

# Tilsynsmelding 2013

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene



# Innhold

Statleg tilsyn – sikrar tillit til tenester i velferdsstaten . . . . .	3
Helsestasjonen: Klare krav – men blir dei følgde? . . . . .	4-6
Blodbankane – ikkje seg sjølve nok. . . . .	7-8
«Den veit best kor skoen trykkjer som har han på» . . . . .	9-10
Retten pasientar har til å nekte behandling – blodig alvor? . . . . .	11
Krav til ti sekunds aksesetid på AM-Ksentraler . . . . .	12-13
Barn og unge som informantar i tilsyn. . . . .	14-15
Tilsyn med rettstryggleik ved bruk av tvang overfor utviklingshemma . . . . .	16
Nytt tilsynsområde – på sporet av betre folkehelse? . . . . .	17
Framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga . . . . .	18-19
Satsing over fire år på tilsyn med tenester til eldre gav resultat . . . . .	20-21
Ole Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri fekk Karl Evang-prisen 2013 . . . . .	22-23
Kommunikasjon og samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta . . . . .	24-26
Langvarig bruk av antibiotika . . . . .	27
Alle har krav på ein stad og sove. . . . .	29
Utskriven til heimen, og kva så? . . . . .	30
Vi gjorde det vi skulle, men fann ikkje det vi burde. . . . .	31
Rehabilitering i sjukeheimar – eit område med fare for svikt. . . . .	32
«Alltid budd» – tilsyn med kommunal helseberedskap . . . . .	33
Ruptur av livmor under fødsel . . . . .	34
Og elles meiner Statens helsetilsyn at . . . . .	35-37
Tall og fakta . . . . .	38-46
Publikasjoner fra Helsetilsynet . . . . .	47

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2014.

Ansvarleg redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Mariann Aronsen, Berit Austveg, Sidsel Platou Aarseth, Magne Braaten, Kjersti Engehaugen og Nina Vedholm (leiar).

Grafisk formgjeving og trykking: 07 Media. Opplag 18 000

Illustrasjonar: Monia Nilsen

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

ISSN 1501-8083

Tilsynsmeldingar på internett:

Trykte eksemplar kan bestillast frå Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, telefon 21 52 99 00, epost: trykksak@helsetilsynet.no.

Kommentarar og spørsmål kan sendast til tilsynsmelding@helsetilsynet.no.

The Annual Supervision Report 2013 is also available in English on the website of the Norwegian Board of Health Supervision:

Nokre av artiklane finst i samisk oversetjing på Helsetilsynet sin nettstad

Muhtun artiikkaliid gávnnaat sámegillii Dearvvašvuodageahc'u neahttabáikkis

## Statleg tilsyn – **sikrar tillit** til tenester i velferdsstaten

Tilsynsmeldinga viser breidda i oppgåveporteføljen vår. Tilsynsverksemda vår femnar om helse- og omsorgstenestene, barnevernet og sosialtenesta. Eit tilsynsorgan som har høve til å sjå heilskapen i tenestetilboda, kan bidra til at vi utviklar samanhengande tiltakskjeder.

Det har gått over ti år sidan Statens helsetilsyn blei eit reindyrka tilsynsorgan. Gjennom desse åra har vi fått nye oppgåver. I 2013 har vi gjennomført ei omorganisering for å sikre effektiv oppgåveløysing i tråd med ønska i samfunnet.

Vi har gått frå ein metodefundamentert organisasjonsmodell til ei meir tenesteforankra utforming. Dette gir oss ein organisasjon som dei ulike brukarane våre kan oppfatte meir tilgjengeleg, og som kommuniserer betre med omverda. Ein ny organisasjon gjer det mogleg å lyfte fram prioriterte oppgåver samtidig som vi tek med oss ein veletablert og solid metodekunnskap.

Gode og trygge oppvekstvilkår er avgjerande for at kvart enkelt menneske skal kunne få eit tilvære prega av meistring, livskvalitet og god helse. Eit velfungerande barnevern er eit sentralt verkemiddel for å sikre at barn i utsette posisjonar kan få ein stabil oppvekst med fråvær av skadelege påverknader. Vi har som mål å utvikle oss vidare som eit fagleg sterkt tilsyn med barnevernstenestene, slik at det som er det beste for barna, til kvar tid er prioritert høgast.

Eit tilsyn som skal vere tett på alvorlege hendingar i spesialisthelsetenesta, krev at tilsynsmetodikk, kapasitet og kompetanse blir utvikla. Oppfølging av varsel om alvorlege og uventa hendingar i spesialisthelsetenesta



(varselordninga) krev at tilsynet jobbar raskt og tett med dei som er involverte og råka, for å få oversikt over hendingane og sikre at relevant informasjon blir samla inn. Det blir venta at Statens helsetilsyn skal undersøkje og analysere årsakssamanhengar og gjere



Godt fagleg tilsyn vil kunne bidra til å gi tillit til tenestene.”

vurderingar av forsvarleg praksis. Dette skal stimulere til læring i tenestene og dermed bidra til å redusere risikoen for at det same skjer igjen. Vi ser at vi derfor treng å styrkje kompetan-

sen vår innanfor tryggleiks- og organisasjonsfag. Uventa og alvorlege hendingar handlar om helsepersonell som ønskjer å gjere ein så god jobb som mogleg, men som ikkje alltid lykkast. Men mest av alt handlar det om pasientar som treng medisinsk behandling, og om deira næraste pårørande. Vi har erfart at pårørande ofte har relevant og god informasjon om det som har skjedd – informasjon som supplerer og nyanserer den framstillinga som helsepersonell og leiarar bidreg med. Pasientar og brukarar har fått auka uttale- og innsynsrett i tilsynssaker. Det gir tilsynsorgana eit godt høve til å styrkje

arbeidet med å sikre brukarmedverknad når tilsynsaktivitetar skal utviklast, planleggjast og gjennomførast. Pasientar og brukarar bør vere ein sentral premissleverandør i utviklinga av tenestene, inkludert utviklinga av eit moderne tilsyn med velferdstenestene. Brukarmedverknad bidreg til å sikre legitimiteten til den offentlege tenesteytinga og til å styrkje kvaliteten.

Godt fagleg tilsyn vil kunne bidra til å gi tillit til tenestene. Utan tillit frå pasientar og brukarar kan tenester komme til å forvitre.

Det er auka forventningar om at innsatsen til forvaltninga blir etterprøvd, og at effekten av tilsyn blir dokumentert. Statens helsetilsyn har sett i gang eit fireårig prosjekt som tek i bruk forskingsbaserte evalueringsmetodar som skal vurdere effekten av tilsyn. Resultata kan bli viktige for korleis eit moderne tilsyn med velferdstenestene skal utviklast.

Den samla tilsynsverksemda er sett saman av Statens helsetilsyn og fylkesmannsembeta. Fylkesmannen og Statens helsetilsyn har eit skjebnefellesskap. Vi må spele kvarandre gode for å lykkast med samfunnsoppgavet vårt.

Vi ønskjer at denne tilsynsmeldinga vil gjere synleg godt fagleg tilsyn fundamentert på krava i regelverket – lover og forskrifter er som kjent dei krava samfunnet stiller til tenestene på vegne av brukarane. God lesing!

Jan Fredrik Andresen



## Helsestasjonen: **Hjelp i rett tid?**



I 2013 gjennomførte fylkesmennene eit landsomfattande tilsyn med helsestasjonstenesta til barn i alderen 0–6 år. 78 helsestasjonar i kommunar og bydelar blei undersøkte. Fylkesmennene fann minst eitt lovbrøt i 56 av desse. Her skal vi presentere dei mest sentrale funna.

### **Svikt i gjennomføringa av undersøkingsprogrammet til helsestasjonen**

Den nasjonale faglege rettleiaren på helsestasjonsområdet frå Helsedirektoratet (IS-1154) tilrår eit program for helsekontrollar for aldersgruppa 0-6 år, og presiserer kva som skal bli undersøkt, og når.

Innhaldet i kontrollane byggjer på den kunnskapen som ligg føre om når barn skal nå ulike utviklingstrinn.

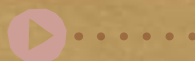
Fylkesmennene konstaterte at mange kommunar hadde redusert programmet og/eller slått saman kontrollar – utan tilstrekkeleg fagleg vurdering av konsekvensar og utan naudsynte kompensierende tiltak. Ofte blei endringane grunngitte med ressursmangel.

Mor og barn blir i dag skrivne raskt ut frå fødeinstitusjonen. Barnet

Barn er avhengige av at vaksne tek omsorg for dei og ser til at dei får gode oppveksttilhøve. Helsestasjonen har ein sentral plass i det helsefremjande og førebyggjande arbeidet kommunen skal drive. Helsestasjonane har ei unik kontaktflate. Dei ser nesten alle barn frå fødselen av, og dei når grupper som dei andre tenestene ikkje fangar opp. Helsestasjonen undersøker korleis barnet utviklar seg fysisk, psykisk og sosialt, med standardiserte undersøkingsmetodar. Dermed kan helsestasjonen fange opp tidlege signal på mistrivsel, omsorgssvikt og utviklingsavvik, og setje inn tiltak eller tilvise vidare. Helsestasjonen har og ei viktig oppgåve med å styrkje foreldra i forelderrolla.

og foreldra skal følgjast opp i løpet av dei to første vekene etter heimkomst. For å oppdage problem med ernæring og tilknytning er det viktig å observere barn og foreldre saman, og helst i heimen. Retningslinene tilrår derfor at helsestasjonen skal tilby heimebesøk seinast to veker etter fødsel. Tilsynet avdekte at mange kommunar ikkje gir dette tilbodet. Somme tilbydde berre undersøkingar per telefon i ferietida eller ved redusert bemanning. Andre gjennomførte heimebesøk berre hos førstegongsfødande eller i risikofamiliar.

Skulestartundersøkinga skal sikre barn hjelp før skulestart med problem som kan gi lærevanskar.





Mange stader blei ikkje skulestartundersøkinga gjennomført før eit stykke ut i første klasse eller i andre klasse. Høyrseundersøking som skulle ha vore utført da barnet var fire år, eller ved skulestartundersøkinga, blei ikkje gjennomført før barnet hadde gått ei tid på skulen. Da kan barnet ha tapt viktig tid når det gjeld undervisning, sosialt samspel og integrering. Når tida mellom kontrollane aukar, aukar og risikoen for at skeivutvikling og dårlege levekår ikkje blir oppdaga i tide.

### Mangelfull journalføring

Forsvarleg praksis krev at journalane er oppdaterte og utfyllande, og at naudsynt informasjon blir utveksla mellom helsestasjon, allmennlegen og spesialisthelsetenesta.

I mange kommunar blei journalar førte ulikt, og journalnotata var ofte ufullstendige. Delar av journalen kunne bli førte ulike stader, for eksempel på fastlegekontoret utan at helsestasjonen fekk kopi. Epikrisar og brev blei ikkje alltid skanna inn, men lagde i papirjournal. Verken papirjournal eller elektronisk journal viste til kvarandre. Konsekvensen av slike manglar kan bli at naudsynt informasjon manglar, og at dei som skal vurdere barnet og setje inn tiltak ikkje ser heilskapen.

Somme kommunar makulerte delar av journalmaterialet. Makulering gjer at det er vanskeleg for nytt helsepersonell å få fullt oversyn over korleis barnet utviklar seg, og er ikkje tillate etter journalforskrifta.

### Svikt i personvern

Helsestasjonen har ansvaret for å sikre personvernet til barnet og familien.

Informasjon om helse og privatliv til foreldra blei fleire stader notert i journalen til barnet, også der opplysningane ikkje var direkte relevante

for helse til og omsorga for barnet. Slik informasjon kan bli tilgjengeleg for barnet når det blir myndig. Ein slik journalpraksis bryt mot personvernet til familie og barn.

### Mangel på kvalifiserte tolketenester

Barn og foreldre har krav på informasjon på eit språk dei forstår. Misforståingar på grunn av språkproblem og ukvalifisert tolking kan få alvorlege konsekvensar for helse og utviklinga til barnet.

Tilsynet avdekte at mange helsestasjonar bruker familiemedlemmer, vener og andre som tolk. Da kan ein ikkje vere sikker på at viktige opplysningar blir oppfatta rett. Informasjon kan bli fordreia, og mora kan la vere å stille spørsmål ho ville ha teke opp dersom ho var aleine med helsepersonell og tolk med teieplikt. Privatpersonar som ikkje er underlagde teieplikt, kan få informasjon som dei ikkje skal ha, om slektningar og vener.

### Det blei ikkje spurt etter brukarerfaringar

Dialog og samhandling mellom foreldre og helsepersonell er viktig for å utvikle gode helsestasjonstenester og for å bygge gjensidig tillit. Tilsynslaga fann at dei færraste kommunane innhenta og gjorde seg nytte av brukarerfaringar i planlegging og kvalitetssikring av helsestasjonane. Somme kommunar og bydelar hadde gjennomført brukarundersøkingar éin eller fleire gonger, andre hadde aldri systematisk spurt etter kva erfaringar brukarane hadde.

Fylkesmennene og pasientomboda får få klager på helsestasjonstenestene. Éin grunn kan vere at foreldre ikkje er kjende med at dei kan klage på ei førebyggjande teneste.

### Mangelfull styring av helsestasjonstenesta

For å kunne styre og korrigere må kommuneleiinga kjenne tenesta og sørge for jamleg rapportering frå drifta. Svært mange tilsynsrapportar beskriv manglar i planlegginga og styringa av helsestasjonstenesta. Nokre kommunar har regelmessige møte på ulike nivå, nokre helsestasjonar rapporterer gjennom året på faste tidspunkt – men i nokre kommunar er budsjett og rekneskap og (kanskje) årsrapport den einaste forma for styringsdialog mellom kommuneleiinga og helsestasjonen.



Når tida mellom kontrollane aukar, aukar også risikoen for at skeivutvikling og dårlege levekår ikkje blir oppdaga i tide.”

Tilsynslaga fann og at helsepersonellet ofte lét vere å melde frå om feil og manglar i tenesta, og at eventuelle meldingar ikkje blir fanga opp og ikkje får konsekvensar. Det fører

til at personell sluttar å sende avviksmeldingar etter ei tid.

### Helsestasjonen: Hjelp i rett tid?

Å ta tak i problem tidleg er svært viktig for helse og utviklinga til barna. Elles aukar risikoen for at utviklingsforstyringar, sjukdom og dårlege oppvekstvilkår ikkje blir oppdaga. Helsestasjonen er ein hjørnestein i førebyggjande helsearbeid. Det landsomfattande tilsynet avdekte svikt og fare for svikt i eit fleirtal av dei kommunane som blei undersøkte. Tilsynet gir kommunane eit godt grunnlag for forbetningsarbeid.

## Blodbankane – ikkje seg sjølve nok

Blodoverføringar (transfusjonar) kan vere heilt livsnødvendige ved ein del sjukdommar og for å erstatte blodtap under operasjonar og ved skadar. Ein sjeldan gong kan blodoverføringa gjere alvorleg skade. Sjølv om blodet hadde rett kvalitet da det blei levert ut frå blodbanken, er det ikkje nødvendigvis slik når pasienten får blodet. Blod må transporterast, handterast og lagrast korrekt. Og ikkje minst må helsepersonellet gi det til rett pasient. Leiinga ved helseføretaket må sjå til at det er god kvalitet og høg pasienttryggleik i alle ledd frå tapping til transfusjon.

### Heile transfusjonskjeda må sikrast, frå blodgivar til pasient

Det er få alvorlege hendingar knytte til blodtransfusjonar i Noreg, men konsekvensane av feil kan i verste fall vere dramatiske med dødeleg utgang for pasienten.

I Noreg er det blodbankar ved dei fleste somatiske sjukehusa. Det overordna ansvaret for blodbankane i landet er fordelt på 19 helseføretak.

Fleirtalet av helseføretaka har meir enn éin blodbank. I somme helseføretak ligg blodbankane under ulike klinikk- eller divisjonsleiarar. Dei kliniske avdelingane er som regel organiserte under andre klinikkar eller divisjonar enn blodbankane. Store delar av organisasjonen og mange leiarnivå er involverte i transfusjonskjeda. Leiinga ved helseføretaket må derfor følgje opp at heile transfusjonskjeda er kvalitetssikra og fagleg forsvarleg, også den delen som dei kliniske

avdelingane står for. Det er ikkje nok å kvalitetssikre verksemda i blodbankane. Blodet må ha rett kvalitet heilt frå mottak, og det må veljast friske blodgivarar til sjølve blodoverføringa.

Kliniske avdelingar bestiller blod til pasientar som treng det, og får blodet levert ut frå blodbanken når det er testa og gjort klart til den aktuelle pasienten. Involvert personell ved dei kliniske avdelingane må ha nødvendig innsikt i og forståing av kva som er kravd når dei skal bestille, hente, lagre og overføre blod og blodkomponentar. Dette er kritiske steg i transfusjonskjeda som kvar enkelt avdeling har ansvar for å kvalitetssikre. Personellet ved blodbanken kan bidra med informasjon, men har ikkje mynde til å følgje opp korleis denne tenesta faktisk fungerer. Dette ligg utanfor myndet til blodbankane, eit felles overordna nivå i helseføretaket må styre og følgje opp dette.

Det er nulltoleranse både for at pasientar får feil blod og for at dei blir påførte infeksjonssjukdommar ved blodoverføringar. God kommunikasjon og samhandling mellom blodbankane og dei kliniske avdelingane er avgjerande for ei sikker transfusjonsteneste.



«eit felles overordna nivå i helseføretaket må styre og følgje opp dette.»

### Fungerande kvalitetsstyringsystem sikrar tenester av god kvalitet

Statens helsetilsyn fører jamlege tilsyn med blodbankverksemda i helseføretaka.

Tilsynet har avdekt

ulik kvalitet på kvalitetssikringssystema i helseføretaka og følgjeleg også på tenestene dei yter. Vi har dessutan avdekt uheldige kvalitetsforskjellar mellom blodbankar og sjukehus



innanfor eitt og same helseføretak. Alle er opptekne av pasienttryggleik, men somme helseføretak har lykkast betre enn andre i å etablere gode kvalitetssikringssystem.

Røynsla vår er at det er nokre kjenne-teikn ved dei helseføretaka som har best kontroll med blodbankverksemda si. Desse følgjer opp at etablerte prosedyrar er i tråd med regelverket, at dei er forståtte, og at dei blir følgde.



Dette gjeld også prosedyrar i dei kliniske avdelingane. Etablert praksis blir jamleg kontrollert ved hjelp av interne revisjonar og eigeninspeksjonar. Leiinga på alle organisatoriske nivå går gjennom kvalitetsstyringssystemet minst éin gong i året. Dei ser da på kvaliteten på aktiviteten dei siste åra for å vurdere om dei må gjennomføre endringar i organisering eller styring for dei kommande åra: Har medarbeidarane rett og nødvendig kompetanse? Må det gjerast endringar i gjeldande prosedyrar? Fungerer samhandlinga mellom blodbanken og kvar enkelt klinisk avdeling? Vidare undersøker leiarane om avvikssystemet og dei interne revisjonane og eigeninspeksjonane har fungert: Blir det avdekt manglar og svikt, og blir dette følgt opp med nødvendige tiltak? Leiinga ved helseføretaket sikrar på denne måten gode og trygge tenester for pasientane sine. Dei har i tråd med internkontrollplikta etablert robuste tryggleiksbarrierar for å hindre uønskte hendingar i pasientbehandlninga. Samtidig sikrar dei også gode og trygge rammevilkår for dei tilsette og seg sjølve som leiarar. Det er føreseieleg for alle kva som blir venta for å utøve forsvarlege tenester.

### Samhandling på tvers av organisatoriske nivå

Leiinga ved andre helseføretak har ikkje i same grad fått på plass ei overordna styring av blodbankverksemda si. Erfaringa vår er at det i stor

grad er etablert tryggleiksbarrierar, men dei verkar ikkje optimalt. Dette kjem tydeleg fram både når vi gjennomfører og følgjer opp tilsyna våre. Nedanfor presenterer vi nokre karakteristiske funn frå tilsyna med blodbankverksemda i helseføretaka dei siste åra.

*Blodbankverksemda i helseføretaket er organisert i tre divisjonar. Kompetansen blir i varierende grad brukt på tvers av blodbankverksemda i helseføretaket, og det er ulik kvalitet på tenestene i dei tre divisjonane.*



**Erfaringa vår er at det i stor grad er etablert tryggleiksbarrierar, men dei verkar ikkje optimalt.”**

*Mangelfull styring og oppfølging frå klinikksejfnivå og seksjonsleiarnivå fører til at leiinga ikkje har tilstrekkeleg kontroll med at etablerte prosedyrar*

*er forståtte og blir følgde, og at krava frå styresmaktene blir innfridde. Dette er særleg tydeleg der fleire organisatoriske nivå må samhandle.*

*Helseføretaket har prosedyrar som skildrar rutiane ved transfusjon av blod og blodkomponentar, men følgjer ikkje opp om prosedyrane blir følgde, koordinerte og oppdaterte. Manglande oppfølging fører til at helseføretaket ikkje har full oversikt over om utlevert blod er av rett kvalitet og faktisk transfundert til pasient.*

*Helseføretaket legg ikkje til rette for erfaringsoverføring og læring mellom sjukehusa.*

I rundskriv I-2/2013 «Lederansvar i sykehus» står det presisert at øvste leiar har ansvar for og må forsikre seg om at internkontrollen (kvalitetsstyringssystemet) fungerer på alle nivå i verksemda. Vidare står det at systematisk kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid er eit ansvar for leiarar på alle nivå i tenesta. Arbeidet skal forankrast hos og etterspørjast av toppleiinga. Leiarar som arbeider nær pasienten, har ei særskild nøkkelrolle. Dette er også gjort tydeleg i Meld.St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tenester.

