

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene



Innhold



«Vårt tilsyn – din tryggleik»	3
Informasjonssvikt mellom sjukehus og kommunar.....	5
Same typen funn i tilsyna med sosiale tenester	7
Heimefødsel – kva ventar vi av den ansvarlege jordmora?	8
Risikovurdering med stort engasjement for brukarane	9
Akseptabel svartid i AMK Oslo og Akershus.....	9
«Hvis du ser, hører og forstår har du gjort mye mer enn du tror!»	
Om barn og unges involvering i tilsyn!	11
Viktig informasjon, argument og hjertesukk	
– stemma til pårørende i tilsynssaker og pasientrettsklager	13
Ulike verkemiddel i arbeidet med førarkort og helsekrav	15
Tilsyn og læring etter at tiåring døde	16
Mange bekkar små.....	17
Tilsyn på omsorgssenter for einslege mindreårige asylsøkjjarar	
Korleis er det, og korleis blir det?	18
Eigenvurdering – meir forbetningsarbeid enn kontroll	21
Når helsepersonell har ein avgrensa autorisasjon	22
Suspensjon av autorisasjon som helsepersonell.....	23
Strengt krav til informasjon og samtykke ved forskning på menneske	24
Stenging av akuttavdeling ved barnevernsinstitusjon.....	25
Og elles meiner Statens helsetilsyn at	26
Ventelistesaka – Vestre Viken HF har lagt ned eit betydelig arbeid for å hindre nye lovbrøt	27
Tilsyn med korleis akuttmottak følgjer opp blodforgiftingar.....	28
Tal og fakta.....	29
Publikasjonar frå Helsetilsynet	39

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2016.

Ansvarleg redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Sidsel Platou Aarseth, Kjersti Engehaugen,

Linda Grytten, Magne Braaten og Nina Vedholm (leiar).

Grafisk formgjeving og trykking: 07 Media. Opplag 14 000

Illustrasjonar: Monia Nilsen

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

ISSN 1501-8083

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

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.

«Vårt tilsyn – **din** tryggleik»

I 2015 utvikla vi ein ny strategisk plan for perioden 2015–2019. Statens helsetilsyn skal arbeide for at befolkninga får gode helse-, sosial- og barnevernstenester når dei treng det. Tilsynet skal vere verknadsfullt og føre til betre tenester. Brukarinvolvering i alle former for tilsyn kjem til å prege utviklinga av tilsynet i åra som kjem. Det å lytte aktivt til dei vi er til for, sikrar at vi utviklar oss på ein måte som gjer oss fortente til tillit frå befolkninga.

I 2015 erfarte vi at uro og konfliktrar i andre land kan få konsekvensar for nasjonale tilsynsfaglege vurderingar. Den store tilstrøyminga av asylsøkjjarar og flyktningar har gitt fylkesmenene ei heilt ny utfordring med å prioritere. I ein situasjon der det er stort behov for helse-, sosial- og barnevernstenester, bør vi prioritere tenesteytinga. Tilsyn bør ikkje vere det første statlege verkemiddelet samfunnet tek i bruk for å sikre nødvendige tenester til asylsøkjjarar og flyktningar. Vi må i ein ekstraordinær situasjon ha vilje og evne til å omprioritere slik at ressursane i tilsynet blir retta inn mot dei områda som er særleg viktige for sårbare grupper.

Skal vi i fellesskap lykkast med å få flest mogleg inkluderte i meningsfulle aktivitetar, så er det viktig å utvikle partnerskapen i NAV slik at brukarar av kommunale sosialtenester får individuelt tilrettelagde tenester. Eit samfunn som gjer det mogleg for menneske å ha noko å leve i, noko å leve av, noko å leve for og nokon å leve saman med – det vil seie bustad, arbeid, meining i tilværet og medmenneskeleg fellesskap – vil også førebygge lidning og bidra til at menneske



meistrar eit tilvære med helseutfordringar og sosiale utfordringar.

Vi kan summere opp dei fleste av tilsynsfunna våre med at det er veikskapar på eitt eller fleire av følgjande område: læring i organisasjonen, kommunikasjon og kompetanse. For at verksemdar skal kunne lære av eigne erfaringar og sikre at personell med rett kompetanse samhandlar effektivt, er det viktig med eit godt arbeidsmiljø. Eit ugunstig arbeidsmiljø kan gå ut over den evna ei verksemd har til å yte forsvarlege tenester. Dette inneber at vi i tilsynsorganet må utvikle kompetansen vår om korleis arbeidsmiljø påverkar kvaliteten i tenesta, og utvikle samarbeidet vidare med dei som har det primære ansvaret for å følgje opp at arbeidsmiljøet er trygt og godt.

NOU 2015:11 «Med åpne kort». Forebygging og oppfølging av

alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene inviterer til ein diskusjon om korleis samfunnet på ein god måte kan organisere innsatsen for å gi befolkninga gode og trygge tenester. Det er ein viktig diskusjon fordi dei organisatoriske rammevilkåra er viktige for å sikre befolkninga fagleg forsvarlege tenester. I NOU 2015:11 blir det understreka kor viktig det er med godt tilsyn; etterspørselen etter tilsyn kjem ikkje til å bli mindre dersom tilrådingane blir følgde opp. Utgreiinga skildrar behov for meir tilsyn, samtidig som tilsynet skal vere grundigare og gjerast raskare. Skal vi kunne oppnå dette innanfor dagens ressursrammer, står samfunnet føre nokre krevjande prioriteringar.

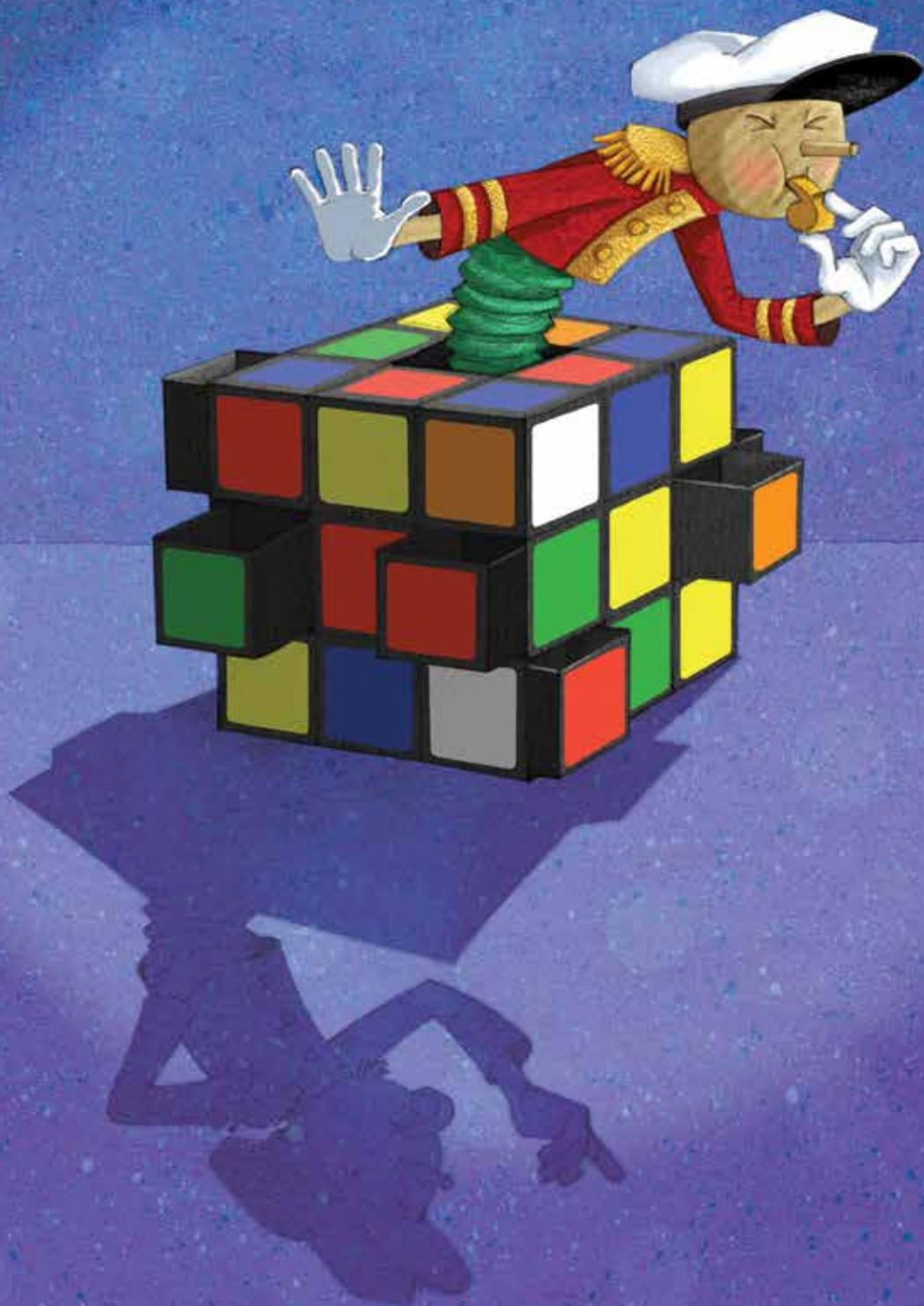
Ein god barndom varer heile livet. Eit godt barnevern må vere eit sikkerhetsnett når barn blir utsette for skadelege oppvekstforhold. Derfor er det viktig at vi utviklar kunnskap som bidreg til eit godt barnevern og tilpassa verke-middelbruk, der vi grip inn til rett tid og på rett måte.

Det samla tilsynsmyndet består av fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Vi er avhengige av kvarandre, og begge må lykkast for at vi skal kunne nå målet om godt fagleg tilsyn. Styriminga av regional stat er i endring, og vi ser fram til å bidra til ein god styringsdialog som sikrar fagleg leiing av godt tilsyn.

