentet informasjon om brukerens helhetlige situasjon og mulige behov for tjenester
- tilbød og ga individuelt tilpassede og forsvarlige helse- og omsorgstjenester rettet mot brukernes rusmiddelproblem, psykisk lidelse og somatiske helseproblemer
- tilbød og ga individuelt tilpassede og forsvarlige tjenester slik at brukerne kunne mestre å bo i egen bolig

Brukernes meninger om og erfaringer med tjenestetilbudet i kommunen er viktig informasjon for tilsynsmyndigheten, både om kvaliteten på tjenestene og om kommunens praksis når det gjelder brukerinvolvering. Fylkesmennene har derfor intervjuet et utvalg brukere i hver kommune i dette tilsynet.

I løpet av de to årene 2017 og 2018 har fylkesmennene gjennomført tilsyn i om lag 95 av landets kommuner. Funn vil bli oppsummert i en rapport som vil bli publisert første halvår 2019.



Svake utredninger - konsekvenser for den videre pasientbehandlingen

«Manglende oppfølging og kontroll gir ledelsen liten kunnskap om det reelle innholdet i den helsehjelpen som gis.» Dette sitatet fra en tilsynsrapport gir innblikk i svikt fylkesmennene avdekket i det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til personer med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblem. I en rekke virksomheter var pasientenes rusmiddelproblemer og somatiske helse ikke godt nok kartlagt og utredet. Når kartlegginger og utredninger er mangelfulle, kan det medføre svikt i videre diagnostisering og behandling. Da er grunnlaget for å gi helhetlig behandling til pasienter med sammensatte problemer ikke godt nok.

Over en toårsperiode (2017 - 2018) gjennomførte fylkesmennene 20 tilsyn med helseforetakenes tjenester til mennesker med psykisk lidelse og mulig samtidig rusmiddelproblem. Tilsynet ble rettet mot poliklinikker i distriktpsykiatriske sentre (DPS-er). DPS-er gir tjenester til en bred pasientgruppe med psykiske lidelser av alle alvorlighetsgrader.

Helhetlig helsehjelp

Pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem (ROP-pasienter) er særdeles sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (IS-1948), anbefaler at psykisk helsevern i utgangspunktet har hovedansvar for tjenester til personer med slike samtidige lidelser. Ved alvorlig ruslidelse, uten kjent samtidig alvorlig psykisk lidelse, bør hovedansvaret ligge hos tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig, med påfølgende gjensidig uheldig samspill mellom de to lidelsene. Ved utredning og behandling av pasientgruppen er samhandling internt i helseforetakene vesentlig. Helseforetakene må ta hensyn til at pasientene kan ha sammensatte lidelser, også somatiske tilstander. Foretakene må legge til rette slik at pasientene får helhetlig helsehjelp, enten tjenestene gis av én eller flere enheter.

Valg av tilsynsområder og mål for tilsynet

Helsetilsynet valgte ut tilsynsområdene på bakgrunn av en risikovurdering, gjennomført før selve tilsynet (Rapport fra Helsetilsynet 3/2016). Man-

Rusproblemer kan være krevende å avdekke.”

glende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og TSB er et område der det ofte svikter. Avdekking av rusproblem hos pasienter med psykisk lidelse, er en viktig forutsetning for å kunne gi tilpasset behandling. Rusproblemer kan være krevende å avdekke, blant annet fordi pasienten selv ikke erkjenner problemer eller ikke ønsker at det skal komme fram. Helsepersonellens kompetanse og erfaring er vesentlig i arbeidet med å avdekke rusproblemer.

Hovedmålsetting for tilsynet var å undersøke om helseforetaket sørger for forsvarlige tjenester som var kjennetegnet av

- samordnet og helhetlig tilnærming til psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, der pasienten får mulighet til å medvirke.
- kvalitet og fremdrift i arbeidet, med tilpasning til pasientenes lidelser og forutsetninger.

Den nasjonale faglige retningslinjen som gjelder ROP-lidelser er en av flere publikasjoner fra Helsedirektoratet som gir uttrykk for hva som er god praksis – og som gir innhold til hva som er forsvarlig.

Funn i tilsynet

Et nokså gjennomgående funn i tilsynet er at kartlegginger og utredninger av pasienter var mangelfulle. Når behandlerne ikke har god nok innsikt i pasientens samlede problemer og lidelser er det usikkert om pasienten tilbys treffsikker behandling.



Avdekking og oppfølging av rusproblemer?

«Informasjon fra ansatte bekrefter at mulig rusproblematikk ikke alltid kartlegges eller følges opp. Det opplyses også i intervjuene at allmennpoliklinikken mangler kompetanse på rusbehandling.»

For noen pasienter vil relativt små mengder rusmidler forverre den psykiske lidelsen og redusere evnen til å mestre symptomene. DPS må ha en praksis som sikrer at mulige rusproblemer hos pasientene fanges opp, og at involvert personell har nødvendig kompetanse. Ut fra funnene i tilsynet, hvor mangelfullt grunnlagsarbeid går igjen, har vi grunn til å tro at rusmiddelproblemer i en god del tilfeller ikke avdekkes. Funnene viser også at erkjente rusproblemer ikke alltid blir fulgt opp. Pasientene blir ofte spurt om rus, men i mange tilfeller forlates temaet for raskt, slik at pasientens samlede utfordringer ikke kommer frem.

En av pasientene som ble intervjuet i forbindelse med tilsynet sa noe slikt: Det er viktig at behandler tar opp problemet rus, og det er viktig at behandler ikke gir seg. I dette tilfellet var informanten en fornøyd pasient som hadde gode erfaringer med at behandler hadde forfulgt temaet rus i tilstrekkelig grad.

Somatiske sykdommer og lidelser?

I en rekke DPS-er var kartlegging/utredning av somatisk helse ikke gjennomført i tråd med god praksis.

«I 14 av 15 journaler kan ikke tilsynet se at DPS har kartlagt/utredet pasientens somatiske helse i tilstrekkelig grad. Intervjuer med brukere og ansatte ved DPS bekrefter dette.»

«Pasientenes somatiske helse kartlegges og utredes ikke for å kunne gjøre en vurdering av om det er en sammenheng mellom pasientens somatiske og psykiske helsetilstand.»

”Somatisk helse må få større oppmerksomhet”

Samtidig psykisk lidelse og ruslidelse er ofte forbundet med dårlig somatisk helse. God somatisk helse kan være en av faktorene som bidrar til bedring.

DPS må sørge for at pasientene blir kartlagt for somatiske lidelser og tilbys nødvendig oppfølging. Somatisk helse må få større oppmerksomhet.

Mangelfull oppfølging av mindreårige barn

Det er viktig å kartlegge om pasientene har mindreårige barn, slik at tiltak kan iverksettes ved behov. Virksomheten må ha en kjent og etablert praksis for når tiltak skal iverksettes overfor pasientenes mindreårige barn, hvilke tiltak som er aktuelle og hvordan de ansatte går frem.

Oppfølgingen av mindreårige barn var ikke gjennomgående ivaretatt på en tilfredsstillende måte: «Intervjuene viste ulik praksis for å følge opp mindreårige barn som pårørende, det var uklart for de ansatte hvordan dette skulle følges opp.»

Ledelse, ledelse, ledelse!

«De ansatte kjenner ikke til at noen følger med på om rutiner følges og de gjør det de skal med hensyn til utredning, journalføring m.v.» Tilsynet avdekket uønskede variasjoner i praksis innen det enkelte DPS. I mange tilfeller var det opp til den enkelte behandler om tilstrekkelig kompetanse ble trukket inn. Manglene og svakhetene var i mange tilfeller ikke avdekket av lederne, og grunnlaget for å korrigere praksis var dermed ikke til stede.

Vurdering, oppfølging og korrigering av uønsket praksis er et lederansvar. En konsekvens av fraværende ledere, kan være uønskede variasjoner i tjenestetilbudet til pasientene. Viktige forutsetninger for forsvarlige tjenester er at helseforetaket sørger for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, og nødvendig samhandling mellom personell.

Sitatene i denne artikkelen er hentet fra tilsynsrapporter.

Meldinger for **barnets** beste

Statens helsetilsyn har i flere saker de siste årene konstatert brudd på helsepersonells plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten etter helsepersonelloven § 33. Et eksempel er en sak der en mor var i kontakt med helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjenesten med et spedbarn som hadde blåmerker. Mor hadde psykisk sykdom og gikk i behandling. Hva som hadde forårsaket blåmerkene var uklart, og det ble startet utredning av barnet. Ingen av de involverte helsearbeiderne meldte fra til barneverntjenesten.

Alvorlige konsekvenser for barna

Helsepersonell har plikt til gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, blir utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt. I slike situasjoner er ikke helsepersonellet bundet av taushetsplikten.

Ordlyden i § 33 ble endret 1. juli 2018. Dette innebar ingen endring av grensene for opplysningsplikten, men en klargjøring av når opplysningsplikten utløses. Det er videre tydeliggjort at meldeplikten er et selvstendig og personlig ansvar for helsepersonell.

Barn som utsettes for omsorgssvikt og mishandling påføres fysisk skade og umiddelbar fare for liv og helse. Også manglende trygg og god omsorg kan få alvorlige konsekvenser for barnets psykologiske utvikling og fungering. Helsepersonell kan være de eneste som kommer i posisjon til å avdekke slike forhold, som kan få alvorlige konsekvenser for barnets fysiske og psykiske helse. Det er derfor avgjørende at helsepersonell vet når de skal gi opplysninger til barneverntjenesten.

Hva betyr «grunn til å tro»?

Opplysningsplikten inntreffer når det er «grunn til å tro» at barnet mishandles eller utsettes for alvorlig omsorgssvikt. Uttrykket «grunn til å tro» stiller ikke krav til sikker viten om mishandling eller omsorgssvikt, men det må foreligge omstendigheter som gir noe mer enn en vag mistanke. Terskelen for å gi opplysninger skal være lav. Det er ikke nødvendig med sannsynlighetsovervekt.

I saken om spedbarnet, var helsestasjonslege og helsesøster kjent med at barnet hadde uforklarlige blåmerker. Barnet ble henvist til fastlege og spesialisthelsetjenesten for somatiske undersøkelser med bakgrunn i blåmerkene. Statens helsetilsyn kom til at alle uavhengig av hverandre hadde «grunn til å tro» at barnet kunne være utsatt for mishandling. Opplysninger skulle derfor vært gitt til barneverntjenesten. Spedbarn er spesielt sårbare for alvorlige fysiske skader og senskader ved omsorgssvikt og mishandling. Ved uforklarlige blåmerker hos barn må opplysninger til barnevernet gis parallelt med at medisinske årsaker utredes. Det er barnevernet som skal utrede barnets omsorgssituasjon og iverksette tiltak for å avverge eventuell skade på barnet, ikke helsepersonellet.

Hvem har ansvar for å melde?

Det kan være tilfeller der flere helsepersonell, enten i samme eller forskjellige institusjoner, får kunnskap som tilsier at opplysninger skal gis barneverntjenesten. Her vil hver enkelt ha en selvstendig plikt til å melde ifra.

Opplysningsplikt til barnevernet er et område som også krever spesiell oppmerksomhet fra ledelsen. Det

stilles krav til at virksomheter aktivt sikrer at de ansatte gis nødvendig opplæring, og at det utarbeides prosedyrer. Ledelsen må sikre at prosedyrene er kjent og etterleves av de ansatte. Svikt fra ledelsens side vil likevel ikke frita helsepersonellet fra den selvstendige plikten etter § 33. Det kan være ulike årsaker til at helsepersonell vegrer seg for å melde til barnevernet. Det kan være frykt for å melde uten at det er grunnlag for det, redsel for at relasjonen til pasienten blir ødelagt eller det kan være manglende tillit til barnevernet.

Mangelfull kjennskap til lovverket

I flere enkeltsaker som vi har behandlet uttaler helsepersonell at de føler seg usikre på når opplysningsplikten inntreffer. Gjennomgående synes det som om oppfatningen er at helsepersonellet

først må gjøre undersøkelser selv, for å eventuelt kunne utelukke somatisk sykdom eller andre årsaker. Utredning av eventuell sykdom innebærer ikke at

”Terskelen for å gi opplysninger skal være lav.”

helsepersonell skal avvende å gi opplysninger til barnevernet, dersom helsepersonellet har grunn til å tro at barnet kan være utsatt for vold eller annen form for omsorgssvikt. Vår behandling av enkeltsaker tyder på at helsepersonell har for dårlig forståelse for når plikten til å gi opplysninger inntreffer, og kanskje også mangelfull kunnskap om bestemmelsens rekkevidde. Dette er alvorlig, idet bestemmelsen er gitt for å sikre beskyttelse av barn som i svært begrenset grad kan melde fra om slike forhold selv.

Når et **dedikert** fagmiljø **ikke** er nok

Møtet mellom pårørende i krise og helsepersonell vil påvirke mulige donasjoner og antall tilgjengelige donororganer for transplantasjon. Godt organiserte donorsykehus med kompetente ledere og personell kan gi pasienter i transplantasjonskø effektiv behandling og nytt liv.

Mellom 400 og 500 pasienter står til enhver tid på venteliste for å få et nytt organ i Norge. Fremdeles dør pasienter i køen på grunn av mangel på tilgjengelige donororganer. Møtet mellom pårørende i krise og helsepersonell kan være avgjørende for holdningen til organdonasjon. 149 av de 188 pårørende¹ som ble spurt om organdonasjon svarte ja i 2018.