Det er uheldig at leiinga ved mange av helseføretaka ikkje har fremja nødvendig samhandling mellom blodbankane i helseføretaket, og også mellom kvar enkelt blodbank og ulike kliniske avdelingar. Slike oppgåver krev at dei blir forankra i overordna leiing. Toppleiinga må sjå til at kvalitetssikringssystema verkar slik at dei sikrar at rett pasient får rett blod og av rett kvalitet. Dette må fungere ved alle sjukehusa ved helseføretaket, uavhengig av korleis kompetansen er fordelt. Mangelfull styring og oppfølging av transfusjonstenesta kan resultere i alvorlege konsekvensar for pasienttryggleiken. Kunnskapssenteret fekk 20 meldingar om feiltransfusjonar ved norske sjukehus i 2012.

Blodbankane er ikkje seg sjølve nok. Trygge blodoverføringar krev kvalitetsstyring i alle ledd.



## «Den veit best **kor skoen trykkjer**, som har han **på**»

Arbeidet til tilsynsorgana skal fremje pasienttryggleik og betring i helsetenesta. Dette gjeld også oppfølginga som Undersøkingseininga i Statens helsetilsyn gjer av varsel om alvorlege hendingar i spesialisthelsetenesta etter spesialisthelsetenestelova § 3-3a. Gjennom dette arbeidet erfarer vi at leiinga i helseføretaka grip tak i alvorlege varslingspliktige hendingar på ulike måter. Somme er proaktive, tek raskt grep og går gjennom sjølve hendinga for å avdekkje kva som kan ha svikta i pasientbehandlinga. Korleis helseføretaka grip fatt i ei sak etter at alvorlege hendingar er varsla til tilsynsorgana, kan få noko å seie for korleis Undersøkingseininga følgjer opp med tilsyn. Artikkelen gjer greie for eit eksempel på korleis arbeidet i Undersøkingseininga kan støtte opp under den granskninga helseføretaka gjer sjølv av alvorlege hendingar.

### **Varslingspliktig alvorleg hending – dårleg kommunikasjon og samhandling i AMK-tenesta forseinka pasientbehandlinga**

Ein ettermiddag i januar 2013 ringjer publikum 113 om at ein mann i paraglider har falle 20 – 40 meter utfor ei berghylle i fjellheimen. Vitne fortel at han undervegs trefte ein fjellvegg. Med ein gong etter fallet var han vaken, men hadde ryggmerter.

AMK-sentralen kontaktar legevaktslege og luftambulanselag. Næraste luftambulanselag er oppteken med eit anna oppdrag og ber om at AMK parallelt varslar redningshelikopter, sidan ulykka har skjedd i svært ulendt terreng. AMK-sentralen kontaktar naboregionen for å høyre om dei har ressursar som kan komme raskare. Det skjer på ei uprioritert linje, og telefon-

samtalen blir sett på vent. Da AMK-operatøren etter om lag ti minutt får kontakt, blir det avtalt at et Sea King redningshelikopter frå naboregionen skal hjelpe. På dette tidspunktet er det første luftambulanshelikopteret ledig og blir sendt til ulykkesstaden. Tolv minutt før ambulanshelikopteret er framme ved ulykkesstaden, blir dei varsla om at pasienten har slutta å puste. Omtrent samtidig blir det klart at redningshelikopteret likevel ikkje er varsla som føresett. Dette blir no varsla med ein gong og startar på oppdraget. Helsepersonellet i luftambulansen kjem først til ulykkesstaden og set i gang med avansert hjarte-lungeredning straks, og held fram utan at pasienten responderer. Redningshelikopteret rekk aldri fram før pasienten blir erklært død.

### **Når helseføretaka granskar seg sjølve etter ei alvorleg hending**

Undersøkingseininga fekk varsel om hendinga både frå Medisinsk naudmeldeteneste og AMK-sentralen. Vi kom raskt i dialog med dei som var involverte, henta inn relevant informasjon og fekk oversikt over kva som hadde skjedd. Undersøkingseininga såg det ikkje som påkravd å gjennomføre tilsyn på staden for å skaffe ytterlegare informasjon og oversikt over den konkrete hendinga.

Undersøkinga vi gjennomførte, viste at kommunikasjonen og samhandlinga mellom dei to AMK-sentralane ikkje hadde fungert tilfredsstillande. Bruk av uprioritert telefonlinje slik at ein akuttsamtale blei sett på vent, saman med mangelfull informasjonsutveksling, gav tidstap i ein pressa akuttsituasjon. Forvirring og misforståingar knytte til om redningshelikopter

faktisk var rekvirert, gjorde at dette kom seint av garde til ulykkesstaden. Det var grunnlag for å vurdere konkret om svikt i helsetenesta hadde medverka til at pasienten ikkje fekk forsvarleg medisinsk behandling i tide.



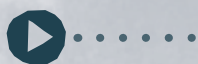
Måltjinga var å vurdere kva dei kunne gjere for å redusere risikoen for at noko liknande skulle skje igjen.”

I den innleiande dialogen med Undersøkingseininga var leiinga i dei tre involverte helseføretaka sjølv tydelege på at helsehjelpa ikkje blei gitt i tråd med

eigne retningslinjer og praksisskildring. Dei jobba aktivt for å finne ut kva som hadde svikta. Måltjinga var å vurdere kva dei kunne gjere for å redusere risikoen for at noko liknande skulle skje igjen.

I oppfølginga vidare valde Undersøkingseininga å leggje vekt på at verksemdene hadde eit aktivt og formålstenleg opplegg for avvikshandtering som føresett i krava til internkontrollforskrifta og til kvalitetsforbetring i spesialisthelsetenestelova § 3-4.

Vi opna ei tilsynssak og bad helseføretaka om ei skriftleg tilbakemelding der dei skulle gjere greie for gangen i hendinga, kva dei sjølve meinte hadde svikta, og kva leiinga hadde gjort eller ville gjere for at denne typen svikt i kommunikasjon og samhandling ikkje skulle skje igjen.



Vi bad spesielt om at helseføretaka skulle gjere greie for kva rutinar og retningslinjer dei hadde for kommunikasjon når det er uklart kva helikopter som er raskast tilgjengeleg i ein akuttsituasjon, og ei vurdering av om rutinen blei følgd i denne konkrete situasjonen. Leiinga i helseføretaka skulle også skildre korleis dei framover ville følgje med på om eventuelle nye tiltak fungerte som føresett i praksis. Vidare måtte helseføretaka gjere greie for korleis dei vil informere og følgje opp pårørande, noko dei ikkje hadde gjort ved denne hendinga.

Etter den første oppfølgingsrunden med helseføretaka stod det framleis att nokre spørsmål som det ikkje var svart tilstrekkeleg godt på, slik Undersøkingseininga vurderte det. Helseføretaka hadde kvar for seg sett i verk tiltak for å forbetre tenesta, blant anna var kompetanseplanar og system for resertifisering av AMK-operatørane reviderte. Prosedyrar for alarmering og koordinering av luftambulansse var også endra. Det var likevel uklart for Undersøkingseininga om dei involverte verksemdene etter hendinga hadde hatt eit felles samarbeidsmøte på tvers av dei tre helseføretaka og med Norsk Luftambulansse. Det gjekk heller ikkje fram korleis dei pårørande var følgde opp. Undersøkingseininga

meinte desse tiltaka var nødvendige å få på plass, og bad derfor verksemdene om ei ny tilbakemelding innan ei fastsett tid.

Det felles samarbeidsmøtet blei gjennomført i september 2013, og konkrete læringspunkt frå hendinga blei gjennomgått og tiltak drøfta og bestemt. Eitt av helseføretaka har også hatt møte med pårørande, der dei fekk tilbod om å høyre lydlogg frå AMK-sentralen og gå gjennom det som hadde svikta i helsehjelpa. Alle dei tre helseføretaka har etablert som ny rutine at dei skal tilby pårørande samtale i situasjonar der svikt i helsehjelpa har hatt alvorlege og uventa konsekvensar for pasienten.

#### **«Den veit best kvar skoen trykkjer, som har han på»?**

Undersøkingseininga erfarer at leiinga i helseføretaka tek tak i alvorlege varslingspliktige hendingar på ulike måter. Somme er proaktive og følgjer raskt opp med intern gjennomgang parallelt med granskingane til Undersøkingseininga. Andre har ei meir passiv og avventande haldning.

Eit robust opplegg for avviksmelding og avvikshandtering er eit vesentleg element i det systematiske arbeidet leiinga skal gjere for å sikre forsvarleg helsehjelp og forbetre praksis. Systematisk gjennomgang av alvorlege

hendingar og andre meldingar om svikt skal vere med på å redusere risikoen for at uheldige og kritiske hendingar og feil skal skje.

«Den veit best kvar skoen trykkjer, som har han på», heiter det i eit ordtak. Evna til å erkjenne svikt og fare for svikt må vere til stades i tenestene og hos leiarane, saman med vilje til å møte alvorlege hendingar aktivt og gjere endringar når det er nødvendig. Statens helsetilsyn får tilbakemeldingar om at den eksterne vurderinga til tilsynsorganane kan vere eit nyttig bidrag for sjukehusa i kvardagen deira der tidspresset er stort og faren for alvorleg svikt kan vere overhengande. Undersøkingseininga har erfart at endringsbidraget vårt kan bli særleg effektivt når helseføretaka sjølve går gjennom hendinga raskt i etterkant, parallelt med tilsynsoppfølginga vår.

Helseføretak skal ifølgje spesialisthelsetenestelova § 3-3a med ein gong varsle alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn. Undersøkingseininga i Statens helsetilsyn vurderer konkret alle varsel, hentar inn informasjon om hendinga og vurderer kva som er ei formålstenleg oppfølging frå tilsynsorganet i kvart enkelt tilfelle.



## Retten pasientar har til å nekte behandling – **blodig alvor?**

Statens helsetilsyn har nyleg avslutta ei tilsynssak der pasienten nekta å ta imot blod, men der blodtransfusjon var heilt avgjerande for at pasienten skulle overleve. I dette tilfellet valde legen å gi blod. Saka er illustrerande for ei vanskeleg etisk, medisinsk og juridisk problemstilling, der sjølvråderetten til pasientar står mot den plikta helsepersonell har til å gi nødvendig helsehjelp.

All helsehjelp, medrekna blodtransfusjon, føreset i utgangspunktet samtykke frå pasienten. Lovgivar har likevel i pasient- og brukarrettslova § 4-9 første ledd spesielt regulert retten pasientar har til å ta imot blod eller blodprodukt:

*Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.*

Etter lovregelen over har pasientar med alvorleg overtvinging rett til å nekte å ta imot blod. Regelen pålegg helsepersonell nokre plikter knytte til dette. Helsepersonellet må forsikre seg om at pasienten er over 18 år, og at den rettslege handleevna på det personlege området ikkje er teken frå pasienten. For det andre har helsepersonell ei plikt til å gi informasjon om konsekvensane av å la vere å ta imot blodtransfusjon, og å sjå til at pasienten faktisk har forstått kva det kan innebære å seie nei.

I tilsynssaka som er nemnd i innleiinga, la Statens helsetilsyn til grunn at helsepersonell i utgangspunktet ikkje har høve til å overprøve avgjerda pasienten har teke om å nekte å ta imot blod.

Statens helsetilsyn meiner at eit sentralt moment for helsepersonell i ein slik situasjon må vere å avklare overtvinginga til pasienten og kor langt overtvinginga rekk. Vi rår til at helsepersonellet

forklarer pasienten ulike hendingsforløp, og at helsepersonellet forsikrar seg om at pasienten forstår rekkjevidda av valet sitt, særleg når pasienten nekta å ta imot blod i situasjonar der blodtransfusjon kan redde liv.

Pasientar som nekta å ta imot blod, har likevel krav på forsvarleg behandling. Konsekvensen av dette er at helsepersonell og verksemdar må planleggje helsehjelpa ut ifrå at det ikkje er råd å gi blod til desse pasientane. Dei kan til ein viss grad skilje mellom planlagde inngrep der både helsepersonell og verksemda er kjende med at pasienten nekta å ta imot blod, og situasjonar meir knytte til akutt hjelp. I situasjonen nemnd først har helsepersonell og verksemd plikt til å planleggje inngrepet grundig, og vi kan også tenkje oss situasjonar der det blir rådd til å overføre pasienten til eit anna sjukehus som er betre rusta til å gjere inngrepet.

I situasjonar knytte til akutt hjelp eller der det oppstår komplikasjonar der pasienten er avhengig av blodoverføring for å overleve, er helsepersonell i utgangspunktet avskore frå å gi blod dersom pasienten ikkje ønskjer dette på grunn av alvorleg overtvinging. Helsepersonell kan oppleve avgjerda til pasienten svært vanskeleg, både etisk, medisinsk og juridisk.

Vanskelege situasjonar kan oppstå i krisehendingar, for eksempel ved bilulykker, der blodoverføring kan vere nødvendig for at pasienten skal overleve. Dersom det er tilgjengeleg opplysningar om at pasienten på grunn av alvorleg overtvinging nekta å ta imot blod, men at pasienten er medvitslaus på det aktuelle tidspunktet, er helsepersonellet i ein utfordrande etisk situasjon.

Pasientretten skal likevel oppfyllest, og helsepersonellet må som hovudregel godta at ein pasient som på førehand har opplyst at han eller ho nekta å ta imot blod, har teke eit personleg val og aksepterer at det kan oppstå situasjonar der døden er ein mogleg utgang.

Helsehjelp som blir gitt utan at pasienten har samtykt, er i utgangspunktet i strid med helselovgivinga. Ein situasjon der det medisinskfagleg er indikasjon for blodoverføring, og det blir gitt blod trass i at pasienten nekta, kan by på vanskelege juridiske vurderingar.

Medisinsk sett kan det å gi blod for å redde liv vere rett. Pasienten har likevel ikkje fått oppfylt retten sin til å nekte å ta imot blod, og opplever det som ei betydeleg bør å ha fått blod mot det uttrykkelege ønsket sitt. Om det er uforsvarleg å gi pasienten blod i strid med det pasienten

ønskjer sjølv, kviler på ei konkret vurdering. Det sentrale for helsepersonellet er å planleggje helsehjelpa slik at ein så langt som råd unngår å komme i ein situasjon der einaste livreddande tiltak er blodoverføring.

I tilsynssaka som er nemnd over, fann vi at legen hadde handla uforsvarleg. Grunngevinga for dette var ikkje at han gav blod mot viljen til pasienten, men at det undervegs i behandlinga låg føre fleire behandlingalternativ som kunne ha forhindra at situasjonen blei så dramatisk at blodoverføring var einaste alternativ for å redde livet til pasienten. Det aktuelle helseføretaket har i etterkant av hendinga gjort fleire endringar knytte til rutinar og prosedyrar for den aktuelle pasientgruppa, og vi fann derfor ikkje grunn til ytterlegare tilsynsoppfølging av sjukehuset.

 Helsehjelp som blir gitt utan at pasienten har samtykt, er i utgangspunktet i strid med helselovgivinga.”



## Krav til **ti sekunds aksesstid** på AMK-sentralar

Statens helsetilsyn har komme til at drifta ved AMK i Oslo og Akershus er i strid med kravet til forsvarleg verksemd i spesialisthelsetenestelova § 2-2 på grunn av for lang aksesstid. Dette er konklusjonen i ei tilsynssak mot Oslo universitetssjukehus. Med aksesstid meiner vi tida det tek frå det begynner å ringje i AMK-sentralen til ein AMK-operatør svarer innringjaren. I tilsynssaka sette Statens helsetilsyn eit fagleg normeringskrav på ti sekunds aksesstid. Kravet er at det skal vere svart på 90 prosent av oppringingane til medisinsk naudtelefon 113 innan ti sekund, og at ingen oppringingar skal ha ei aksesstid på meir enn tjue sekund. Dette er eit fagleg normeringskrav som kjem til å bli lagt til grunn ved eventuelle tilsynssaker i framtida, og kravet definerer grensene for forsvarleg verksemd hos AMK-sentralane i landet når det gjeld aksesstid.

Avviksmeldingar ved AMK Oslo og Akershus frå 2011 og 2012 viste tap av oppringingar og aksesstider på opp til 3,5 minutt. I eitt tilfelle der ei 49 år gammal kvinne hadde pustevanskar, blei det ringt to gonger utan svar. Ved tredje forsøk fekk innringjar svar, da hadde det gått totalt seks minutt frå første oppringingsforsøk.

Opplysningar frå ei anna tilsynssak viste at AMK Oslo og Akershus hadde ei gjennomsnittleg aksesstid på 17,8 sekund (maks var 100 sekund) over ein periode på 90 minutt, og at seks oppringingar blei mista etter gjennomsnittleg 76,2 sekund (maks var 165 sekund).

Norstat gjennomførte i 2009 ei undersøking av aksesstid ved alle AMK-sentralane i landet. Her blei det funne at AMK Oslo og Akershus hadde den lengste aksesstida i landet (18,8 sekund). Samanliknbare sentralar som AMK Bergen hadde 8,3 sekund, AMK Sør-Trøndelag hadde 8,8 sekund og AMK Tromsø 10,2 sekund.

I utgreiinga frå AMK Oslo og Akershus gjekk det fram at «mange oppringningar til 113 ikke blir besvart og at mange besvares for sent». AMK Oslo og Akershus fekk 132 461 oppringingar i 2012, og gjorde greie for ein auke på 10,2 prosent i talet på oppringingar frå 2011 til 2013, som ikkje var kompensert med personalressursar.

Staten helsetilsyn viste i grunngevinga si for kravet om aksesstid på maksimalt ti sekund til at det både nasjonalt og internasjonalt ligg føre faglege normeringskrav til aksesstid på mellom fem og ti sekund:

– Det blei henta inn verksemdsdata frå West Midlands Ambulance Service i England som gjer teneste for ein populasjon på ca. fem millionar innbyggjarar fordelt på to operasjonsentralar som dagleg handterer omtrent 3000 naudmeldingar samla. Dei hadde eit definert mål om ei aksesstid på fem sekund.

– Helse Midt-Noreg RHF har i sin «Revisjon Prehospital plan 2010 – Arbeidsgruppe nødmeldetjenesten» definert krav om aksesstid på mindre enn ti sekund.

– «Plan for prehospitala tjenester i Helse Vest – Sammendrag og prioriteringer» frå desember 2007 definerer at det under normale forhold bør vere ei aksesstid på mindre enn ti sekund.

– Ei breitt samansett gruppe sett ned av Helse- og omsorgsdepartementet leverte i mars 2009 innstillinga si om faglege krav til prehospitala tenester. I innstillinga blir det blant anna presi-

sert at arbeidsgruppa ser det som eit mål at AMK må ha ei aksesstid som er mindre enn ti sekund, og at ei aksesstid utover ti sekund ved tidskriske hendingar blir vurdert som medisinsk uheldig, og vil kunne opplevast som lite tryggleiksskapande for befolkninga.

**” Kravet er at det skal vere svart på 90 prosent av oppringingane til medisinsk naudtelefon 113 innan ti sekund.”**

– Statens helsetilsyn viste i grunngevinga si til at aksesstid blei drøfta allereie i 1998 (jf. NOU 1998:9 Hvis det haster...), der utvalet bak utgreiinga rådde til at «aksesstid 113 bør i gjennomsnitt være 5 sekunder og maksimalt 20 sekunder».

– Statens helsetilsyn viste også til «Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» som i § 8 om AMK- og legevaktsentralar gir opp at desse skal sjå til at helsepersonell i vaktberedskap skal vere tilgjengelege med ein gong.

– Etter den aktuelle tilsynssaka og pålegg om retting har vi frå den svenske Socialstyrelsen fått kunnskap om at aksesstida på SOS Alarm 112-nummeret ikkje skal vere meir enn 8 sekund. Målingar utførte av den svenske Riksrevisjonen i 2011 viste at Sundsvall hadde den beste aksesstida i landet på 5,3 sekund, og at Göteborg kom dårlegast ut med 10,2 sekund.

AMK-sentralane har ein kritisk samfunnsfunksjon som krev stor grad av drifts- og funksjonstryggleik. Før sentralen tek imot og vurderer kvar enkelt melding, er det ikkje mogleg å slå fast kor alvorleg meldinga er, eller kor mykje det hastar. Det inneber at alle naudmeldingar har same hastegrad

inntil dei er tekne imot og vurderte av AMK-operatør. Statens helsetilsyn meiner derfor at vi må stille strenge krav om at AMK-sentralane skal vere lett tilgjengelege, det vil seie ha kort aksesstid. Kort aksesstid bidreg til eventuell raskare utkalling av helseressursar i tidskritiske sjukdoms- eller skadesituasjonar, samtidig som innringjar får råd om livreddande tiltak inntil helseressursane kjem.

Statens helsetilsyn fann det nødvendig å gi kravet om aksesstid på ti sekund i AMK Oslo og Akershus som eit pålegg om retting etter spesialisthelse-

tenestelova § 7-1. Pålegget tok til å gjelde 1. september 2013 med første rapportering 1. oktober 2013. I rapporten går det fram at det er svart på 72,6 prosent av samtalane innan ti sekund, noko Statens helsetilsyn vurderer til ikkje å tilfredsstille kravet i pålegget. På bakgrunn av dette sende Statens helsetilsyn, med heimel i spesialisthelsetenestelova § 7-2, varsel om tvangsmulkt på kr 100 000 per måned gjeldande frå 1. januar 2014 til Oslo universitetssjukehus, dersom kravet til aksesstid ikkje blir oppfylt.

## Barn og unge som **informantar** i tilsyn

Statens helsetilsyn arrangerer kurs i tilsynssamtalar med barn for tilsette hos fylkesmennene. Kursa blir haldne i samarbeid med eksterne fagmiljø. Alle barn og unge som bur på institusjon, skal kontaktast og få høve til å fortelje om korleis dei har det mens dei bur der, jamfør tilsynsforskrifta § 8. Formålet med opplæringa er å styrkje kompetansen hos fylkesmennene på tilsynssamtalar med barn. I 2011 og 2012 snakka fylkesmennene med 41 prosent av alle barn i institusjonane.