Helsetilsynet vil at all kunnskap frå tilsyn skal vere tilgjengeleg, tilrette-lagd og brukande for dei som treng han. Vi håper at denne tilsynsmeldinga bidreg til å oppfylle ambisjonen vår, og at lesaren blir styrkt i trua på at godt fagleg tilsyn handlar om å gjere tenestene betre.

God lesing!


Jan Fredrik Andresen



Informasjonssvikt mellom sjukehus og kommunar

Svikt i overføringa av informasjon mellom sjukehus og kommunar er eit av hovudfunna i det landsomfattande tilsynet med samhandling om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen i 2015. For eksempel gjaldt svikten informasjon om helsetilstanden til pasienten, funksjonsvurdering av pasienten og legemiddelinformasjon. Dette aukar risikoen for at pasientane ikkje får dei tenestene dei har trong for.

Trass i at alle verksemdene hadde teke i bruk elektronisk meldingssystem for dialog og overføring av informasjon mellom helseføretak og kommunar, blei det framleis ført ein del dialog via telefon. Fordi det ofte manglar dokumentasjon på slike samtalar i pasientjournalen, aukar dette risikoen for svikt i tenestene til pasientane.

Tilsynet avdekte at praksis for å utveksle informasjon ved utskriving fleire stader ikkje var i tråd med avtalte retningslinjer og prosedyrar. Fylkesmennene avdekte i fleire tilsyn manglande dokumentasjon på at sjukehuset hadde gitt beskjed om at ein pasient var klar for utskriving, og at kommunen hadde stadfesta at dei var klare til å ta imot pasienten.

Omfang av tilsynet

Hovudmodellen for tilsynet var at fylkesmennene gjennomførte tilsyn med eitt helseføretak og to kommunar i kvart fylke. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Fylkesmennene gjennomførte 56 tilsyn, med 19

helseføretak og 37 kommunar. Som ledd i tilsynet har fylkesmennene samla gått gjennom over 760 pasientjournalar.

I 36 tilsyn konkluderte fylkesmennene med lovbrøt, og i 23 tilsyn blei det peikt på klare forbetningsområde. I nokre av tilsyna konkluderte fylkesmennene med lovbrøt samtidig som dei peikte på forbetningsområde.

Gjennomføring

Fylkesmennene undersøkte om helseføretaka ved systematisk styring sikra forsvarleg utskriving av pasientar som blei skrivne ut til eigen bustad, og som trong heimesjukepleie. Tilsynet omfatta somatiske helsetenester, men var ikkje avgrensa til bestemte diagnoser eller aldersgrupper.

Vidare undersøkte fylkesmennene om kommunane ved systematisk styring sikra forsvarleg mottak og helsehjelp til pasientar når dei kom heim, og i dagane etterpå. Korleis samhandlingsa var mellom heimesjukepleia og fastlegane dei første to vekene etter utskrivinga, var også ein del av tilsynet.

Informasjon om kva legemiddel pasienten skulle bruke, var gjennomgåande markør for samhandling mellom tenestene og for informasjon til pasientane og/eller pårørande ved utskriving. Tilsynet omfatta også om pasientar og eventuelt pårørande fekk annan nødvendig informasjon, og om dei fekk høve til å medverke ved val av tenester.

Sviktande implementering av samarbeidsavtalar og retningslinjer

Utfordringar med at pasientar blir liggjande for lenge på sjukehus mens dei ventar på eit kommunalt tilbod, har vore kjende lenge. Som ledd i samhandlingsreforma blei det blant anna lovfesta at kommunar og helseføretak skulle inngå samarbeidsavtalar. Formålet med avtalane var å fremje samhandling, å konkretisere oppgave- og ansvarsdeling og å etablere samarbeidsrutinar, medrekna retningslinjer for samarbeid om å skrive ut pasientar som av lege på sjukehus er vurderte til å ikkje ha behov for ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta¹.

Alle verksemdene som var med i tilsynet, hadde inngått samarbeidsavtalar, og utarbeidd retningslinjer for korleis samarbeidet om utskrivingsklare pasientar skulle vere.

For at ein avtale og retningslinjer for samarbeid skal ha reell mening, må alle vere godt kjende med kva dei kan vente seg, og kva dei er forplikta til. Leiinga må ha lagt til rette for at tilsette skal kunne ta hand om nødvendige funksjonar. Tilrettelegginga vil kunne omfatte nødvendig opplæring, organisasjon, logistikk og nødvendig informasjonsteknologi.

Tilsynet avdekte at både kommunar og helseføretak svikta i å følge opp gjeldande retningslinjer, og fylkesmennene peikte på mangelfull oppfølging og kontroll frå leiinga i mange verksemdar.



Tilsynet viste at det var utfordrande å sikre rett legemiddelliste etter opphald på sjukehus.”



¹ Mange instansar følgjer utviklinga av samhandlingsreforma blant anna: Forskingsrådet gjennomfører ei forskningsbasert evaluering av samhandlingsreforma, Helsedirektoratet følgjer på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet opp reforma forvaltningsmessig med årlig rapportering, KS har sett i gang ei rekkje eigne utgreiingar og prosjekt, NOVA har, på oppdrag frå Norsk sykepleierforbund, undersøkt korleis dei kommunale helse- og omsorgstenestene tek imot det auka talet på pasientar som blir skrivne ut frå sjukehus, Riksrevisjonen har gjennomført ein forvaltningsrevisjon.

Fastlegar er ikkje godt nok involverte i samhandlinga med sjukehuset

Fastlegen er ein sentral aktør når pasientar skal leggjast inn og skrivast ut frå sjukehus. Tilsynet avdekka at mange fastlegar hadde fått lite informasjon om samarbeidsavtala og retningslinjer for utskrivning av ferdigbehandla pasientar, og at det varierte om og korleis kommunane involverte fastlegane i utarbeiding og revisjon av avtaleverket.

Fleirtalet av fastlegane rapporterte at dei opplevde samarbeidet med den kommunale pleie- og omsorgstenesta som godt.

Nokre epikriser kom seint

Det varierte mykje kva tid fastlegane fekk epikrisene. Nokre fekk epikrisa same dagen eller få dagar etter at pasienten blei skriven ut. Dei svarte at epikrisa kom tidsnok til å sikre god oppfølging av pasienten, og at epikrisa inneheldt nok opplysningar.

Men det var også tilbakemeldingar frå fastlegar om at epikrisa kom for seint, og at ho i nokre tilfelle aldri kom. I tilsynsrapportane frå eitt fylke er det summert opp at alle fastlegane hadde opplyst at epikrisene ikkje kom tidsnok til å sikre god oppfølging av pasientane.

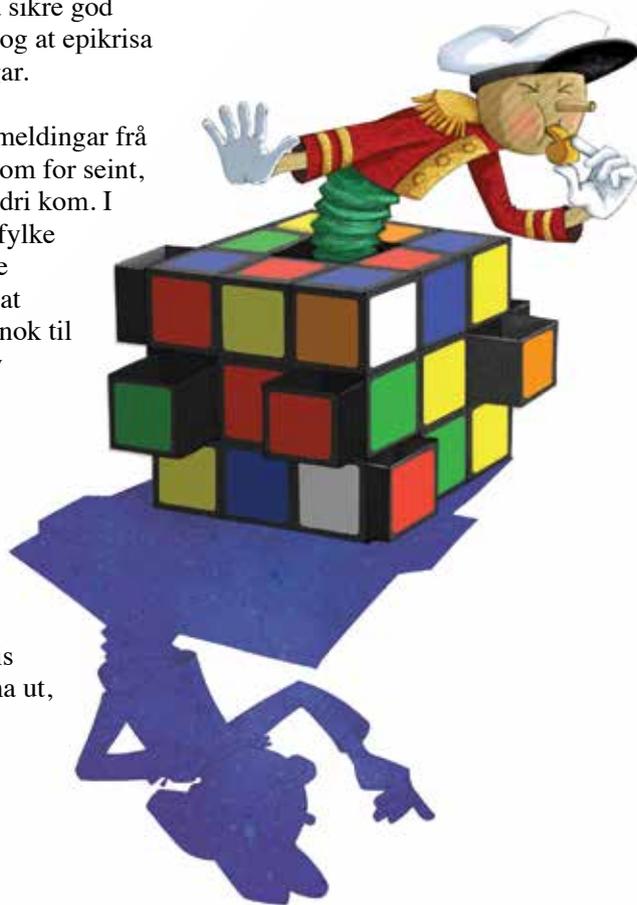
Pasienten som sjef i eige liv

Dette tilsynet har avdekt at ein del pasientar ikkje får den informasjonen dei treng. Høvet til å påverke korleis eige tenestetilbod er forma ut, blir dermed dårlegare.

Det er ikkje tilstrekkeleg at berre sjukehus og kommune har dialog om kva tenester pasienten treng etter at pasienten er skriven ut frå sjukehuset. Det er viktig å involvere pasienten i denne dialogen. Pasientar og pårørande kan ha viktig informasjon som kan vere avgjerande for korleis pasienten skal følgjast opp vidare, og kva tenester han eller ho treng.

Legemiddelinformasjon – eit særlig sårbart område

Legemiddel er ofte ein viktig del av pasientbehandlinga, og korrekt legemiddelbruk kan vere heilt avgjerande for tilstanden til og prognosen for pasienten. Tilsynet viste at det var utfordrande å sikre rett legemiddelliste etter opphald på sjukehus. Svikt eller fare for svikt i overføring av legemiddellister er omtalt i nesten alle tilsynsrapportane.



Berre eit fåtal av helseføretaka hadde høve til å sende legemiddelliste elektronisk til heimetenesta. I mange sjukehus var det vanleg praksis å sende utskrivingsrapport, epikrise, eventuelt førebels epikrise, eller legemiddelliste med pasienten i ein konvolutt til heimesjukepleietenesta. Der pasienten ikkje hadde med slik konvolutt, måtte heimesjukepleietenesta ta kopi av informasjonsskrivet til pasienten eller ringje til sjukehuset. Dette var ein praksis som var følgd gjennom lang tid. Mange hadde ikkje stilt spørsmål om denne praksisen før tilsynsmyndigheita peikte på at dette innebar stor fare for svikt, og at det også førte til ekstraarbeid for heimesjukepleia.