Transplantasjonsloven slår fast at de regionale helseforetakene skal sørge for at potensielle donorer kan vurderes og gis mulighet for donasjon innen sin helseregion. Dersom nærmeste pårørende motsetter seg organdona-

sjon til tross for at avdøde har samtykket, har helsepersonell likevel ingen plikt til å gjennomføre donasjonen.

26 donorsykehus er godkjent av Helsedirektoratet for å identifisere og velge ut organdonorer. Helsepersonell ved donorsykehusene skal behandle pasientene for å redde liv, ta stilling til om slik behandling er formålsløs og vurdere om vilkårene for donasjon er tilstede.

Donorsykehusene samarbeider tett med Oslo universitetssykehus HF (OUS) ved vurdering av om en pasient er egnet som organdonor. OUS har landsdekkende funksjon for organtransplantasjon.

”Flere helseforetak manglet retningslinjer for systematisk opplæring”

Tilsyn med organdonasjon

Kvalitets- og sikkerhetsstandarder for humane organer til transplantasjon er fastsatt i forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon. Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn etter forskriften ved samtlige donorsykehus i perioden 2015-2018.

Våre tilsyn viste at ledelsen ved helseforetakene i varierende grad hadde fastsatt fordeling av oppgaver, ansvar

og myndighet ved organdonasjon. Flere helseforetak manglet retningslinjer for systematisk opplæring av involvert personell og hadde ikke utarbeidet tydelige kompetansekrav. Vi fant at arbeidet ved donorsykehuse-

¹ <http://www.norod.no/wp-content/uploads/2019/01/OrgandonasjonTransplantasjon-årsrapport-2018.pdf>



ne var preget av at et dedikert fagmiljø tok selvstendig ansvar for å opprettholde donasjonsaktiviteten. Dette gjaldt også ved små sykehus med bare en til to donasjoner i året.

Forbedringsarbeid til pasientenes beste

Helsetilsynet forventer at helseforetakene retter opp lovbrudd og merker seg påpekte forbedringsområder etter tilsyn.

Vi har her valgt å oppsummere et utvalg av planlagte forbedringstiltak ved OUS. Valget er gjort fordi vi vurderer at tiltakene gir nyttige eksempler på endring og oppfølging som kan gi forutsigbarhet, harmonisert praksis og økt kvalitet ved organ-donasjon:

- utarbeide egne oppgave/funksjonsbeskrivelser for ressurspersoner i organdonasjon
- synliggjøre ressurspersonene i organisasjonen
- plassere ansvar for opplæring og kompetanseheving
- dokumentere vurderinger som er gjort med tanke på mulig organdonasjon i pasientjournalen
- registrere forløp som avviker fra praksis i helseforetakets avvikssystem
- kvartalsvis gjennomgang av donasjonsaktiviteten på klinikknivå

I tillegg har helseforetaket startet arbeidet med å prøve ut funksjonen Spesialisert Sykepleier i Organ

Donasjon (SNOD etter den engelske betegnelsen Specialist Nurses-Organ Donation SN-OD). Hensikten er å utvikle et nettverk av sykepleiere med spesialkompetanse i organdonasjon.

Eksemplene gitt over kan ikke nødvendigvis overføres direkte til alle donorsykehus, men bør tilpasses lokale forhold og antall forventede donasjoner.

Et dedikert fagmiljø kan ikke stå alene om å opprettholde organtransplantasjon som et reelt behandlingstilbud. Periodevis lav aktivitet kombinert med behovet for egnethet og erfaring i møte med pårørende, stiller særlige krav til at ledelsen følger opp involvert personell ved å etablere tydelig organisering, utarbeide gode rutiner og gi mulighet for å utvikle og opprettholde kompetanse. Helseforetak som sørger for å ha helsepersonell med kompetanse i å ta opp organdonasjon på en profesjonell og omsorgsfull måte, kan trolig bidra til å øke antall tilgjengelige organer.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har landsdekkende funksjon for organtransplantasjon. OUS Rikshospitalet samarbeider tett med landets 26 donorsykehus om vurdering av potensielle organdonorer. Uttak av donororganer blir utført av egne donorteam som reiser ut fra Rikshospitalet, og enkelte ganger fra samarbeidende transplantasjonsvirksomheter i Skandinavia, til de enkelte donorsykehusene. Alle transplantasjoner i Norge finner sted på OUS Rikshospitalet.

Når helsepersonell utfører **alternativ** behandling

Statens helsetilsyn behandler tilsynssaker mot autorisert helsepersonell som utfører alternativ behandling. Helsepersonellovens krav og plikter gjelder da uavhengig av om helsepersonellet utfører alternativ eller konvensjonell behandling, men de må skille klart mellom alternativ og konvensjonell behandling slik at pasientene forstår hva slags behandling de får.

Statens helsetilsyn fører ikke tilsyn med alternative behandlere som ikke er helsepersonell. Det er heller ikke noe krav i loven om at behandling som gis av alternative behandlere skal være forsvarlig.

Helsepersonelloven gjelder

Når autorisert helsepersonell utøver alternativ behandling gjelder imidlertid helsepersonellovens bestemmelser. Dette gjelder alternativ behandling gitt av autorisert helsepersonell både i og utenfor helseinstitusjon. En del av begrunnelsen er at pasientene vil kunne ha forventninger om at de regler som gjelder for helsepersonell, vil gjelde også ved alternativ behandling. Det kan videre være grunn til å tro at en del pasienter velger bestemte alternative behandlere nettopp fordi de vet at vedkommende også er autorisert helsepersonell.

Tilsynsmyndigheten skal blant annet påse at autorisert helsepersonells yrkesutøvelse er forsvarlig. Lovbestemte krav gjelder også når autorisert helsepersonell tilbyr alternativ behandling, for eksempel der en fysioterapeut driver selvstendig virksomhet som homøopat. Vedkommende må da forholde seg til pliktene som følger av helsepersonelloven, som blant annet informasjonsplikten i § 10 og journalføringsbestemmelsene i §§ 39 og 40.

Krav om å skille mellom ordinær og alternativ behandling

Statens helsetilsyn har behandlet en sak mot en tannlege som markedsførte både ordinære tannhelsetjenester og alternativ behandling ved sitt tannlegekontor.

Vi innhentet en sakkyndig uttalelse, som etter gjennomgang av flere pasientjournaler konkluderte med at det hos denne tannlegen forelå en betydelig sammenblanding av odontologisk og alternativ diagnostikk.

Helsepersonell har en plikt til å organisere sin virksomhet på en måte som ikke visker ut eller gjør grensen mellom det ordinære helsetilbudet og den alternative behandlingen utydelig. Vi kom til at tannlegen ikke i tilstrekkelig grad skilte mellom sin odontologiske og alternative praksis og at dette var uforsvarlig. Etter vår vurdering

kunne sammenblandingen føre til misforståelser, feildiagnostikk, feilbehandling og unødvendige kostnader for pasienten.

Skjerpet krav til informasjon

Når autorisert helsepersonell tilbyr alternativ behandling og benytter metoder som ligger utenfor den virksomheten pasienter vanligvis forventer av slikt personell, er kravet til informasjon og pasientsamtykke skjerpet. Pasienter som søker alternativ behandling, kan ha urealistiske oppfatninger om mulig helsegevinst. Det forventes derfor at helsepersonellet avklarer hva slags forventninger pasienten har og gir korrekt informasjon om innholdet i behandlingstilbudet.

”Kravet til informasjon og pasientsamtykke er skjerpet.”

Statens helsetilsyn behandlet nylig en sak mot en lege som hadde anbefalt pasienter en rekke legemidler og produkter som manglet vitenskapelig dokumentasjon, blant annet kosttil-

skudd og homeopatiske midler. Vi kom til at legen ga pasientene feil helseinformasjon og behandlingsråd, og at han ikke informerte pasientene om manglende vitenskapelig dokumentasjon ved den alternative behandlingen. Legens handlemåte var etter vår vurdering i strid med kravet om å gi informasjon i helsepersonelloven § 10.

Etter lov om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 defineres alternativ behandling som «helserelatert behandling» som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Politikk og fag – spiller de på samme lag?

Helsetilsynet undersøkte omstendighetene rundt en alvorlig hendelse i et helseforetak som hadde akuttkirurgisk tilbud flere steder, hvorav ved et mindre lokalsykehus og et større sykehus. Det var elleve mil mellom de to kirurgiske avdelingene. Etter at det hadde vært flere alvorlige pasienthendelser ved den minste avdelingen, analyserte ledelsen risikobildet og kom til at de måtte korrigere helseforetakets aktiviteter. I første omgang innførte de retningslinjer som skulle redusere risikoen for at tilsvarende hendelser kunne skje igjen. Ledelsen mente imidlertid at dette ikke var nok, og at risikoen fortsatt var for stor.

Helseforetaket besluttet derfor å endre på funksjonsfordelingen slik at pasienter som hadde behov for akuttkirurgisk helsetjenester, skulle sendes direkte til det store sykehuset og ikke til lokalsykehuset. Lokalbefolkningen ga uttrykk for at de var uenige i denne beslutningen. Helseforetaket sendte vedtaket sitt til det regionale helseforetaket (RHF), fordi slike endringer skulle godkjennes der. RHF-et mente imidlertid at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad hadde vurdert risikoen denne endringen medførte, og sendte saken videre til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet signaliserte at endringen i funksjonsfordelingen ikke skulle gjennomføres.

Ledelsen hadde dermed et endelig vedtak om funksjonsfordeling som var besluttet av eierdepartementet, og som var på tvers av deres egen oppfatning av hvordan risiko for pasientsikkerheten best kunne reduseres. De planla ut fra det nye tiltak som skulle redusere risiko for pasientene etter den besluttede organiseringen. Pasienter som trengte akutt kirurgisk helsehjelp

skulle innlegges på lokalsykehuset som før. For å sikre kompetansen i radiologi ble det bestemt at røntgenlegen som hadde vakt ved det større sykehuset skulle avgjøre om det var nødvendig med CT-undersøkelse av pasienter som kom til den mindre avdelingen. Dersom det var behov for akutt kirurgiske inngrep, skulle pasientene overflyttes til det store sykehuset. I tillegg ble det identifisert en gruppe tilstander som skulle medføre at vakthavende kirurg ved lokalsykehuset skulle ha plikt til å konferere med kirurg ved det store sykehuset.

Alvorlig hendelse utfordret retningslinjene

Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn etter et varsel om en hendelse der en pasient døde etter innleggelse ved lokalsykehuset. Pasienten ble innlagt med behov for øyeblikkelig hjelp på medisinsk avdeling på grunn av tegn og symptomer som tydet på alvorlig sykdom der kirurgisk behandling var påkrevd. Den mistenkte diagnosen var en av diagnosene der det var konfereringsplikt mellom lokalsykehuset og den store sykehuset. Legene som behandlet pasienten mente det var nødvendig å ta en CT-undersøkelse. Vakthavende radiolog ved det store sykehuset aksepterte ikke at CT skulle tas. Vakthavende kirurg ved lokalsykehuset ble også kontaktet hjemme, men mente at den kirurgiske diagnosen var lite sannsynlig. Han mente det ikke hastet, og lot derfor være å komme for å se til pasienten. Etter å ha vært stabil i noen få timer, ble pasienten akutt dårligere og døde. Det viste seg at mistanken til de behandlende legene var korrekte. Pasienten hadde en

kirurgisk tilstand som kunne vært avdekket ved CT-undersøkelse, og der det var nødvendig med livreddende akutt kirurgisk inngrep.

Ledelsens ansvar å organisere forsvarlig

Helsetilsynet fant at retningslinjene for samarbeid om pasienter mellom lokalsykehuset og det store sykehuset var kompliserte og ikke var forstått og etterlevd. Videre fant vi at ledelsen ved virksomheten ikke fulgte med på om retningslinjene ble fulgt.

Denne saken handler på overordnet nivå om en organisering som var besluttet av eierdepartementet, selv om ledelsen ved virksomheten mente denne organiseringen innebar for stor risiko. For å redusere risikoen hadde

de laget retningslinjer for samarbeid om pasienter på tvers av faggrupper og lokalisasjoner. Retningslinjene viste seg å være kompliserte og av en art som ledelsen ikke hadde verktøy til å overvåke.

Beslutninger om funksjonsfordeling mellom sykehus som arbeider i team kan ha faglige, økonomiske og politiske aspekter. Helseforetakene må respektere demokratiske prosesser. De må imidlertid kommunisere risikoen ved ulike organisatoriske løsninger slik at politikerne kan beslutte hvilken risiko som er akseptabel. Fagmiljøenes oppgave blir å iverksette kompenserende tiltak der det er nødvendig. I siste instans er det ledelsen ved hvert enkelt helseforetak som har ansvar for å organisere aktiviteten på en måte som legger til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlig helsehjelp og vurdere om det kan skje innenfor de rammene som er besluttet.

”De må imidlertid kommunisere risikoen ved ulike organisatoriske løsninger”

Ja, pasienter med **blodforgiftning** får raskere behandling, **men** ...

Tilsynet med helseforetakenes akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med blodforgiftning (sepsistilsynet) har vist oss at ledere må være opptatt av kvalitet for at rask endring skal skje. Vi har erfart at tilsyn kan sette fortgang i nødvendig endringsarbeid. Men vi har også – nok engang – fått bekreftet at endring kan ta altfor lang tid. Resultatene fra journalgjennomganger fylkesmannen foretok ca. åtte og fjorten måneder etter hvert tilsynsbesøk, viste at pasienter med blodforgiftning, sett under ett, får raskere antibiotikabehandling enn før tilsynet ble gjennomført. Men resultatene var ikke tilfredsstillende alle steder.