### **Opplæringa skal bidra til å heve kvaliteten på samtalane, og at talet på samtalar aukar**

Samtalane med barna skal gi fylkesmannen kunnskap om korleis institusjonen tek hand om behova til kvar enkelt. Bebuarane er ei sentral informasjonskjelde for tilsynsorganet,

og samtalen er eit verkemiddel for å hente inn nødvendig informasjon frå kvar enkelt.

### **Kva inneheld kurset i tilsynssamtalar?**

Ein barnesamtale handlar om meir enn den retten barnet har til å bli høyrte. Korleis barnet blir involvert, er vesentleg for å få fram perspektivet til barnet. På kurset går vi gjennom prinsipp og fasar i gode samtalar. Vi tek i bruk den dialogiske samtalemetoden





(Gamst, 2011, Profesjonelle barne-samtaler), som også blir brukt i avdekkjande samtalar i barnevernet.

Barnet er hovudpersonen i eige liv og kan gi den beste informasjonen som tilsynet kan bruke for å konkludere. Kurset rettar merksemda mot korleis fylkesmannen kan nærme seg barn, både på melde og umelde tilsyn. Kurset gir kunnskap om kva som kjenneteiknar barn som tilsynsorganet møter i institusjonane, og korleis barn og unge som har opplevd omsorgs-svikt og traume, kan følgjast opp av institusjonane. Kurset tek også opp vilkår som må vere til stades for at barn og unge blir sikra god utvikling under opphaldet i institusjonen. Fylkesmannen skal undersøkje og vurdere om institusjonen gir individu-elt tilpassa omsorg og behandling til kvar enkelt bebuar i tråd med grunn-laget for opphaldet. Korleis vi kan forstå og bruke informasjonen frå barn og unge i ein tilsynskontekst, er eit anna viktig tema.

### Rammer for opplæringa

Opplæringa i 2013 omfatta halv-parten av fylkesmannsembeta. Dei andre embeta får tilbod om opplæring i 2014. To tilsette frå kvart embete har fått fem dagars opplæring, fordelt på to samlingar. Mellom samlingane har kursdeltakarane gjort videoopptak av nokre tilsynssamtalar, og erfaringar frå tilsyn som er gjennomførte, skal vere skrivne inn i loggar.

Vurderingstema frå videoane er:

Korleis er kontakten mellom ungdommen og representantane frå fylkesmannen?

Kva kvalitetar i kommunikasjonen finn vi?

Kva er tema for ungdommen?

Kva tema kunne ha vore utforska meir?

Korleis blir informasjonen forvalta?



Sitat frå ungdommar:

«Ungdom ønskjer vaksne som snakkar med dei og behandlar dei skikkeleg»

«Vaksne må snakke med barn og unge på ein likeverdige måte»

«Ungdom ventar ikkje at vaksne alltid skal gi dei rett.»

«Ein skal ikkje ta for gitt at barnet ikkje veit sitt eige beste»

Råd frå ungdom til tilsynet:

«Tilsynet må alltid ta kontakt med kvart enkelt barn.»

«Tilsynet må ikkje komme i skoletida til barnet.»

«Barn og unge må få høve til å velje bort tilsynssamtale.»

## Tilsyn med **rettstryggleik** ved bruk av **tvang** overfor utviklingshemma

Ei oppsummering Statens helsetilsyn har gjennomført av 174 tilsyn på staden i 2012, viser at 155 (om lag 90 prosent) av tilsyna blei gjennomførte der det var godkjent vedtak om bruk av tvang. Resten var gjennomført i situasjonar der fylkesmannen anten hadde fått melding om bruk av tvang i naudssituasjon eller hadde fått annan informasjon om at det blei brukt tvang. Tre av tilsyna var umelde.

Tilsyn på staden er ein viktig aktivitet for å sikre at tvang blir brukt på ein forsvarleg måte overfor kvar enkelt utviklingshemma. Tilsyn på staden skal bidra til auka rettstryggleik for utviklingshemma når det er heilt nødvendig å bruke tvang for å gi forsvarlege tenester. Lovreglane om bruk av tvang skal førebyggje og avgrense bruk av tvang, og hindre at personar med utviklingshemming utset seg

sjølve eller andre for vesentleg skade. Fylkesmannen *skal* gjennomføre tilsyn på staden når det er fatta vedtak om at det *kan* brukast tvang. I tillegg kan fylkesmannen også gjennomføre tilsyn på staden dersom det blir informert om at det er brukt tvang utan at det er gjort vedtak.

### **Tilsynsbesøk i brukarbustaden**

Som hovudregel omfattar tilsynet å møte brukaren og besøkje staden der tenestene blir ytte: i bustaden til brukaren og eventuelle fellesareal. Tilsyna er tilpassa situasjonen og tvangstiltaka til kvar enkelt brukar, og dei blir derfor gjennomførte på noko ulik måte. Fylkesmannen har heimel til å gjennomføre tilsyn på staden i private heimar utan samtykke frå personen. Eit besøk på staden der tenestene blir gitte, kan gi viktig informasjon om omstende som er viktige når det skal gjennomførast tvangstiltak og andre tenester. Men det kan også vere situasjonar og omstende der det ikkje er aktuelt å dra ut til staden der tenestene blir utførte. Slike omstende kan vere omsyn til brukaren eller tilhøve ved sjølve tvangstiltaket, for eksempel bruk av tvangstiltak i bil eller når brukaren er ute.

### **Kontakt med brukar, pårørande og verje**

Det skal nemnast opp verje når det er aktuelt å fatte vedtak om å bruke tvang. Brukaren, pårørande og verje har spesielle rettar når det blir vurdert om det er nødvendig å bruke tvang. Derfor har dei også ei spesiell rolle når det skal gjennomførast tilsyn på staden. Ved tilsyn på staden kan

fylkesmannen, så langt det er mogleg og formålstenleg, møte og ha samtale med brukaren. Pårørande og verje skal få tilbod om samtale slik at dei får høve til å uttale seg om sakstilhøve som vedkjem brukaren og tvangstiltaka. Ofte skjer kontakten ved at det blir gjennomført samtale med pårørande eller verje før det blir henta inn informasjon frå tilsette. I 128 (74 prosent) av dei 174 tilsyna på staden er det gitt opp at tilsynslaget har hatt samtale med pårørande eller verje. Og i ytterlegare 17 (10 prosent) av tilsyna hadde pårørande og verje fått tilbod om samtale, men ikkje hatt høve til eller ønske om kontakt.

Tilsyn på staden kom inn som omgrep under høyringsrunden til lovframlegget om nytt kapittel i 4A i den gamle sosialtenestelova:

«*Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*».

Kommentarane var opptekne av at fylkesmannen i tillegg til systemretta tilsyn også måtte ha plikt til å føre tilsyn på staden direkte med tvangs- og makttiltaka «for å sikre seg at det ikke utvikles en uheldig praksis som er i strid med lovens intensjoner», jf. Innst. O. nr. 14 (2003–2004).

Reglane er førte vidare i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9.



## Nytt tilsynsområde – på sporet av betre folkehelse?

For at kommunen skal få grep om kva folkehelseutfordringar han står overfor, skal han skaffe seg oversikt over helsetilstanden til befolkninga og identifisere helseutfordringar som bør følgjast opp. Med folkehelselova frå 2012 og reglar knytte til planarbeidet i kommunen har Statens helse-tilsyn og fylkesmannen fått eit nytt tilsynsområde. I 2013 har tre fylkesmannsembete gjennomført pilottilsyn med eit avgrensa tal kommunar.

I den nye folkehelselova er ansvaret for folkehelsearbeidet lagt til sjølve kommunen – ikkje berre helsetenesta i kommunen. Fylkesmannen skal undersøkje om kommunane og fylkeskommunane tek hand om

pliktene sine etter folkehelselova. Ansvaret for det overordna faglege tilsynet med folkehelsearbeid er lagt til Statens helsetilsyn. Kommunen har framleis tilsynsansvar for miljøretta helsevern.

### Pilottilsyn

I 2013 gjennomførte Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Fylkesmannen i Vest-Agder og Fylkesmannen i Østfold pilottilsyn med folkehelsearbeid i ni kommunar. Tilsynet omfatta ansvaret kommunen har for å halde løpande oversikt over helsetilstanden i befolkninga, og positive og negative faktorar som kan verke inn. Kommunen skal leggje oversikta til grunn når han vurderer eigna folkehelseiltak. Kommunen skal utarbeide ei samla oversikt kvart fjerde år, og den løpande oversikta er eit ledd i dette arbeidet. Tilsynet vurderte om kommunen hadde styring og leiing som tok hand om desse pliktene.



### Landsomfattande tilsyn med folkehelsearbeid i 2014

Alle pilottilsyna blei gjennomførte med utgangspunkt i ein felles rettleiar. Statens helsetilsyn justerer no rettleiaren på bakgrunn av erfaringane frå pilottilsyna, slik at fylkesmennene får eit godt grunnlag for å gjere landsomfattande tilsyn med folkehelsearbeidet i kommunane i 2014.

### Fleire klagar på at helsepersonell melder til barnevernet, enn at dei ikkje melder

Statens helsetilsyn har oppsummert tilsynssaker frå tre fylkesmannsembete om plikta helsepersonell har til å gi opplysningar til barnevernet. Sakene blei avslutta i 2010 og 2011. Vi har i tillegg gått gjennom alle sakene som Statens helsetilsyn avslutta frå 2002 til juni 2013. Til saman utgjer desse sakene nesten 80 enkeltvurderingar av om helsepersonell eller helseinstitusjonar hadde brote opplysningsplikta til barnevernet.

Helsepersonell har ei individuell plikt til å gi opplysningar til barnevernstenesta når dei har grunn til å tru at eit barn blir mishandla heime, eller at det ligg føre andre former for alvorleg omsorgssvikt. Omsynet til barnet veg tyngre enn retten til å teie om tilhøva til pasienten, og det skal ikkje mykje til før meldeplikta trer inn.

I utvalet vårt fann vi få saker der temaet var brot på opplysningsplikta fordi helsepersonell ikkje hadde sendt melding til barnevernet. Sjølv om desse sakene var få, var dei alvorlege, og dei handla om barn som hadde vore utsette for overgrep og omsorgssvikt over fleire år utan at nokon hadde kontakta barnevernet. Det var barnevernet eller advokat som klaga i desse sakene.

Vurderingstemaet i fleirtalet av sakene var om helsepersonell hadde brote teieplikta si ved å sende bekymringsmelding til barnevernet, eller at helsepersonell hadde sendt over for mykje informasjon til barnevernet. Det var foreldre eller føresette som klaga i desse sakene.

Statens helsetilsyn vil i 2014 publisere ein rapport om plikta helsepersonell har til å komme med opplysningar til barnevernet. Rapporten kjem til å omfatte kunnskap frå fleire kjelder med tilsynserfaringar, kunnskap frå forskning, utgreiing og statistikk, og Statens helsetilsyn sine vurderingar av kunnskapen. Rapporten kjem til å komme med forslag til tiltak.



## Framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake eller avgrense autorisasjonen til helsepersonell, dersom vedkommande blir vurdert som ueigna til å utøve yrket sitt fordi framferda ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga. Framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, kan til dømes vere tjuveri av vanedannande legemiddel frå arbeidsplassen, tjuveri frå ein pasient som helsepersonellet har ansvaret for, trygdebedrageri, sal av reseptar til rusavhengige og økonomisk eller seksuell utnytting av pasientar.

Lovgivar meiner at vi må stille strenge krav til den etiske haldninga og framferda hos helsepersonell for at allmenta skal kunne ha nødvendig tillit til helsepersonellet. Når vi skal vurdere om helsepersonell har hatt ei framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, blir det ikkje lagt vekt på fagleg dugleik. Det vi vurderer, er om helsepersonellet har handla så kritikkverdig at allmenta ikkje lenger kan ha nødvendig tillit til dei.

Lovgivar meiner at kritikkverdig framferd frå helsepersonell *utanfor* yrkesutøvinga også kan påverke den tilliten pasientar og andre har til helsepersonellet og helsetenesta, på ein negativ måte. Statens helsetilsyn har derfor fått mynde til å gripe inn med administrative reaksjonar overfor helsepersonell som har handla kritikkverdig *utanfor* yrkesutøvinga, det vil seie i privatlivet sitt.

Dette reiser problemstillingar knytte til etikk og rettstryggleik. Det er derfor berre viss det dreier seg om svært alvorlege omstende, for eksempel straffbare handlingar, at tilsynsorganet kan gripe inn med administrative reaksjonar mot handlingar som helsepersonellet har gjort i privatlivet sitt.

Statens helsetilsyn behandlar kvart år fleire slike tilsynssaker. Eksempel på kritikkverdig framferd utanfor yrkesutøvinga som har ført til at helsepersonellet har tapt autorisasjonen, er alvorleg valdsbruk, valdtekt, drap, narkotikakriminalitet, gjentekne tilfelle av promillekøyning, eige av barneporno, seksuell omgang med mindreårige og incest.

### Eksempel på saker

Staten helsetilsyn har i 2013 kalla tilbake autorisasjonen frå ein lege fordi legen blei dømd til fengselsstraff for gjentekne tilfelle av fysisk og psykisk vald mot egne barn. Handlingane

hans blei sette på som framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, og legen blei funnen ueigna til å utøve yrket sitt som lege. Legeyrket er eit yrke som krev særleg tillit. Ein lege kan blant anna få behandlingsansvar for valdsutsette pasientar og valdsutøvarar.

Legar har også varslingsplikt til barnevernet dersom det er grunn til å tru at barn blir utsette for vald eller omsorgssvikt. Sjølv om valden blei utøvd av legen som privatperson, så er ein dom for vald mot barn ei sak som er eigna til å svekke den allmenne tilliten til ein lege betydeleg. Samfunnet ser alvorleg på familievald, og dette er blant anna komme til uttrykk gjennom skjerpa straffesaksjonar dei seinare åra.



Lovgivar meiner at kritikkverdig framferd frå helsepersonell *utanfor* yrkesutøvinga også kan påverke den tilliten pasientar og andre har til helsepersonellet og helsetenesta, på ein negativ måte.”

Ein ambulansarbeidar fekk kalla tilbake autorisasjonen sin fordi vedkommande blei dømd til fengselsstraff for valdshandlingar mot ektefellen sin. Valden hadde skjedd over fleire år. Også her blei det vist til det synet samfunnet har på familievald, og handlingane blei vurderte som svært alvorlege. Statens helsetilsyn vurderte at yrket som ambulansarbeidar føreset ein betydeleg grad av allmenn tillit, og at ein avgjerande føresetnad for å

ha nødvendig tillit blant pasientar og i allmenta er at helsepersonellet også utanfor yrkesutøvinga handlar i tråd med allment aksepterte etiske normer.

Ein farmasøyt blei dømd for grov narkotikakriminalitet. Statens helsetilsyn vurderte at farmasøyten ved å gjere seg skuldig i grov narkotikakriminalitet, hadde hatt ei framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga, og kalla tilbake autorisasjonen hans. Slik Statens helsetilsyn vurderte det, var handlingane eigna til å svekkje den allmenne tilliten til han, til farmasøyttyrket og helsetenesta generelt.

Statens helsetilsyn har i ei anna sak avgrensa autorisasjonen til ein lege fordi han to gonger var straffedømd for seksualbrottsverk mot barn. Dei straffbare handlingane blei gjorde før vedkommande blei autorisert som lege. Da tilsynsorganet fekk kjennskap til forholda, låg dommane meir enn tjue år tilbake i tid, og legen hadde ikkje gjort seg skuldig i andre straffbare forhold etter dette. Statens helsetilsyn uttrykte i tilsynssaka at det ikkje var tvilsamt at dei handlingane han var straffedømd for, var eigna til å svekkje tilliten til han som lege i betydeleg grad, og at ein måtte sjå på handlingane som framferd som ikkje lét seg sameine med yrkesutøvinga.

Spørsmålet var om desse handlingane, som låg meir enn tjue år tilbake i tid, gjorde vedkommande ueigna til å vere lege i dag. Statens helsetilsyn vurderte at vilkåra for å kalle tilbake autorisa-

sjonen hans var oppfylt, men kom til at han kunne få ein avgrensa autorisasjon. Grunngevinga for dette var at det var gått så lang tid sidan dei straffbare handlingane skjedde, og at han gjorde seg skuld i dei før han var autorisert som lege. Avgrensingane i autorisasjonen hans er at han ikkje kan yte helsehjelp til barn eller personar med utviklingshemming, og at arbeidsgivaren hans må vere kjend med dei straffbare handlingane og rapportere til tilsynsorganet dersom det skulle skje misferder i yrkesutøvinga hans.

Statens helsetilsyn kan også gi åtvaring til helsepersonell som «har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe». Dette går fram av helsepersonellova § 56 andre ledd. Åtvaring kan vere aktuelt der saka ikkje er så alvorleg at det er grunnlag for å gripe inn så sterkt at autorisasjonen blir kalla tilbake. Eksempel på ei sak som har ført til åtvaring, er ein sjukepleiar som kjøpte vanedannande legemiddel på Internett. Legemidla blei stoppa i tolla, og sjukepleiaren fekk førelegg for innførsel av narkotika. Statens helsetilsyn uttrykte i saka at det at ein sjukepleiar prøver å skaffe seg vanedannande legemiddel på ulovleg måte, er eigna til å svekkje tilliten til vedkommande, men at det i dette tilfellet ville vere urimeleg å reagere med å kalle tilbake autorisasjonen hennar.

# Satsing over fire år på tilsyn med tenester til eldre gav resultat

I åra 2009–2012 gjennomførte Statens helsetilsyn og fylkesmennene ei storsatsing på tilsyn med tenester til eldre. Vi peikte på feil og manglar ved mange av tenestene som kommunar og sjukehus yter. Tilsyna har løyst ut forbedringsarbeid i sjukehusa og i fleire hundre kommunar. Det er gjort greie for funna frå tilsyna og erfaringane med gjennomføringa i ei samling artiklar. Artiklane er tilgjengelege både i papirutgåve og på nettstaden til Helsetilsynet. Nedanfor følgjer ei kort oppsummering.

## Risikoinformasjon som grunnlag for tilsyn

Tilsyn frå 2000–2005 viser at tenestene kommunane yter til eldre, ofte var i strid med lovverk og anna regelverk, og at det var sviktande styring og mangelfull førebygging av uønskte hendingar og kritiske feil. Analysar som Helsetilsynet fekk gjennomført, avdekte også viktige risikoområde i spesialisthelsetenesta.

I 2010 og 2011 utførte fylkesmennene meir enn 500 tilsyn i om lag 70 prosent av kommunane og bydelane i landet. Det blei påvist lovbrøt i to tredelar av tilsyna.

I 2011 blei søkjelyset også sett på korleis eldre med hjerneslag blir behandla (lovbrøt i 9 av 23 tilsyn), og korleis hoftebrøt hos skrøpelege eldre (lovbrøt i 19 av 23 tilsyn) blir behandla i spesialisthelsetenesta.

## Trygge nok tenester til skrøpelege eldre? Tilsynsfunn

Tilsyna var retta inn mot tenesteområde og tiltak som var svært viktige for skrøpelege eldre med omfattande hjelpebehov.

### Hovudfunn i kommunane:

- *Identifisering, utgreiing og oppfølging av heimebuande eldre med demenssjukdom:* Mange kommunar hadde ikkje arbeidd inn tiltak for å fange opp heimebuande pasientar med demens. Ansvarsfordelinga og samarbeidet mellom heimesjukepleie og fastlegar kunne vere uklare, og det var ofte dårleg kontinuitet i tenestetilbodet.
- *Legemiddelhandtering og legemiddelbehandling:* Mange stader var det uklart kven som hadde ansvaret for legemiddelhandteringa. Fylkesmennene fann ofte manglar ved prosedyrar, rutinar og journalføring.
- *Førebygging og behandling av underernæring:* I fleirtalet av tilsyna konstaterte fylkesmennene at sjukeheimar og heimetenester mangla ein innarbeidd praksis for å kartleggje og vurdere ernæringsstatus hos nye tenestbrukarar. Mange stader mangla kommunen systematiske opplegg for å avhjelpe underernæring og vurdere om tiltaka lykkast.
- *Rehabilitering i sjukeheimar:* Fleire stader fungerte det tverrfaglege samarbeidet om rehabilitering av eldre sjukeheimsbuarar ikkje godt nok i praksis. Tiltak som var sette i gang, blei ikkje alltid evaluerte og justerte.

- *Behandling av søknader om avlastning for pårørande:* I dei aller fleste av kommunane som blei undersøkte, blei det ikkje kartlagt og vurdert kva omsorgsbyrde dei pårørande hadde, kva situasjon dei var i, eller kva behov dei hadde for avlastning.

Eit gjennomgåande funn i kommunane var sviktande kompetanse og mangelfulle opplæringstiltak for personellet. Mange kommunar såg ikkje til at dei fekk oversikt over feil for å lære av dei.

### Hovudfunn i helseføretaka:

- *Behandling av eldre med hjerneslag:* Tilsynsfunna tydde på at behandlingstilbodet til eldre slagpasientar var forsvarleg dei aller fleste stadene. Det blei likevel avdekt relativt omfattande styringssvikt ved slagbehandlinga i somme av helseføretaka.
- *Behandling av skrøpelege eldre med hoftebrøt:* Med få unntak opererte dei undersøkte helseføretaka pasientane innan forsvarleg tid. Men dei aller fleste føretaka hadde ikkje sett til at dei tok hand om problematikkn knytt til legemiddelbruk, delirium (akutt forvirring) og ernæringsstatus hos eldre skrøpelege pasientar på ein god nok måte.