Vidare oppfølging

Fylkesmennene følgjer opp helseføretak og kommunar der det er peikt på lovbrøt, inntil tilhøva er i tråd med lovkrava. Helsetilsynet oppfordrar leiarar i helseføretak og kommunar som ikkje har hatt tilsyn, til å bruke enkeltrapportar og denne oppsummeringsrapporten som inspirasjon til å vurdere om eigen praksis og eige styringssystem er i tråd med krava.

Sjå *Rapport fra Helsetilsynet 2016/1* for ein meir fullstendig omtale funna i tilsynet.

Same typen funn i **tilsyna** med sosiale tenester

I dei tre landsomfattande tilsyna med sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga som er gjennomførte sidan 2010, er det konstatert lovbrøt i 80 prosent av dei undersøkte kommunane og bydelane (i 169 av 209 kommunar og bydelar).

Det er i stor grad dei same typane funn som går igjen, uavhengig av tilsyns-tema og kommunestorleik:

- Situasjonen for og behova til brukarane er mangelfullt kartlagde, og hjelpebehov blir ikkje fanga opp.
- Brukarane får ikkje tilstrekkeleg informasjon om tenester og rettar.
- Tenestene som brukarane blir tildelte, er ikkje i stor nok grad individuelt tilpassa. Det blir ikkje teke hand om særlege behov som barn og unge har.
- Kommunen sørgjer ikkje for at dei tilsette har tilstrekkelege kunnskapar og ferdigheiter. Det blir ikkje arbeidd planmessig og systematisk med kompetansebygging og rettleiing av medarbeidarane.
- Kommunen manglar faglege retningslinjer, rutinar for oppgåver og system for kontroll som fangar opp manglar.
- Styringsdialogen mellom rådmann og NAV-kontor er mangelfull. Leiinga i kommunen gjer ikkje jamlege risikovurderingar og følgjer ikkje med på kvaliteten i tenestetilbodet.

Funna heng i stor grad saman. Dersom ei teneste skal vere tilpassa kvar enkelt, må NAV-rettleiaren vite kva akkurat denne personen og familien treng. Derfor må kontoret ha kunnskap

og rutinar for å fange opp ulike hjelpebehov og kartleggingsverktøy som gir rom for brukarmedverknad på ein forsvarleg måte. For å kunne tilpasse tenestene til behovet må kommunen sikre at rettleiaren har fått nødvendig opplæring, og at regelverk og informasjon om aktuelle tenester og høve for tilpassing er lett tilgjengelege. I mange av dei undersøkte kommunane ser det ut til at det er tilfeldig om den enkelte brukaren får gode nok og rette tenester.

Uroa for rettstryggleiken til brukarane

Personar med behov for sosiale tenester er ofte i ein vanskeleg og sårbar situasjon, og mange har samansette problem. I førearbeida til NAV-reforma er det å betre hjelpetilbodet til nettopp denne brukargruppa

framheva som ein av grunnane til å etablere NAV. Dei vanskelegast stilte skulle sleppe å ha å gjere med for mange instansar og bli kasteballar mellom dei.

Samtidig skulle NAV bli betre rusta til å hjelpe brukarane

ved å forvalte sosiale, arbeidsretta og økonomiske verkemiddel samla. Stat og kommune har gjennom eit likeverdig partnerskap eit felles ansvar for å drive NAV-kontoret. Dei skal saman sikre eit samordna og godt tenestetilbod til brukarane, samtidig som dei har eit sjølvstendig ansvar for kvar sine tenester.

Tilsyna viser at det er svært ulikt korleis samarbeidet om NAV-kontoret fungerer i praksis. I den eine enden av skalaen er kommunar som jobbar aktivt med å utvikle og forbetre tenestene og partnerskapet, i den andre enden er det kommunar som i stor grad har overlata styringa til staten og

berre betaler rekninga. Dei færreste av dei undersøkte kommunane har systematiske styrings- og kontrollaktivitetar. Mange NAV-kontor gir ikkje forsvarlege sosiale tenester til brukarane.

Statens helsetilsyn ser alvorleg på at kommunane gjennom systematisk styring ikkje sikrar at NAV-kontora hentar inn tilstrekkeleg informasjon om, og gjer forsvarlege vurderingar av, behova til ei sårbar gruppe. Vi er uroa for rettstryggleiken for brukarane, og uroa blir forsterka av at det i stor grad er dei same funna som går att år etter år i dei kommunane vi fører tilsyn med.

Tilsyna til fylkesmennene

Fylkesmannsembeta har sidan 2010 hatt i oppdrag å føre 100 årlege tilsyn med sosiale tenester i NAV. Av desse skal minst 50 gå inn i det landsomfattande tilsynet bestemt av Statens helsetilsyn. I dei seks åra som no er gått, er det gjennomført tre landsomfattande tilsyn, og det fjerde er i gang.

- 2010: økonomisk stønad etter sosialtenestelova
- 2012: behandlinga i kommunane av søknader om økonomisk stønad frå personar med forsørgjaransvar for barn
- 2013–2014: arbeidet i kommunane med kvalifiseringsprogrammet
- 2015–2016: plikta kommunen har til å tilby og yte sosiale tenester til personar mellom 17 og 23 år

Statens helsetilsyn får rapportane frå alle tilsyna i eit landsomfattande tilsyn og summerer opp funna i ein sluttrapport. Sluttrapportane og alle tilsynsrapportane er tilgjengelege på Helsetilsynet.no.



Mange NAV-kontor gir ikkje forsvarlege sosiale tenester til brukarane.”

Heimefødsel – kva ventar vi av den **ansvarlege** jordmora?

Statens helsetilsyn har dei siste åra hatt nokre tilsynssaker etter heimefødselar. Ved heimefødselar er det nokre område som den ansvarlege jordmora og dei gravide må vere særleg merksame på.

Talet på planlagde heimefødselar utgjer omkring ein firedel av fødslane utanfor institusjon. Resten er fødselar som kjem av at dei fødande ikkje rekk fram til sjukehuset i tide. Delen planlagde heimefødselar har stige dei siste tre åra. I 2014 var det 2,5 per tusen fødande som valde å føde heime. Dei som vel heimefødsel, ønskjer ofte ein naturleg fødsel i kjende omgivnader, og dei ønskjer at ei jordmor dei er blitt kjende med under svangerskapet, skal følgje dei opp.

Kriterium for heimefødsel

Statens helsetilsyn har kunnskap om at dei tilrådde kriteria for heimefødselar ikkje alltid blir følgde. Det kan auke risikoen for pasientskadar.

Helsedirektoratet gav i 2012 ut *Nasjonal retningslinje for heimefødsel*, IS-2012. Her går det fram kva for gravide som kan få støtte i å planleggje heimefødsel, og kva for gravide som skal få tilråding om å føde i sjukehus. Den ansvarlege jordmora må vurdere om den gravide fyller dei kriteria som er tilrådde for heimefødsel. Dette skal vurderast heile tida gjennom svangerskapet, når fødselen tek til, og undervegs i fødselen. Utveljinga er viktig for å kunne sikre ein trygg fødsel.

Informasjon og samtykke

Gjennom tilsynssakene vi har behandla, ser vi at den som skal føde, ikkje alltid får tilstrekkeleg eller nødvendig informasjon i forkant av eller under ein heimefødsel. Dette omfattar kva val ho har, kva risiko som finst, og korleis ansvaret for fødselshjelpa vil bli overført til sjukehuset, dersom det blir behov for overflytting.

Den gravide skal få grundig og fullgod informasjon før den planlagde heimefødselen. Ho skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsyn i eigen helsetilstand og dei alternativa som finst, slik at ho kan ta eit gjenomtrent val. Den gravide skal få informasjon om det jordmora kan hjelpe til med ved heimefødsel. Ho skal også få informasjon om avgrensingane knytte til fødselshjelp i heimen, og dei risikoane som følgjer av det. Ho må få informasjonen på ein måte som gjer at ho kan ta eit reelt val. Ein avtale som fastlegg pliktene og klargjer forventningane til partane, kan vere nyttig.

Journalføring

Tilsynssakene har også vist at journalføringa ofte er mangelfull.

Den ansvarlege jordmora har plikt til å føre journal frå helsehjelpa som er gitt både i svangerskapet og under fødselen. Journalen skal førast jamleg. Han må gjere greie for den informasjonen som er gitt, og at pasienten samtykkjer i den planlagde helsehjelpa.

Ved eventuell overflytting

Statens helsetilsyn har vidare sett at overflytting til sjukehus ikkje alltid blir gjort i tide eller raskt nok, noko som kan føre til ein alvorleg situasjon for mor og barn. Det er heller ikkje alltid at dei som er involverte i fødselen, samhandlar i tråd med tilrådingane når den fødande blir overført til sjukehus.

Erfaring viser også at kvinna kan ha opparbeidd seg eit nært tillitsforhold til jordmor som kan stå i vegen for gode relasjonar og tillit til nye behandlarar etter overflytting.

Det kan bli nødvendig å overføre den fødande til sjukehus anten under eller etter ein heimefødsel. For å kunne fange opp og korrigere komplikasjonar før dei blir livstrugande, må ansvarleg jordmor sjå til at pasientane blir flytta over i samsvar med dei nasjonale retningslinjene. Jordmora skal vurdere

heilskapleg kor raskt det må handlast, og vi viser her også til Norsk indeks for medisinsk naudhjelp. Dersom den fødande blir flytta, skal ansvarleg jordmor følgje med kvinna til sjukehuset, gi rapport og overlevere oppdatert fødejournale. God kommunikasjon og gjensidig respekt mellom involverte helsearbeidarar er nødvendig for å gi forsvarleg helsehjelp når den fødande blir overført til sjukehus, som står for den vidare behandlinga. Og det skal vere klart for kvinna at det no er andre fagpersonar som har overtatt ansvaret.