Liv kan reddes når blodforgiftning blir raskt identifisert og fulgt opp med riktig behandling. Blodforgiftning der pasienten har infeksjon og livstruende organsvekkelse skal helst ha antibiotika innen en time etter innleggelse.

Svikt i alle helseforetak

Sepsistilsynet pågikk i perioden 2016 – 2018 og fylkesmennene gjennomførte 24 tilsyn. Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt. Det mest gjennomgående funnet i tilsynet var at det kunne ta for lang tid før pasienter med blodforgiftning fikk antibiotikabehandling. Ved så alvorlige funn haster det med tiltak som reduserer risikoen for at svikt skjer igjen. Ledelsen i en rekke helseforetak hadde ikke tilstrekkelig oversikt over egen praksis og sviktområder. I noen helseforetak var risikoen kjent, men ledelsen hadde ikke lagt tilstrekkelig til rette for å sikre at alle pasienter fikk forsvarlig helsehjelp. Publikasjonen «Sepsis – ingen tid å miste», Rapport fra Helsetilsynet 1/2018, oppsummerer tilsynet.

Virksomheter skal selv vurdere hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbrudd. Videre skal virksomheter sette inn tiltak for å rette opp lovbrudd, det vil si svikt som truer pasientsikkerheten. Journaler var en av flere kilder fylkesmennene brukte for å vurdere sykehusenes praksis.

Journalgjennomgangene etter selve tilsynet ble gjennomført for å avdekke om helseforetakene hadde fått på plass tilstrekkelige forbedringer av pasientsikkerheten ved at blodforgiftning blir identifisert, og at pasientene får legetilsyn og tilpasset behandling innen frister gitt i nasjonale faglige retningslinjer.

Et typisk funn i selve tilsynet var at ledelsen ikke hadde informasjon om hvor lang tid det tok før pasienter fikk tilsyn av lege og når aktuell behandling var satt i verk. Når ledelsen ikke har, eller bruker slike relevante data, kan de ikke utøve reell styring av arbeidsprosessene. Et viktig moment i vurderingene åtte og fjorten måneder etter tilsynsfunnene, var derfor hvordan ledelsen hadde lagt til rette for og sikret dette.

Ikke forbedringer alle steder

Tilsynslagene skulle gjøre en helhetlig vurdering av hvordan det enkelte helseforetak hadde fulgt opp tilsynet/tilsynene. Hva var status for behandling av pasienter med sepsis etter de siste journalgjennomgangene?

Da alle journalgjennomgangene fjorten måneder etter tilsyn var gjennomført, og tilsynslagene hadde gjort sine vurderinger av resultatene, var status at litt under 40 prosent av tilsynene kunne avsluttes. Det betyr at i over 60 prosent av sykehusene som

”Oppfølgingsrunder etter selve tilsynsbesøket er hensiktsmessig.”

hadde hatt tilsyn (ca. fjorten måneder tidligere) var resultatene fortsatt ikke tilfredsstillende med ønsket effekt for pasientbehandlingen. Endringsarbeidet var i gang, men med ulik grad av systematisk, ledelsesstyrt arbeid – og med ulik framdrift. I noen helseforetak/sykehus tok de effektive grep raskt. Disse eksemplene på tilbakemeldinger fra fylkesmenn til helseforetak, etter siste journalgjennomgang, kan illustrere variasjonene (utdrag):

«... HF har satt i verk tiltak, har fått styring med og følger med på at tiltakene gir ønsket effekt på pasientbehandlingen. ... Dere følger med - altså har dere styring og kontroll og kan sette inn tiltak dersom det skulle bli behov for det. ...»

«Etter vår vurdering har helseforetaket arbeidet godt med oppfølgingen av tilsynet. Arbeidet er ledelsesforankret. ... Flere elementer i prosessen har ikke vist endring til det bedre, og vi kan således ikke si at avviket er lukket ennå. ...»

«... Det er redegjort for tiltak rettet mot å sikre legefaglige ressurser i akuttinntakene. Vi ber om at det redegjøres for status i dette arbeidet, herunder hvordan ledelsen følger med på tilgjengelighet til legeressurser, herunder tid til lege. Hvordan følges eventuelle svikt i tid til lege opp? ...»

Hva skal til for at tilsyn bidrar til forbedring?

I september 2018 arrangerte Statens helsetilsyn i samarbeid med de regionale helseforetakene en konferanse om sepsis i akuttinntak. Målet med

konferansen var å spre erfaringer fra tilsynene og fra forbedringsarbeidet i sykehusene. Fagfolk og ledere fra ulike sykehus var sentrale deltakere. Vi trekker fram følgende eksempler fra konferansen om tilsynets bidrag og suksessfaktorer for å få til endring:

- Tilsynet må oppleves som faglig aktuelt.
- Det er sentralt å få til god dialog med virksomheten før, under og etter tilsynet.
- Kompetanse i tilsynslaget er svært viktig.
- Det tilsynet legger til grunn i sine vurderinger (normeringen), må være solid fundert.
- Virksomheten må kjenne seg igjen i tilsynsrapporten hvor tilsynet beskriver funn osv.
- Tilbakemeldingen må være tydelig.
- Tilsynet må presentere funn på en måte som gir mening og motivasjon.
- Oppfølgingsrunder etter selve tilsynsbesøket er hensiktsmessig.

En sykehusleder som tok effektive grep raskt etter sepsistilsynet, har på sin måte påpekt tilsynets rolle som katalysator: «Besøk av tilsynsmyndighetene var essensielt for synliggjøring for hele toppledelsen om at endring var påkrevd og legitimerende behov for ressurstilførsel til akuttaksen.»

Det er avgjørende at tilsyn er virkningsfullt. Det innebærer at tilsyn må bidra til forbedring og varig endring. Men det løpende ansvaret for å gi pasienter trygge og gode tjenester ligger hos virksomhetene selv. Lederskap som ivaretar dette må utøves daglig. Ikke vent på neste tilsyn!

Selv mord hos ungdom – når de er innlagt på akuttavdeling

En ung pasient tok sitt eget liv under innleggelse ved lukket døgnavdeling for barn og unge innen psykisk helsevern. Enheten tar imot ungdom mellom 12 og 18 år. Ungdommene som legges inn, er de som trenger øyeblikkelig hjelp for akutte og krisepregede psykiske problemer. Statens helsetilsyn konkluderte med, etter et tilsyn ved institusjonen (stedlig tilsyn) i begynnelsen av 2018, at sykehuset ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp fordi sykehuset ikke hadde lagt til rette for at helsepersonellet kunne oppfylle plikten til å gi forsvarlig helsehjelp. Ledelsen hadde ikke sikret ivaretagelse av pasientsikkerhet og observasjon/tilsyn med pasienter. Det forelå dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Før pasienten ble innlagt, gikk hun i poliklinisk behandling i nærmere seks måneder uten at utredningen ble ferdig. Statens helsetilsyn mener at tiden det tok å utrede pasienten avvek fra god praksis. Årsaken til at det tok lang tid å utrede pasienten skyldtes både at det akutte hjelpebehovet ble prioritert, og at pasienten hadde en vanskelig diagnostiserbar tilstand. Avviket fra god praksis var imidlertid etter vårt syn ikke så stort at det var uforsvarlig.

Vurdering av selvmordsfare hos barn og unge

I og under et behandlingsforløp er det viktig med systematiske vurdering av selvmordsproblematikken utført av helsepersonell som har nødvendig opplæring. Barn og unge har litt andre risikofaktorer for selvmord enn voksne, og forskjellen er større jo yngre barna er. Den nasjonale faglige retningslinjen tilpasset barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten er publisert i en artikkel i tidsskriftet *Suicidologi* i 2012 nr. 1. Der understrekes det at ved selvmordsrisikovurderinger av barn og unge må det tas hensyn til familie- og nettverksperspektivet, inkludere pårørende i vurderingen hos spesielt de yngste, og vurderingen må ta utgangspunkt i barnet/ungdommens egen oppfatning av situasjonen. Helsepersonell må videre vurdere den enkelte pasients risiko på bakgrunn av den aktuelle pasientens sykdomsbilde, diagnose, sårbarheter og beskyttende faktorer. Vurderingen brukes til å gjøre informerte valg om behandling og grad av beskyttelse i ulike situasjoner, men det er ingen garanti mot at selvmord likevel kan skje.

Pasientens autonomi er en grunnleggende verdi i behandlingen, og ansvarliggjøring er sentralt i behandlingen også ved selvmordsproblematikk. Dette står imidlertid ikke i særlig stor motsetning til et gjennomtenkt allment sikkerhetsnivå basert på forskning, inne på en lukket døgnavdeling der kun de aller sykeste pasientene skal være i kort tid.

Pasientsikkerhet

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet retter forebyggingsfokuset mot alle pasienter innlagt i akuttpsykiatriske døgnavdelinger, det er altså primærforebyggende. I tillegg er det mulig å ha et forebyggingsperspektiv på enkeltpersonnivå, det vil si sekundærforebygging, som for eksempel med kontinuerlig observasjon, når individuell personlig vurdering har funnet et spesielt høyt risikonivå.

Det bør foreligge sikkerhetsrutiner for fjerning av farlige gjenstander hos pasienter som er innlagt med alvorlig selvmordsrisiko. Gjenstander som kan benyttes til selvmord, bør holdes atskilt fra pasienter som er vurdert med forhøyet selvmordsrisiko. Særlig gjelder dette gjenstander som kan brukes til hending, men også fyrtøy, giftige og skarpe gjenstander. Andre mulige fysiske farer i seksjonens miljø, eller i den umiddelbare nærhet til seksjonen, bør identifiseres, og sikring eller fjerning vurderes. Det er viktig å lytte til pasienten når han eller hun ber om hjelp selv, blant annet ved å fjerne farlige gjenstander fra pasientrommet. Ved det stedlige tilsynet ved virksomheten ble det observert og avdekket forhold som ikke fulgte gjeldende prosedyrer, blant annet

gjenstander som potensielt utgjør en risiko, og som kunne brukes til å skade seg selv eller andre.

Pårørende ga uttrykk for i forbindelse med det stedlige tilsynet at de trodde pasienten var trygg når hun var innlagt, og at det forpliktet spesialisthelsetjenesten til å ivareta pasienten på best mulig måte.

Det stedlige tilsynet avdekket at det ikke fantes sikkerhetsrutiner og at ledelsen heller ikke hadde tilrettelagt driften ved den lukkede døgnavdelingen, slik at personalet kunne utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med regelverk, prosedyrer og gjeldende retningslinjer. I henhold til gjeldende forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten hadde ikke ledelsen sikret at personalet hadde fulgt bestemmelser i forhold til ivaretagelse av pasientsikkerhet og observasjon/tilsyn med pasienter.

Risikoreduserende tiltak

Fra England og USA vet vi at gjennomgang av lokalene i psykiatriske døgnavdelinger med fjerning av mulige steder å henge seg, bidro til å redusere forekomsten av selvmord. Mange av de gjennomførte endringene reduserer i liten grad trivselen, og flere av dem er i praksis usynlige. Tiltakene bedrer sikkerheten uavhengig av individuelle risikovurderinger. Iverksetting av tiltak for å ivareta pasient-

sikkerheten må kalibreres opp mot pasientgruppens behov. Vi mener at andre døgnavdelinger i Norge bør kunne lære av vårt tilsyn.

I det stedlige tilsynet valgte vi å fremheve risikoreduserende tiltak knyttet til skade/ selvsykdom, særlig farlige gjenstander som kan benyttes til skade eller selvsykdom, gjennomgang av eiendeler og undersøkelse av pasient og pasientrom.

Andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten bør gå gjennom egne rutiner, undersøke om de blir fulgt og vurdere om det er behov for forbedringer,

spesielt når pasienter blir innlagt akutt og man ikke nødvendigvis har etablert tillit til pasienten.

- Virksomheter innen psykisk helsevern må ha et bevisst forhold til potensielt farlige gjenstander som kan benyttes til skade eller selvsykdom.
- Det skal være tilgjengelig skriftlige prosedyrer for gjennomgang av eiendeler og undersøkelse av pasient og pasientrom ved mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømmings hjelpemidler eller farlige gjenstander er innført eller forsøkes innført.

”«små» ting som tilsynelatende kan oppleves som bagateller for andre, kan utgjøre en forskjell på å ville leve eller dø for ungdom i en sårbar fase.”

At unge mennesker og barn tar livet av seg er heldigvis sjeldent. Hva som er foranledning kan være vanskelig å forutse, men «små» ting som tilsynelatende kan oppleves som bagateller for andre, kan utgjøre en forskjell på å ville leve eller dø for ungdom i en sårbar fase. Tilgjengelighet til tjenesteapparatet er viktig, og både pasient og pårørende skal oppleve trygghet og at pasienten blir ivaretatt på best mulig måte. I innledende fase av innleggelsen er det viktig å ha et bevisst forhold til å fjerne potensielt farlige gjenstander pasienter kan bruke til å skade seg selv eller andre, for å være i forkant av og redusere noe av risikoen pasientene har under den innledende fasen av innleggelsen.

Av saker som er varslet til Statens helsetilsyn fra 2015 – 2018 er det kun et fåtall av varslene som handler om ungdom som tar livet av seg mens de er innlagt på institusjon.