### Utprøving av ulike tilsynsformer

Kjernen i tilsyn er lovlegkontroll – det vil seie undersøking og vurdering av om tenesteytinga oppfyller dei krava som er sette i regelverket. Ved landsomfattande, planlagt tilsyn blir lovkrava systematiserte og konkretiserte i rettleiingsmaterieill frå Statens helsetilsyn.



Landsomfattande tilsyn blir oftast gjennomførte med systemrevisjon som metode. Fylkesmennene hentar inn informasjon gjennom gransking av styringsdokument, journalar osv., intervju med leiarar og personell og gjennom synfaring.

Innanfor satsinga på tilsyn med tenester til eldre kunne fylkesmennene velje mellom dei ulike kombinasjonane av tema og undersøkingsmetodar. Dei tre mest brukte metodane var desse:

- *Systemrevisjonar*: Det blir undersøkt om kommunen eller helseføretaket har systematiske ordningar som sikrar at tenestebukarane får trygge og gode tenester i tråd med lovkrava.
- *Stikkprøvetilsyn*: Fylkesmennene samlar inn dokumentasjon i form av vedtak, journalar osv. og vurderer desse opp mot faglege og juridiske krav.
- *Sjølvmeldingstilsyn/eigenkontroll*: Verksemdsleiarar i kommunen eller helseføretaket får tilsendt eit spørjeskjema som avklarar om verksemda følgjer krava i regelverket eller ikkje. Skjemaet blir returnert til fylkesmannen med ein plan som viser korleis eventuelle avvik frå regelverket blir retta opp.

Det blei også ført tilsyn etter eigne rettleiarar for *tilsyn med fastlegar og umeldt tilsyn*.

Høvet til å ta i bruk eit større repertoar av undersøkingsmetodar og verkemiddel ser ut til å ha stimulert tilsynsarbeidet hos mange av fylkesmennene. Utan omsyn til metode er det nødvendig med grundig forarbeid og klare kriterium for å sikre eit godt resultat av tilsynet.

### Ekstra tilskotsmidlar – ei vitamininnsprøyting for tilsynet

I tilknytning til den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre fekk Statens helsetilsyn fire millionar kroner årleg frå Helse- og omsorgsdepartementet for å styrkje tilsynsarbeidet. Seksten av atten fylkesmannsembete har gjennomført prosjekt med støtte frå løyvinga. Prosjekta fell i tre kategoriar:

- *Formidling og spreining av tilsynsfunn og moglege forbetningsmåtar*: Samlingar for kommunar og helseføretak som anten har hatt tilsyn, eller som ønskjer å vidareutvikle si eiga verksemd.
- *Utprøving av tilsynsmetodar*: Bruk av online-verktøy når tilsyn blir gjennomførte; involvering av brukarar og pårørande som informasjonskjelde.
- *Kartleggingar*: Undersøkingar for å skaffe lokal oversiktskunnskap om tenestetilbodet til eldre.

Tilskotsmidlane utløyste stor iderikdom hos fylkesmennene, og gjorde det mogleg med formidlings- og utprøvingsaktivitetar det elles ikkje ville ha vore ressursar til.

### Tilsyn skjerpar og utfordrar endringsarbeid i verksemdene

Da satsinga blei avslutta, ønskte Statens helsetilsyn å få vite meir om kva prosessar og tiltak kommunane sette i gang etter tilsynet. Konsultentskapet Agenda Kaupang utførte ei uavhengig undersøking i 220 kommunar hausten 2012. Det viste seg at 80 prosent av kommunane meinte at tilsynsystemaa var svært viktige for verksemda deira. Fleirtalet meinte at rapporten og dialogen med fylkesmannen om funna gav godt grunnlag for forbetningsarbeidet. Det mest oppmuntrande funnet var at 62 av 69 kommunar som ikkje hadde fått avdekt lovbrøt, likevel hadde sett i gang forbetringstiltak som følgje av tilsynet.

Alt tyder på at satsinga har gitt eit betydeleg bidrag til å forbetre tenestetilbodet til eldre.



Det viste seg at 80 prosent av kommunane meinte at tilsynsystemaa var svært viktige for verksemda deira. Fleirtalet meinte at rapporten og dialogen med fylkesmannen om funna gav godt grunnlag for forbetningsarbeidet.”

## Ole Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri fekk Karl Evang-prisen 2013

I 2013 var det to personar som har ytt ein innsats for urbefolkings- og minoritetshelse på kvar sine områder som fekk prisen.

Ole Mathis Hetta har vore ei tydeleg stemme for den samiske pasienten. Han har i mange år arbeidd med samfunnsmedisinske spørsmål, som distrikslege, kommuneoverlege, kvalitetsrådgjevar og fylkeslege.

Tayyab M. Choudri er leiar av Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG), som han starta på 1990-talet. I gruppa har han teke opp eit breitt spekter av folkehelseproblem, som mental helse, kosthold og mosjon. Han har også teke opp meir sensitive tema, og har vore tydeleg på at organisasjonen byggjer på menneskerettar og likeverd.

### – Treng språkkunnskapar for å nå fram med helseopplysning

– Ønsket mitt var å lage eit nettverk av fagfolk som har dobbel kompetanse, det vil seie både helse- og sosialfagleg kompetanse og språk- og kulturkompetanse, slik at dei har evne til å nå fram med ein helse- og sosialfagleg bodskap i innvandarmiljø, seier dagleg leiar i IHSG (Internasjonal helse- og sosialgruppe) Tayyab M. Choudri, den eine vinnaren av Karl Evang-prisen 2013.

– Vi var i starten nokre få innvandrare som hadde eit engasjement for å hjelpe andre innvandrare med dei sosiale problema og helseproblema som følgjer av å komme til ein ny

kultur, eit nytt klima og ikkje minst å forlate ein kultur med det saknet det inneber.

Tayyab M. Choudri oppretta i 1994 Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG). Han har studert Public Health i England og jobba i helse- og sosialsektoren i Noreg.

– Vi såg at det var mange helseproblem og sosiale problem hos innvandrarbefolkninga. Språkproblem gjorde at dei ikkje fekk tilgang til relevant informasjon om kosthald og mosjon og heller ikkje greidde å ta del i samfunnet på like fot med majoritetsbefolkninga, seier Choudri.

– Ønsket vårt var å vere ein brubyggar mellom innvandrargruppene og institusjonar i den norske offentlege heita og å hjelpe innvandrare med å forstå og ta del i det norske samfunnet.

### Nettverksbygging berande idé

– Fordi vi har kontaktar i innvandarmiljøa, kan vi formidle informasjon frå offentlege organ slik at han når fram. Og det verkar også andre vegen. Vi har kontaktar blant dei som har skorne på i innvandarmiljøa, og kan formidle synspunkt og problem til offentlege organ som kan gjere noko med problema.

– Vi tek tak i kontroversielle saker og snakkar med dei det gjeld. Dialog er heilt vesentleg i arbeidet vårt. Om det gjeld tvangsekteskap, homofili, prevensjon, mobbing eller vald i familien, så snakkar vi med religiøse leiarar; vi snakkar med ungdom som har droppa ut av skolen; vi snakkar med representantar for det offentlege hjelpeapparatet; og vi har til og med hatt Kronprinsen på besøk her, så vi snakkar med alle. Det er metoden vår, seier Choudri.



For å nå ut med ulike bodskapar om ernæring, helse og haldningsskapande arbeid når det gjeld for eksempel tvangsekteskap og prevensjon, bruker IHSG utradisjonelle middel. Dei arrangerer rockekonsertar, der artistane forpliktar seg til å halde appell under konserten om bruk av prevensjon. Dei har moteoppvisingar der modellane ber plakatar med opplysning om hiv-aids-problematikk. Dei set opp teaterstykke og lagar opplysningsfilmar. For eksempel handlar filmen *Gift* om tvangsekteskap og mobbing, og filmen *Bedre kosthold* tek utgangspunkt i kosthaldet til ein liten innvandragut, fortel kva som ikkje er bra, og kjem med tilrådingar om kva ein heller bør etc.

### IHSG driv mange ulike aktivitetar

Kvar onsdag har dei ei samtalegruppe der alle er velkomne til å snakke om problem dei har som innvandrare til Noreg. Gruppa har eit ungdomslag, «East meets West», som jobbar med film, teater og musikk. Dei har også ei gruppe med tolv ungdommar som har droppa ut av skolen. Tema i gruppa er blant andre ungdomskriminalitet, ekstremisme og mobbing.



IHSG arrangerer temakvelder og «Ut i naturen»-grillfest og mange andre arrangement for innvandrere. Gruppen har også utviklingsprosjekt i Pakistan. Det byrja som ein helsestasjon for mor og barn, men i dag er det utvikla til eit sjukehus med over 30 tilsette, og det blir drive i samarbeid med Norad og lokale støttespelarar i Pakistan.

## Tydeleg samisk stemme

Ole Mathis Hetta fekk prisen fordi han har vore ei tydeleg stemme for den samiske pasienten gjennom mange år. Både i lokalt, nasjonalt og internasjonalt samfunnsmedisinsk arbeid, har han vore oppteken av at helsetenesta må kjenne godt til og vise omsyn for det samiske språket og kulturen.

– Det gilde med å bli tildelt denne prisen er at spørsmål knytte til samisk språk og kultur i helsetenesta blir løfta fram. Vektlegginga av språk og kultur har også eit allment siktemål, fordi dette er forhold som er avgjerande for

om pasienten og helsepersonellet forstår kvarandre. Ofte synest det som om helsetenesta ikkje forstår, eller endåtil ikkje bryr seg om dette. For min del har eg vore oppteken av dette frå studiedagane. Eg hugsar ein gong eg som medisinerstudent blei tilkalla til ei samisk kvinne på augeavdelinga. Vi hadde ein god samtale. Mange år seinare møtte eg henne att. Det var ei sterkt oppleving å høyre kor viktig det hadde vore for henne å kunne få snakke med helsepersonell nettopp slik som ho tenkte og levde.

– Ikkje berre har eg fått arbeidd med norske og nordiske samiske forhold.

For rundt tjue år sidan hadde eg eit spennande oppdrag med å vurdere russiske samar sin helse-tilstand. Eg har også fått høve til å arbeide med helse spørsmål hos andre urfolk i ulike verdsdelar som Amerika og Australia. I rundt åtte år arbeidde eg som lege i Sør-Sudan og Tanzania. Slike arbeidsoppgåver gir eit breiare perspektiv på forholda her i landet. Vi har ikkje mykje å klage over her. Men

slike oppdrag gir også innsikt i kor vi kjem til kort som legar. I alt medisinsk arbeid er det vesentleg å vere klår over kor ulike språklege og kulturelle verdsbilete vi har.

*I takketalen din gav du eit lite spark til den evangske samfunnsmedisinske tradisjonen?*

– Ja, eg måtte berre få sagt at eg ikkje er tilhengjar av den ganske sosialdarwinistiske tankemåten som eg tykkjer vi kan spore i denne tradisjonen. Mange samfunnsmedisinarar av min generasjon likar å omtale seg som

«evangelistar». Det har aldri eg gjort. Utan tvil blei store delar av dagens velferdssystem etablerte då, men eg meiner at dei store systema og trua på dei felles ordningane sette mange einskildmenneske og smågrupper i skuggen.

*Formelt sett er du pensjonist no. Har du planar om å fortsetje som samfunnsmedisinar?*

– Eg omtalar meg som deltidspensjonist. Eg kjem nok til å drive litt med konsulentarbeid ikkje minst når det gjeld samiske spørsmål og urfolk. Men eg likar også undervising, så det blir nok litt av det også.



I alt medisinsk arbeid er det vesentleg å vere klår over kor ulike språklege og kulturelle verdsbilete vi har.”

*Du har vore engasjert i samfunnsmedisinsk arbeid i 40 år.*

*Korleis er stoda i faget i dag?*

– Faget står etter mi vurdering langt sterkare i dag enn for berre få år sidan. Tilgangen på utdanningskandidatar er god. Eg er sjølv vegleiar for to utdanningsgrupper no. Men ikkje

minst pregar det jo samfunnsmedisinen at Noreg er eit godt land å bu i. Vi har det godt her. Men eg trur nok at framtida vil stille spørsmål ved kva vi dreiv på med i vår tid. Vi tek truleg alt for lett på dei store globale skilnadene i økonomi og helse. Eg trur også at vi litt for lett vindt brukar miljøargument for å sikre vår eigen vesterlandske posisjon. Sjølv sagt er energiforbruket vårt for høgt. Men eg er meir uroleg for dette i eit rettferdsperspektiv, enn eg er i eit miljøperspektiv. Og så har vi kanskje ei litt for stor tiltru til kva rolle og berekraft Norge som eit lite land har til å «berge verda».





# Kommunikasjon og samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta

God kommunikasjon og samhandling er ein føresetnad for velfungerande helsetenester. Statens helsetilsyn behandlar mange saker som viser kommunikasjons- og samhandlingsutfordringar i overgangane mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Slike problem er ofte med på å prege behandlingsforløpet på ein uheldig måte og fører til misforståingar og forseinkingar som kan få alvorlege konsekvensar for pasienten.

Ved å sjå på detaljane i behandlingsforløpet når det har skjedd ei alvorleg hending, kan vi avdekkje kvar det svikta. Når tilstanden for pasienten er uavklart, inneber gjerne behovet for utgreiing og behandling at fleire instansar blir involverte. Det er ikkje uvanleg at pasientar er i kontakt med både fastlege, legevakt og sjukehus både éin og fleire gonger i eit utgreiings- og behandlingsforløp. God kommunikasjon og samhandling mellom dei ulike instansane er heilt vesentleg for at pasienten skal få rett diagnose og fagleg forsvarleg behandling, og at det heile skjer på ein god og formålstenleg måte.

Nokre eksempel frå hendingsbaserte tilsynssaker illustrerer konkrete område der svikt i kommunikasjonen og samhandlinga har fått konsekvensar for pasientforløpet. Felles for eksem-

pla er at vesentleg informasjon om tilstanden til pasienten ikkje blir fanga opp.

## «Berre ein telefon ...» – to eksempel

Telefonsamtalar der legevakt kontaktar sjukehuset for å diskutere vidare behandling og utgreiing av akutthjelp-pasientar med uavklarte tilstandar, ser ut til å vere eit kritisk punkt, viser fleire av dei tilsynssakene vi har behandla. Slike samtalar stiller store krav til tydeleg kommunikasjon med avklarte ansvarstilhøve og klare forventningar til kontakten. I fleire saker var det uklart kva legevakta eigentleg hadde formidla da ho kontakta spesialisthelsetenesta. Det same gjeld kva spørsmål som blei stilte da legevakta vende seg til spesialisthelsetenesta.

Eksempel frå to klager på forseinka diagnose og behandling illustrerer dette. I det første tilfellet kontakta ein legevaktslege lokalsjukehuset for å konferere med ei bakvakt om ein pasient med demensliknande symptom som hadde utvikla seg raskt dei siste par vekene. Pasienten hadde også hatt hjerneristing etter fall to månader tidlegare. Det var da tatt CT av hovudet som ikkje tyda på nokon skade. I samband med at vi behandla tilsynssaka, går det fram at samtalen mellom legane blei svært ulikt oppfatta. Legevaktslegen hevda at dei kontakta sjukehuset med tanke på å få pasienten lagd inn, mens sjukehusle-

gen har forklart at samtalen blei oppfatta som ein generell førespurnad om handtering av akutt demensutgreiing av ein pasient. Legevaktslegen viste på bakgrunn av samtalen pasienten tilbake til fastlegen for vidare utgreiing dagen etter. Det viste seg at pasienten hadde eit subduralt hematom (ei blodoppsamling mellom hjernehinene som trykkjer på hjernen).

I det andre tilfellet tok ein legevaktslege telefonkontakt med medisinsk avdeling ved eit sjukehus for å få ei vurdering av ei gravid kvinne i veke 34 som hadde komme inn med akutte pustevanskar. Kvinna opplevde det sjølv som eit langvarig astmaanfall, men responderte ikkje på astmamedisin. Om samtalen har legevaktslegen forklart at han ønskte observasjon eller innlegging ved medisinsk avdeling, men at dette blei avslått. Vakthavande lege ved medisinsk avdeling opplyser derimot at han oppfatta det som at førespurnaden dreidde seg om medikamentell behandling av ei gravid kvinne med astma, og at han ikkje blei spurd om å sjå til pasienten. Legevaktslegen skreiv derfor inga tilvising til medisinsk avdeling, men heldt fram utgreiinga ved å kontakte gynekologisk avdeling. Det viste seg at kvinna hadde blodpropp i lunga.



## Informasjonen frå sjukehuset – tre eksempel

Informasjon og vurderingar som blir sende over frå spesialisthelsetenesta til fastlegen eller oppfølgjande instans, er eit anna sårbart område som stiller store krav til tydeleg kommunikasjon. For at fastlegen skal bli i stand til å følge opp pasienten på ein forsvarleg måte, må opplysningane frå sjukehuset vere tilstrekkeleg utfyllande og ansvaret for oppfølginga tydeleg avklart. Fleire saker har vist at svikt i informasjonen som blir send frå sjukehuset til fastlegen, kan få alvorlege konsekvensar for pasienten. Her følgjer nokre eksempel:

Ein pasient var blitt operert for akutt blindtarmbetennelse. På bakgrunn av erfaringa si meinte spesialistane som opererte, at det også kunne vere mogleg at pasienten kunne ha kreft i tjukkarmen. I epikrisen som blei send til fastlegen, blei det rådd til å greie ut pasienten vidare med koloskopi, men utan at mistankane om kreft som låg bak, blei nemnde. Pasienten ønskte ikkje vidare utgreiing på dette tidspunktet. Det er nærliggjande å tru at dersom fastlegen hadde fått tydelegare informasjon om mogleg kreft, så ville han ha kunna påverke pasienten til å ikkje avstå frå vidare utgreiing. Det viste seg seinare at pasienten hadde kreft i tjukkarmen. Statens helsetilsyn fann i denne saka at overlegen som hadde skrive epikrisen, hadde handla uforsvarleg ved å ikkje informere om mistanken om kreft.

Ein pasient med kjend, kronisk nyresjukdom hadde vore innlagd på eit universitetssjukehus og hadde fått skrive ut eit nytt legemiddel som kravde spesiell oppfølging med kontrollar av blodprosenten (hemoglobin) kvar veke. I pasientjournalen stod det at sjukehuset rådde til at fastlegen gjorde desse kontrollane. I epikrisen/informasjonen som blei send til fastlegen, stod det derimot berre at pasienten skulle følgjast opp poliklinisk ved nyreavdelinga på lokalsjukehuset der han var kjend frå før. Det blei ikkje gitt informasjon til fastlegen om forholdsreglar knytte til å bruke legemiddelet. Dette førte til at pasienten ikkje blei følgd opp med blodprosentkontrollar hos fastlegen. I dette tilfellet svikta samhandlinga også på andre måtar ved at universitetssjukehuset heller ikkje informerte lokalsjukehuset om oppstarten av det nye legemiddelet. På den måten tok det enda lengre tid før det blei oppdaga at han ikkje fekk nødvendig oppfølging. Statens helsetilsyn fann at vi ikkje kunne vente at fastlegen kunne ha kunnskap



**Eksempla viser kor sårbart behandlingsforløpet for pasienten er for korleis helsepersonell samhandlar”**

om korleis han skulle følge opp behandlinga utan at han fekk nærare rettleiing frå spesialisthelsetenesta. Det blei elles funne at spesialisthelsetenesta fullt ut burde ha stått for behandlinga og oppfølginga av denne pasienten.

Andre gonger speler også teknisk svikt inn. Ein pasient klaga på fastlegen sin for manglande oppfølging av D-vitaminmangel som var påvist på sjukehuset. Det viste seg at fastlegen ikkje hadde fått prøvesvara frå sjukehuset som forventa, fordi det var driftsproblem med det elektroniske samhandlings-systemet mellom fastlegen og sjukehuset. Da pasienten purra, ringde fastlegen sjukehuset og fekk ein del prøvesvar munnleg, men ikkje at pasienten hadde lågt D-vitaminnivå.

Samhandling og kommunikasjon mellom kommune- og spesialisthelsetenesta går føre seg på veldig mange område og nivå. Eksempla over viser kor sårbart behandlingsforløpet til pasienten er for korleis helsepersonell samhandlar, og at ein telefonsamtale eller nokre ord i ein epikrise kan vere viktige for korleis det skal gå med pasienten vidare.



## Langvarig bruk av **antibiotika**

Antibiotikaresistens er sjeldan i Noreg samanlikna med andre land i verda. Dette kjem blant anna av at legar i Noreg har halde seg til ein tradisjon med restriktiv utskriving av antibiotika. På globalt nivå er derimot antibiotikaresistente bakteriestammer allereie eit stort problem, og situasjonen forverrar seg. Framveksten aukar med auka bruk av antibiotika, og er med på å gi auka førekomst av alvorlege og eventuelt dødelege infeksjonssjukdommar i befolkninga. Faren for antibiotikaresistens aukar med blant anna lengda av den føreskrivne kuren og med bruk av breispektra antibiotika framfor smalspektra.

Statens helsetilsyn har vurdert fleire saker knytte til at legar har skrive ut antibiotika, og sakene har fått stor merksemd i media. Dette kulminerte da Statens helsetilsyn hausten 2013 kalla tilbake autorisasjonen til legen som jobba på Norsk Borreliose Senter, noko som førte til at senteret blei stengd.

Media har hovudsakleg vore opptekne av pasienthistorier der dei involverte pasientane har følt at langvarig behandling med breispektra antibiotika har hjelpt. Det dreier seg ofte om svært dårlege pasientar, som har vore sjuke i lang tid, og som opplever at helsevesenet elles har kunna gi dei lite hjelp.

Mange langvarige infeksjonar har svingande sjukdomsgang og er derfor vanskelege å føreseie. Å påvise verknaden av medisinar krev derfor stringente vitenskaplege studiar. Desse studiane er grunnlaget for anerkjende retningslinjer.