Samhandling

Det blir ikkje alltid samarbeidd for å klarleggje om pasienten kan få støtte når ho ønskjer å føde heime.

Det er friske gravide utan komplikasjonar i svangerskapet som etter eige ønske kan planleggje å føde heime. Dersom det er uvisse om risikofaktorar, eller dersom det er uklare funn, skal dette takast opp med ansvarleg lege, som anten er fastlegen eller fødselslegen. Terskelen for å konferere med lege eller vise den gravide til undersøking hos lege, skal vere låg. Dersom jordmora er i tvil eller gjer funn som tilseier at det kan vere auka risiko ved heimefødsel, skal ho konferere med eller vise den gravide til lege.

Oppsummering

Heimefødsel kan vere eit alternativ for nokre utvalde gravide. Rett utveljing og grundig informasjon er ein føresetnad for at den gravide skal kunne ta eit bevisst val om fødestad. Den fødande skal overvakast og behandlast i tråd med god praksis, og jordmora må føre journal. Jordmora skal utføre arbeidet sitt i samsvar med kravet om fagleg forsvarleg behandling og omsorgsfull hjelp. Jordmødrer som yter denne typen helseteneste, må følgje kravet om internkontroll, som i andre verksemder.

Risikovurdering med stort engasjement for brukarane

Helsetilsynet ser nærare på tenestetilbodet til personar med samtidig rusliding og psykisk liding. Vi arbeider etter ein fireårsplan for tilsyn med heile tenestetilbodet: både sosiale tenester, kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester. Som første aktivitet gjennomførte vi hausten 2015 ei risikovurdering for å identifisere dei områda der faren for svikt er størst.

Etter eit forarbeid der vi gjekk gjennom tilsynserfaringar, forskning og annan kunnskap og andre bidrag frå interne og eksterne aktørar, samla vi eit fagpanel som var breitt sett saman, til ein todagars konsensuskonferanse. Fagpanelet arbeidde seg fram til dei 13 områda der dei meiner det er størst fare for svikt.

Fagpanelet meiner at dei tre områda med størst risiko er:

- manglande samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling
- fråvær av tilpassa bustad. Her blei det presisert at tilpassa bustad også omfattar innhaldet i bustaden, det vil seie dei tenestene brukarane får for å meistre kvardagen.
- mangelfull utgreiing, vurdering og diagnostisering. Fagpanelet meiner at dette gjeld både rus, psykiatri og somatikk.



Organisasjonane bidrog med viktig kunnskap og viktige erfaringar om kva som sviktar innanfor området.”

Brukar- og pårøranderepresentantar har vore involverte gjennom heile prosessen. Som ein del av forarbeidet blei det halde møte med fleire brukar- og pårørandeorganisasjonar. Organisasjonane bidrog med viktig kunnskap og viktige erfaringar om kva som sviktar innanfor området. Represen-

tantar frå to organisasjonar tok også del i fagpanelet, der dei blant anna peikte på at det er viktig med brukarmedverknad og å involvere pårørande og anna nettverk i behandlinga.

Resultatet frå risikovurderinga er summert opp i ein eigen rapport og blir lagt til grunn

når Helsetilsynet i 2016 skal planlegge landsomfattande tilsyn som skal gjennomførast i 2017 og 2018.

Akseptabel svartid i AMK Oslo og Akershus

10 sek

Sidan svartida var uforsvarleg lang på medisinsk naudtelefon 113 ved AMK Oslo og Akershus, påla Statens helsetilsyn 4. juli 2013 Oslo universitetssjukehus HF å rette forholda. : Blant anna skulle sentralen sjå til at 90 prosent av oppringingane blei svart på innan ti sekund. Helseføretaket blei også pålagt å rapportere kvar månad til Statens helsetilsyn. I desember 2013 påla vi helseføretaket ei tvangsmulkt på 100 000 kroner kvar månad for å tvinge fram ei forsvarleg drift. I månadene før pålegget blei det svart på om lag 65 prosent av oppringingane innan ti sekund.

Tvangsmulkt blei kravd inn frå januar 2014 til mars 2015. Statens helsetilsyn avslutta tilsynssaka 15. oktober 2015. Helseføretaket svarte da på over 90 prosent av samtalan innan ti sekund. God innsats frå verksemda, saman med tilsynsverkemiddel som pålegg og tvangsmulkt, førte til at svartidene blei betra. Statens helsetilsyn minte verksemda om internkontrollplikta, noko som i dette tilfellet særleg inneber at leiinga heile tida må ha oversikt over svartider, og betre og setje i verk tiltak for å halde ved lag kravet om at sentralen skal svare på 90 prosent av oppringingane innan ti sekund.



«Hvis du ser, hører og forstår har du gjort mye mer enn du tror!»

Om barn og unges involvering i tilsyn!

Av Ina Nergård, Voksne for barn

Organisasjonen Voksne for Barn ble i 2014, som en av flere brukerorganisasjoner, invitert til å bidra i Helsetilsynets involveringsprosjekt. Når vi mottar slike invitasjoner, blir vi først og fremst glade, ettersom økt mulighet til medvirkning er et av våre viktigste arbeidsområder som organisasjon. Men vi blir også litt spente. Setter man i gang arbeidet med et oppriktig ønske om endring, og er systemet motivert for å ta imot en slik endring? Etter å ha deltatt i arbeidsgruppa i drøyt et år, lover det absolutt godt. Vår erfaring er at ønsket om forandring i aller høyeste grad er oppriktig, og arbeidet er konstruktivt og konkret. Sammen med Velferdsalliansen, FFO, Mental Helse, Fylkesmannsembetene og Helsetilsynet, har vi fått tatt del i et spennende arbeid som på langt nær er over. Ikke bare opplever vi en stor lydhørhet overfor brukerorganisasjonene, vi erfarer også at Helsetilsynet har et tydelig mål om å styrke brukerinvolveringen på en kvalitetsmessig god og varig måte. Vi gleder oss til fortsettelsen!

En viktig del av prosjektet, er å kartlegge erfaringer og råd fra brukerne selv, også barn og unge. Hva skal til for at tilsynsvirksomheten involverer brukere og pårørende som en selvfølgelig del av informasjonsinnhenting, og hvordan få det til i praksis?

14. oktober 2015 inviterte derfor Helsetilsynet ungdom med erfaring fra tjenestene, til en høring hos oss i Voksne for Barn. Deltagerne var i alderen 17-25 år, og kom fra ulike deler av landet. Til sammen hadde de erfaring fra barne-

vern, psykiske- og somatiske helsetjenester og NAV. Noen var også pårørende til foreldre med psykisk sykdom og/eller rusproblemer. De unge ble invitert til å dele sine tanker om blant annet:

- Hva kan fylkesmennene og Helsetilsynet lære av barn og unge som bruker tjenestene?
- Hva mener barn og unge at tilsynet bør følge med på og sjekke?
- Hvordan kan Helsetilsynet på en god måte involvere barn og unge i sitt tilsynsarbeid, og hvordan kan vi snakke med barn og unge om disse tingene?

Samlingen ble ledet av ansatte i Voksne for Barn, som har lang erfaring med å invitere unge brukere i ulike livssituasjoner til å bidra med erfaringer og tanker om hva som er god og relevant hjelp fra ulike instanser. Resultatet fra høringen kan man lese i rapporten «La din stemme høres!» som er tilgjengelig hos Helsetilsynet.

«Helsetilsynet bør følge med på hvordan barn og unge blir hørt! Dette er en rettighet vi har, men som ikke alltid er til stede. Å bli sett, hørt og forstått er noe av det viktigste av alt – uansett hvilken tjeneste man er i kontakt med eller hva slags hjelp man behøver!»

I våre møter med barn og unge, kommer det nesten alltid opp et ønske om at de voksne må bli bedre på å se, høre og forstå, og denne høringen var ikke noe unntak i så måte. Dette er noe de voksne må øve seg på, sier de unge. Det handler om å se med barnets øyne, ta barnets

perspektiv. Skal man klare det, så må man være interessert i å lytte til det barn og unge har å si. Men også være litt modig, tenke utenfor boksen, og legge fra seg litt av sin profesjonalitet.

«For å komme i posisjon må man gjerne gi av seg selv, legge litt av det profesjonelle bort og være medmenneskelig»

De unge sier at det hviler et ansvar på de voksne her, også hos tilsynsmyndigheten, for å finne gode måter å snakke med barn og ungdom på. De mener det ikke nytter å unnskyldes seg med at barna ikke vil, ikke er gamle nok eller ikke vet sitt eget beste. De mener at barn og unge som regel ønsker å bidra, om man bare blir invitert på en god måte, og at de får informasjon om ting på en begripelig



man må føle seg trygg nok til å kunne si det man mener, uten at det får negative konsekvenser.”

måte. Det er dessuten en helt grunnleggende forutsetning at man må føle seg trygg nok til å kunne si det man mener, uten at det får negative konsekvenser. De mener det er viktig for tilsynsmyndigheten å snakke med barna for å få et riktigere bilde av

hvordan tjenesten fungerer. Spør man bare de ansatte, mister man viktig kunnskap i tilsynet. Dessuten er det styrkende for hver enkelt å kunne bidra med sine erfaringer!

«Vi vil bruke all den informasjonen vi har om systemet til noe bra, ikke til å være offer, men til å gjøre en forskjell for andre!»





De unge er opptatt av at retten til medvirkning og involvering ivaretas. De understreker også viktigheten av retten til informasjon. Det handler både om informasjon om tjenestene og om sine rettigheter, blant annet til å klage, men også om informasjon om hva som skjer med mamma, pappa eller søsken. Informasjonen må gis på forståelige måter, og det er viktig at noen har ansvar for å sjekke at barnet har forstått. Det er ikke godt nok å la de ansatte være de som bedømmer om informasjon er relevant og tilgjengelig. Informasjonen er ikke tilgjengelig før barna selv opplever det sånn!