Sammen om **bedre** tilsyn – **involvering** av brukere, pasienter og pårørende i tilsyn

«For å sikre at befolkningen får gode tjenester må vi arbeide med de forholdene som er viktigst for dem. Statens helsetilsyn skal derfor sikre at brukernes erfaringer blir brukt i tilsynsarbeid.» (Strategisk plan for Statens helsetilsyn 2015-2019)

Hvordan brukeres, pasienters og pårørendes erfaringer kan bli brukt i tilsynsarbeid, har vært utprøvd gjennom et prosjekt som har pågått i årene 2015-2018 i Statens helsetilsyn og hos landets fylkesmenn. Utviklingsarbeidet har vært stimulert ved ekstra midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, er evaluert av ekstern konsulent og gir retning til arbeidsmåter for å ivareta brukeres, pasienters og pårørendes perspektiver i tilsyn. Vi har høstet verdifulle erfaringer med å innhente kunnskap fra brukere og brukerrepresentanter ved utarbeidelse

av risikovurderinger og i undersøkelser av tjenestene. Vi har fått et bedre grunnlag for å anbefale når det er nyttig og relevant å ta med brukere i tilsynslag sammen med fylkesmannens personell. Vi har fått bedre kunnskap om hvordan møter med berørte parter i enkeltsaker etter hendelser og klager kan tilrettelegges. Vi vet mer om hva som skal til for å få god dialog og godt samarbeid med brukerorganisasjoner.

Satsingen har vært drevet av en arbeidsgruppe bestående av representanter for brukerorganisasjoner, fylkesmenn og Statens helsetilsyn, som har ledet arbeidet. Arbeidsgruppen har levert en sluttrapport med anbefalinger om hvordan Statens helsetilsyn bør innarbeide god involveringspraksis i tilsyn. Sammen med en evalueringsrapport fra Sintef, Avdeling helse, gir dette et solid fundament for videre utvikling av praksis når satsingen avsluttes i 2018. Arbeidsgruppens råd er blant annet at brukerinvolvering må forankres i ledelsen, inngå som et naturlig ledd i intern opplæring og gjenspeiles i styrende dokumenter og veiledere.

Arbeidsgruppen har også anbefalt Statens helsetilsyn å opprette et permanent brukerråd, som en

sikringsmekanisme for brukeres, pasienters og pårørendes medvirkning, påvirkning og involvering i samfunnsoppdraget også framover.

Selv om prosjektet er over, skal vi fortsatt arbeide med:

- større åpenhet og klarere språk om arbeidsmåter, vurderinger og konklusjoner
- enkel tilgang for barn og voksne som trenger informasjon om rettigheter eller som ønsker å klage på tjenestene
- brukerkunnskap og brukerperspektiver som selvfølgelige elementer i vurderingsgrunnlaget i tilsyn.





Medisinsk forskning, endringer i prosjekter og opprettelse av forskningsbiobanker må være **forhåndsgodkjent**

Medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, innebærer inngrep i den personlige integriteten eller rettssfæren til enkeltindividet. Slik forskning er derfor strengt regulert i helseforskningsloven. Medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal ha forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Godkjenning skal sikre at forskningsprosjektet er medisinsk og etisk forsvarlig og i tråd med bestemmelsene i helseforskningsloven.

Krav om forhåndsgodkjenning gjelder også for opprettelse av forskningsbiobanker i forbindelse med innsamling, oppbevaring og bruk av humant biologisk materiale i medisinsk og helsefaglig forskning. Dette gjelder selv om materialet er hentet inn i utlandet.

Vesentlige endringer underveis skal godkjennes

Vesentlige endringer i forskningsprosjektets formål, metode, tidsløp eller organisering underveis i et prosjekt skal godkjennes av REK. Endringer i eksisterende forskningsprosjekter, eller oppstart av det som oppfattes som delprosjekter i eksisterende prosjekter, må alltid fremlegges for REK. REK vil deretter ta

stilling til om dette er vesentlige endringer som krever ny godkjenning. Dette gjelder også for prosjekter som er satt i gang før helseforskningsloven trådte i kraft 1. juli 2009.

Tilsynssaker og reaksjonsformer

Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stansing av forskningsprosjekter dersom prosjektet drives på en måte som er uheldig eller uforsvarlig. Videre kan Statens helsetilsyn gi pålegg om nedleggelse av forskningsbiobanker som drives på en uheldig eller uforsvarlig måte.

Statens helsetilsyn har de siste årene behandlet flere tilsynssaker der forskningsprosjekter og forskningsbiobanker har manglet forhåndsgodkjenning fra REK, eller at endringer i prosjektet ikke er fremlagt for REK. I 2018 har vi avgjort tre slike saker.

I en av tilsynssakene manglet et universitet forhåndsgodkjenning fra REK både for et forskningsprosjekt og en forskningsbiobank tilknyttet



forskningsprosjekter og forskningsbiobanker har manglet forhåndsgodkjenning fra REK ”

prosjektet. Det biologiske materialet var hentet fra utlandet. Statens helsetilsyn påla universitetet å returnere materialet i forskningsbiobanken til opprinnelseslandet. Universitetet ble også pålagt å trekke

tilbake eventuelle publiserte artikler som var basert på forskningen i Norge. Alle analyser av materialet og forskningen for øvrig var allerede stanset av det forskningsansvarlige universitetet, slik at det ikke var behov for å pålegge stansing av forskningsprosjektet.

Også i en annen tilsynssak kom vi til at et helseforetaks forskningsprosjekt manglet forhåndsgodkjenning fra REK. Det aktuelle helseforetaket avdekket selv lovbruddet og meldte dette til tilsynsmyndigheten. Saken gjaldt at til sammen 14 pasienter hadde fått behandling med et legemiddel utenfor den godkjente indikasjonen for legemiddelet. Etter hvert ble resultatene av behandlingene sammenstilt og presentert på et nasjonalt fagmøte. Ved en senere gjennomgang av saken vurderte helseforetaket at dette var et forskningsprosjekt som skulle hatt forhåndsgodkjenning fra REK. Etter at lovbruddet ble oppdaget, sørget helseforetaket for å slette den anonymiserte presentasjonen. Personidentifiserbar informasjon om pasientene var ikke lagret andre steder enn i journal. Tre pasienters sykehistorier var anonymisert og brukt i en spesialistoppgave, som ble skjermet for innsyn (klausulert). På bakgrunn av tiltakene som helseforetaket allerede hadde gjort, fant ikke Statens helsetilsyn grunnlag for videre tilsynsmessig oppfølging.

Helseforskningsloven trådte i kraft 1. juli 2009. Formålet med loven var å klargjøre og forenkle regelverket for medisinsk og helsefaglig forskning. Syv regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) behandler søknader om forhåndsgodkjenning av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter og forskningsbiobanker, samt vesentlige endringer av slike prosjekter. Se helseforskningsloven §§ 9, 11 og 25.

«Brukeres, pasienters og pårørendes **stemmer** skal **høres!**»

Helsetilsynets brukerråd ble etablert i 2018 og hadde sitt første møte i august. Både Helsetilsynet og medlemmene i rådet ser fram til å jobbe sammen, og har tro på at samarbeidet vil bidra til at tilsynene med helse-, sosial-, og barneverntjenester blir styrket.

Målet for arbeidet

Hensikten med å opprette brukerråd er å sikre et godt tilsynsarbeid gjennom å fremme brukerperspektivet når Helsetilsynet skal løse sitt samfunnsoppdrag. Pasienter, pårørende og brukere skal involveres i strategisk viktige saker og prosesser. Deres erfaringer skal bli brukt i arbeidet med å utvikle tilsynet, og erfaringene skal bidra til å videreutvikle metoder og praksis for godt tilsynsarbeid.

Oppgaver

Brukerrådet skal gi Helsetilsynet råd i saker som gjelder tilsyns- og klagesaksoppdraget. Det skal være med å videreutvikle brukerinvolvering i tilsyn, gjennom dialog og vurdering av metoder og praksis. Rådet skal formidle kunnskap og erfaringer fra pårørende, brukere og pasienter og bidra til at informasjon om Helsetilsynets arbeid blir mer tilgjengelig.

Brukerrådet skal også bidra til at medarbeiderne i Helsetilsynet får innføring og opplæring i prinsipper for god brukermedvirkning.

Og dette sier lederen ...

Thomas Johansen representerer Landsforeningen for barnevernsbarn og er nyvalgt leder for Brukerrådet. Han sier dette om seg selv og om å delta i brukerrådet:

«Da jeg ble spurt om å sitte i Helsetilsynets brukerråd, var jeg ikke i tvil om hva jeg skulle svare. Ei heller da spørsmålet om valg av leder kom på dagsorden. En reell brukermed-

virkning på systemnivå er en av mine mange hjertesaker, og den kompetansen brukere av offentlige tjenester har i møtet med tjenestene. Jeg er særlig opptatt av at brukernes erfaringer skal tas med i forbedringsarbeid og omlegginger av offentlig tjenestetilbud. Det er slik vi kan sikre brukermedvirkning som virker.

Oppstarten og de innspill som har kommet frem i møtene brukerrådet har hatt så langt, gir meg stor tro på at de forskjellige aktørene vil bidra godt til dette arbeidet. Vi leser stadig i media at tilsyn avdekker alt fra uheldige rutiner og praksis, til alvorlige lovbrudd. I noen tilfeller går brukernes medvirkning for langt, og i andre tilfeller er den bare fine formuleringer i en rapport. Gjennom å fremme brukerperspektivet i Helsetilsynets samfunnsoppdrag ønsker jeg at brukerrådet skal bidra til å jevne ut disse forskjellene, og ikke minst gi tjenestetilbyder grunnlag for et godt forbedringsarbeid. Alt for ofte gir tilsynets funn grunnlag for en lite konstruktiv debatt. En ser heller etter sydebukker på bekostning av nettopp godt forbedringsarbeid og et ønske om å endre praksis til det bedre for alle parter. Dette er en effekt jeg ønsker at brukerrådet kan demme opp for. Vi skal tross alt gjøre dette sammen!

Jeg er snart ferdig utdannet barnevernspedagog, og har fra før av 20 års fartstid innenfor kjemisk prosessindustri. Gjennom hele mitt yrkesliv har jeg sett viktigheten av å involvere alle berørte parter på lik linje for å få frem gode omforente metoder og resultater, gjennom respekt for hverandre, og hverandres utgangspunkt. Det er nettopp denne holdningen jeg kommer til å ta med meg inn i vervet som leder av brukerrådet. Jeg ønsker å se til at rådene og den kunnskapsformidlingen brukerrådet skal gi, blir tatt med inn i evalueringen og videreutviklingen av arbeidet med tilsyn. Jeg har selv

erfaring fra samtlige sider av barnevernsbordet, men mest av alt er det min kunnskap fra det å bo i fosterhjem som kommer til å prege mine synspunkter. Jeg er nok en av de statsministeren kaller for suksesshistorier. Jeg har en god opplevelse fra det å være under barnevernets omsorg, og har derfor et ansvar for å bidra. En fornuftig blanding mellom erfaringskunnskap og fagkunnskap vil være bra for at brukerrådet skal kunne levere på sitt mandat.

Men mest av alt gleder jeg meg til å bli skikkelig kjent med alle sammen, med Helsetilsynet og alle de andre i brukerrådet.

For hvis vi ikke kjenner hverandre, hverandres arbeidsrutiner, rammer og føringer, hverandres styrker og svakheter, hvordan kan man da kunne hjelpe?»

Organisasjonene som er med i brukerrådet:

- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Unge funksjonshemmede
- Samarbeidsforum for funksjonshemmede
- Norsk forbund for utviklingshemmede
- Voksne for barn
- Kreftforeningen
- Velferdsalliansen
- Mental helse Norge
- Landsforeningen for barnevernsbarn
- Pårørendealliansen
- Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon

Og ellers mener Helsetilsynet ...

Hvert år kommer Statens helsetilsyn med høringsuttalelser til lovforslag og offentlige utredninger. Nedenfor er smakebiter på noen av de viktigste uttalelsene vi kom med i 2018. De øvrige høringsuttalelsene finnes på helsetilsynet.no.

På liv og død

Statens helsetilsyn anser at NOU 2017:16 – *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende* er en grundig og omfattende utredning. Palliasjon til alvorlig syke og døende er et viktig og relevant tema i vår tid, og problemstillingene som tas opp, vil bli mer aktuelle i lys av utviklingen i samfunnet med bl.a. en aldrende befolkning der behovet for palliasjon forventes å øke i tiden som kommer.

Statens helsetilsyn støtter hovedkonklusjonene i utredningen, og vil særlig poengtere følgende:

- Integrasjon av palliasjon bør skje tidlig i pasientforløpet.
- Godt organiserte pasientforløp, tilpasset den enkelte pasients behov (pasienttilpassede forløp), vil kunne bedre samhandling, redusere risikoen for uønskede hendelser og derved øke pasientsikkerheten.
- Det er viktig med økt kompetanse om palliasjon i helsetjenesten, og det er viktig at utdanningen i palliasjon styrkes.
- Tilsvarende er det viktig med økt forskning på palliasjon for å styrke kompetansen og kvaliteten i helse- omsorgstjenesten.
- Det er viktig at pårørende trekkes inn tidlig i pasientforløpet siden livstruende sykdom ikke bare affiserer den som er syk, men også de som står nær.

Endringer i sprøyteromsloven

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt høringsnotat med forslag til endringer i sprøyteromsloven (lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika)

og sprøyteromsforskriften (forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika).

Statens helsetilsyn er positiv til å utvide tjenestetilbudet til tunge rusavhengige. Det er kjent at trygge hygieniske rammer for inntak av rusmidler forbygger overdoser og overdosedødsfall, og at det gir økt verdighet for brukerne. Statens helsetilsyn understreker at det er svært viktig at en brukeromsordning er innrettet slik at den blir et velfungerende bindeledd til resten av hjelpeapparatet til tunge rusavhengige.