God diagnostikk og utgreiing inneber at aktuelle mikrobar er påviste før legen set i gang med antibiotikabehandling. I behandlinga er det viktig å bruke det best eigna medikamentet. Eksempel frå saksbehandlinga vår er pasientar som utan ein tilstrekkeleg påvist infeksjon i utgangspunktet fekk ein breispektra antibiotikakur. Da pasientane ikkje følte seg betre etter avslutta kur, valde legen med ein gong å gi pasienten legemiddel mot malaria og legemiddel mot tuberkulose utan at verken malaria, tuberkulose eller annan infeksjon hos pasienten var tilstrekkeleg påvist. Statens helsetilsyn ser på slik behandling som grove brot på dei retningslinjene som gjeld.

Antibiotikakuren skal ha optimal lengd: ikkje for kort og ikkje for lang. Dette er svært viktig for kvar enkelt pasient og også for heile samfunnet. Dei sakene Statens helsetilsyn har hatt til vurdering gjeld antibiotikabehandling i primærhelsetenesta. I desse sakene har det vore sentralt at behandlinga har vart så lenge. Vi har også sett på korleis antibiotika er administrert, og peiker på at å gi antibiotika intravenøst gir ein risiko for alvorlege biverknader. Generelt meiner Statens helsetilsyn at helsepersonell berre skal gi intravenøs antibiotikabehandling til personar som har ein så alvorleg infeksjon eller annan helsesvikt at behandlinga bør skje i spesialisthelsetenesta.



## Alle har **krav** på ein stad å sove

Etter § 27 i sosialtenestelova pliktar kommunen å finne mellombels bustadtilbod til dei som ikkje klarer det sjølv. Dette inneber at Nav-kontoret må skaffe eit konkret husvære.

### Kapasiteten er ikkje god nok

Det er kommunen som har ansvaret for å ha nok og varierte mellombels bustader tilgjengelege. Det har dei ikkje alltid, viser ei kartlegging Fylkesmannen i Hordaland gjorde ved Nav-kontora i fylket hausten 2013. Då kan det vere ei svært vanskeleg oppgåve for Nav å skaffe husvære på kort varsel.

Ikkje berre skal det vere ein bustad, men han skal også vere tilpassa han eller ho som ber om hjelp. Det kan vere barnefamiliar, einslege, rusmisbrukarar eller personar med psykiske problem.

Personar med rusproblem og psykiske problem kan ikkje alltid klare seg utan buoppfølging. Då har dei krav på slik oppfølging.

Å finne bustad som passar dei som treng det, er difor ikkje lett. Sosialtenestelova krev likevel at Nav skal skaffe mellombels husvære til dei som står utan tak over hovudet. Ikkje alle kommunar i Hordaland har kapasitet nok.

Nokre få av brukarane ved Nav har så trugande åtfærd at dei blir nekta plass dei fleste stader. Dei endar gjerne på hospits, sjølv om dette ofte ikkje er tilpassa behovet mange av dei har for å bli følgde tett opp. Nav må uansett skaffe desse eit mellombels husvære når dei ikkje har ein stad å bu. Somme Nav-kontor har i slike tilfelle hatt som praksis å innvilge pengar på kontant-kort for at brukaren skal ordne seg

husvære sjølv. Gjennom klagesakshandsaming har Fylkesmannen slått fast at slik praksis ikkje er lovleg.

### Svar frå alle

I kartlegginga av kva praksis Nav-kontora følgjer når dei behandlar søknader om mellombels husvære, stilte fylkesmannen ti spørsmål og fekk svar frå alle kommunane. Dei ti spørsmåla handla om desse temaa: vedtak, kapasitet, kva type mellombels husvære nyttar Nav, kvalitetsvurdering, varigheit, opphald i annan kommune, kven er brukarane av mellombels husvære, kva flytta dei til etter opphaldet, behovsvurdering og vurdering av eigen praksis. I tillegg

hadde Fylkesmannen tilsyn ved tre Nav-kontor.

Kommunane fortalde at dei fatta 689 slike vedtak i første halvår 2013, og Bergen fatta 76 prosent av desse. I alt 14 av 33 kommunar fatta ikkje nokon slike vedtak.

Nav-kontora

fortel at blant dei huslause som søker om hjelp, er nesten alle vaksne menn med rusproblem. Svara fortel dessutan at dei fleste har fleire sosiale problem, og at dei har psykiske vanskar. Berre ein svært liten del av dei som ber Nav om hjelp, er barnefamiliar. Nav har praksis for å prioritere barnefamiliane til rusfrie overnattingsstader.

Mange Nav-kontor melder at brukarane takkar nei når dei får tilbod om opphald på hospits. Dei forklarar dette med at dei ikkje vil bu der på grunn av andre bebuarar som rusar seg, og fordi dei fryktar vald og kriminalitet. I staden vil dei halde fram med å bu hjå slekt og vener. Heller ikkje

rusavhengige ønskjer å overnatte på same staden som andre som rusar seg. Hospits er i ein slik situasjon ikkje eit tilbod som kan seiast å vera tilpassa behovet.

Fleire Nav-kontor melder at dei bruker tid på å overtale utleigarar til å ta imot Nav sine brukarar. Mange utleigarar vil helst ikkje ta inn dei som kjem frå Nav, av omsyn til andre gjester eller på grunn av dårlege erfaringar.

### Tilbodet er blitt betre

Etter vår erfaring klarer Nav-kontora stort sett å skaffe tak over hovudet til dei som står utan, og den bygningsmessige kvaliteten på tilbodet er blitt betre. Men det er likevel behov for fleire bustadtilbod med tett buoppfølging. Kommunane vel som oftast å kjøpe desse tenestene frå private tilbydarar. Fylkesmannen i Hordaland meiner at store kommunar bør vurdere å etablere eigne tiltak som møter behovet for tett buoppfølging.

### Det eigentlege problemet

Nav-kontora klarer ikkje å setje i verk tiltak for å sikre overgang til varig bustad fort nok. Nær ein tredel av opphalda i kartlegginga vår var på meir enn tre månader i mellombels husvære.

Ikkje alle rusmisbrukarar og psykisk sjuke meistarar å bu i ordinære leigeforhold. Mangelen på tilrettelagde varige bustader er eit stort problem, og dette gir igjen press på dei mellombels husværa.

Fylkesmannen meiner derfor at kommune og stat må styrkje innsatsen for å skaffe utleigebustader til vanskelegstilte.



Sosialtenestelova krev likevel at Nav skal skaffe mellombels husvære til dei som står utan tak over hovudet.”



## Utskriven til **heimen**, og kva så?

Fylkesmannen i Aust-Agder har i 2013 gjennomført eit tilsyn der 30 pasientar blei følgde frå kommunen, inn i sjukehuset og ut igjen. Vidare vurderte Fylkesmannen samhandlinga internt i kommunen mellom fastlegar og heimesjukepleia etter utskriving.

Alle pasientforløpa som blei undersøkte gjeld heimebuande, og alle var avhengige av hjelp frå den kommunale helse- og omsorgstenesta (heimesjukepleie) ved utskriving. Tema for vurdering var:

- innlegging
- informasjonsflyt ved utskriving
- faglege vurderingar etter utskriving
- samhandling i kommunen
- brukarmedverknad.

Gjennomsnittsalder var 77,4 år med ein median på 81 år. 26 pasientar (fortløpande utskrivne til kommunen) kom frå medisinsk avdeling.

Berre fem pasientar blei lagde inn av fastlege, mens legevakta stod for 15 innleggingar. Ytterlegare fem pasientar blei lagde inn direkte via ambulanse, mens fem pasientar blei førte over frå andre sjukehus. Alle innleggingskriteria som følgde med frå fastlegane, var utfyllande, med ei klar bestilling til sjukehuset, mens dei opplysningane som følgde med frå legevakta, i større grad konstaterte at det var påkravd å leggje inn pasienten. Etter vår vurdering var alle pasientane i ein slik tilstand at dei trong behandling i spesialisthelsetenesta. Vi fann ingen unødvendige innleggingar, men fleire innleggingar kunne sannsynlegvis ha vore førebygde dersom samarbeidet mellom heimesjukepleia og fastlegane hadde vore tettare. Typiske eksempel på dette var sterkt redusert allmenntilstand med dehydrering, obstipasjon, forvirring, fall eller på grunn av infeksjonssjukdom.

Etter utskriving blei nesten alle pasientane følgde opp av heimesjukepleia og fastlegen som føresett. Første halvåret 2013 blei eit nytt elektronisk system for sikker informasjonsutveksling (ELIN-k) mellom sjukehus og kommune og internt i kommunen implementert og teke i bruk. Informasjonsflyten blei betydeleg forenkla etter at systemet blei innført. Men framleis bruker både sjukehus og kommunar mykje tid på å sikre at legemiddelopplysningane er rette, og berre i åtte tilfelle var det oppgitt at heimesjukepleia fekk kopi av epikrisen. I eitt tilfelle såg vi at sjukepleierapporten viste til epikrisen, mens han først blei skriven etter ei veke. I eit anna tilfelle var det ikkje gitt opp i sjukepleierapporten eller i pasientskriv at pasienten skulle ta til med parental ernæring (intravenøs ernæring), med den konsekvensen at dette kom for seint i gang.

Vi såg tydeleg eit bilete av at sjukehuset legg vekt på diagnose, mens kommunen i stor grad legg vekt på funksjon. Det blei i varierende grad gjennomført revurderingar av behov etter utskriving. Dette kan representere ein risiko i oppfølginga av pasientar med kompliserte og samansette lidingar. Det ser ut til at fastlegane i stor grad avventar meldingar eller oppmodingar frå heimesjukepleia om samarbeid.

Dei 30 pasientane hadde 20 ulike fastlegar. Mange pasientar hadde fastlege i ei anna geografisk sone enn der dei budde, somme også i ein annan kommune. Dette kompliserer samarbeidet.

15 av 30 pasientar svarte på førespurnaden vår der vi bad om å få vite korleis dei opplevde medverknaden i utskrivingsprosessen. 14 av 15 var budde på utskriving, men berre ni meinte at dei var tekne med på råd. Ti kunne opplyse at dei hadde fått med seg skriftleg informasjon frå sjukehuset da dei blei skrivne ut. Sjukehuset gir opp at alle får med seg informasjon ved utskriving – med legemiddelliste som eit minimum.



Vi såg tydeleg eit bilete av at sjukehuset legg vekt på diagnose, mens kommunen i stor grad legg vekt på funksjon.”

Dette kan tyde på at informasjon er gitt, men ikkje oppfatta – eller at han er gløymd. Slik informasjon må derfor ikkje vere ei erstatning for den informasjonen som ein må gi direkte til fastlegane eller heimesjukepleia.

På bakgrunn av tilsynet har vi identifisert nokre utfordringar som

bør følgjast opp:

- Sjekkliste for kva dokument som er skrivne, og kven dei er sende til, bør vurderast.
- Det bør vurderast om det skal vere rutine at heimesjukepleia bør få kopi av epikrisen.
- Kommunen bør sikre at det blir gjort vurdering av kva behov brukaren har når helsetilstanden endrar seg.
- Det bør etablerast rutinar som sikrar heilskaplege og koordinerte pasientforløp.
- Godt samarbeid mellom fastlegane og pleie- og omsorgstenestene bør prioriterast for å førebygge innleggingar.

## Vi gjorde det vi **skulle**, men fann ikkje det vi **burde**

Barnevernstenesta i Midtre Namdalen samkommune (MNS) la bort 150 saker i strid med lova i tidsrommet 2008–2012. Bekymringsmeldingar om psykisk og fysisk mishandling, vanskjøtsel, rusmisbruk og seksuelle overgrep blei lagde bort utan at omsorgssituasjonen til barna blei undersøkt slik lova krev. Barna i desse sakene har ikkje fått det vernet dei har krav på, og fleire av barna har levd i svært vanskelege omsorgssituasjonar. Kva er hovud-elementa i det tilsynet som har avdekt denne lovstridige praksisen?

Saka tok til sommaren 2012 da vi fekk informasjon om at tidsfristen var passert i ei konkret sak i MNS. Før dette hadde Fylkesmannen ingen kjennskap til forhold som tilsa at MNS kunne ha ein praksis med å leggje bort saker som var i strid med lova, trass i at vi har gjennomført fleire tilsyn og revisjonar i MNS. Med andre ord: Vi gjorde det vi skulle, men fann ikkje det vi burde. I lys av etterpåklokskapen ser vi at vegen vår frå generell bekymring i ei barnevernsteneste til eit effektivt tilsyn har vore for lang.

Vi oppretta raskt eit tilsynsteam sett saman av leiar, barnevernfagleg og juridisk kompetanse. Den dynamiske prosessen som følgde knytt til val av tilsynsystema, har vore avgjerande for å kunne komme i posisjon til å avdekkje det vi har gjort. Etter fleire møte med MNS, dialog med både leiing og tilsette, skriftlege utgreiingar og gjennomgang av mange barnevernsmapper fann Fylkesmannen til slutt at tilsynsystema skulle vere praksisen med å leggje bort saker.

Etter at MNS hadde gått gjennom sakene sjølv første gongen, konkluderte MNS med at praksisen kunne knytast til fire saker. Ut ifrå dialog med MNS blei vi usikre på om verksemda hadde kompetanse til å avdekkje ein eventuell lovstridig praksis. Vi avgjorde at det var nødvendig å gjennomføre både stikkprøvekontrollar og samtalar med leiing og tilsette for at vi skulle kunne ha tillit til dei gjennomgangane som blei gjorde. Etter fleire gjennomgangar blei Fylkesmannen og MNS einige om at praksisen med å leggje bort saker omfatta 43 barn i 2011 og 2012. Ut ifrå kor alvorlege sakene var, og kor omfattande dei var, avgjorde vi av omsyn til rettstryggleiken for barna at vi også måtte utvide tilsynet til å gjelde åra 2008–2012. Etter ytterlegare gjennomgangar har vi konkludert med at den lovstridige praksisen med å leggje bort saker er knytt til 150 barn. Som ein del av oppfølginga vår har MNS utarbeidd handlingsplanar for korleis MNS skal ta hand om rettstryggleiken til dei 150 barna.

Sjølv om vi no kan konkludere med ein lovstridig praksis med å leggje bort saker, vel vi å ikkje avslutte tilsynssaka. Tilsynssaka blir avslutta først når vi er sikre på at den lovstridige praksisen i barnevernstenesta er endra. I første delen av 2014 skal vi derfor gjennomføre ein ny stikkprøvekontroll for å sjå om tenesta har greidd å endre praksisen med å leggje bort saker. Vi vil setje inn eit nytt team fordi forholdet mellom det første

tilsynsteamet og MNS blei anstrengt etter at Fylkesmannen melde MNS til politiet. I tillegg til dette ser vi det som gunstig at eit nytt team kan komme inn med «friske auge». Stikkprøvekontrollen kjem til å bli gjennomført med ein gjennomgang av mapper i tillegg til dialog med leiing og tilsette. Dersom tenesta ikkje har greidd å endre praksis, kjem tilsynet til å halde fram.



I lys av etterpåklokskapen ser vi at vegen vår frå generell bekymring i ei barnevernsteneste til eit effektivt tilsyn har vore for lang”

Vi ser allereie store endringar i MNS. Tenesta er i ferd med å endre eigen praksis på grunnlag av kompetanseheving som ei følgje av det aktive tilsynet. Ut ifrå erfaringane våre med dette tilsynet meiner vi at eit slikt tilsyn kan vere supplement og eit alternativ til andre måtar å føre tilsyn på. Både prosessane knytte til tilsynsystema og utgreiinga er

dynamiske: måten å drive tilsyn på blir utvikla av dei funna vi gjer. Kvaliteten på tilsynsarbeidet skal sikre at dei funna vi gjer, er rette. Og ikkje minst: Hovudmålet er ikkje berre å avdekkje lovbrøt, men å sikre varig forbetring av praksis og slik auke rettstryggleiken for barna.

## Rehabilitering i sjukeheimar – eit område med fare for **svikt**

Sjukeheimane er i dag hovudarena for lokal rehabilitering. Korleis fungerer det? Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har gjennomført tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar. Vi fann spesielt svikt i dokumentasjon, målsetjingsformulering, tverrfagleg samarbeid, brukarmedverknad og styring av tenestene.

Det er samanfall mellom fleire av desse funna og funn som andre fylkesmannsembete har gjort når dei har hatt tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar.

Lokal rehabilitering blir eit stort tema i samhandlingsreforma. Det er eit tenesteområde der det er fare for svikt. Difor har Fylkesmannen i 2013 ført tilsyn med rehabiliteringstenesta til pasientar som blir overførte frå spesialisthelsetenesta til sjukeheim. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon i tre kommunar. I tillegg gjennomførte seks kommunar eigentilsyn med rehabiliteringstenesta si, initiert av Fylkesmannen.

Tilsynet tok for seg fasane i rehabiliteringsprosessen og blei avgrensa til å omfatte desse områda:

**Informasjon:** Følgde nødvendige og relevante opplysningar med pasientane frå sjukehuset, og hadde kommunen rutinar for å spørje etter desse innan rimeleg tid dersom dei mangla frå sjukehuset?

**Kartlegging:** Korleis sikra kommunen forsvarleg kartlegging av behov for rehabilitering, og var kartlegginga gjennomført av eit tverrfagleg team? Hadde kommunen sikra forsvarleg planlegging og målsetjing for rehabilitering, og fekk pasientane tilbod om å få opprette individuell plan? Var det oppnemnt koordinator for tenestene?

### **Gjennomføring og evaluering:**

Korleis sikra kommunen forsvarleg gjennomføring og evaluering av rehabiliteringsopphaldet, og hadde kommunen oppretta rutinar for utskriving frå eller avslutning av rehabilitering?

Funna korresponderte bra i tilsynskommunar og eigentilsynskommunar:

- Det var ikkje lagt til rette for tverrfagleg samarbeid mellom lege, sjukepleiar, fysio- og eventuelt ergoterapeut i alle kommunar. Nokre av sjukeheimslegane deltok ikkje tilfredsstillande i tverrfagleg samarbeid.
- Journalsystema var dårleg eigna for tverrfagleg samarbeid, og det var ikkje ei sams forståing av kva som skulle dokumenterast i pasientjournalen.
- Det var ikkje utarbeidd rehabiliteringsplan for kvar pasient med tydeleg målsetting.
- Nokre kommunar mangla faste rutinar for å trekkje pasientar og pårørande med i rehabiliteringa.
- Rehabilitering hadde vore tema på internundervisningsmøte, men informasjon frå møta blei ikkje gjort kjend på ein systematisk måte.
- Kommunane hadde eit avvikssystem, men dei tilsette hadde ikkje alltid ei sams forståing av kva som skulle meldast som avvik når det gjaldt rehabilitering. Det blei ikkje gitt tilbakemeldingar på avvik som var melde.
- Leiinga hadde ikkje oversikt over, og etterspurde ikkje, korleis tenestene blei gitte til pasientar med rehabiliteringsbehov. Det var ikkje gjennomført systematisk gjennomgang av tenestene for å identifisere område med fare for svikt innanfor rehabilitering.

Det blei berre gitt avvik i éin av tilsynskommunane, men kvalitetssvikten som blei dokumentert der og i fleire av eigentilsynskommunane, var betydeleg. For kvar enkelt pasient kan mangelfull rehabilitering føre til fleire plager, meir behov for hjelp og lågare livskvalitet.

Ei undersøking gjord i Vestfold <sup>1</sup> viser klar forskjell i kvalitet mellom resultat av rehabilitering gitt i vanleg sjukeheim og i rehabiliteringsinstitusjon som blir drifta ved interkommunalt samarbeid til fordel for den meir spesialiserte institusjonsforma. Erfaringar frå tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar har synt at leiinga i kommunen ikkje alltid tek nødvendig ansvar for at pasientar som treng det, får eit tilpassa rehabiliteringstilbod. Leiinga av rehabiliteringstenestene må leggje til rette for målretta, tverrfagleg rehabiliteringsarbeid med tydeleg involvering av pasientar og pårørande.

<sup>1</sup> Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle J KB, Brekke M. Effective Rehabilitation of Older People in a District Rehabilitation Centre. Journal of rehabilitation medicine 2011; 43: 461-4.



## «Alltid budd»? – tilsyn med kommunal helseberedskap

Beredskapsarbeid kan liknast med husarbeid. Til dagleg registrerer vi kanskje ikkje at arbeidet blir neglisjert. Får vi uventa gjester, blir vi raskt klar over kva som er forsømt. Den dagen ein fullsett skolebuss har køyrt utfor ein fjellskrent, eller orkanen har øydelagt vegar, straumforsyning og telesamband, da blir det avslørt om kommunen har forsømt beredskapsarbeidet sitt.

Frå 2001 har vi hatt ei lov om helseberedskap og sosial beredskap. Lova avløyste ei helseberedskapslov frå 1955, som – prega av klimaet under den kalde krigen – var avgrensa til krigsberedskap. Lova som gjeld i dag, skal sikre at befolkninga får nødvendige helse-, omsorgs- og sosialtenester i kvar ein beredskapssituasjon – anten det gjeld krig eller kriser og katastrofar i fredstid. Lova legg vekt på ansvarsprinsippet, det vil seie at den som har ansvaret for tenester til dagleg, også har ansvaret i ein ekstraordinær situasjon, der drifta må leggjast om og ekstra ressursar setjast inn.

Det har vore sagt at ein beredskapssituasjon i prinsippet ikkje er noko anna enn ein ekstrem normalsituasjon. Moglege årsaker spenner over eit vidt spekter. Det kan vere alt frå ekstremvêr, via hotellbrann og svær trafikkulykke, til epidemi eller terroraksjon. Skal krisa kunne handterast forsvarleg når ho slår til, må samfunnet vere budd på det

uventa. Det må liggje føre planar. Desse må vere baserte på det ein i beredskapsspråket kallar ROS-analyse, som er ein gjennomgang av aktuelle risikosituasjonar og kor sårbar ein er. Ut frå slik analyse må det leggjast planar, tilgang til personell og materielle ressursar må sikrast, nødvendig kompetanse må finnast og haldast ved like gjennom øvingar.