«Det må finnes systemer som sikrer at barn og unge får god nok informasjon, både om stedet de skal til, hva man skal der, hvor lenge, hva som skjer osv. Forutsigbarhet er viktig! Og informasjonen må være tilpasset barn og unge.»

«Et barn har rett til å få informasjon når en forelder er syk og man trenger det. Det blir ikke alltid gjort og det bør man sjekke. Noen må kunne svare på spørsmålene dine og snakke slik at du skjønner.»

De unge er også opptatt av at det følges med på at de ansatte har relevant kompetanse. De har erfart at det kan være svikt og mangler her som får konsekvenser for de som bruker tjenestene, blant annet når det gjelder hvordan meldeplikt og taushetsplikt håndheves.

«Dere bør følge med på om de ansatte har god nok kjennskap til regelverk osv, hvordan kompetansen blant de ansatte er. Finnes det et system for intern opplæring av de ansatte? En sånn ting er meldeplikten de som jobber i tjenestene har. Vet de at de har et ansvar for å gjøre noe når de er bekymret? Hvordan er rutinene for dette? Er du bekymret – gjør noe med det!!!»

«Dere må følge med på hvordan de ansatte forholder seg til taushetsplikten, hvor godt kan de lovverket osv. Det er forståelig at de noen ganger må fortelle ting videre, men da må de da fortelle meg at de gjør det og hvorfor og sånn? Hvis ikke blir det et tillitsbrudd, og jeg kommer ikke til å stole på den personen igjen.»



Når det gjelder hvordan man kan involvere barn og unge, så ser de for seg flere muligheter. I tillegg til at man kan snakke med unge brukere enkeltvis eller i gruppe ved selve tilsynet, så kan man også tenke seg å involvere unge voksne med egenerfaring som lekmenn i et tilsynsteam. Det kan være enklere å snakke med noen som har egne erfaringer å relatere til. Unge kan også involveres i å lage godt informasjonsmateriell om rettigheter og tilsyn. Ikke minst kan de være bidragsytere når det gjelder å finne de gode spørsmålene – hva må man spørre om for å få svar på det man ønsker å undersøke?

«Kanskje man kan spørre: er de som jobber her snille, har dere det bra her? Tar de voksne ansvar for hvordan hver og en har det?»

«Et godt utgangspunkt er å spørre seg selv – hva hadde jeg ønsket om jeg trengte hjelp? Spør ut fra det.....»

Og så et siste hjertesukk, fra en klok ung mann, som også er et veldig godt råd til tilsynsmyndigheten:

«Når skriftlige klager skal behandles, eksempel ved bruk av tvang, finnes det ofte ulike versjoner av saken. Det kan da være lettere å høre mest på de ansatte fremfor den unge. Kanskje man da bør være mer opptatt av om det BURDE vært brukt tvang, og ikke om de ansatte hadde LOV til å bruke tvang. Spørre den unge, hva er konsekvensen for deg når de bruker tvang, hvordan oppleves det? Og om det finnes planer for hva man kan gjøre i stedet eller for å forebygge utagering. Spør de for eksempel: Når du blir sint, hva trenger du da?»

Viktig informasjon, argument og **hjartesukk**

– stemma til pårørende i tilsynssaker og pasientrettsklager

For heimebuande eldre med samansette helseplager og omfattande hjelpebehov har nære pårørende ei viktig rolle i kommunikasjonen med kommunale helse- og omsorgstenester. Fylkesmennene får årleg eit stort tal uromeldingar og klager frå pårørende som opplever at dei kjem til kort når dei kontaktar den kommunale heimetenesta om utilstrekkelege og mangelfulle tenestetilbod.

Ei oppsummering av erfaringar frå tolv tilsynssaker og 23 pasientrettsklager som fylkesmennene avslutta i 2012, fortel at dei pårørende gjennomgåande er uroa over mangelen på kvalitetar som verdigheit, omsorg, tillit og tryggleik i heimetenesta for skrøpelege heimebuande eldre over 80 år. Tilsynssakene var knytte til kommunale heimetenester. Pasientrettsklagene var klager på avslag om langtidsopphald i sjukeheimar.

Når det blir utrygt å bu heime

Mangel på kontinuitet og stabilitet i tenestetilbodet var eit typisk innhald i pasientrettsklagene. Det som går igjen i klagene, er at det stadig kjem nye folk innom, at hjelp ikkje blir gitt til avtalt tid, og at det er for lite kvalifisert hjelp. Pårørende skildrar korleis eit tenestetilbod som ikkje er føreseieleg, skaper meir utryggleik og forvirring hos eldre med demenslidningar og angst. Pårørende set utryggleiken i samanheng med dårleg matlyst, svevnavanskar og redusert livskvalitet hos sine nære. Dei argumenterer for at

alt blir betre om den gamle får langtidsplass på sjukeheim med kvalifisert personell i nærleiken heile døgnet.

I tilsynssakene handlar klagene også om det faglege innhaldet i tenestene. Fleire pårørende gjer detaljert greie for konkrete situasjonar der svikt eller manglar i tenestetilbodet fekk alvorlege konsekvensar for tenestemottakaren. Feilmedisinering, mangelfull og/eller for sein diagnostisering er slike eksempel.

Når ikkje fram

Mange pårørende har god kjennskap til helsetilstanden og livssituasjonen til den eldre. I saksmaterialet finn vi eksempel på pårørende som gong på gong har kontakta heimetenesta om sjukdomsteikn og endringar i helsetilstanden til den eldre. Fleire uttrykkjer frustrasjon over mangel på oppfølging og tilbakemelding frå tenestene etter at dei har sagt ifrå. Dei opplever at dei ikkje når fram med uroa si og tilbakemeldingane sine, og somme opplever seg rett og slett avvist.

«Det som skjedde mor, må ikkje skje igjen!»

Fleire underbyggjer klagene med informasjon og argumentasjon som går utover det å peike på manglar og svikt, lovbrøt eller manglande oppfyling av rettar for deira egne. Dei ønskjer også at tenestene skal ta lærdom av svikt, slik at andre ikkje skal oppleve det same.

Aktiv pasient- og pårørandemedverknad for å førebyggje svikt og uønskete hendingar

Helsetilsynet ønskjer å løfte fram kor viktig det er at tenestene aktivt bruker informasjon og klager frå pasientar og pårørende i systematisk kvalitetsforbetringsarbeid. Det samla saksmaterialet i tilsynssaker og pasientrettsklager har fleire stemmer: den som fremjar

klaga, svaret frå tenestene og vurderingane og avgjerdene hos tilsynsorganet. I denne oppsummeringa ønskte vi å utforske stemma til dei pårørende: kva dei fortel, og korleis dei formidlar erfaringar i klagesaker.

NOU 2015:11 *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og*

omsorgstjenestene legg vekt på openheit som føresetnad for at pasientar og pårørende skal kunne ha tillit til tenestene. Ei helse- og omsorgsteneste som praktiserer aktiv medverknad i tråd med regelverket, kan få nyttig informasjon og gode innspel som kan bidra til trygge tenester.

”Dei opplever at dei ikkje når fram med uroa si og tilbakemeldingane sine, og somme opplever seg rett og slett avvist.”



Ulike verkemiddel i arbeidet med **førarkort** og **helsekrav**

Dei som skal ha førarkort, må blant anna oppfylle ein del helsekrav. Desse krava blei endra sommaren 2010. Særleg førte endringane til at grensene for bruk av vanedannande legemiddel knytt til køyring vart tydelegare.

Helsepersonellova seier at ein lege, optikar eller psykolog skal sende melding til fylkesmannen når ein pasient ikkje oppfyller helsekrava for å ha førarkort og tilstanden ikkje er kortvarig. Fylkesmannen vurderer om meldinga er send på rett grunnlag. Dersom det blir bekrefta, rår fylkesmannen politiet til å inndra førarkortet til pasienten.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal brukte media aktivt for å formidle til helsepersonell og publikum at krava var endra. I samband med turnuslegekurset hausten 2010 vart også førarkorttemaet utvida frå tidlegare kurs. Turnuslegane var vidare med på å spreie oppdatert kunnskap ut til fastlegekontora, og etter kvart også inn i sjukehusa. Etter stor pågang frå fastlegar og sjukehuslegar vart det våren 2011 halde fleire kurs for legane i fylket. Kursa var fullteikna, og ein stor del av legane i fylket tok del på kurset. Etter dette vart det ein stor auke i talet på meldingar til Fylkesmannen om personar som ikkje oppfyllte helsekrava for førar-

kort. Talet på saker om inndraging auka frå om lag 150 per 100 000 førarkort i 2009 til over 900 i 2011. I resten av landet låg talet stabilt mellom 200 og 300 saker per 100 000 førarkort desse åra.

I tillegg til auka saksmengd fikk vi mange førespurnader frå publikum og helsepersonell om rådgjeving omkring regelverket. Det vart også gjennomført fleire møte med legar og psykologar.

” nedgangen i bruken av vanedannande legemiddel er større i fylket vårt enn gjennomsnittet for landet.”

Vi brukte også endringane i helsekrava til å sjå nærare på praksisen blant legar med å skrive ut vanedannande legemiddel. Hausten 2010 blei vi, da vi behandla to tilsynssaker mot fastlegar i fylket, kjende med at eit større tal pasientar ikkje oppfyllte helsekrava som følge av legemid-

delbruk. Desse opplysningane førte til at vi oppretta eigne saker, og politiet inndrog førarkorta til pasientane. Sakene fekk mykje merksemd i media og vart på mange måtar retningsgivande for fagmiljøet i fylket.