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å utvide typen stoffer som kan inntas i ordningen. Vi støtter også at det skal kunne benyttes flere inntaksmåter enn injeksjon, og at personellet skal gi opplæring i skånsomme inntaksmetoder.



Forslag til endringer i sosialtjenesteloven – kvalifiseringsprogrammet

Helsetilsynet støtter i hovedsak forslaget til endringer i sosialtjenesteloven og i forskrift om kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad.

Fylkesmennene gjennomførte landsomfattende tilsyn med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet (KVP) i 2013 og 2014. Helsetilsynets oppsummering av tilsynet viste lovbrudd i nesten 85 prosent av de 90 kommunene som hadde tilsyn. Tilsynene avdekket manglende forsvarlig tilgjengelighet til tjenesten KVP, for liten grad av individuell kartlegging og tilpasning og vanskeligheter med å finne spor av brukermedvirkning i dokumentasjonen.

Den nedre aldersgrensen foreslås endret fra 19 til 18 år. Selv om det trolig er få 18-åringer som fyller inngangsvilkårene til KVP, er det positivt at de unge som faktisk har behov for tett og koordinert bistand, nå kan få tilbud allerede fra fylte 18 år. Unge som har hatt tiltak fra barneverntjenesten er en særlig sårbar gruppe, og ved å senke aldersgrensen til 18 år, vil unge som ikke mottar ettervern etter fylte 18 år, kunne fanges opp gjennom KVP-ordningen.

Helsetilsynet anbefaler departementet om å se på muligheten for å utvide den ordinære tidsrammen til tre år. Vi støtter endringsforslaget om at det kan gis ytterligere programtid i inntil ett år etter en særskilt vurdering, da noen brukere i målgruppa vil trenge mer tid enn tre års programtid for å komme i arbeid.

Rapport fra arbeidsgruppe om forslag til rettsmedisinsk obduksjon av alle trafikkdrepte m.m.

Rapporten foreslår at politiet skal pålegges å rekvirere rettslig obduksjon av alle trafikkdrepte i Norge. Vår forståelse er at dette gjelder førere av kjøretøy, passasjerer i kjøretøy, syklist, fotgjengere og så videre. Påtalemyndigheten beslutter i dag i hvert enkelt tilfelle om det skal begjæres rettslig obduksjon. Rapporten begrunner forslaget om å innføre rettslig obduksjon av alle med at det trolig i dag, i enkelte tilfeller og av ulike grunner, ikke blir utført rettslig obduksjon der det burde vært gjort. Noen av disse blir obdusert, men ikke med den rettsmedisinske metodikk, og altså uvisst hvor mange. Rapporten hevder at arbeidet med å øke trafikksikkerheten ytterligere tilsier at alle trafikkdrepte bør få utført rettsmedisinsk undersøkelse. I tillegg skal

Statens havarikommisjon for transport (SHT) og Statens vegvesens ulykkesanalysegruppe (UAG) ha lovhjemlet tilgang til alle helseopplysninger som måtte finnes for alle trafikkdrepte i Norge.

Statens helsetilsyn har forståelse for behovet for rettsmedisinsk undersøkelse av noen trafikkdrepte, men mener det i dag er tilstrekkelig anledning til å få utført dette der det er grunn til å tro at det kan være nyttig, eksempelvis for å finne årsaken til en ulykke eller å finne ut om utforming av kjøretøy kan begrense visse typer skader. Når det gjelder for eksempel personpåkørsler, har vi vanskelig for å se at det samme er tilfelle. Det er også nevnt at utvidet blodprøve med tanke på ruspåvirkning i visse tilfeller ikke blir tatt når det burde vært gjort. Utvidet blodprøve kan tas uten at politiet rekvirerer full rettsmedisinsk undersøkelse.

Et tilstrekkelig antall rettslige obduksjoner, når politiet, SHT og eventuelt UAG er enige om at det er nødvendig, bør være tilstrekkelig for å ivareta formålet trafikksikkerhet i seg selv. Rettslig obduksjon av alle trafikkdrepte kan være unødvendig ressurskrevende og vil kunne gi svært mye overskuddsinformasjon med liten eller ingen nytteverdi.



Landsomfattende tilsyn 2019

Tilsyn med pasienter på «feil avdeling»

Pasientsikkerheten i sykehus skal ivaretas uavhengig av organisering og uavhengig av hvordan utfordringer med plassmangel/overbelegg løses. Tilsynet som fylkesmennene skal gjennomføre i spesialisthelsetjenesten i 2019 og 2020, handler om pasienter som på grunn av plassmangel flyttes til sengeposter som har ledig kapasitet, men der pasientens helseproblem normalt ikke «hører hjemme». Tilsynsmyndigheten skal i dette tilsynet undersøke om helseforetakene iverksetter nødvendige risikoreduserende tiltak, slik at pasienter som flyttes til «feil avdeling» får forsvarlige tjenester, og slik at pasientsikkerheten ivaretas.

Tilsyn med folkehelseloven

Alle landets fylkesmenn skal i 2019 føre tilsyn med kommunens arbeid med tilsyn med miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Miljørettet helsevern omfatter alle faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Barnehagers og skolars inne- og utemiljø er av stor betydning for helse, trivsel og prestasjoner blant barn og unge. Regelverket for miljørettet helsevern i barnehager og skoler inneholder krav til blant annet uteområder, inneklima, renhold, vedlikehold, smittevern og måltider. I følge folkehelseloven er det kommunen som skal føre tilsyn med om private og offentlige barnehager og skoler oppfyller disse lovkravene. Varierende og mangelfull tilsynspraksis fra kommunens side kan medvirke til at barnehager og skoler over tid utvikler dårlig inneklima og andre miljømessige problemer.

Fylkesmannen skal føre tilsyn med om kommunen oppfyller sine plikter som tilsynsmyndighet. Fylkesmannens tilsyn omfatter blant annet om kommunen følger opp forhold som kan tilsi at forhold i miljøet i barnehager og skoler kan være uforsvarlig og ut fra risikovurderinger fører regelmessig tilsyn med dem. Fylkesmannens tilsyn omfatter også kommunens styring av tilsynsarbeidet, blant annet om kommunen sørger for at tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig av de kommunale barnehagene og skolene det føres tilsyn med.

Tilsyn med ettervern og samarbeid mellom barnevernet og sosiale tjenester i Nav

Unge som har hatt tiltak fra barnevernet, har ofte utfordringer i overgangen til et selvstendig voksenliv. Barn som har hatt tiltak fra barnevernet før de fylte 18 år, har rett til ettervern dersom de har behov for det. Noen av dem vil også ha behov for sosiale tjenester fra Nav. Det er risiko for svikt i tjenestene i overgangen mellom barnevernet og Nav. Det skal derfor gjennomføres tilsyn med ettervern og med samarbeidet mellom barnevernet og sosiale tjenester i Nav.

Som ledd i tilsynet, skal fylkesmannen innhente unges opplevelser og erfaringer med ettervernet og samarbeidet mellom barneverntjenesten og sosiale tjenester i Nav. Fylkesmannen skal undersøke om tjenestene samarbeider med de unge i forberedelsen, vurderingene og iverksettelsen av tiltak og tjenester.

Tall og fakta 2018

Barnevern	29
Tilsyn	30
Klager	30
Sosiale tjenester i Nav	31
Tilsyn	31
Klager	32
Helse- og omsorgstjenester	33
Tilsyn	33
Klager	34
Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt	35
Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn	37
Varsler og operativt tilsyn	39
Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer	39
Folkehelse	39
Regnskap og personell	39

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. På nettsiden finnes også mer detaljert statistikk på de ulike tilsynsområdene.

Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med de kommunale barneverntjenestene, barneverninstitusjonene, omsorgssentrene for mindreårige (under 15 år) som har søkt asyl, sentrene for foreldre og barn og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Som del av tilsynet fører fylkesmennene kontroll med at barneverntjenestene overholder frister fastsatt i barnevernloven. De behandler også klager på vedtak barneverntjenestene fatter og klager på tvangsbruk og begrensning av rettigheter i institusjonene.

Tabell 1 Tilsynssaker barnevern, antall avsluttede saker 2016 - 2018

Fylkesmannen i	Avsluttet i 2016	Avsluttet i 2017	Avsluttet i 2018	Saker i 2018 med ett eller flere påpekte lovbrudd
Østfold	25	25	31	58%
Oslo og Akershus	127	141	126	52%
Hedmark	25	40	38	50%
Oppland	25	31	38	74%
Buskerud	53	23	20	55%
Vestfold	14	12	13	54%
Telemark	14	23	14	29%
Aust- og Vest-Agder	33	23	36	56%
Rogaland	62	56	72	39%
Hordaland	65	48	36	53%
Sogn og Fjordane	18	25	15	47%
Møre og Romsdal	14	16	11	45%
Trøndelag	50	67	41	46%
Nordland	44	30	26	73%
Troms	36	34	28	93%
Finnmark	23	33	31	42%
Hele landet	628	627	576	54%
I tillegg avsluttet uten vurdering	191	228	245	

Tabell 2 viser hvilke bestemmelser i barnevernloven som er blitt vurdert i tilsynssakene.

Tabell 2 Vurderte bestemmelser i de avsluttede tilsynssakene mot barneverntjenestene og barneverninstitusjonene i 2018

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Påpekt lovbrudd
Barneverntjeneste (kommunal)	1065	55%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	22	6
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	227	138
Bvl. § 1-5 Barnets rett til nødvendig barneverntiltak (Ny fra 1. juli 2018)	1	1
Bvl. § 1-6 Barnets rett til medvirkning (Ny fra 1. juli 2018. Tidl. Bvl § 4-1 annet ledd	12	9
Bvl. § 1-7 Barnevernets plikt til å samarbeide med barn og foreldre (Ny fra 1. juli 2018)	2	
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	11	8
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	49	23
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	116	55
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	45	19
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	47	33
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	6	1
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	6	4
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	74	29
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	39	17
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	37	25
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	79	45
Bvl. § 6-4 Opplysningsplikt	8	4
Bvl. § 6-7 Taushetsplikt	27	14
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	7	2
Bvl. § 6-9 Frister	22	19
Bvl. § 7-10 annet ledd. Barneverntjenestens innledning til sak	22	21
Bvl. Andre plikter	206	118
Barneverninstitusjon*	113	49%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	42	21
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	44	22
Bvl. Andre plikter	27	12
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	56	73%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	14	11
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	25	17
Bvl. Andre plikter	17	13
Ikke Registrert	3	0 %
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	1	
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	1	
Bvl. Andre plikter	1	
Sum vurderingsgrunnlag	1237	687
Sum saker vurderingene er fordelt på	582	
Sum saker med minst ett påpekt lovbrudd		309
I tillegg saker løst i minnelighet gjennom lokal avklaring mellom de involverte	240	

*Omfatter også omsorgssentre og sentre for foreldre og barn

Tilsyn

Tilsynssakene som inngår i tabell 1 er de sakene fylkesmennene har avsluttet på grunn av informasjon om hendelser og forhold som kan gjelde svikt i tjenestene. I 2018 opprettet fylkesmennene 820 saker, som er noen færre enn i 2017 da det ble opprettet 873. Antallet avsluttede saker var 821, mot 855 året før. Av disse sakene ble 245 overført til virksomhetene for videre oppfølging i samråd med den som hadde klagd på virksomheten. De øvrige 576 sakene ble vurdert av fylkesmennene opp mot aktuelle lovkrav. Lovbrudd ble konstatert i 54 prosent av sakene.

Av tilsynssakene var 86 prosent rettet mot den kommunale barneverntjenesten, de øvrige mot institusjoner eller Bufetat.

Det er mange kilder til tilsynssakene. Barn var kilde i 13 prosent, mor/far i 34 prosent, fosterforeldre i 5 prosent, annen privatperson i 12 prosent og advokat i 15 prosent av sakene.

Tilsynssakene er ofte sammensatt, slik at mange av dem blir vurdert etter mer enn én lovbestemmelse (mer enn ett vurderingsgrunnlag). Krav til forsvarlighet er den lovbestemmelsen som virksomhetene blir vurdert flest ganger opp mot (bvl § 1-4), deretter barneverntjenestens rett og plikt til å foreta undersøkelse (§ 4-3), barns rettigheter under saksbehandlingen (§ 6-3) og plikten til å følge opp barn som er tatt under omsorg av barneverntjenesten (§ 4-16).

Tabell 3 gjelder forskriftspålagte tilsyn i barneverninstitusjonene. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene i hvor mange institusjoner og enheter/avdelinger de må føre tilsyn med.

Tabell 3 Tilsyn med barneverninstitusjoner utført av fylkesmennene i 2018				
Fylkesmannen i	Antall enheter i institusjoner 2018	Antall gjennomført	Antall samtaler	Andel samtaler ut fra antall barn*
Østfold	45	62	66	38%
Oslo og Akershus	81	130	125	33%
Hedmark	24	49	75	46%
Oppland	13	35	34	47%
Buskerud	16	27	39	58%
Vestfold	14	34	67	63%
Telemark	17	33	44	60%
Aust- og Vest-Agder	66	133	150	71%
Rogaland	32	60	77	54%
Hordaland	51	102	113	42%
Sogn og Fjordane	6	20	35	49%
Møre og Romsdal	13	16	27	47%
Trøndelag	49	48	87	64%
Nordland	7	18	37	65%
Troms	26	58	68	58%
Finnmark	6	13	14	33%
Hele landet	466	838	1058	49%

*Andel barn det ble samtalt med, ut fra antallet barn registrert i institusjonen da tilsynet foregikk

Tilsyn med barneverninstitusjoner er forskriftspålagt og utgjør en stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innen barnevernet. I 2018 ble det gjennomført 838 tilsyn med barneverninstitusjonene, mot 945 i 2017. Nedgangen er betydelig. Av tilsynene som ble gjennomført i 2018 var 311 (37 prosent) uanmeldt. Fylkesmennene førte tilsyn med til sammen 174 institusjoner i 2018, mot 170 i 2017. Institusjonene hadde 466 enheter som skulle ha to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plassert etter de såkalte atferdsbestemmelsene i barnevernloven.