Kommunane har ansvar for å levere grunnleggjande helse- og omsorgstenester. Dei leverer også sosiale tenester gjennom Nav. Kommunane spelar ei avgjerande viktig rolle for å sikre at samfunnet klarer å handtere situasjonar med krise eller katastrofe. Dette er utgangspunkt for at Fylkesmannen i Vest-Agder sidan 2006 har utført planlagde tilsyn med helseberedskap og sosial beredskap i kommunane. I nesten alle kommunar i fylket har vi gjennomført tilsyn med dette temaet éin eller fleire gonger dei siste åtte åra. Ettersom smittevern er tett knytt til helseberedskap, har dette temaet vore inkludert.

Helseberedskap og sosial beredskap kan ikkje leve sitt eige liv, men må finne plassen sin innanfor den totale samfunnsberedskapen. Tilsyna våre er derfor utførte i samarbeid mellom helse- og omsorgsavdelinga og seksjonen for beredskap hos Fylkesmannen. Etter at ny lov om generell beredskap («sivilbeskyttelsesloven») kom på plass i 2011 med forskrift om kommunal beredskapsplikt, har det blitt lettare å føre samordna tilsyn med det totale beredskapsarbeidet i kommunane.

Ved dei fleste tilsyna har det vore påvist eitt eller fleire avvik. Hovudgrunnar til dette kan summerast opp i følgjande punkt:

- Mangelfull ROS-analyse
- Manglande oppdatering av ROS-analyse og/eller planverk
- Manglande samheng mellom ulike delar av planverket
- Uklar ansvars plassering
- Mangelfull opplæring og kompetansesikring, derunder for få øvingar
- Mangelfull sikring av tilgang til nødvendig materiell, utstyr og legemiddel i ein beredskapssituasjon
- Mangelfull oversikt over personell som kan beordrast.



# Ruptur av **livmor** under fødsel

Sytten prosent av kvinner som føder i Noreg blir forløyste med keisarsnitt, og førekkomsten aukar. Forløyning med keisarsnitt gir auka risiko for ruptur av livmora under fødselen i neste svangerskap. Risikoen er særleg stor ved vaginal fødsel: I fire av 1000 tilfelle skjer det ein ruptur. Ruptur av livmora er ein alvorleg tilstand for mor og barn, og særleg for barnet, som risikerer varig skade eller død. Desse fødselsforløpa må derfor følgjast særleg nøye.

## Område med svikt

Statens helsetilsyn har i 2013 behandla tre saker der det oppstod uterusruptur under fødselen. Pasientane var tidlegare forløyste med keisarsnitt, og det var no planlagt vaginal fødsel. I alle tre fødselane blei riene forsterka med bruk av oksytocin. Det oppstod alvorlege CTG-endringar, men lege blei ikkje tilkalla før seint i forløpet. Da det oppstod uterusruptur blei det utført katastrofekeisarsnitt, og alle tre barna blei fødte med alvorleg fødsels- asfyksi. Eitt barn døydde, og prognosen for dei to andre er usikker.

Denne gjennomgangen viser at det ofte sviktar ved bruk av oksytocin, fosterovervaking og i samhandlinga mellom jordmor og lege.

## Bruk av oksytocin

Restimulering med oksytocin er knytt til auka risiko for utvikling av oksygenmangel hos fosteret og auka risiko for ruptur av livmora. Det er derfor grunn til å vere svært varsam med å bruke dette preparatet under fødsel og særleg til dei som tidlegare er forløyste med keisarsnitt. Det er god praksis at stimuleringa blir stoppa dersom det oppstår teikn på trugande fosterasfyksi, eller dersom den gravide får smerter som kan henge saman med trugande ruptur. I dei tre fødselsforløpa blei det stimulert med oksytocin, og jordmor heldt fram med stimuleringa trass i alvorlege endringar i CTG. Stimuleringa med oksytocin skjedd over fleire timar. Dei tre hendingane viste at jordmor ikkje var forsiktig med bruken av oksytocin, og ikkje forstod at det var nødvendig å stoppe denne medisineringsda det oppstod teikn på alvorleg oksygenmangel hos barnet.

## Fosterovervaking

I samsvar med nasjonale retningslinjer skal fødsel etter tidlegare keisarsnitt overvakast med CTG, fordi fosteret kan bli utsett for oksygenmangel. Overvakinga må vere kontinuerleg, og intern elektrode for CTG-registrering er nødvendig. Fosterovervakinga bør supplerast med ST-analyse eller analyse av skalpblod der dette er tilgjengeleg. I alle sakene som Helse- tilsynet vurderte, blei det utført overvaking med CTG, og i éin fødsel også ST-analyse. Det låg føre alvorlege CTG-endringar i alle fødselane, og ansvarleg jordmor reagerte for seint i fødselsforløpet på desse endringane. Konsekvensen av dette var at pasientane ikkje fekk nødvendig behandling på rett tidspunkt.

*Samhandlinga mellom jordmor og lege*  
Lege blei ikkje involvert i fødselen i nokon av dei tre fødselsforløpa, sjølv om det låg føre avvikande utvikling med CTG-endringar, oksytocinstimulering og langsam framgang. Jordmor stod aleine med fødselsovervakinga og svikta i helsehjelpa si ved at ho ikkje involverte lege før katastrofen var eit faktum.

## Ansaret til verksemda

Leiinga i fødeinstitusjonen har eit ansvar for å sikre at pasientane får forsvarleg behandling. Det er nødvendig at dei utarbeider og implementerer rutinar for korleis vaginale fødselar etter tidlegare keisarsnitt skal handterast. Avvikande fødselsforløp krev tidleg intervensjon, og det er nødvendig at rutinane gjer greie for når lege skal involverast. Ingen av dei tre fødeinstitusjonane i desse sakene hadde utarbeidd eigne retningslinjer for korleis dei skulle handtere vaginal fødsel etter tidlegare keisarsnitt.

- CTG er ei elektronisk overvaking av hjerteslaga til barnet (fosterlyden).
- Bruk av keisarsnitt er aukande.
- Kvinner som er forløyste med keisarsnitt, har auka risiko for komplikasjonar i neste fødsel.
- Restimulering med oksytocin aukar risikoen for ruptur.
- Lege og jordmor må samhandle nært om risikofødsel.

## Og elles meiner Statens helsetilsyn at...

Kvart år kjem Statens helsetilsyn med høyringsfråsegner til fleire lovforslag og offentlege utgreiingar. I merknadene våre legg vi stor vekt på å formidle erfaringar vi har fått gjennom tilsynsverksemnda. Nedanfor følgjer nokre smakebitar frå enkelte saker som vi kommenterte i 2013. Ei fullstendig oversikt over høyringsfråsegnene finn du på nettsidene våre.

### Endringar i pasient- og brukarrettslova og implementering av pasientrettsdirektivet til EU

Saka gjaldt blant anna å fjerne skiljet mellom pasientar som har rett til helsehjelp, og pasientar som berre har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta, noko som vil auke gruppa med rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Skiljet har teke vare på eit sentralt prioriteringsomsyn, og lovendringane kan føre til at pasientar med mindre alvorlege lidningar blir prioriterte på kostnad av pasientar med meir omfattande lidningar. Lovendringane styrkjer stillinga til pasientar med mindre alvorlege tilstandar og sjukdommar. Desse pasientane har generelt sett betre føresetnader for å kunne bruke dei rettslege posisjonane sine enn dei meir alvorleg sjuke pasientane, som ofte har samansette lidningar. For å unngå at lovendringa fører til at pasientar som kan og bør vente lenger enn andre, ikkje blir prioriterte fram i køen utan medisinsk grunngiving, må leiinga heile tida ha oversikt over alle pasientforløpa og sikre planlagd prioritering og total bruk av ressursar (personell og utstyr).

Det er grunn til å forvente at klinikaren/føretaket set dei «individuelle fristane» for dei nye pasientane slik at dei gir rimeleg meining for pasientane, tilvisande instansar og føretak. Det kan ikkje forventast at føretaket set ein

rettsleg frist svært langt fram i tid, slik at han på denne måten nærast blir utan verknad. Vi kan heller ikkje vente at fylkesmannen, som er klageinstans, set ein pasientrettsfrist svært langt fram i tid. Det krev at spesialisthelsetenesta har orden i eige hus, og legg til rette for gode faglege prioriteringar og bruk av ressursar i heile pasientforløpet, ikkje berre når helsehjelpa tek til.

Statens helsetilsyn meiner det er ønskeleg med betre kunnskap om korleis prioriteringsprosessane faktisk går føre seg i dag. Ut frå blant anna ventelistetal og tilsynsaktivitetar ser vi variasjonar både lokalt og regionalt mellom tilnærma «like» grupper av pasientar. Ut frå ventelistetala er det rimeleg grunn til å slå fast det ikkje blir gitt nødvendig helsehjelp til alle innan dei fristane som er sette. HELFO blir i svært liten grad kontakta når det oppstår ventelistebrøt, og fylkesmennene får heller ikkje mange klager når det gjeld brot på fristar.

Slik Helsetilsynet ser det, bør rettar i lov og tildelte rettar ved avgjerder oppfyllest av dei som har dei korresponderande pliktene. Ein bør ikkje overlata sikringa av at retten blir oppfylt til dei som har fått rettane, altså pasientane. Pasientar har ulike føresetnader for å ta hand om rettane sine, og ressurssterke pasientar har klare fordelar.

Mange pasientar opplever brot på kontinuiteten i heile forløpet fram til gjennomført behandling, ikkje berre til oppstart på utgreiing eller behandling (helsehjelp). Dette kjem ikkje lovforslaget inn på. Dei pasientadministrative systema og ventelisterregistreringa er ikkje nærare regulerte for perioden etter at helsehjelp er starta opp.

### Endringar i pasient- og brukarrettslova om rett til brukarstyrt personleg assistanse (BPA)

Stortinget hadde i vedtaket om utviding av BPA føresett at rettsfestinga ikkje skulle føre til auka offentlege utgifter.

Regjeringa hadde derfor sett opp i forslaget sitt fleire vilkår og unntak for å avgrense retten til BPA. Forslaget strir mot hovudprinsippa om at kommunen har ansvar for å tilby individuelt tilpassa tenester og ansvaret for å sørge for forsvarlege tenester. Manglande vurderingar av individuelle behov

for å få tenestene organiserte som BPA kan føre til at det ikkje nødvendigvis er dei som har størst nytte av ordninga, som får ein rett, samtidig som brukarar som ville ha hatt stort utbytte av ordninga, fell utanfor.

### Krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav i helse- og omsorgstenesta

Statens helsetilsyn støttar forslag om å innføre krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav i kommunale helse- og omsorgstenester. Forskriftsendringa kan bidra til at folkevalde i kommunane i større grad stiller kvalitetskrav til helse- og omsorgstenestene og følgjer opp om krava blir



Pasientar har ulike føresetnader for å ta hand om rettane sine, og ressurssterke pasientar har klare fordelar.”







følgde, og slik konkretisere det ansvaret politikarane har for kvalitet i helse- og omsorgstenesta. Statens helsetilsyn føreslår at det også blir innført krav om at rapportane frå fylkesmannen frå tilsyn med helse- og omsorgstenestene blir behandla politisk. Dette bidrar også til å gjere den politiske leiinga ansvarleg og auke det lokale engasjementet og medvitnet om innhaldet i helse- og omsorgstenesta.

### **Ny pasientjournallov og ny helseregisterlov**

Samarbeid mellom helsepersonell innanfor eiga verksemd og mellom verksemdar er viktig og får stadig meir å seie for å kunne sikre forsvarlege pasientforløp. Mange av dei landsomfattande tilsyna med helsetenesta dei seinare åra har i stor grad handla om samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell, einingar og verksemdar for forsvarleg pasientbehandling.

Det sentrale endringsforslaget er at «kommunikasjonshindringar» knytte til føretaksgrensene i gjeldande helseregisterlov § 13 ikkje blir førte vidare. Målet med lovendingane er at relevante og nødvendige opplysningar er tilgjengelege for helsepersonell når dei yter helsehjelp, uavhengig av kven som har registrert opplysningane, og kvar dei er registrerte.

Statens helsetilsyn har vanskeleg for å sjå at behovet for å fjerne vilkåra for kommunikasjon på tvers av verksemdsgrensene er tilstrekkeleg grunnleggjande. Det verkar ikkje som trusselbilette, uklare ansvarsforhold og tryggingforhold for journalopplysningar og sjølve journalsystema er godt nok vurderte, eller at det er lagt vekt på desse omstenda.

Helsetilsynet ønskjer å framheve at lovgivinga i dag allereie opnar for det som står fram som føremålet i lovforslaget. Det er viktig at verksemdar og helsepersonell sørgjer for å få tak i og gjere nytte av relevant og nødvendig informasjon av omsyn til forsvarleg undersøking og eventuell behandling av pasientar, og som grunnlag for eit godt fungerande pasientforløp. Men det er ikkje openbert at eit viktig tiltak for å få tak i og bruke slik informasjon er å få ein direkte og enklare tilgang på helseopplysningar hos andre

verksemdar. Statens helsetilsyn peikar på kor viktig det er med aktiv kommunikasjon i form av utlevering og innhenting av opplysningar, epikriser, tilvisingar, meldingar om problemstillingar og prøvesvar med meir, og bruk av til dømes audiovisuelle løysingar. Opplysningane som er lagra i den elektroniske pasientjournalen til kvar enkelt verksemd, er ofte gamle og har ikkje nødvendig relevans og betydning for den aktuelle situasjonen. I tillegg kan det vere risikabelt å bruke om att tidlegare lagra opplysningar utan tilbørleg varsemd. Ein direkte og enklare tilgang krev at opplysningane i dei ulike verksemdene er strukturerte slik at det er lett å finne dei, at dei faktisk er dei riktige og oppdaterte opplysningane, og at dei blir forståtte rett i den aktuelle samanhengen utan direkte kommunikasjon med tidlegare behandlar. Slik Helsetilsynet ser det, bør ikkje eit pasientforløp som utgangspunkt vere basert på at ein må

leite etter informasjon, men tvert imot vere ein del av ein dynamisk prosess der helsepersonell og verksemdar legg vekt på å dele og kommunisere relevant og nødvendig informasjon ut frå det som er aktuelt.

Ei anna utfordring for tilliten til helsepersonell og helsetenesta er at opplysningane i praksis blir gjorde tilgjengelege for ei svært stor gruppe personell, noko som opnar for misbruk. Pasientar og helsepersonell vil kunne stille spørsmål ved om «systemet» sikrar at opplysningane blir handterte konfidensielt. Denne uvissa kan auke risikoen for at pasientar held tilbake helseopplysningar, eller at helsepersonell ikkje fører dei inn. Dette reduserer såleis verdien av journalen som arbeidsverktøy for ei forsvarleg behandling.

### Tilsyn med barn i fosterheim

Forslaget til lovendingar gir fosterheimskommunen og ikkje barnevernstenesta, ansvar for tilsyn med barn i fosterheim. Det blir i høyringsnotatet lagt opp til stor administrativ fridom til å bestemme korleis ansvaret for tilsynet med barn i fosterheim skal organiserast. Tilsynserfaringane som fylkesmennene har med kommunal internkontroll og styring av tenester på både helse-, sosial- og barnevernsområdet, gir grunn til uro for om kvaliteten på planlegging, gjennomføring og oppfølging av tilsynet med barn i fosterheim blir godt nok sikra. Slik Statens helsetilsyn vurderer det, er det ein risiko for at ansvaret kan bli pulverisert. Forslaget stiller store krav til avgjerder, samarbeid og kunnskapar om barnevern og fosterheimsarbeid i kommunane. Det vil vere nødvendig å etablere klare og robuste rutinar for blant anna kommunikasjon og informasjonsflyt.

Statens helsetilsyn er uroa for at det ikkje blir stilt krav til at ein bestemt person skal føre tilsyn med det enkelte barnet. Det kan føre til ein praksis der barna møter fleire og ukjende tilsynsførarar over tid. Det er ikkje med på å skape tryggleik for barnet og dermed heller ikkje til ei ordning som er i samsvar med kravet om tenester til beste for barnet. Barna i fosterheimar er sårbare og har ofte vanskar med å opne seg og stole på andre menneske. Tryggleik er ein føresetnad for å innfri sjølve målsetjinga med tilsynet: å hente inn informasjon om korleis barnet faktisk har det i fosterheimen.



# Tal og fakta

<b>Innhald</b> .....	38
<b>Barnevernstenester</b> .....	38
<b>Sosiale tenester i NAV</b> .....	39
Planlagt tilsyn .....	39
Tilsynssaker og klager .....	40

<b>Helse- og omsorgstenester</b> .....	41
Planlagt tilsyn .....	41
Varselordninga/undersøkingseininga .....	41
Anna hendingsbasert tilsyn .....	42
Pålegg og tvangsmulkt .....	44
Klagesaker om manglande oppfylling av rettar i helse- og omsorgstenesta .....	44
Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt .....	45
<b>Rekneskap og personell</b> .....	47

## Innhald

Denne delen av Tilsynsmeldinga tek for seg sentrale oppgåver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Meir materiale om desse oppgåvene blir publisert i årsrapporten frå Statens helsetilsyn og på nettstaden [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## Barnevernstenester

I 2013 behandla fylkesmennene 149 klager på vedtak som barnevernstenestene i kommunane gjorde. 40 av dei 149 vedtaka som blei påklaga, blei enten oppheva og saka send til ny behandling, eller endra til fordel for klagaren.

Fylkesmennene fører også tilsyn med kommunal barnevernsteneste. Det er vanleg å skilje mellom hendingsbasert og planlagt tilsyn. Hendingsbasert tilsyn blir sett i verk ut frå hendingar eller tilhøve som fylkesmannen får informasjon om, frå barn og deira pårørande, andre privatpersonar, tilsette innanfor barnevernstenesta, offentlege instansar, private verksemdar, media eller ut frå eigen kunnskap, til dømes frå klagesaker, kontrollskjema for oppfølging av fristar eller rapporteringar frå kommunane. Planlagt tilsyn blir gjennomført ut frå frekvenskrav som er fastsette i lov eller forskrift, volumkrav som er fastsette i styrande dokument for fylkesmannen, eller det blir gjennomført av eige initiativ.

**Tabell 1 Behandla tilsynssaker og klager 2011–2013 retta mot barnevernstenester og -institusjonar**

Fylkesmannen i	Tilsynssaker				Klager på enkeltvedtak – barnevernstenester				Klager på tvang og avgrensingar - barnevernsinstitusjonar					
	2011		2012		2011		2012		2011		2012		2013	
	Tal	Tal	Tal	Tal påpeikte lovbrøt	Tal	Tal	Tal	Av desse heilt/delvis medhald	Tal	Tal	Tal	Tal	Tal	Av desse medhald
Østfold	48	70	54	7	11	13	3	1	25	21	31	9		
Oslo og Akershus	208	159	78	36	61	57	32	11	46	63	98	9		
Hedmark	33	40	28	17	9	1	2	1	34	21	26	3		
Oppland	23	24	24	13	3	6	2	2	17	12	20	3		
Buskerud	57	49	57	8	14	28	27	3	2	9	35	5		
Vestfold	69	91	53	8	11	12	1	1	30	28	42	15		
Telemark	16	19	21	10	3	3	9	3	12	15	16	3		
Aust-Agder	19	16	16	5	0	1	3	0	6	27	8	0		
Vest-Agder	62	50	52	18	6	7	8	2	71	65	81	15		
Rogaland	73	64	40	17	7	5	3	2	24	20	62	13		
Hordaland	91	80	64	22	14	24	10	3	10	30	43	10		
Sogn og Fjordane	10	18	26	3	4	7	10	4	11	2	7	4		
Møre og Romsdal	14	25	40	4	4	3	8	2	18	9	8	0		
Sør-Trøndelag	49	48	45	16	5	3	4	3	20	11	24	2		
Nord-Trøndelag	28	29	42	20	2	7	2	0	22	6	7	0		
Nordland	80	72	59	21	9	6	3	1	6	24	4	0		
Troms	53	57	52	17	8	5	22	1	17	31	50	11		
Finnmark	39	34	18	11	0	4	0	0	5	1	11	1		
<b>Heile landet</b>	<b>972</b>	<b>945</b>	<b>769</b>	<b>253</b>	<b>171</b>	<b>192</b>	<b>149</b>	<b>40</b>	<b>376</b>	<b>395</b>	<b>573</b>	<b>103</b>		



**Tabell 2 Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utførte av fylkesmennene 2011–2013**

Fylkesmannen i	Tal institusjonar	Tal avd.i inst.	Tal gjennomførte individtilsyn			Av desse umelde	Tal samtalar med barn			Del samtalar i høve til talet på barn i institusjonane		
	2013	2013	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Østfold	11	37	103	113	109	48 %	107	84	130	31%	24%	36 %
Oslo og Akershus	53	76	176	175	176	53 %	157	177	230	29%	32%	40 %
Hedmark	14	24	51	39	48	50 %	127	109	111	56%	54%	47 %
Oppland	5	26	19	20	18	50 %	33	46	43	20%	26%	29 %
Buskerud	7	12	33	32	30	50 %	55	55	68	64%	67%	70 %
Vestfold	6	10	33	36	36	50 %	67	62	56	38%	43%	37 %
Telemark	5	14	46	47	32	38 %	47	67	45	43%	51%	51 %
Aust-Agder	6	16	54	60	45	36 %	77	67	52	54%	43%	45 %
Vest-Agder	7	23	60	65	62	45 %	71	81	81	61%	54%	55 %
Rogaland	13	43	88	100	89	40 %	108	136	136	47%	50%	61 %
Hordaland	18	48	80	122	119	39 %	53	102	70	21%	26%	22 %
Sogn og Fjordane	3	7	10	10	10	60 %	39	23	27	53%	27%	37 %
Møre og Romsdal	6	9	14	19	18	50 %	37	66	48	32%	56%	41 %
Sør-Trøndelag	15	25	66	66	76	50 %	128	128	162	49%	52%	63 %
Nord-Trøndelag	5	11	18	16	14	50 %	67	55	53	68%	61%	63 %
Nordland	5	6	16	16	16	50 %	28	44	64	26%	40%	66 %
Troms	8	24	84	84	79	48 %	121	126	89	56%	51%	47 %
Finmark	2	3	8	6	4	25 %	19	34	22	42%	74%	88 %
<b>Hele landet</b>	<b>189</b>	<b>414</b>	<b>959</b>	<b>1026</b>	<b>981</b>	<b>47 %</b>	<b>1341</b>	<b>1462</b>	<b>1487</b>	<b>41%</b>	<b>41%</b>	<b>45 %</b>

I 2013 blei det sett i verk hendingsbasert tilsyn 769 gonger, i all hovudsak retta mot kommunar. 163 av sakene blei løyste gjennom lokal avklaring ved at barnevernsteneste eller institusjon blei beden om å få til ei minneleg ordning. 596 av sakene blei vurderte med tanke på lovbrøt, og i 253 av sakene blei det påpeikt lovbrøt. 243 av lovbrøta gjaldt kommunar, 10 gjaldt institusjonar. At ein så liten del gjeld institusjonane, kan komme av at fylkesmennene gjennomfører mange planlagde tilsyn med institusjonane, sjå tabell 2, og at svikt blir avdekt og påpeikt i samband med desse tilsyna.