Også etter dette har vi vore særleg merksame på korleis legane føreskriv vanedannande legemiddel. Mellom anna har vi laga ein eigen handlingsplan om temaet. I tillegg til å informere om planlagd tilsynsaktivitet på temaet peiker handlingsplanen på skilnadene mellom kommunane når

det gjeld bruken av vanedannande legemiddel blant innbyggjarane. Tal frå Reseptregisteret viser store skilnader i korleis slike legemiddel blir brukte, både når det gjeld vanedannande legemiddel, sovemedisinar og morfinpreparat. I tråd med planen har vi i 2014 og 2015 gjennomført planlagde tilsyn med utvalde legekontor og legar.

Som tilsynsorgan ønskjer vi å vere tydelege om kva forventningar vi har til legane når det gjeld føreskriving av vanedannande legemiddel. Vi ser at uromeldingar om enkeltlegar oftast kjem seint, og at ein uheldig praksis da allereie er etablert. Gjennom kurs, direkte rådgiving av legar, handlingsplan og planlagde tilsyn ønskjer vi å førebyggje dårleg praksis. Tilbakemeldingane frå fagmiljøet har vore positive. Mange har vist til at dei har nytta handlingsplanen til internundervisning, smågruppearbeid og liknande. Fylkesmannen i Møre og Romsdal vil også dei kommande åra arbeide med temaet. I tillegg til at Transportøkonomisk institutt har vurdert at førarkortiltaka våre reduserte talet på dødsulykker i fylket, registrerer vi at nedgangen i bruken av vanedannande legemiddel er større i fylket vårt enn gjennomsnittet for landet.

Referansar:

1. <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMMR/Handlingsplan%20-%20forsvarlig%20forskriving.pdf>
2. <https://www.toi.no/trafikksikkerhet/skjerpet-helsekrav-til-forerarkort-gir-bedre-trafikksikkerhet-article33020-220.html>
3. <http://www.reseptregisteret.no/>

Tilsyn og læring etter at **tiåring** døydde

Barnevernstenesta i Oslo kommune, Søndre Nordstrand bydel, fekk merksemda retta mot seg frå media og tilsynsorganet etter at ein ti år gammal gut blei funnen død i heimen sin i august 2014. Dette var ei djupt tragisk sak, og det vart reist spørsmål om fleire ulike, kommunale etatar hadde gjort jobben sin. Dette utfordra også fylkesmannen si oppfølging, i og med at tre ulike avdelingar skulle føre tilsyn med same hendinga.

Fylkesmannen sette i verk ei undersøking for å finne ut om kommunen hadde følgt opp guten slik dei pliktar. Fylkesmannen i Oslo og Akershus vende seg både til kommunen som skoleeigar og til bustadbydelen til guten, som er ansvarleg for barnevern og skolehelseteneste.

Oppfølginga frå skolen

Barnehage- og utdanningsavdelinga hos fylkesmannen bad Utdanningsetaten i Oslo kommune om å gjere greie for kva kjennskap skolen hadde til eleven, blant anna om dei hadde fått opplysningar som gav skolen grunn til å vere uroleg for eleven. Fylkesmannen konkluderte med at verken samarbeidet mellom skolen og den føresette, eller konkrete saker knytte til eleven, gav skolen grunn til å vere uroleg. Fylkesmannen vurderte at det ikkje kom fram opplysningar i saka som gav grunnlag for å føre tilsyn med Oslo kommune som skoleeigar.

Oppfølginga i skolehelsetenesta

Helseavdelinga hos Fylkesmannen vende seg på si side til helsesøster- og skolehelsetenesta og bad om journal for å vurdere om det var grunnlag for vidare tilsynsoppfølging av bydelen. Spørsmålet var om guten fekk forsvarleg tenester av skolehelsetenesta i bydelen. Helseavdelinga vurderte også om den kjennskapen skolehelsetenesta hadde til guten, burde ha ført til at dei formidla opplysningar til barnevernstenesta. Fylkesmannen konkluderte med at oppfølginga frå skolehelsetenesta ikkje hadde vore uforsvarleg. Det blei også konkludert med at barnet var i ein tilstand som ikkje gav konkrete haldepunkt for at han var utsett for alvorleg omsorgssvikt.

Oppfølginga i barnevernstenesta

Ei tredje avdeling hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Sosial- og familieavdelinga, bad om ei skriftleg utgreiing av korleis den aktuelle barnevernstenesta hadde handtert saka. Hovudtemaet var at ei tidlegare uromelding frå skadelegevakta var lagd vekk, og spørsmålet var om dette var forsvarleg og i tråd med regelverket. Fylkesmannen konkluderte med at denne uromeldinga skulle ha ført til at barnevernstenesta undersøkte saka, og det blei derfor påvist lovbrøt.

Fylkesmannen fann etter dette grunn til å be barnevernstenesta gjere greie for kva praksis dei hadde for å avklare og gå gjennom meldingar. Det blei

vurdert at bydelen hadde for høg terskel for å setje i verk undersøkingar. Dette førte til eit konkret spørsmål om bydelen hadde forsvarlege styringsystem for kontroll og korrigering av den barnevernsfaglege og juridiske vurderinga i meldingsavklaringa.

” Det blei vurdert at bydelen hadde for høg terskel for å setje i verk undersøkingar.”

Fylkesmannen gjennomførte også stikkprøvekontrollar ved å gå gjennom eit utval meldingar som var lagde vekk, og konkluderte med at det i minst 20 av dei 40 meldingane som var lagde vekk, skulle ha vore gjennomført undersøkingar.

Terskelen for kva meldingar som skal undersøkjast nærare, var med andre ord lovstridig.

I etterkant av gjennomgangen presenterte Fylkesmannen funna for barnevernsleiaren og leiaren for mottaket og gav ei oversikt over kva konkrete saker som kunne leggjast vekk.

Bydelen blei invitert til å ta del i eit eigenvurderingsarbeid med meldingar som ein del av det landsomfattande tilsynet i 2015/2016 og takka ja til det. Etter dette har bydelen endra praksisen sin og justert terskelen for å opprette undersøkingar i tråd med regelverket. Siste halvår i 2014 la bydelen vekk ca. 18 prosent av meldingane som kom inn. I første kvartal 2015 blei i underkant av fem prosent lagde vekk.

Mange bekkar små ...

Av Pål Iden, fylkeslege i Rogaland,

Erik Kreyberg Normann, administrerande direktør og Knut Korsbrekke, medisinsk sjef, Curato Røntgen AS

Erfaringane Fylkesmannen i Rogaland har frå tilsyn med Curato Røntgen, viser at eksternt tilsyn og internt kvalitetsarbeid kan spele saman til beste for pasienttryggleiken, også når tilsynet er organisert fylkesvis og verksemda er driven privat og er landsdekkjande.

Curato Røntgen AS er den største og einaste landsdekkjande aktøren innanfor privat biletagnostikk med vel 550 000 undersøkingar årleg. Sidan verksemda blir driven i mange av fylka i landet, er også tilsynsansvaret delt mellom fleire fylkesmenn. Dette kan vere ei utfordring for verksemda, men også for det blikket tilsynet skal ha for heilskapen.

Mange lovbrot

Curato Røntgen har to avdelingar i Rogaland: i Stavanger og Haugesund. Fylkesmannen behandla frå 2010 til 2014 til saman 16 tilsynssaker frå Curato på bakgrunn av klager og uro, der temaet var kvalitet og treffsikkerheit på undersøkingar. I tolv av sakene blei det peikt på lovbrot, i hovudsak svikt i radiologiske vurderingar. Opphoping av tilsynssaker med påvist svikt i ei verksemd bør følgjast opp med ei systematisk tilnærming. Opphopinga kan vere tilfeldig, men det må avklarast om det skuldast eit kvalitetsproblem.

Fylkesmannen i Rogaland valde å samanstillе dei sakene vi hadde behandla gjennom ein fireårsperiode. Vi gjorde samtidig eit søk i databasen til Statens helsetilsyn for å sjå om det var ei tilsvarande opphoping i andre fylke, utan å finne dette. Vi analyserte sakene for å sjå om det var grunnlag for å følgje opp enkeltlegar med individsaker, men fann ikkje grunn til det.

Arbeidet blei avslutta med eit oppsummeringsbrev til Curato Røntgen, med kopi til Helsetilsynet og Helse Vest. Brevet blei følgt opp med eit møte mellom Fylkesmannen i Rogaland og leiinga ved Curato lokalt og nasjonalt, der røntgeninstituttet gjorde greie for korleis dei samla hadde følgt opp sakene.

Forbetringsarbeid i Curato

Som ledd i det løpande kvalitetsarbeidet og som resultat av at Fylkesmannen peikte på lovbrot, sette Curato i gang fleire kvalitetsforbetrande tiltak.

Feil konklusjon på radiologiske undersøkingar skjer blant alle radiologar, som regel ved at dei overser eller feiltolkar sjukelege endringar. Førekosten av feildiagnostikk ligg på 1,5–4 prosent blant erfarne radiologar.

Curato **har innført** følgjande kvalitetsforbetrande tiltak:

- spesielle undersøkingar blir kanaliserte til radiologar med spisskompetanse
- dobbelgransking – ad hoc (3–5 prosent av rapportane)
- dobbelgransking – dobbel blind – alltid ved rutinekontroll mammografi
- dobbelgransking – randomisert «peer review» (fagfellevurdering)
- kvalitetsutval
- kvalitetssjef i hundre prosent stilling
- kontinuerleg oppdatering av prosedyrar
- fokus på etter- og vidareutdanning av radiologar og radiografar
- årlege interne fagseminar for radiologar og radiografar
- månadlege avdelingsmøte der avvik blir omtalte

Fagfellevurdering – peer review

Dobbelgransking mellom erfarne kollegaer skjer i dag i svært liten grad i og utanfor sjukehus. Prinsippet om dobbelgransking, utanom screening-mammografi, er ikkje nedfelt i nasjonale retningslinjer.