Samtale med barna i institusjonene er en viktig del av disse tilsynene. Fylkesmannen skal ta kontakt med det enkelte barn, og spørre om barnets syn på oppholdet. I 2018 fikk 86 prosent av barna i barneverninstitusjonene tilbud om samtale, mot 84 prosent i 2017. Når tilbudet ikke blir gitt til alle, skyldes det at en del barn av ulike grunner ikke er til stede når tilsynet blir gjennomført. Fylkesmennene gjennomførte samtale med 49 prosent av barna som var registrert ved institusjonene i 2018, mot 53 prosent i 2017. I alt ble det gjennomført 1058 samtaler, mot 1334 samtaler i 2017.

De fleste omsorgssentrene for mindreårige asylsøkere som ble opprettet i 2015 er nå avviklet. I 2018 har kun 3 fylkesmenn ført slike tilsyn, med 3 sentre. Ett av sentrene hadde 5 avdelinger/enheter, og det ble totalt gjennomført 11 tilsyn med de 7 enhetene, mot 61 tilsyn med 46 enheter i 2017 og 147 tilsyn med 95 enheter i 2016. Som del av tilsynene hadde fylkesmennene 30 samtaler med beboere, eller 58 prosent av beboerne som var registrert ved sentrene. Av de registrerte beboerne fikk 98 prosent tilbud om samtale med fylkesmannen.

I 2018 ble det gjennomført tilsyn med 4 sentre for foreldre og barn. I landet er det registrert 16 sentre, og de skal ha tilsyn minimum hvert annet år.

Fylkesmennene har gjennomført 3 tilsyn med kommunale barneverntjenester. I mange år har fylkesmennene ført tilsyn med barneverntjenestene som del av landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. I 2018 var det landsomfattende tilsynet rettet mot barneverninstitusjonene og i 2017 mot Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat).

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 8 tilsyn med barneverntjenester fra 2017 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2018.

Klager

Det er relativt få klagesaker innen barnevernet. Hovedtyngden av de 658 realitetsbehandlede sakene i 2018 var klager fra barn i barneverninstitusjoner. Rettighetsforskriften, som gjelder for barneverninstitusjoner og omsorgssentre for mindreårige, gir institusjonene rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og iverksette begrensninger. Av klagesakene, gjaldt 76 prosent klager fra barn i barneverninstitusjoner og omsorgssentre. De resterende 24 prosent gjaldt klager mot barneverntjenestene på tjenester og tiltak, eller mangel på slike.

I 2018 kom det inn 674 klagesaker, mot 678 året før. Fylkesmennene avsluttet behandlingen av 713 saker. Av disse ble 55 avvist. Tabell 4 har kun med de realitetsbehandlede sakene, altså ikke avviste saker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for de realitetsbehandlede sakene var 1,1 md. Hovedregelen er at klager først behandles av virksomheten som har fattet vedtaket, slik at den kan omgjøre eget vedtak ut fra momentene i klagen. Denne regelen gjelder for klager mot barneverntjenestene. For klager etter rettighetsforskriften er ordningen annerledes. Ettersom tvang og begrensninger i institusjonene i de fleste tilfeller allerede er gjennomført, skal de klagenes sendes direkte til fylkesmannen. Gjennomsnittlig tid fra klagen ble fremmet til klagen ble mottatt hos fylkesmannen er 0,5 md. Antallet ikke avsluttede saker (restanser) ved utløpet av året var 40, mot 66 ved utgangen av 2017.

Prosentandelen der klager får helt eller delvis medhold, er høyere for forhold rettet mot barneverntjenestene (41 prosent) enn for forhold rettet mot barneverninstitusjonene og omsorgssentrene (22 prosent). Klager fikk medhold i 16 prosent av de 264 klagesakene mot statlige institusjoner, 27 prosent av 223 saker mot private kommersielle institusjoner, og 34 prosent av 58 saker mot private ideelle institusjoner. Ingen av de 23 klagesakene mot kommunale institusjoner ble det gitt medhold i. Siden det er få klagesaker skal man være varsom med å trekke slutninger av utfallene. Det er mange forhold ved institusjonene, barna og klagen som virker inn på klageomfang og behandling.

Tabell 4 Avsluttede klagesaker mot barneverntjenester og barneverninstitusjoner 2016-2018

Fylkesmannen i	2016	2017	2018	
	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager
Østfold	42	30	23	30 %
Oslo og Akershus	157	129	117	28 %
Hedmark	34	46	52	33 %
Oppland	18	22	42	36 %
Innlandet			1	0 %
Buskerud	33	19	20	40 %
Vestfold	29	27	38	18 %
Telemark	17	16	15	7 %
Aust- og Vest-Agder	36	66	66	27 %
Rogaland	59	55	51	29 %
Hordaland	72	50	65	40 %
Sogn og Fjordane	15	10	17	12 %
Møre og Romsdal	15	7	6	50 %
Trøndelag	53	65	43	19 %
Nordland	14	29	42	17 %
Troms	29	26	35	29 %
Finnmark	11	11	25	28 %
Hele landet	634	608	658	28 %

Tabell 5 Vurderingsgrunnlag i avsluttede klager på vedtak i barneverntjenesten og i barneverninstitusjoner i 2018

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Helt eller delvis medhold for klageren
Barneverntjenester (kommunale)	181	41%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	19	9
Bvl. § 4-3 sjette ledd Sak henlagt etter undersøkelse	4	2
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	2	1
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	91	38
Bvl. § 4-4 sjette ledd Plass i fosterhjem/ institusjon/omsorgssenter	6	2
Bvl. Andre rettigheter	32	9
Fvl. § 21 Avslag på krav om å få gjøre seg kjent med et dokument	27	14
Barneverninstitusjoner og omsorgssentre (offentlige og private)	569	22%
Rettighetsforskr. § 13 Forbud mot tvang og makt	9	6
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte faresituasjoner	180	51
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	27	1
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	62	19
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintetgjøring eller overlevering til politiet	34	5
Rettighetsforskr. § 18 Beboernes korrespondanse	2	1
Rettighetsforskr. § 19 Rusmiddeltesting	1	
Rettighetsforskr. § 20 Tilbakeføring ved rømming	7	
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensninger	118	16
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	3	
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunikasjonsmidler	82	5
Rettighetsforskr. § 25 Rusmiddeltesting- alvorlige atferdsvansker	18	4
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	26	15
Sum vurderingsgrunnlag	750	198
Sum saker vurderingene er fordelt på	658	

I en sak kan flere forhold, og dermed lovbestemmelser, bli vurdert. Tabell 5 gir en oversikt over vurderingene, skilt mellom barneverntjenestene og institusjonene. Den mest vurderte bestemmelsen er tvang i akutte faresituasjoner (rettighetsforskriften § 14).

Statens helsetilsyn har som overordnet organ ikke behandlet forespørsler om overprøving av klagesaker etter barnevernloven i 2018.

Statens helsetilsyn er klageinstans for pålegg gitt av fylkesmennene. Vi har ikke behandlet noen klager i 2018.

Sosiale tjenester i Nav

Tilsyn

Tilsyn gjennomføres ved at fylkesmennene behandler hendelser og forhold som de blir kjent med gjennom klager fra enkeltpersoner, informasjon fra ansatte i sosialtjenesten eller

Tabell 6 Planlagte tilsyn med sosiale tjenester i Nav utført av fylkesmennene i 2018

Fylkesmannen i	System-revisjoner	Andre metoder
Østfold	7	0
Oslo og Akershus	6	19
Hedmark	4	0
Oppland	3	0
Buskerud	3	0
Vestfold	4	0
Telemark	3	0
Aust- og Vest-Agder	9	0
Rogaland	5	0
Hordaland	5	0
Sogn og Fjordane	4	0
Møre og Romsdal	3	8
Trøndelag	4	16
Nordland	4	6
Troms	3	0
Finnmark	2	0
Hele landet	69	49

andre kilder, eller ved at det blir gjennomført planlagt tilsyn, vanligvis som systemrevisjon.

Tradisjonelt behandler fylkesmennene få tilsynssaker rettet mot Nav-kontor. I 2018 ble det opprettet 65 saker og avsluttet 72, mot hhv. 71 og 72 i 2017. Av de avsluttede sakene ble 30 overført Nav-kontor for videre oppfølging, fordi sakens karakter tilsa at mulige lovbrudd ble fulgt opp av virksomheten selv i samråd med den som hadde klagd. I de 42 sakene som ble vurdert av fylkesmennene, ble det påpekt lovbrudd i 48 prosent av sakene.

I 2018 gjennomførte fylkesmennene 118 tilsyn der sosiale tjenester var tema. Av tilsynene var 69 systemrevisjoner, og 49 ved bruk av annen metodikk som stikkprøver og oppfølging av kommunale egenvurderinger. 53 av tilsynene inngikk i det landsomfattende tilsynet rettet mot kommunale tjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, der også kommunale helse- og omsorgstjenester ble undersøkt. Tilsynet er toårig og ble gjennomført også i 2017. De øvrige systemrevisjonene har hatt tema som midlertidig bolig, bruk av vilkår, oppfølging av klagesaker eller økonomisk rådgivning.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 4 tilsyn med sosiale tjenester i Nav fra 2017 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2018.

Klager

Det er relativt mange klager på sosiale tjenester, selv om antallet er lavt sett i forhold til vedtakene som blir fattet overfor de ca. 130 000 sosialhjelpsmottakerne. I 2018 kom det inn 3614 klagesaker, mot 3678 i 2017. Det ble avsluttet 3721 saker, hvorav 61 ble avvist. Antallet ikke avsluttede saker (restanser) ved utløpet av året var 528, mot 695 ved utgangen av 2017.

Tabell 7 Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester 2016-2018

Fylkesmannen i	2016	2017	2018	
	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager
Østfold	373	323	248	24 %
Oslo og Akershus	892	634	1040	23 %
Hedmark	239	273	216	21 %
Oppland	124	128	140	19 %
Buskerud	370	283	299	16 %
Vestfold	186	211	236	21 %
Telemark	94	116	81	35 %
Aust- og Vest-Agder	265	234	199	24 %
Rogaland	294	364	324	17 %
Hordaland	448	404	398	17 %
Sogn og Fjordane	29	25	36	17 %
Møre og Romsdal	112	95	87	26 %
Trøndelag	224	163	179	25 %
Nordland	121	117	95	23 %
Troms	107	85	97	19 %
Finnmark	54	46	46	41 %
Hele landet	3932	3501	3721	21 %

I 79 prosent av vedtakene det ble klaget på, stadfestet fylkesmennene Nav-kontorenes vedtak. Gjennom mange år har omtrent fire av fem klager blitt stadfestet. Fylkesmennene endret ni prosent av vedtakene, og opphevet tolv prosent (dvs. at sakene ble sendt tilbake til Nav-kontor for ny behandling).

De fleste klagesakene gjelder økonomisk stønad, men en del gjelder andre tema etter sosialtjenesteloven. I tabell 8 er det gitt en oversikt over klagetemaene, og utfallet av sakene som fylkesmennene har behandlet.

Statens helsetilsyn fikk som overordnet organ ingen klagesaker til overprøving i 2018.

Tabell 8 Fylkesmennenes vurderinger i klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav i 2018

Vurderte bestemmelser i sosialtjenesteloven	Antall ganger vurdert	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Lovens virkeområde for personer uten fast bopel i Norge (§ 2)	100	21 %
Opplysning, råd og veiledning (§ 17)	27	41 %
Stønad til livsopphold (§ 18)	3391	20 %
Stønad i særlige tilfeller (§ 19)	235	11 %
Bruk av vilkår (§ 20)	77	49 %
Midlertidig botilbud (§ 27)	16	25 %
Kvalifiseringsprogrammet (§§ 29-40)	23	26 %
Øvrige tema i sosialtjenesteloven	160	40 %
Sum vurderingsgrunnlag	4029	21 %
Antall saker vurderingene er fordelt på	3721	

Helse- og omsorgstjenester

Tilsyn med helse- og omsorgstjenestene utføres dels av fylkesmennene, dels av Statens helsetilsyn. I gjennomgangen nedenfor beskrives først tilsyn og klagesaker som fylkesmennene har utført og behandlet, deretter oppgaver utført av Statens helsetilsyn.

Tilsyn

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 kom det inn 3823 nye tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester i 2018. Det er 4 prosent flere enn i 2017, da det kom inn 3672 saker. Antall avsluttede saker var 3728 i 2018, mot 3451 året før. Dermed har antallet tilsynssaker under arbeid (restanser) hos fylkesmennene økt, fra 1983 ved begynnelsen av året til 2077 ved utgangen av 2018. Dette gir en økning på fem prosent.