Rettsforskrifta, som gjeld for barnevernsinstitusjonar og omsorgssenter for mindreårige, gir institusjonane rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og avgrensingar. I 2013 behandla fylkesmennene 573 klager frå bebuarar og deira pårørende på bruk av tvang eller avgrensingar. I 103 av sakene fekk klagar medhald.

92 prosent av klagesakene blei behandla innan tre månader, som er innanfor resultatkravet om at minst 90 prosent skal behandlast innan den tid.

Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utgjer ein stor del av arbeidet som fylkesmennene gjer innanfor barnevernet. I 2013 blei det gjennomført 1023 tilsyn med barnevernsinstitusjonar, av desse 981 såkalla individtilsyn, der samtalar med bebuarane utgjer ein sentral del. 457 av desse tilsyna var umelde, og det vil seie 47 prosent. Fylkesmennene førte tilsyn med 189 institusjonar i 2013. Ved 42 av institusjonane blei det gjennomført systemrevisjon i tillegg til individtilsyna. I 2013 blei kravet om årlege systemrevisjonar fjerna i forskrifta som regulerer tilsyna til fylkesmannen.

Som del av tilsynet hadde fylkesmennene samtalar med bebuarane. 1487 slike samtalar blei gjennomførte. På dei tidspunkta da samtalan blei gjennomførte, var det registrert til saman 3296 barn ved institusjonane. Den mengda barn det blei snakka med, utgjorde dermed 45 prosent av dei innskrivne barna, mot 41 prosent i 2012. I mange tilfelle var bebuarane ikkje til stades fordi dei var på skulen, i permisjon, deltok i fritidsaktivitetar eller var fråverande av andre grunnar. I ein del tilfelle ønskte ikkje bebuarane å samtale med fylkesmannen. Det er noko ulikt blant fylkesmennene om dei registrerer situasjonar der dei helsar på bebuar, informerer om eigen funksjon og får stadfesta at bebuar ikkje ønskjer ein vidare samtale, og om det vert gjennomført samtalar eller ikkje.

Fire av fylkesmennene har også ført tilsyn med omsorgssenter for mindreårige. I 2013 var det 4 omsorgssenter med 14 avdelingar. Fylkesmennene gjennomførte 16 tilsyn og hadde 90 samtalar. Det var registrert 141 bebuarar da samtalan blei gjennomførte.

I tillegg har fylkesmennene ført tilsyn med senter for foreldre og barn. I 2013 blei det ført tilsyn med 5 av dei 20 registrerte sentra. Kravet er tilsyn minst annakvart år. I 2012 blei det ført 15 tilsyn.

## Sosiale tenester i Nav

### Planlagt tilsyn

I 2013 gjennomførte fylkesmennene 85 systemrevisjonar etter lov om sosiale tenester i Nav, sjå tabell 3. Av desse var 64 del av landsomfattande tilsyn med det ansvaret kommunane har

**Tabell 3 Tal systemrevisjonar etter lov om sosiale tenester i Nav utførte av fylkesmennene 2011–2013**

Fylkesmannen i	2011	2012	2013
Østfold	5	6	9
Oslo og Akershus	12	8	10
Hedmark	5	5	3
Oppland	5	5	5
Buskerud	12	9	6
Vestfold	4	5	5
Telemark	3	4	4
Aust-Agder	4	3	5
Vest-Agder	4	3	4
Rogaland	7	4	4
Hordaland	5	5	7
Sogn og Fjordane	3	4	3
Møre og Romsdal	6	5	0
Sør-Trøndelag	6	5	5
Nord-Trøndelag	2	4	4
Nordland	6	6	5
Troms	4	4	4
Finnmark	4	3	2
<b>Heile landet</b>	<b>97</b>	<b>88</b>	<b>85</b>

for å sikre forsvarleg tildeling og gjennomføring av kvalifiseringsprogram. I 65 av systemrevisjonane blei det påvist brot på krava i lover og forskrifter.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 8 tilsyn med sosiale tenester i Nav frå 2012 og tidlegare, framleis ikkje var ordna opp i per 31. desember 2013.

## Tilsynssaker og klager

I 2013 behandla fylkesmennene 58 tilsynssaker mot Nav-kontor etter informasjon frå tenestemottakarar og andre kjelder om mogleg brot på lov om sosiale tenester i Nav. 23 av sakene blei overførte til lokal avklaring ved at Nav-kontor blei bedne om å kontakte informanten for å finne ei minneleg løysing. 35 tilsyn blei avslutta med ei vurdering av lovbrøt. I 18 av sakene der det blei påpeikt lovbrøt, var det særleg plikta til å yte forsvarlege tenester det var brot på. I tillegg var det brot på mellom anna plikta til internkontroll, bruken av forvaltningslova og plikta til å rådføre seg med tenestemottakaren. 13 av dei 18 fylkesmennene behandla tilsynssaker om sosiale tenester.

Tabell 4 tek for seg klager på vedtak gjorde av Nav-kontor som fylkesmannen som klageinstans har overprøvd. Sjølv om det blir klaga på berre ein liten del av vedtaka, utgjør klagebehandlinga eit betydeleg arbeid for fylkesmennene og er ei viktig kjelde til kunnskap om korleis dei sosiale tenestene blir forvalta.

I 2013 behandla fylkesmennene 3432 saker med til saman 3574 klager på manglande oppfylting av éin eller fleire rettar frå lov om sosiale tenester i Nav. Nesten alle klagene (3363) gjaldt økonomisk stønad. Berre 25 gjaldt kvalifiseringsprogram (KVP), og 186 klager blei vurderte etter andre rettsreglar, som til dømes retten til råd og rettleiing, rett til mellombels butilbod og individuell plan.

80 prosent av dei vedtaka det var klaga på, blei stadfesta. Denne prosentdelen har vore uendra gjennom mange år. Tolv prosent av vedtaka blei endra, og åtte prosent av vedtaka oppheva og saka send tilbake til Nav-kontoret for ny

**Tabell 4 Klagesaker behandla av fylkesmennene etter lov om sosiale tenester i Nav 2011–2013**

Fylkesmannen i	2011		2012		2013		
	Tal på behandla saker	Del heilt/delvis medhald for klagar	Tal på behandla saker	Del heilt/delvis medhald for klagar	Tal på behandla saker	Vurderte reglar i sakene	Del heilt/delvis medhald for klagar <sup>1</sup>
Østfold	260	18 %	251	26 %	221	228	26 %
Oslo og Akershus	795	18 %	754	21 %	942	980	22 %
Hedmark	152	18 %	116	29 %	124	140	23 %
Oppland	189	6 %	184	20 %	158	160	18 %
Buskerud	285	25 %	240	25 %	292	300	17 %
Vestfold	214	18 %	146	16 %	159	162	22 %
Telemark	150	33 %	74	32 %	97	104	32 %
Aust-Agder	154	26 %	110	26 %	157	161	19 %
Vest-Agder	166	14 %	145	21 %	131	134	8 %
Rogaland	263	3 %	207	8 %	220	222	9 %
Hordaland	490	14 %	321	12 %	385	397	12 %
Sogn og Fjordane	32	25 %	28	25 %	33	36	39 %
Møre og Romsdal	117	26 %	75	12 %	82	87	16 %
Sør-Trøndelag	152	27 %	132	17 %	118	129	19 %
Nord-Trøndelag	74	18 %	83	19 %	64	65	25 %
Nordland	120	10 %	108	25 %	130	145	26 %
Troms	137	20 %	150	21 %	93	96	22 %
Finnmark	43	40 %	33	12 %	26	28	21 %
<b>Heile landet</b>	<b>3793</b>	<b>18 %</b>	<b>3157</b>	<b>20 %</b>	<b>3432</b>	<b>3574</b>	<b>20 %</b>

<sup>1</sup> Delen i 2013 er rekna ut frå vurderte reglar i sakene.

**Tabell 5 Tal på systemrevisjonar fylkesmennene har gjort med tenester etter helse- og omsorgstenestelova 2012–2013**

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

behandling. Dei siste åra har den delen der fylkesmannen har endra vedtaket auka, og delen av oppheva vedtak og tilbake-sende saker minka. Dette er ei ønskt utvikling fordi klagen da får ei endeleg avgjerd framfor å måtte vente på ny behandling.

81 prosent av klagesakene blei behandla innan fristen på tre månader, mot 79 prosent året før. 13 av dei 18 fylkesmannsembeta behandla minst 90 prosent av sakene innan tre månader, mot 11 i 2012. Ved inngangen til 2013 var det 685 ubehandla klagesaker, ved utgangen av året berre 334, noko som indikerer at fylkesmennene ved inngangen til 2014 har kontroll på klagesakene etter lov om sosiale tenester i Nav. Statens helsetilsyn fekk i 2013 som overordna organ ingen førespurnad om overprøving av klagesaker etter lov om sosiale tenester i Nav.

## Helse- og omsorgstenester

### Planlagt tilsyn

#### Kommunale helse- og omsorgstenester

I 2013 gjennomførte fylkesmennene 326 tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Av desse var 180 systemrevisjonar, sjå tabell 5. 73 av dei blei gjennomførte som ledd i det landsomfattande tilsynet med helsestasjons-tenester for barn i alderen 0–6 år. Det blei påvist lovbrøt i 56 systemrevisjonar frå dette landsomfattande tilsynet. I alt 146 tilsyn er gjennomførte blant anna som stikkprøvetilsyn i eldreomsorga i fire fylke, sjølvmeldingstilsyn med legemiddelhandtering i fire fylke og umeldt tilsyn med bruk av tvang og makt i tre fylke. Fylkesmennene fann lovbrøt i 59 av desse tilsyna.

**Tabell 6 Tilsynssaker hos fylkesmennene – tal på avslutta saker og saksbehandlingstid 2011–2013**

Fylkesmannen i	Tal på avslutta saker			Del saker med saksbehandlingstid over 5 md. i 2013
	2011 <sup>1</sup>	2012 <sup>1</sup>	2013	
Østfold	137	138	132	52 %
Oslo og Akershus	418	450	420	57 %
Hedmark	130	122	137	49 %
Oppland	94	40	75	63 %
Buskerud	131	219	186	60 %
Vestfold	59	116	112	47 %
Telemark	80	62	86	43 %
Aust-Agder	49	82	58	22 %
Vest-Agder	95	85	142	25 %
Rogaland	140	170	150	63 %
Hordaland	246	224	228	39 %
Sogn og Fjordane	63	59	56	29 %
Møre og Romsdal	94	100	124	11 %
Sør-Trøndelag	134	116	121	31 %
Nord-Trøndelag	82	74	80	24 %
Nordland	124	120	97	51 %
Troms	81	112	102	53 %
Finnmark	52	57	55	69 %
<b>Heile landet</b>	<b>2209</b>	<b>2346</b>	<b>2361</b>	<b>46 %</b>
<b>I tillegg avslutta utan vurdering<sup>2</sup></b>	<b>392</b>	<b>383</b>	<b>484</b>	

<sup>1</sup> Nokre tal har små avvik frå publiseringar frå tidlegare år fordi ein korrigerer tidlegare rapporterte data når ein oppdagar feil og manglar.

<sup>2</sup> Sakene blir avslutta ved at ein ber den som er klaga inn, om å kontakte klagar for å finne ei minneleg løysing.

Fylkesmennene rapporterer at det framleis ikkje er retta opp i lovbrøt i til saman 43 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester frå 2012 og tidligare.

### Spesialisthelsetenester

I 2013 gjennomførte fylkesmennene 28 systemrevisjonar med spesialisthelsetenester. Av desse var 20 del i det landsomfattande tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det blei påvist brot på krav i lov og forskrifter i 18 av desse 20 systemrevisjonane. Det landsomfattande tilsynet omfatta også 41 eigenvurderingar frå barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar. Det blei avdekt lovbrøt i 31 av desse tilsyna. Det blei også gjennomført 11 regionale tilsyn med andre delar av spesialisthelsetenesta.

Fylkesmennene rapporterer at det framleis ikkje er retta opp i lovbrøt i til saman 12 tilsyn med spesialisthelsetenesta frå 2012 eller tidligare.

### Varselordninga/undersøkingseininga

Helseføretak og verksemdar som har avtale med helseføretak eller regionale helseføretak, har plikt til å varsle om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetenestelova § 3-3a. Med alvorleg hending er meint dødsfall eller betydeleg skade på pasient der utfallet er uventa med tanke på den risikoen ein må rekne med.



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

	2011	2012	2013	
	Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Av desse konstatert pliktbrøt eller sende over til Statens helsetilsyn
<b>Regel i helsepersonellova</b>				
Forsvarleg teneste: omsorgsfull hjelp (§ 4)		143	104	32
Forsvarleg teneste: samanblanding av roller, inkl. seksuelle relasjonar (§ 4)		29	42	34
Forsvarleg utskriving av vanedannande legemiddel (§ 4)		104	135	85
Helsefagleg forsvarleg teneste elles (§ 4)		905	841	339
§ 4 samla <sup>2</sup>	2642			
Akutt hjelp (§ 7)	32	10	7	7
Informasjon (§ 10)	114	40	37	17
Organisering av verksemd (§ 16)	170	152	66	32
Teieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	147	179	130	96
Pasientjournal (§§ 39-41)	235	223	181	145
Åtferd som svekkjer tilliten til helsepersonell (§ 56)		20	39	33
Ueigna som helsepersonell (§ 57)	124	65	76	72
Andre pliktreglar i helsepersonellova	135	96	117	82
<b>Regel i spesialisthelsetenestelova</b>				
Plikt til forsvarleg teneste (§ 2-2)	689	895	929	296
Andre pliktreglar i spesialisthelsetenestelova	86	132	139	83
<b>Regel i helse- og omsorgstenestelova (ny frå og med 2012)</b>				
Det overordna ansvaret kommunen har for helse- og omsorgstenester (§ 3-1)		40	70	30
Plikt til forsvarleg teneste (§ 4-1 / før 2012: kommunehelsetenestelova § 6-3))	245	393	519	195
Andre pliktreglar i helse- og omsorgstenestelova (før 2012: kommunehelsetenestelova)	21	83	73	35
<b>Pliktreglar i anna helselovgiving</b>	<b>94</b>	<b>114</b>	<b>66</b>	<b>38</b>
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>3</sup></b>	<b>4734</b>	<b>3623</b>	<b>3571</b>	<b>1651</b>
<b>Tal saker som vurderingane er fordelte på<sup>3</sup></b>	<b>2209</b>	<b>2346</b>	<b>2361</b>	<b>1114</b>

<sup>1</sup> Nokre tal har små avvik frå publiseringar frå tidlegare år fordi vi korrigerer tidlegare rapporterte data når vi oppdagar feil og manglar.

<sup>2</sup> Kategoriseringa av helsepersonellova § 4 blei endra frå og med 2012. Derfor presenterer vi berre samletal for § 4 for 2011.

<sup>3</sup> Fleire av tilsynssakene omfattar meir enn éi vurdering opp mot meir enn ein helsearbeidar og/eller éi verksemd. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag større enn talet på saker.

### Varsel i 2013

I 2013 fekk Statens helsetilsyn 399 varsel (249 i 2012). 43 prosent av desse varsla (172 varsel) var frå psykisk helsevern, og 57 prosent (227 varsel) var frå somatiske helsetenester.

Om lag tre prosent av varsla (13 varsel) førte til tilsyn på staden, og 44 prosent (176 varsel) blei sende over til fylkesmannen for vidare tilsynsmessig oppfølging. I ni prosent av varsla (36 varsel) bad Statens helsetilsyn om skriftleg forklaring frå verksemda om korleis den alvorlege hendinga blei følgd opp. I dei siste 43 prosentane (170 varsel) fann vi ikkje grunnlag for vidare oppfølging frå tilsynet, og viste til internkontrollforskrifta og ansvaret som verksemda har for å følgje opp hendinga i etterkant.

Flest varsel kom frå Oslo universitetssykehus HF (56 varsel), Vestre Viken HF (46 varsel), Sørlandet sykehus HF (36 varsel) og St. Olavs Hospital HF (30 varsel).

22 saker som handla om tilsyn på staden, var under behandling i 2013. Av desse blei 10 saker ferdigbehandla i 2013 (1 blei ferdigbehandla i 2014), og 11 er framleis under behandling i 2014.

### Anna hendingsbasert tilsyn

#### Tilsynssaker som fylkesmennene behandla

Tilsynssaker er saker som er behandla på grunnlag av klager frå pasientar og pårørande og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene. For heile landet var det 2905 nye saker i 2013. Dette inneber ein auke på fem prosent frå 2012, da det kom inn 2765 nye saker. Klagene fordeler seg ujamt over landet. Færrest kom det inn i Oslo og Akershus med 41 per 100 000 innbyggjarar. Finnmark fekk inn flest klager relativt sett, med 106 klager per 100 000 innbyggjarar. Delen frå Vest-Agder per 100 000 auka mest, frå 66 til 100 per 100 000 innbyggjarar frå 2012 til 2013. Talet på ikkje avslutta saker (restansar) ved årsskiftet var 1290. Det er 72 (seks prosent) fleire enn ved førre årsskiftet.

Meir enn halvparten av tilsynssakene skal vere behandla innan fem månader. Dette blei oppnådd ved 10 av dei 18 fylkesmannsembeta. For landet sett under eitt blei 54 prosent av sakene avvikla raskare enn på fem månader.

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éin pliktregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). Registreringssystemet for tilsynssakene blei lagt om frå og med 2012. Tidlegare år skulle ein registrere dei vurderingsgrunnlag som vedkom tilsynssaka. No skal ein berre registrere dei reglane som er nytta i konklusjonen. Dette har ført til at talet på vurderingsgrunnlag er redusert frå 4734 i 2011 til 3623 i 2012 og til 3571 i 2013, sjølv om talet på avslutta saker med vurderingar har auka i den same perioden.

Forsvarleg verksemd er det temaet som blir vurdert oftast. Deretter kjem vurderingar knytte til plikta til å føre pasientjournal. Vurderingane som gjeld rusmiddel og andre spørsmål knytte til om helsepersonell er eigna, er få, men oftast så alvorlege at dei blir sende over til Statens helsetilsyn for ei vurdering av administrativ reaksjon.

### Tilsynssaker i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene, som i all hovudsak blir sende over frå fylkesmennene. I 2013 behandla vi 363 saker, mot 309 saker i 2012. Dette er 54 fleire enn i 2012. Median saksbehandlingstid var 6,4 månader, mot 5,5 månader i 2012.

I 2013 fekk Statens helsetilsyn 403 nye saker til behandling, mot 346 i 2012, noko som er ein auke på 57 saker. Per 31. desember 2013 var 247 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 207 året før.

### Reaksjonar i tilsynssakene

Statens helsetilsyn gav 259 reaksjonar i 2013, 31 retta mot verksemd og 228 retta mot helsearbeidarar (i 2012 blei det gitt 244 reaksjonar). Vi avslutta 141 saker utan å gi reaksjon (mot 95 i 2012). Det var 93 helsearbeidarar som mista til saman 98 autorisasjonar i 2013 (mot 96 autorisasjonar i 2012). Årsakene til at autorisasjonen blei kalla tilbake, er i dei fleste tilfella misbruk av rusmiddel og åtferd som ikkje lèt seg foreine med yrkesutøvinga. Åtferda omfattar blant anna tjuveri av legemiddel. Åtferd omfattar også handlingar både i og utanfor tenesta som svekkjer tilliten til helsearbeidaren i så stor grad at han eller ho blir ueigna, som til dømes narkotikabrotsverk og vald mot pasient.

I 2013 fekk fem helsearbeidarar avgrensa autorisasjonen sin etter helsepersonellova § 59 a, og fem etter § 59. Seks legar mista rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B heilt og delvis, mot elleve i 2012.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen/lisensen til 28 helsearbeidarar mens saka var til behandling. Vi forlengde suspensjonen til fem helsearbeidarar.

Ni helsearbeidarar gav frivillig avkall på autorisasjonen sin, og fem legar gav frivillig avkall på retten sin til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B.