Fagfellevurdering blei innført i Curato i 2014. Ei gruppe på sju radiologar

”Dobbelgransking mellom erfarne kollegaer skjer i dag i svært liten grad i og utanfor sjukehus.”

står for vurderingane. Målet er at dei skal gå gjennom tre til fem prosent av tilfeldig randomiserte rapportar og gi tilbakemelding på innhaldet i og forma på den medisinske rapporten, i tråd med ein standard som American

College of Radiology har implementert som ein del av ei akkreditering av radiologisk verksemd (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations – JCAHO).

Enkeltresultata er konfidensielle. Tilbakemeldingar til kvar enkelt radiolog blir handtert av medisinsk sjef. Alle radiologar har ifølgje Curato teke godt imot innføringa av fagfellevurderingar, og det er primært innført som eit verktøy for å gjere radiologane betre, ikkje for å straffe dei. Anonyme totalresultat blir publiserte internt kvart halvår.

Tilsyn på omsorgssenter for **einslege mindreårige asylsøkjjarar** Korleis **er** det, og korleis **blir** det?

Den auka tilstrøyminga av menneske på flukt har ført til eit behov for å raskt opprette fleire omsorgsplassar for einslege mindreårige asylsøkjjarar. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) utvidar omsorgssentera sine for mindreårige asylsøkjjarar med fleire avdelingar, og det blir oppretta nye senter nesten kvar veke. Private aktørar driv mange av dei nye sentera. Det er også foreslått endringar i kvalitetsforskrifta som skal opne for å kunne gi dispensasjon frå krava i ekstraordinære situasjonar. Slike dispensasjonar kan for eksempel vere å bruke rom for fleire personar, at bemanningsnorma kan setjast noko lågare, og at kravet til kva som er relevant kompetanse for den tilsette, blir utvida til å gjelde fleire utdanningar og profesjonar. Kravet vil likevel vere at tilbodet til barna skal vere forsvarleg.

Mens vi ventar på auka busetjing i kommunane, kjem behovet for nye plassar til å auke stadig, og barna risikerer å bli buande lenger på eit omsorgssenter enn planlagt.

Fylkesmennene gjennomfører to årlege tilsyn med desse omsorgssentera, og eitt av dei skal vere umeldt. Formålet med tilsyna er å undersøkje om barna får forsvarleg omsorg og behandling. Fylkesmannen undersøker derfor om barna har fått dei

vedtaka og planane dei skal ha, og om desse blir følgde opp. Det blir også undersøkt om barna får nødvendige helsekontrollar, og om dei har skoletilbod. I tillegg undersøker fylkesmannen gjennom tilsynet om omsorgssenteret har forsvarleg styring, og om dei ser til at dei tilsette får forsvarleg opplæring og oppfølging.

Når tilsyna blir gjennomførte, er det sentralt å snakke med barna.

Alle barna som bur på omsorgssenteret, får tilbod om samtale med dei som gjennomfører tilsynet. Dei som gjennomfører tilsynet, har ansvaret for å tilpasse samtalan til alderen og språkkunnskapane til barna og til kor modne dei er. Bruk

av tolk er ofte nødvendig i desse samtalan, og det er viktig at dei som gjennomfører samtalan, har god tilsynsfagleg og barnefagleg kompetanse. Samtalan er viktige for å sjå heilskapen i omsorgssituasjonen for barna. Samtalan kan bli vanskelege fordi barna på kort tid har kontakt med mange ulike offentlege organ, og fordi dei ikkje alltid forstår den rolla tilsynet har. Tema som barna ofte er opptekne av, er mat, leggjetider, tilgang til klede og utstyr, kor strenge dei vaksne kan vere, og kva dei får lov til eller ikkje lov til. Vi har også opplevd at barn gjennom desse samtalan gir uttrykk for at dei er engstelege for enkelte vaksne, og at den tryggleiken og trivselen barna

opplever, kan vere avhengig av kven som er på jobb.

Inntil nyleg har det vore fire slike omsorgssenter i Noreg. Bufetat har drive dei alle, og dei har derfor lege under den same overordna leiinga. Gjennom tilsyna har fylkesmannen dei siste åra peikt på manglar ved det arbeidet med planar som institusjonen driv for barna, at planane skal vere oppdaterte og ha eit innhald som er

tilpassa kvart enkelt barn. Generelt har inntrykket vore at arbeidet med å lære opp dei tilsette har vore forsvarleg, og at omsorga for barna er teken hand om på ein forsvarleg måte.

”Når tilsyna blir gjennomførte, er det sentralt å snakke med barna.”

Tenester først – tilsyn etterpå

Tilsynsressursane til fylkesmannen skal fordelast mellom alle lovpålagde tilsyn. Dette gjeld både for einslege, mindreårige asylsøkjjarar i omsorgssenter og for tenester til barn i barnevernet.

Når talet på omsorgssenter aukar, må vi prioritere ut ifrå ei risikovurdering. Dei nyoppretta omsorgssentera har ikkje etablerte rutinar og system, og sannsynlegvis heller ikkje den same tilgangen på personell og kompetanse, som eksisterande omsorgssenter og institusjonar har. Dette taler for at faren for svikt og lovbrøt er størst i dei nyoppretta sentera.

Kva skal eit omsorgssenter ta hand om?

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) skal gi barn under 15 år som kjem utan føresette og søker asyl, tilbod om opphald på eit omsorgssenter for mindreårige. Plikta gjeld frå tidspunktet da utlendingsstyresmaktene har registrert barnet som komme inn i landet.

Når barnet har opphald på eit omsorgssenter, har Bufetat omsorga for barnet, og omsorgssenteret skal stå for omsorga. Omsorgssenteret skal gi barnet god omsorg og tryggleik, og bidra til at det får den oppfølginga og behandlinga det treng. Omsorgssenteret skal frå barnet kjem dit, vurdere kva behov barnet har for oppfølging, og varsle barnevernstenesta i opphaldskommunen dersom det er nødvendig.

Omsorgssenteret skal innan tre veker kartleggje kva behov barnet har, og formidle dette til Bufetat, som deretter skal fatte eit oppfølgingsvedtak for barnet. Omsorgssenteret skal halde fram med å vurdere kva behov barnet har for oppfølging, og kartleggje behov ved framtidig busetjing i ein kommune. All kartlegging skal gjennomførast i samarbeid med barnet. Når det er komme svar på asylsøknaden og problemstillingar kring busetjing er avklarte, skal omsorgssenteret følgje opp dette.

Kva skal fylkesmannen gjere?

Fylkesmannen skal føre tilsyn med om omsorga som blir gitt ved omsorgssentera, er forsvarleg. Tilsynet skal også undersøkje om barna på omsorgssenteret får forsvarleg omsorg og behandling, om det er utarbeidd målsetjing og plan for kvart enkelt barn, og om desse planane blir følgde og evaluerte. Både i lovgivinga og i det tilsynet skal undersøkje, er det sentralt at barnet har rett til medverknad. Barna skal ikkje utsetjast for integritetskrenkingar, og rettane deira etter barnevernlova skal respekterast.

Tilsynet skal også sjå til at det ikkje blir brukt ulovleg tvang, og at det blir jobba systematisk for å forhindre bruk av tvang. Når det gjeld barn på omsorgssentera, skal tilsynet også undersøkje om barna har kontakt med representantar som er oppnemnde etter verjemålslova, om dei har høve til helsekontroll og tolkebistand, og om det blir lagt til rette for busetjing i kommunar.

Eit overordna mål med tilsynet er også å bidra til kvalitetsutvikling og å gi grunnlag for betringsarbeid i institusjonane.



Eigenvurdering – meir **forbetringsarbeid** enn **kontroll**

«Læringseffekten har vært stor når vi selv må gjøre jobben – den beste opplæringen i 2015. Forholdet til fylkesmannen har vært mer avslappet enn på vanlig tilsyn, slik at læring kunne finne sted.»

Barnevernsleiar som har vore med på eigenvurdering

I 2015 og 2016 gjennomfører fylkesmennene landsomfattande tilsyn med det arbeidet kommunane gjer med meldingar til barnevernstenesta og tilbakemelding til meldar. Dei gjennomfører også tilsyn med korleis NAV-kontora forvaltar sosiale tenester til ungdom mellom 17 og 23 år. Tilsyna er ein kombinasjon av systemrevisjonar og eigenvurderingar. 90 NAV-kontor og 55 barnevernstenester tok del i eigenvurdering i 2015.

Eigenvurderinga inneber at verksemdar og kommunar sjølve går gjennom eit avgrensa område av verksemda, vurderer eigen praksis og melder resultat og sender plan for eventuell utbetring til tilsynsorganet. Etter å ha vore med på eit informasjonsmøte med fylkesmannen, får dei kommunane som vel å vere med på eigenvurderinga, tilsendt eit skjema med spørsmål om korleis regelverket blir praktisert i eiga verksemd. Med spørsmåla følgjer også ei framstilling av krava på det aktuelle området. Ved å gå gjennom eigne svar skal kommunen avdekkje avvik frå krava. Så skal kommunen setje opp ein plan for å rette opp avvik. Planen skal sendast til fylkesmannen, som i sin tur skal vurdere han.

Fylkesmannen summerer opp eigenvurderingane i eit slutt møte der alle deltakarane blir inviterte til felles refleksjon rundt resultatane.

To barnevernsleiarar og to NAV-leiarar har delt erfaringane dei har med å vere med på eigenvurderinga, med lesarar av tilsynsmeldinga. Dei fortel om kva som motiverte dei for å ta del, og om kva utbytte dette gav. Her er eit utdrag frå svara:

«Vi valgte å bli med på eigenvurdering fordi opplegget gav mulighet for en grundig gjennomgang av egen praksis. Hele kontoret ble involvert, og vi ville få veiledning fra fylkesmannen og de andre kontorene som deltok.»

«Eigenvurderingen gav et godt innblikk i egen praksis. Vi kunne snakke sammen underveis og finne ut av sakene sammen. Vi fikk en generell gjennomgang av sakene.»