Fylkesmennene konstaterte ett eller flere lovbrudd i 39 prosent av sakene (1158 av 2937). I tillegg ble 351 saker (12 prosent) vurdert å være av en slik alvorlighetsgrad at de ble oversendt til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon mot

Tabell 9 Tilsynssaker helse- og omsorgstjenester - antall avsluttede saker hos fylkesmennene 2016 - 2018

Fylkesmannen i	Avsluttet i 2016	Avsluttet i 2017	Avsluttet i 2018	Herav saker i 2018	
				med ett eller flere påpekte lovbrudd	oversendt til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon
Østfold	137	140	130	31	5
Oslo og Akershus	469	546	666	275	93
Hedmark	149	172	169	79	24
Oppland	77	79	112	33	22
Buskerud	173	91	92	41	15
Vestfold	145	141	152	87	20
Telemark	104	93	98	52	14
Vestfold og Telemark	0	0	1	0	0
Aust- og Vest-Agder	171	160	198	77	22
Rogaland	210	214	226	63	29
Hordaland	264	282	338	115	19
Sogn og Fjordane	78	94	73	29	5
Møre og Romsdal	108	85	135	43	23
Trøndelag	262	280	235	103	18
Nordland	151	137	135	46	24
Troms	141	87	104	60	10
Finnmark	41	98	73	24	8
Hele landet	2680	2699	2937	1158	351
I tillegg avsluttet uten vurdering	659	752	791		

Tabell 10 Vurderingsgrunnlag i avsluttede tilsynssaker hos fylkesmennene i 2018

Bestemmelse i helsepersonelloven	Antall vurderinger	Herav konstatert lovbrudd eller grunnlag for over sendelse til Statens helsetilsyn
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	118	50
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	61	46
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	134	68
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	988	437
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	3	1
Informasjon (§ 10)	64	38
Organisering av virksomhet (§ 16)	112	72
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	215	127
Pasientjournal (§§ 39-41)	230	179
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	46	37
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	85	76
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	196	133
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven		
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	1130	418
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	152	79
Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven		
Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1), 3-2, 3-2a)	67	33
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	714	290
Informasjon (§ 4-2a)	14	7
Plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	19	16
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	67	40
Pliktbestemmelser i annen helselovgivning	112	61
Sum vurderingsgrunnlag	4527	2208
Antall saker vurderingene er fordelt på	2937	1509

helsepersonell. Andelen saker med lovbrudd og andelen oversendte saker var på nivå med foregående år.

Tilsynssakene er ofte sammensatt, slik at mange av dem blir vurdert etter mer enn én pliktbestemmelse (mer enn ett vurderingsgrunnlag). Antall vurderingsgrunnlag økte i 2018 til 4527 fra 4185 året før. Det er plikten til å gi forsvarlige helsetjenester som oftest blir vurdert. Forsvarlighetsplikten er både en individuell plikt (helsepersonelloven § 4) og en plikt som virksomheter har (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Samlet sett gjaldt 69 prosent av vurderingene en av disse bestemmelsene. Denne andelen er som i de tre foregående årene.

I 2018 gjennomførte fylkesmennene 185 planlagte tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, litt færre enn året før da det ble gjennomført 204. Av de gjennomførte tilsynene i 2018 var 151 systemrevisjoner, hvorav 53 ble gjennomført som ledd i det landsomfattende tilsynet rettet mot kommunale

Tabell 11 Planlagte tilsyn med helse- og omsorgstjenester utført av fylkesmennene i 2018

Fylkesmannen i	Tilsyn i kommuner		Tilsyn i spesialisthelsetjenesten	
	Systemrevisjoner	Andre metoder	Systemrevisjoner	Andre metoder
Østfold	2	4	1	3
Oslo og Akershus	7	1	1	3
Hedmark	12	2	0	1
Oppland	5	1	1	4
Buskerud	7	0	0	1
Vestfold	10	0	2	2
Telemark	6	0	3	5
Aust-og Vest-Agder	25	1	5	0
Rogaland	4	3	0	1
Hordaland	15	2	5	0
Sogn og Fjordane	10	1	1	0
Møre og Romsdal	5	1	0	3
Trøndelag	22	7	0	6
Nordland	10	0	2	2
Troms	3	1	1	1
Finnmark	8	0	1	1
Hele landet	151	34	23	33

tjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, der også sosiale tjenester ble undersøkt. Tilsynet er toårig og ble også gjennomført i 2017.

I tillegg ble 34 tilsyn gjennomført som uanmeldte tilsyn, oppfølging av kommunale egenvurderinger, stikkprøver eller ved bruk av andre tilsynsmetoder.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 39 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2017 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2018. Antallet inkluderer landsomfattende tilsyn rettet mot tjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse, der også sosiale tjenester og spesialisthelsetjenester ble undersøkt.

I 2018 gjennomførte fylkesmennene 56 planlagte tilsyn i spesialisthelsetjenesten, mot 48 i 2017. Av de gjennomførte tilsynene i 2018 var 23 systemrevisjoner. De fleste inngikk i det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Av de 33 tilsynene som ikke var systemrevisjoner, var 16 journalgjennomgang av saker som inngikk i det landsomfattende tilsynet med somatiske akuttinntaks gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis. De øvrige 17 var tilsyn etter annen metodikk.

I tilsyn rettet mot spesialisthelsetjenesten er det vanlig å sette sammen tilsynslag fra flere fylkesmenn i en region. Fylkesmennene har dermed vært involvert i flere tilsyn enn fylkesfordelingen viser.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 10 tilsyn med spesialisthelsetjenester fra 2017 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2018. Av disse er 7 fra det landsomfattende tilsynet med sepsis som er fulgt opp etter en særskilt plan med gjennomgang 8 og 14 måneder etter tilsynet.

Klager

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.

Antallet saker har hatt en betydelig oppgang på 24 prosent, fra 3064 saker i 2017 til 3790 i 2018.

I 22 prosent av sakene fikk den som klagde medhold, enten ved at fylkesmannen endret vedtaket til klagers gunst, eller ved at fylkesmannen sendte saken tilbake for ny behandling. Dette er en svak nedgang fra året før da denne andelen var 24 prosent.

Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6). Antallet slike saker har økt betydelig. I 2018 var det 1701 saker, mot 949 og 631 saker

Tabell 12 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Antall saker avsluttet av fylkesmennene 2016-2018

Fylkesmannen i	2016	2017	2018	
	Antall behandlete saker	Antall behandlete saker	Antall behandlete saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager*
Østfold	178	243	211	23 %
Oslo og Akershus	701	484	648	35 %
Hedmark	92	76	117	22 %
Oppland	97	93	127	18 %
Buskerud	191	211	234	18 %
Vestfold	159	148	155	17 %
Telemark	73	100	58	34 %
Aust- og Vest-Agder	150	158	218	21 %
Rogaland	166	200	281	21 %
Hordaland	394	434	444	12 %
Sogn og Fjordane	72	73	104	22 %
Møre og Romsdal	146	121	161	26 %
Trøndelag	249	306	329	11 %
Nordland	175	163	361	18 %
Troms	181	172	232	21 %
Finnmark	57	82	110	12 %
Hele landet	3081	3064	3790	22 %

* Andel saker der fylkesmannen enten endret førsteinstansens vedtak helt eller delvis, eller sendte saken tilbake til førsteinstansen for ny behandling på grunn av formelle feil i førsteinstansens behandling

Tabell 13 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse og omsorgstjenestelovgivningen. Antall vurderinger i saker avsluttet av fylkesmennene 2018

	2018	
	Antallvurderinger	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen		
- helsetjenester i hjemmet	61	23
- plass i sykehjem	138	48
- plass i annen institusjon	31	14
- praktisk bistand og opplæring	110	61
- støttekontakt	124	54
- brukerstyrt personlig assistanse	195	79
- omsorgslønn	289	82
- avlastningstiltak	166	80
- kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	119	46
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	619	99
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	21	4
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	6	
Pbrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	8	2
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	9	6
Pbrl. § 2-6. Rett til syketransport	1701	167
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	44	8
Pbrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	2	1
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	64	25
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	1	
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	145	43
Forskrift rettigheter og tvang i rusinstitusjoner	1	
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	27	7
Sum vurderingsgrunnlag*	3881	849
Antall saker vurderingene er fordelt på	3790	824

*Noen av sakene omfatter vurderinger opp mot mer enn én rettighetsbestemmelse. Derfor blir summen av vurderinger større enn summen av antall saker.

i henholdsvis 2017 og 2016. Økningen fra 949 til 1701 klager tilsvarer 79 prosent og forklarer hele økningen i det totale antallet klagesaker på helse- og omsorgstjenester.

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan, jf. forvaltningsloven § 35. Statens helsetilsyn har i 2018 behandlet tre slike saker der vi kom til at det ikke var grunnlag for å omgjøre fylkesmannens vedtak.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruken av tvang overfor personer med utviklingshemming. Formålet er å unngå eller redusere bruken av tvang, hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og sikre at personer får dekket grunnleggende behov. Som tvang regnes både tiltak som personen ikke ønsker, og tiltak som objektivt er å regne som tvang. Tiltakene er grovt inndelt 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. I 2018 overprøvd fylkesmannen 1642 vedtak, mot 1622 året før. 1552 av vedtakene ble godkjent.

I drøyt halvparten av vedtakene (58 prosent) var formålet å dekke grunnleggende behov, i en fjerdedel (25 prosent) var formålet skadeavverging, mens om lag en sjettedel av vedtakene (17 prosent) hadde begge formålene.

Ved utgangen av 2018 var det vedtak med virksomme tvangstiltak overfor 1387 personer, omtrent det samme som ved utgangen av 2017 da tallet var 1389 personer. Det var 40 prosent kvinner og 60 prosent menn. De godkjente vedtakene i 2018 omfattet 3229 enkelttiltak, mot 3244 i 2017.

De vanligste tiltakene for å dekke grunnleggende behov er å avgrense tilgang til mat, drikke, nytelsesmidler og eiendeler, hindre tilgang til vann/eiendeler, låse dør/vindu, ha varslingssystem for utgang, utføre tvangspole (tannpuss, vask, dusj, negl- og hårklipp og lignende).

Tabell 14 Tvang og makt overfor personer med utviklingshemming i 2018, helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

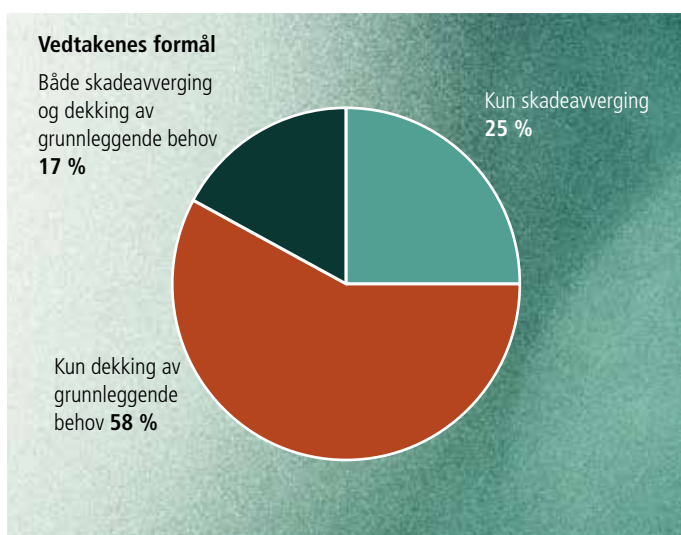
Fylkesmannen i	Meldte beslutninger om skadeavvergende tvangstiltak i nødsituasjoner		Vedtak om tvang som skadeavvergende tiltak og tiltak for å dekke grunnleggende behov					Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall over prøvde vedtak	Andel over prøvd innen 3 md.	Antall godkjente vedtak	Godkjente vedtak med innvilget dispensasjon	Antall personer med godkjent vedtak per 31.12.2018	
Østfold	1608	53	38	76%	36	26	36	8
Oslo og Akershus	5402	414	242	32%	231	199	223	37
Hedmark	460	64	127	100%	127	120	124	11
Oppland	348	53	71	94%	70	57	63	16
Buskerud	530	77	98	82%	87	52	84	6
Vestfold	399	61	88	98%	84	79	77	10
Telemark	187	38	30	68%	30	20	30	3
Aust- og Vest-Agder	209	57	136	94%	134	86	116	32
Rogaland	5996	118	125	13%	96	84	90	8
Hordaland	1032	131	245	86%	241	157	198	40
Sogn og Fjordane	1929	27	30	87%	30	15	26	6
Møre og Romsdal	832	70	156	31%	110	72	97	9
Trøndelag	2159	101	138	98%	132	67	119	20
Nordland	225	26	58	97%	57	41	50	9
Troms	227	41	57	84%	56	41	53	4
Finnmark	2709	26	3	0%	1	1	1	5
Landet	24252	1357	1642	70%	1522	1117	1387	224

Blant tiltakene som kategoriseres som skadeavvergende er de vanligste å holde, føre, hindre tilgang til vann/eiendeler, nedlegge og skjerme.

Fylkesmennene registrerte også skadeavvergende tiltak i enkelte nødssituasjoner jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav. I 2018 ble det registrert 24 252 tiltak mot 18 847 i 2017. Totalt var det 1357 personer som var utsatt for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, mot 1312 i 2017.

Det er vanligvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2018 ble det registrert 12 klager på beslutninger om tvang i nødssituasjoner og overprøvde vedtak, mot 16 i 2017.

I 2018 gjennomførte fylkesmennene 224 stedlige tilsyn for å kontrollere godkjente tvangstiltak eller undersøke forholdene der fylkesmannen enten kjenner til, eller regner med, at det blir brukt tvang. I 2017 ble det gjennomført 223 stedlige tilsyn.