I 2013 bad Statens helsetilsyn om sakkunnige vurderingar i ni tilsynssaker. Vidare påla vi fem helsearbeidarar å underkaste seg sakkunnig medisinsk eller psykologisk undersøking, jf. helsepersonellova § 60.

I 2013 behandla Statens helsetilsyn 60 saker mot verksemd i spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta (54 i 2012). Vi gav 31 reaksjonar for brot på helse- og omsorgslovgivinga. I 12 av sakene låg det føre brot på opplysningsplikta til tilsynsorganet. Dei fleste tilsynssakene mot verksemd blir avslutta av fylkesmennene. Talet på slike saker er derfor relativt lågt i Statens helsetilsyn med tanke på det totale talet på avslutta saker.

### Klage på vedtak

Statens helsetilsyn sende 82 klager på vedtak over til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2013, mot 74 i 2012. Av dei klagene som blei sende over, var 62 klager på vedtak om administrativ reaksjon (av desse ni vedtak om suspensjon). 17 klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/lisens, tre klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett for legemiddel i gruppe A og B.

HPN behandla 78 klager på vedtaka våre i 2013. Dei stadfesta 70 vedtak, oppheva eitt vedtak og gjorde om sju vedtak.

### Saker under behandling av politiet/påtalemakta

Statens helsetilsyn kravde påtale i seks saker i 2013. Vi konkluderte i ni saker med at det ikkje var grunnlag for å krevje påtale mot helsepersonell eller verksemd. Vi melde to helsearbeidarar til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Tabell 8 Tal på avslutta tilsynssaker og reaksjonar fordelt på åra 2003–2013<sup>1</sup>

År	Avslutta saker	Tal på reaksjonar <sup>2</sup>	Ingen reaksjon
2002	173	103	71
2003	171	128	50
2004	238	148	102
2005	233	167	92
2006	249	182	89
2007	266	180	103
2008	213	153	80
2009	295	227	109
2010	341	243	129
2011	364	283	126
2012	309	244	95
2013	363	259	141

<sup>1</sup> Nokre tal har små avvik frå publiseringar frå tidlegare år fordi vi korrigerer tidlegare rapporterte data når vi oppdagar feil og manglar.

<sup>2</sup> I nokre saker er det gitt meir enn éin reaksjon. Talet omfattar reaksjonar både mot helsepersonell og verksemd.

**Tabell 9: Reaksjonar frå Statens helsetilsyn mot helsepersonell i 2012 og 2013**

	Åtvaring		Tap av autorisasjon eller lisens		Tap av rekvirerings-rett heilt eller delvis		Avgrensa autorisasjon eller lisens		Sum	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Lege	68	64	30	25	11	6	7	7	116	102
Tannlege	2	2	2	3					4	5
Psykolog	1	4	1	4					2	8
Sjukepleiar	6	8	32	39			1	3	39	50
Hjelpepleiar	2	8	16	11					18	19
Vernepleiar		1	8	2					8	3
Jordmor	1	2	1	2					2	4
Fysioterapeut	2	2		3					2	5
Andre grupper	5	5	6	9					11	14
Uautoriserte	9	18							9	18
<b>Sum</b>	<b>96</b>	<b>114</b>	<b>96</b>	<b>98</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>211</b>	<b>228</b>

**Tabell 10 Årsak til tilbakekalling<sup>1</sup> av autorisasjon i 2013 fordelt på helsepersonellgruppe**

	Sjukepleiar	Hjelpepleiar	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	33	7	7	13	60
Fagleg svikt	3	1	7	4	15
Legemiddeltjuveri	12	2		4	18
Åtferdi utanfor tenesta	3	2	4	4	13
Åtferd i tenesta	1	3	6	3	13
Ikkje innretta seg etter åtvaring			4	3	7
Seksuell utnytting av pasient		1	4	1	6
Sjukdom	2		1		4
Samanblanding av roller		1	1		2
Mista godkjenning i utlandet	2		3		5
<b>Sum vurderingsgrunnlag</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>143</b>
Tal på tilbakekallingar	39	11	25	23	98

<sup>1</sup> Det kan vere fleire grunnar til at autorisasjonen blir kalla tilbake i ei enkelt sak. I tabellen kjem det fram kva grunnlag som låg føre for å kalle tilbake autorisasjonar i 2013. I somme saker låg det føre fleire grunnlag som kvar for seg var nok til å kalle tilbake autorisasjonen. Talet på grunnlag er derfor høgare enn talet på tilbakekalla autorisasjonar.

*Behandling av søknad om ny autorisasjon og rekvireringsrett*  
Statens helsetilsyn behandla ferdig 98 søknader frå helsearbeidarar som tidlegare har mista autorisasjonen. 23 helsearbeidarar fekk ny autorisasjon utan avgrensingar, og 12 fekk avgrensa autorisasjon til å utøve verksemd under bestemte vilkår. Vi avslo 57 søknader om ny autorisasjon og 6 søknader om avgrensa autorisasjon.

Statens helsetilsyn behandla åtte søknader om rett til å rekvirere legemiddel i gruppe A og B frå legar som tidlegare har mista rekvireringsretten. Vi avslo sju søknader og innvilga éin.

### Pålegg og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn gav i 2013 to pålegg til verksemd med heimel i spesialisthelsetenestelova § 7-1. Vi gav eit pålegg til verksemd med heimel i helse- og omsorgstenestelova § 12-3 andre ledd, jf. helsetilsynslova § 5. Vidare gav vi tolv pålegg til ulike verksemdar som ikkje hadde oppfylt opplysningsplikta til tilsynsorganet, jf. spesialisthelsetenestelova § 6-2 og

helse- og omsorgstenestelova § 5-9. I to av desse sakene sende vi varsel om tvangsmulkt. Vi gjorde vedtak om tvangsmulkt i to saker, jf. spesialisthelsetenestelova § 7-2.

### Klagesaker om manglande oppfylting av rettar i helse- og omsorgstenesta

Fylkesmannen er klageinstans når ein person ikkje får oppfylt rettane som er gitte i pasient- og brukarrettslova og nokre andre lovreglar. Den som har ansvaret for tenesta (kommunen, sjukehuset/helseføretaket, og så vidare), skal ha vurdert saka på nytt, før fylkesmannen behandlar saka.

Kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova blei oppheva ved inngangen til 2012, og rettsreglane i desse lovene blei overførte til pasientrettslova, som endra namn til pasient- og brukarrettslova. Innhaldet i rettane var stort sett uendra.

Det blir klaga mest på manglande refusjon av reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukarrettslova § 2-6). Desse klagenes har hatt ein sterk vekst dei siste åra til og med 2011. Etter ein liten nedgang i 2012 har klagenes på sjuketransport auka igjen. I 2013 gjorde fylkesmannen 1137 sjuketransportvurderingar, jf. tabell 11. Talet er ikkje like jamt fordelt utover landet. Også i 2013 var det flest vurderingar i Nordland (145) og færrest i Sør-Trøndelag (9).

Det er eit krav til fylkesmannsembeta at minst halvparten av sjuketransportklagenes skal vere behandla innan tre månader. Kravet blei nådd i 16 av dei 18 embeta. For landet under eitt blei 80 prosent av sjuketransportklagenes behandla innan tre månader.

For resten av rettsklagenes innan helse- og omsorgstenestene er kravet at minst 90 prosent av sakene skal vere behandla innan tre månader. Dette kravet blei nådd i seks embete (Hedmark, Buskerud, Vestfold, Hordaland, Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag). For landet under eitt blei 70 prosent behandla innan tre månader.

I alt blei det gjort 3126 vedtak i 2983 klagesaker i 2013. I 764 vedtak (24 prosent) blei det gitt medhald til klagaren



**Tabell 11 Klagesaker om manglande oppfylging av rettar i helse- og omsorgstenestene – tal på vurderingar i saker avslutta av fylkesmennene, fordelte på lovreglar som sakene er vurderte etter – 2011–2013<sup>1</sup>**

	2011	2012	2013	
	Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Tal på vurderingar	Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren
Klager på vedtak om tenester etter sosialtenestelova, oppheva frå og med 2012	1181			
Rett til nødvendig helsehjelp frå kommunen etter kommunehelsetenestelova og pasientrettslova § 2-1 første ledd, oppheva frå og med 2012	245			
Pasient- og brukarrettslova (pasrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp frå kommunen, ny frå og med 2012:				
– akutt hjelp		3		
– helsetenester i heimen		60	83	37
– plass i sjukeheim		114	144	34
– plass i annan institusjon		75	44	11
– praktisk hjelp og opplæring		127	153	73
– støttekontakt		169	174	71
– brukarstyrt personleg assistanse		157	167	51
– omsorgslønn		329	314	115
– avlastingstiltak		192	204	77
– kommunal helse- og omsorgshjelp elles		59	83	35
Pasrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	188	233	260	21
Pasrl. § 2-2. Rett til vurdering	10	5	8	3
Pasrl. § 2-3. Rett til fornya vurdering	3	3	2	
Pasrl. § 2-4. Rett til val av sjukehus m.m.	11	10	5	4
Pasrl. § 2-5. Rett til individuell plan	8	11	8	5
Pasrl. § 2-6. Rett til sjuketransport	1020	978	1137	135
Pasrl. kapittel 3. Rett til medverknad og informasjon	51	43	48	14
Pasrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	3	3	1	
Pasrl. kapittel 5. Rett til innsyn/retting/sletting i journal	48	53	44	14
Forskrift om eigendel for kommunale helse- og omsorgstenester		160	194	56
Tannhelsetenestelova § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	2	1	2	
Andre lovreglar som gir rettar på helse- og omsorgsområdepå <sup>2</sup>	7	57	51	8
<b>Sum vurderingsgrunnlag<sup>2</sup></b>	<b>2777</b>	<b>2842</b>	<b>3126</b>	<b>764</b>
<b>Tal på saker som vurderingane er fordelte på<sup>2</sup></b>	<b>2674</b>	<b>2673</b>	<b>2983</b>	<b>723</b>

<sup>1</sup> Nytt lowverk i 2012 og fortløpande korrigeringar av feil og manglar i dataa gjer at oppstillinga og tala avik noko frå publiseringar frå tidlegare år.

<sup>2</sup> Nokre av sakene omfattar vurderingar opp mot meir enn éin rettsregel. Derfor blir summen av vurderingar større enn summen av talet på saker.

ved at vedtaket i førsteinstansen blei endra, eller vedtaket blei oppheva og saka send tilbake for å bli behandla på nytt. Dette er same medhaldsprosenten som i 2012, og nesten same medhaldsprosenten som i 2011, da det blei gitt medhald i 22 prosent av sakene.

Det er ikkje høve til å klage på vedtak som fylkesmannen har gjort. Statens helsetilsyn kan derimot vurdere saka som overordna forvaltingsorgan. Statens helsetilsyn har behandla sju saker om å overprøve avgjerder frå fylkesmannen i klagesaker som gjaldt retten til helse- og omsorgstenester. I fem av sakene stadfesta Statens helsetilsyn vedtaket. I éi sak omgjorde Statens helsetilsyn vedtaket til fylkesmannen. Eitt vedtak om avvising blei sendt tilbake til fylkesmannen for realitetsbehandling.

### Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt

Kapittel 9 i helse- og omsorgstenestelova regulerer bruken av tvang overfor personar med psykisk utviklingshemming.

Formålet er å unngå eller redusere bruken av tvang, og hindre at personar utset seg sjølve eller andre for vesentleg skade. Som tvang reknar vi både tiltak som personen ikkje ønskjer, og tiltak som objektivt er å rekne som tvang. Tiltaka er grovt delte i to grupper: skadehindrande tiltak og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova til tenestetemottakaren, jf. helse- og omsorgstenestelova § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak om å bruke tvang før tiltaket kan setjast ut i livet. I 2013 var 36 prosent av tiltaka som blei godkjende, skadehindrande, og 64 prosent var for å dekkje grunnleggjande behov. Totalt overprøvde fylkesmennene 1300 vedtak frå kommunane. Av desse blei 1259 godkjende, sjå tabell 12. Av dei 41 vedtaka som ikkje blei godkjende, blei 31 sende tilbake for ny behandling, og 10 blei ikkje godkjende fordi tvangstiltaka var ulovlege. Ved utgangen av 2013 var det vedtak med verksame tvangstiltak overfor 1102 personar, mot 974 ved utgangen av 2012.

**Tabell 12 Tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming i 2013 – helse- og omsorgstenestelova kap. 9**

Fylkesmannen i	Meldingar om skadehindrande tiltak i naudssituasjonar		Fylkesmannens overprøving av vedtak					Tal på personer med godkjende vedtak 31.12.2013	Tal på tilsyn på staden
	Tal på melde avgjerder	Tal på personar avgjerdene gjaldt	Tal på ikkje godkjende vedtak	Tal på godkjende vedtak	Godkjende vedtak der det er dispensert frå utdannings-krav	Tal på godkjende tvangstiltak			
Østfold	483	68	0	16	14	21	15	2	
Oslo og Akershus	1 813	275	6	208	181	301	191	32	
Hedmark	571	39	0	101	97	148	93	14	
Oppland	330	43	7	60	51	87	56	26	
Buskerud	195	58	3	88	62	138	81	15	
Vestfold	332	38	4	47	44	66	41	12	
Telemark 1	191	49	1	36	28	49	32	4	
Aust-Agder	97	26	0	14	5	21	10	5	
Vest-Agder	104	36	0	59	23	93	52	8	
Rogaland	7 757	158	3	140	127	236	129	10	
Hordaland	426	100	8	211	154	247	169	24	
Sogn og Fjordane	928	3	0	11	7	16	11	4	
Møre og Romsdal	5 808	72	3	64	54	101	47	8	
Sør-Trøndelag	1787	60	1	63	11	76	56	14	
Nord-Trøndelag	207	25	3	28	20	40	28	10	
Nordland	173	26	2	71	63	109	50	9	
Troms	216	14	0	38	30	54	37	6	
Finmark	2 705	11	0	4	2	4	4	3	
<b>Sum</b>	<b>24 123</b>	<b>1 101</b>	<b>41</b>	<b>1 259</b>	<b>973</b>	<b>1 807</b>	<b>1 102</b>	<b>206</b>	

<sup>1</sup> Med tvangstiltak er meint tiltak frå ein av dei sju tiltakskategoriene.

40 prosent av vedtaka gjaldt kvinner, 60 prosent gjaldt menn. Dei godkjende vedtaka omfatta 3978 enkelttiltak.

Tiltaka er delte inn i sju tiltakskategoriar:

- inngripande varslingsystem som skadehindrande tiltak, 5 prosent
- mekanisk tvangsmiddel som skadehindrande tiltak, 4 prosent
- anna planlagt skadehindrande tiltak, 27 prosent
- inngripande varslingsystem for å dekkje grunnleggjande behov, 18 prosent
- mekanisk tvangsmiddel for å dekkje grunnleggjande behov, 6 prosent
- opplærings- og treningstiltak, 1 prosent
- anna tiltak for å dekkje grunnleggjande behov, 39 prosent

Dei vanlegaste tvangstiltaka er å avgrense tilgangen til mat, drikke, nytingsmiddel og egedelar, å halde personen fast, låse dør eller vindauge, bruke utgangsalarm eller sengealarm, gjennomføre tvangspleie som å pusse tenner, vaske, dusje, klippe negler og hår, og skjerme personen, leggje han eller ho ned og bruke reimar, selar eller skjener.

Det blei i tillegg registrert bruk av skadehindrande tiltak i naudssituasjonar som ikkje var regulerte i vedtak, overfor 1101 personar, mot 1055 personar i 2012. Talet på melde avgjerder om skadehindrande tiltak varierer mykje mellom fylka, sjå tabell 12, og gir lite informasjon om faktisk bruk av tvang i naudssituasjonar. Forskjellen kjem blant anna av at nokre embete, blant anna fylkesmennene i Rogaland

og Møre og Romsdal, registrerer all tvangsbruk som ikkje er regulert i vedtak, sjølv der tvang blir brukt for å dekkje grunnleggjande behov hos tenestemottakaren.

I 2013 blei det gitt dispensasjon frå utdanningskrav i 973 av dei 1259 godkjende vedtaka. Innvilga søknader fortel lite om kor mange tvangstiltak som blir gjennomførte av personar som ikkje oppfyller kompetansekrava. Talet på søknader vurderte opp mot talet på vedtak kan tyde på at det fleire stader er vanskeleg å rekruttere kvalifisert personell.

Det er vanlegvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2013 blei det registrert 17 klager, som er det høgste talet som er registrert for eitt enkelt år.

Fylkesmennene gjennomførte 206 tilsyn på staden for å kontrollere godkjende tvangstiltak eller undersøkje tilhøve der fylkesmannen anten kjenner til eller reknar med at det blir brukt tvang. I 2012 blei det gjennomført 176 tilsyn på staden.

Kapittel 4A i pasient- og brukarrettslova gjeld helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelpa. Helsetenesta skal gjere vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendast til fylkesmannen. I 2013 fekk fylkesmennene 3162 vedtakskopiar, sjå tabell 13. Talet på mottekne vedtak har auka jamt og trutt sidan reglane tok til å gjelde frå 2009. Truleg er dette meir eit uttrykk for at helsetenesta treng lang tid til å innarbeide rutinar for å gjere vedtak, enn eit uttrykk for at omfanget av tvang har auka.

Fylkesmennene går gjennom alle vedtaka, og fylkesmannen har mynde til å overprøve (endre eller oppheve) vedtaka. Talet på vedtak som er oppheva, har gått ned til 190 frå 278 året før trass i at talet på vedtak totalt sett har auka monaleg. Det er grunn til å tru at dette kjem av at helsetenesta har betre rutinar for å gjere vedtak.

Dersom det ikkje er klaga på vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpa varer, skal fylkesmannen av eige tiltak vurdere om det framleis er behov for helsehjelpa når

**Tabell 13 Tvang og makt overfor menneske utan samtykkekompetanse som motsett seg helsehjelp i 2011–2013**

År	2011	2012	2013
Tal på mottekne vedtak	2367	2715	3162
Tal på vedtak tekne til vitande	1188	2083	2710
Tal på oppheva vedtak	212	278	190
Tal på endra vedtak	24	70	77
Tal på vedtak som varer meir enn tre månader	1493	1560	1886
Tal på klager på vedtak	14	16	25

det har gått tre månader frå vedtaket blei gjort. Eit vedtak om tvungen helsehjelp varer maksimalt eitt år. Når vedtakstida er over, må verksemda vurdere situasjonen på nytt og eventuelt gjere nytt vedtak.

I 2013 var det 25 klager frå pårørande og andre på vedtaka om tvang i helsetenestene. Det er ein auke frå tidlegare år, men talet på klager er framleis mindre enn éin prosent av vedtaka.

Statens helsetilsyn behandla i 2013 to klager på vedtaka frå fylkesmannen etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A. Vedtaka blei oppheva og sende tilbake til fylkesmannen for ny behandling.

### Rekneskap og personell

Løyvd utgiftsbudsjett for 2013 for budsjettkapittel 721 Statens helsetilsyn var 104,4 millionar kroner, mens rekneskapen viser eit forbruk på 101,7 millionar kroner. Inntektene var 4,8 millionar kroner. Omrekna til årsverk var det 110 tilsette i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2013.

## Publikasjonar frå Helsetilsynet

### Rapport frå Helsetilsynet

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

#### 2013

Oppsummering av tilsyn med virksomheter godkjent for håndtering av humane celler og vev til assistert befruktning (Rapport fra Helsetilsynet 1/2013)

Glemmer kommunene barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier? Kartlegging og individuell vurdering av barns livssituasjon og behov ved søknader om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2012 (Rapport fra Helsetilsynet 2/2013)

“Ikke bare ett helseproblem...” Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: Behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd (Rapport fra Helsetilsynet 3/2013)

Spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2012 (Rapport fra Helsetilsynet 4/2013)

Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem (Rapport fra Helsetilsynet 5/2013)

”Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra...” En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre (Rapport fra Helsetilsynet 6/2013)

Oppsummering av tilsyn med håndtering av human beinvev til bruk på menneske (Rapport fra Helsetilsynet 7/2013)

### Publiserte brev

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

### Medisinalmeldinger/Helse- og sosialmeldinger

Fylkesmennene gir kvart år ut ein publikasjon med stoff om tenestene i fylket og om tilsyn og klagebehandling. Namnet er medisinalmelding eller liknande, og målgruppene er tenestene og allmenta i fylket, og sentrale styresmakter. Meldingane finst i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) under menyen Publikasjoner/Helse- og sosialmelding.

### Artiklar og kronikkar

Eit utval artiklar og kronikkar som tilsette i Helsetilsynet skriv, blir publiserte eller peikte til på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) under menyen Publikasjoner/Artikler kronikkar.



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

Nettstaden til Statens helsetilsyn er laga for alle som arbeider med eller har ansvar for barnevern, sosiale tenester eller helse- og omsorgstenester. Ei anna viktig målgruppe for nettstaden er journalistar.

På nettstaden finn du:

- Krava styresmaktene stiller til tenestene:  
Lover, forskrifter, rundskriv og andre dokument som uttrykkjer korleis styresmaktene forstår lover og forskrifter.
- Resultat av det arbeidet tilsynsorgana driv:  
Tilsynsrapportar, vedtak i enkeltsaker, serien Rapport frå Helsetilsynet, andre publikasjonar, høyringsfråsegner, andre brev og artiklar.
- Informasjon om dei rettane og høva til å klage, befolkninga har i møte med barnevern-, sosial- og helse- og omsorgstenestene.
- Informasjon om korleis tilsynsorgana arbeider:  
Metodar, kunnskapskjelder, tilsynsplanar, oppgåver, mynde og organisering.

## **Statens helsetilsyn**

Norwegian Board of  
Health Supervision  
Postboks 8128 Dep

Tlf: (+47) 21 52 99 00

E-post: [Postmottak@helsetilsynet.no](mailto:Postmottak@helsetilsynet.no)

Mars 2014