Figur 1 Formål med vedtak om tvang overfor personer med utviklingshemming 2018


Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelp. Pasientene det gjelder er hovedsakelig demente og utviklingshemmede. Helsetjenesten skal fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre eller oppheve det. I 2018 gjennomgikk fylkesmennene 4351 vedtak mot 4323 året før.

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 det er gått tre 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. Antall tremånedersgjennomganger hos fylkesmennene i 2018 var 1655 mot 1820 året før.

Fylkesmennene opphevet eller endret 10 prosent av vedtakene som ble gjennomgått ved innkomst, og 18 prosent av vedtakene ved den fornyede gjennomgangen etter tre måneder. Det er svært få klager på vedtak om tvungen

Tabell 15 Fylkesmennenes behandling av vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A i 2018*

	Tvungen helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. Gjennomgatte vedtak i 2018				
	Gjennomgang ved innkost		Fornyett gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandlede klager på vedtak
	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall
Østfold Oslo og Akershus Buskerud	1086	6%	276	12%	1
Hedmark Oppland	371	5%	165	19%	1
Vestfold Telemark	452	12%	193	13%	4
Aust- og Vest-Agder	245	13%	54	2%	
Rogaland	239	21%	87	21%	
Hordaland Sogn og Fjordane	529	18%	155	15%	2
Møre og Romsdal	209	6%	110	6%	
Trøndelag	542	10%	228	9%	2
Nordland	415	5%	299	44%	
Troms Finnmark	263	10%	88	7%	3
Hele landet	4351	10%	1655	18%	13

*Embetene som er slått sammen fra 1.1. 2019 vises samlet av registreringstekniske årsaker.

helsehjelp etter kapittel 4A, mindre enn én prosent. I 2018 ble det behandlet 13 klager, mens det ble behandlet 11 klager året før.

Statens helsetilsyn har i 2018 ikke behandlet klager på fylkesmennenes vedtak etter kapittel 4 A.

Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som i all hovedsak blir oversendt fra fylkesmennene. I 2018 avsluttet vi 469 saker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, tilsvarende tall året før var 453. Median saksbehandlingstid i 2018 var 4,6 måneder, mot 5,8 måneder i 2017.

Vi fikk 466 nye saker til behandling i 2018, mot 401 i 2017. Per 31. desember 2018 var 205 saker til behandling, tilsvarende antall året før var 208.

I 2018 begjærte vi påtale mot 6 helsepersonell og mot 3 virksomheter. Vi begjærte også påtale mot 3 alternative behandlere. I 9 saker konkluderte vi med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller mot virksomheter.

I 332 av de avsluttede sakene ga vi til sammen 301 reaksjoner rettet mot helsepersonell og påpekte lovbrudd overfor 49 virksomheter. I de øvrige 137 sakene ga vi verken reaksjoner mot helsepersonell eller påpekte lovbrudd overfor virksomheter.

Reaksjoner mot personell

I 2018 mistet 155 helsepersonell til sammen 160 autorisasjoner. Dette er samme antall som i 2017. Den hyppigste årsaken til at vi tilbakekalte autorisasjonen, er som tidligere år misbruk av rusmidler og atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Eksempler på slik atferd er tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold.

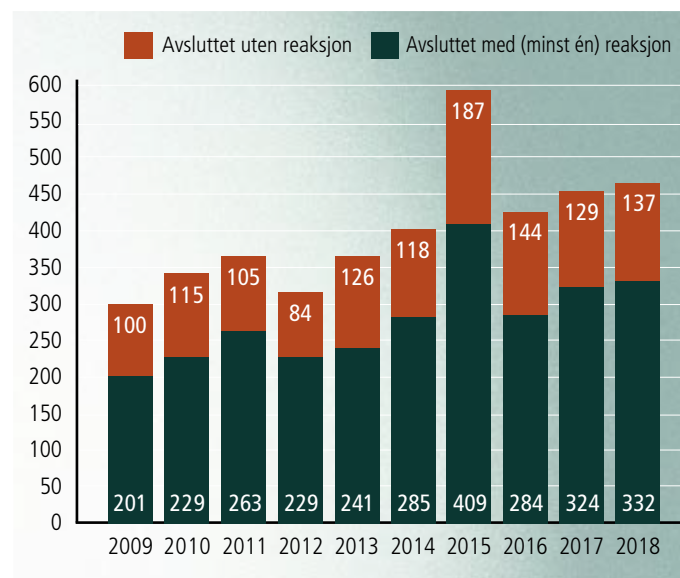
Vi tilbakekalte autorisasjonen til 11 helsepersonell der uforsvarlig virksomhet i form av svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper var eneste grunnlag - mot 5 tilbakekall i 2017. For 16 tilbakekall var svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper ett av flere grunnlag for tilbakekallet - der rusmiddelbruk var det hyppigste tilleggsgrunnlaget.

Statens helsetilsyn begrenset i 2018 autorisasjonen til 16 helsepersonell i medhold av helsepersonelloven §§ 59 og 59 a. For 11 helsepersonell var grunnlaget svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper. Ut over dette mistet 7 leger rekvisiteringsretten for legemidler i gruppe A og B på grunn av uforsvarlig rekvisitering.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 21 helsepersonell mens saken var under behandling. Vi forlenget suspensjonen til 4 helsepersonell.

Det var 17 helsepersonell som ga frivillig avkall på autorisasjonen, og 6 leger som ga frivillig avkall på rekvisiteringsretten for legemidler i gruppe A og B.

Figur 2 Antall avsluttede tilsynssaker og reaksjoner 2008-2018



Tabell 16 Administrative reaksjoner mot helsepersonell 2016 - 2018

Reaksjon:	Advarsel			Begrenset autorisasjon eller lisens			Tilbakekall av autorisasjon eller lisens			Tap av rekkreringsrett helt eller delvis			Sum	Sum	Sum
År:	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Leger	61	59	78	10	12	11	27	47	45	7	7	7	105	125	141
Tannleger	5	3	4				2	2	6			1	7	5	11
Psykologer	4	6	1		1		1	2	3				5	9	4
Sykepleiere	14	18	17	1	3	3	52	70	59				67	91	79
Jordmødre	2	1	1	1									3	1	1
Fysioterapeuter	9	4	2			1	2	2	5				11	6	8
Vernepleiere	2	2			1	1	5	8	3				7	11	4
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere	5	13	9	1	1		24	22	31				30	36	40
Annet autorisert helsepersonell	6		5				6	7	8				12	7	13
Sum	108	106	117	13	18	16	119	160	160	7	7	8	247	291	301

Tabell 17 Årsak til tilbakekall av autorisasjon i 2018

Årsaker til tilbakekall* av autorisasjon/lisens	Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere / Omsorgsarbeidere / Helse fagsarbeidere	Andre	Sum
Helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen	10	9	7	1	27
Ikke innrettet seg etter advarsel	4				4
Rusmiddelbruk	15	34	20	10	79
Legemiddeltveri		12	4	3	19
Seksuell utnyttning av pasient/bruker	1	2	2	5	10
Rollesammenblanding	1	3	1		5
Annen atferd i yrkesutøvelsen	1	8	9	6	24
Annen atferd utenfor yrkesutøvelsen	5	17	7	7	36
Sykdom		4	1	1	6
Mistet godkjenning i utlandet	14	4		4	22
Sum årsaker/ vurderingsgrunnlag for tilbakekall	51	93	51	37	232
Antall tilbakekalte autorisasjoner/ lisenser**	45	59	31	25	160
Antall helsepersonell					155

* 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.

** I enkelte saker har ett og samme helsepersonell fått tilbakekalt flere autorisasjoner (f. eks både autorisasjon som sykepleier og hjelpepleier). Tallet på tilbakekalte autorisasjoner er derfor høyere enn antall helsepersonell.

I 2018 ba Helsetilsynet om sakkyndig vurdering i 10 saker. Videre påla vi 2 helsepersonell sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

Søknader om ny/begrenset autorisasjon og ny rekvisiteringsrett

I 2018 behandlet Statens helsetilsyn 120 søknader fra 109 helsepersonell. Vi innvilget 52 søknader helt eller delvis og avslo 82.

Når en søknad gjelder både ny og begrenset autorisasjon, registreres begge utfallene. Summen av antall innvilgelser og avslag er derfor høyere enn antall behandlede søknader.

Vi ga 16 helsepersonell ny autorisasjon uten begrensninger og 22 fikk begrenset autorisasjon til å utøve sin virksomhet under bestemte vilkår. Vi opphevet etter søknad begrensningene i autorisasjonen til 10 helsepersonell. Fire leger fikk tilbake rekvisiteringsretten for legemidler i gruppe A og B.

Klage på vedtak

I 2018 oversendte Helsetilsynet 79 klager på vedtak til Helseklage ved Statens helsepersonellnemnd (HPN), mot 110 i 2017. Av de oversendte klagene var 61 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 3 suspensjonsvedtak. Det var 18 klager som gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/ begrenset autorisasjon.

HPN behandlet 81 klager på våre vedtak i 2018. De stadfestet 76 vedtak og omgjorde 5, inkludert 1 vedtak om suspensjon.

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 2018 behandlet Statens helsetilsyn 79 saker som inkluderte 84 virksomheter i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mot 82 i 2017. Vi påpekte brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 49 virksomheter, mot 53 i 2017. I 14 av sakene forelå det brudd på opplysnings-

plikten til tilsynsmyndigheten; 7 saker i spesialisthelsetjenesten og 7 i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn ga 1 pålegg om stans av forskningsprosjekt med hjemmel i helseforskningsloven § 51 i 2018. Vi ga varsel om tvangsmulkt til 1 virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Saken er avsluttet da virksomheten oppfylte opplysningsplikten. Vi ga ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1.

Varsler og operativt tilsyn

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

Varsler mottatt i 2018

I 2018 mottok Statens helsetilsyn 639 varsler (Figur 3). 50 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 50 prosent fra somatisk helsetjeneste.

Avdeling for varsler og operativt tilsyn følger opp varslene om alvorlige hendelser på flere ulike måter. Alle varsler opplyses gjennom innhenting av informasjon om hendelsen, og det vurderes om det foreligger mistanke om lovbrudd. Der det ikke foreligger mistanke om lovbrudd avsluttes oppfølging av saken etter innledende undersøkelser.

Ved mistanke om lovbrudd eller forbedringspotensial følges saken opp på ulike måter:

- Oppfølging hos fylkesmannen
- Stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn
- Anmodning om redegjørelse fra helseforetak/privat virksomhet om intern avvikshåndtering som svar på spørsmål fra Statens helsetilsyn
- Tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn

Figur 3 Antall varsler fordelt på år



Tabell 18 Antall varsler fordelt på måten varslene er fulgt opp 2016-2018

Hvordan varslene er fulgt opp	2016	2017	2018
Oppfølging hos fylkesmannen	249	248	290
Stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn	7	13	18
Anmodning om redegjørelse fra helseforetak/privat virksomhet	32	17	0
Annen tilsynsmessig oppfølging	1	2	2
Avsluttet etter innledende undersøkelser	298	358	327
Ikke ferdigbehandlet			2
Totalt	587	638	639

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon. I 2018 ble det gjennomført 16 tilsyn som omfattet totalt 40 besøkte enheter og ett dokumenttilsyn innen ulike fagområder.

Tabell 19 Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2018

Område det er ført tilsyn med	Antall besøkte avdelinger	Antall avvik	Aktivitet
Blod	18	3	Blod og blodkomponenter
Celler og vev	21	7	Egg, sæd, embryo, bein-, brusk- og senevev, hornhinner, amnionhinner, sclera, smittetesting av donorer, kraniebein, stamceller, humane hjerteklaffer, blodårer fra død donor og produkter som inneholder humant materiale
Organer	1	1	Organdonasjon og transplantasjon
Totalt	40	11	Blod, celler, vev og organer

Ved helseforetakene omfattet tilsynet flere ulike fagområder og aktiviteter. For enkelte fagområder ble det kun gjennomført dokumenttilsyn. Helsetilsynet konkluderte med 11 avvik fordelt på 7 av totalt 16 tilsyn.

Folkehelse

I 2018 gjennomførte én fylkesmann tre tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Tilsynene omhandlet kommunens arbeid med tilsyn og godkjenning etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det ble konstatert lovbrudd ved alle tre tilsynene. I 2018 behandlet fylkemennene 21 klagesaker om miljørettet helsevern.

Regnskap og personell

Tildelt budsjett for Statens helsetilsyn var 139,1 millioner kroner. Regnskapet for 2018 viste et mindreforbruk på 1,4 millioner kroner.

Omregnet til årsverk var det 107 ansatte i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2018.

Rapporter fra Helsetilsynet

Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmodtak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis

Rapport fra Helsetilsynet 1/2018

Til beste for den neste – risikostyring før og etter alvorlige hendelser. Eksempler og erfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med tilsynssaker i 2017, der Undersøkelsenheten foretok stedlige tilsyn etter varsler om alvorlige hendelser

Rapport fra Helsetilsynet nr. 2/2018

Barnets synspunkt når ikke frem. Oppsummeringsrapport etter landsomfattende tilsyn med Bufetat 2017

Rapport fra Helsetilsynet nr. 3/2018

helsetilsynet.no

Nettstedet til Statens helsetilsyn er laget for alle som arbeider med eller har ansvar for barnevern, sosiale tjenester eller helse- og omsorgstjenester. Andre viktige målgrupper for nettstedet er journalister, pasienter, brukere og pårørende.

På nettstedet finner du:

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



Statens helsetilsyn

Norwegian Board of Health Supervision
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
Tlf: (+47) 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no
Internett: helsetilsynet.no
Besøksadresse: Møllergata 24

Mars 2019