«Deltakelse har svart til forventningene, men eigenvurdering var litt mer omfattende enn først antatt. Vi har fått mye bedre innsikt i egen praksis. Vi forsto blant annet hvor viktig det er å dokumentere arbeidet vi gjør, fortløpende. Alle som deltar i dette arbeidet var involvert. Vi fikk avdekket ulovlig praksis og fant avvik. I prosessen hadde vi et sterkt fokus på fag og rettssikkerhet. Vi opplevde mye læring i å bli bevisst egen praksis og i å lete etter forbedringer.»



**Dette er mer
forbedringsarbeid
enn kontroll.»**

Dei to NAV-leiarane og barnevernsleiarane vil gi følgjande råd til andre som lurar på om dei skal ta del i eigenvurdering i 2016:

«Delta! Det gir en anledning til å rydde i eget hus. Dette er mer forbedringsarbeid enn kontroll. Eigenvurdering er en åpen prosess i motsetning til vanlig tilsyn hvor fylkesmannen sitter bak lukkede dører. Det kan være vanskelig å sette grensen for hva som er et lovbrudd, og vi tror kommunen i så måte er strengere enn fylkesmannen. I

diskusjonen med de andre kommunene som deltok, skjønnte vi at vi ikke var alene om å ha forbedringsbehov på enkelte områder, og det var nyttig å kunne diskutere disse områdene med andre tjenesteledere og fylkesmannen på felles slutt møte for eigenvurderingen.»

Internkontrollforskrifta pålegg alle leiarar å gå gjennom eiga verksemd med jamne mellomrom med sikte på å identifisere og betre praksis som er i strid med lova. Eigenvurderinga gir verksemda hjelp til å gjennomføre ein slik gjennomgang.

Ein tenesteleiar sa det slik:

«Vi skal gjennomføre ny eigenvurdering neste år på egen hånd for å sjekke at tiltakene vi har gjennomført for å rette feilene vi fant, fortsatt virker.»

Når helsepersonell har ein **avgrensa** autorisasjon

Til kvar tid har fleire helsepersonell ein avgrensa autorisasjon og står oppført i helsepersonellregisteret (HPR) med det. Det er Statens helsetilsyn som kan avgrense autorisasjonen for desse og stille vilkår i samband med slik avgrensa autorisasjon. Kva vil det seie å ha ein avgrensa autorisasjon med vilkår? Kan helsepersonell utføre alle typar oppgåver og ha det same ansvaret som personell utan avgrensingar, og er det noko arbeidsgivarar og leiarar må vere merksame på? Statens helsetilsyn får ein del førespurnader frå arbeidsgivarar og leiarar i helse- og omsorgstenesta og frå helsepersonell om dette.

Omsynet til pasientane og brukarane viktigast

Det er ulike årsaker til at nokre får avgrensa autorisasjonen, og vi gjer også ulike vurderingar før vi fattar eit slikt vedtak. Helsepersonell som vi i ei tilsynssak har vurdert til å vere ueigna til å utøve verksemda si, vil vi i somme tilfelle vurdere som eigna til å utøve yrket innanfor eit avgrensa felt eller når dei blir følgde opp og kontrollerte (helsepersonellova § 59 a). Helsepersonell kan også søkje om å få ein avgrensa autorisasjon etter at autorisasjonen deira er teken frå dei tidlegare. Statens helsetilsyn kan vidare gjere vedtak om avgrensa autorisasjon i tilfelle der vi vurderer at ei åtvaring ikkje tek godt nok vare på pasienttryggleiken. Felles for alle vurderingane er at ein avgrensa autorisasjon er nødvendig og tilstrekkeleg for å ta hand om pasienttryggleiken og den allmenne tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstenesta.

Når helsepersonell har ein avgrensa autorisasjon, vil det seie at vi har vurdert dei som skikka eller eigna til å arbeid innanfor nokre fastsette rammor eller avgrensingar. Statens helsetilsyn

fastset rammene eller avgrensingane og gjer greie for dei som vilkår. Avgrensingane eller vilkåra skal vere med på å fremje pasienttryggleiken og medverke til at tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstenesta blir halden ved lag.

Eksempel på avgrensingar og vilkår

Vi gav ein lege avgrensa autorisasjon på bakgrunn av fleire faglege feilvurderingar i verksemda som lege ved legevakt. Dei faglege feila var ikkje så alvorlege at det var grunnlag for å kalle autorisasjonen tilbake, men det blei vurdert at ei åtvaring til legen ikkje var tilstrekkeleg for å ta hand om pasienttryggleiken. Legen fekk derfor ein avgrensa autorisasjon. For å hindre at legen skulle gjere liknande feilvurderingar igjen, stilte vi krav om at legen måtte oppdatere kunnskapen sin på dei aktuelle områda og dokumentere dette for å kunne bemanne legevakt igjen.

Ein sjukepleiar, som arbeide i ei psykiatrisk avdeling, fekk avgrensa autorisasjonen sin på bakgrunn av privat kontakt med pasient etter sjukehusopphald gjennom ulike kommunikasjonsmedium. Også her vurderte vi at ei åtvaring ikkje var nok for å hindre at liknande kunne skje igjen. Sjukepleiaren fekk autorisasjonen sin avgrensa med to vilkår: Sjukepleiaren måtte arbeide i andre delar av helsetenesta enn psykisk helsevern, og både den daverande arbeidsgivaren og framtidige arbeidsgivarar måtte gjerast kjende med vilkåret og avgrensinga.

Ein fysioterapeut fekk autorisasjonen sin avgrensa på grunn av privatisering av behandlar-pasient-relasjon. Avgrensingar her var at fysioterapeuten ikkje kunne drive eller starte eigen praksis. Vidare stilte vi vilkår om at arbeidsgivaren for fysioterapeuten måtte kjenne til bakgrunnen for den avgrensa autorisasjonen, stadfeste dette til Statens helsetilsyn og rapportere jamleg. Eit anna sentralt vilkår her var at fysioterapeuten måtte gå i rettleiing hos ein kvalifisert behandlar for å opparbeide nødvendig innsikt i rolleforståing og problem knytte til grenseoverskridande åtferd og rollesamanblanding.

” Det er Statens helsetilsyn som både kan ta autorisasjonen og oppheve avgrensingane.”

Oppfølging og kontroll

Vi kan avgrense autorisasjonen til helsepersonell til å gjelde berre for ei konkret stilling, hos ein bestemt arbeidsgivar eller innanfor eit avgrensa område eller felt av helse- og omsorgs-

tenesta. Vidare kan det dreie seg om fagleg oppdatering og kompetanseheving, og det kan dreie seg om behandling eller rettleiing og ein type kontroll, for eksempel rusmiddeltesting. Som oftast stiller vi krav om at helsepersonellet sjølv, arbeidsgivaren eller behandlaren/rettleiaren rapporterer til Statens helsetilsyn. Avgrensingane eller vilkåra er tilpassa bakgrunnen for tilsynssakene.

Det er helsepersonellet sjølv som ber ansvaret for å følge avgrensingane eller vilkåra, sjølv om det er andre (arbeidsgivaren eller behandlaren) som har ansvar for delar av det. At helsepersonell med ein avgrensa autorisasjon rettar seg etter vilkåra som er sette, på ein ryddig og ansvarsfull måte, er avgjerande for at avgrensingane skal kunne opphevast

Suspensjon av autorisasjon som helsepersonell

Når Statens helsetilsyn meiner at eit helsepersonell kan utgjere ein fare for pasienttryggleiken, vil vi vurdere å suspendere helsepersonellet. Det vil seie at vi mellombels tek autorisasjonen frå vedkommande medan vi behandlar ferdig tilsynssaka.

I suspensjonstida kan helsepersonellet ikkje drive i yrket sitt. Av omsyn til rettstryggleiken for helsepersonellet kan Helsetilsynet berre vedta suspensjon for seks månader, og det er berre høve til å forlengje suspensjonen éin gong med ytterlegare seks månader. I 2015 fatta Statens helsetilsyn 36 suspensjonsvedtak. I dei aller fleste tilfella der Statens helsetilsyn har gjort vedtak om suspensjon, endar tilsynssaka med at helsepersonellet mistar autorisasjonen.

Vilkår for suspensjon

Den sentrale heimelen for suspensjon er helsepersonellova § 58. Lovregelen gir Statens helsetilsyn høve til å suspendere dersom det er grunn til å

tru at vilkåra for å kalle tilbake autorisasjonen er oppfylte. Vilkåret «grunn til å tro» inneber at lova ikkje stiller like strenge krav til bevis som ved endeleg vedtak om å kalle tilbake autorisasjon. Dette gir Statens helsetilsyn høve til å suspendere i tilfelle der det er uvisse kring saksforholdet, og det derfor er nødvendig å hente inn ytterlegare opplysningar før vi kan ta endeleg avgjerd i saka.

I tillegg må vurderinga vere at helsepersonellet er til fare for tryggleiken i helse- og omsorgstenesta. Det er ikkje krav om at helsepersonellet faktisk har utsett pasientar for fare. Det avgjerande er risikoen for at helsepersonellet i framtida kan utgjere ein fare for tryggleiken. Eit eksempel på at vilkåra er oppfylte, er når det er fare for at pasientar kan bli utsette for uforsvarlege hendingar dersom helsepersonellet får drive vidare i yrket sitt.

I kva type sakar er suspensjon aktuelt?

Statens helsetilsyn vil ofte vurdere

suspensjon i tilfelle der det ligg føre opplysningar om at eit helsepersonell har eit alvorleg rusproblem og har møtt ruspåverka på jobb. Hendingar og saker knytte til rus er den vanlegaste årsaka til suspensjon. Suspensjon kan vidare vere aktuelt dersom helsepersonell har ei alvorleg sinnsliding, der nokon er mistenkt for å ha gjort straffbare handlingar, ved seksuelle overgrep overfor pasientar eller på grunn av alvorlege faglege feil. Faren for pasienttryggleiken er særleg stor når helsepersonellet har ein uklar arbeidssituasjon, for eksempel at han eller ho tek oppdrag gjennom vikarbyrå. I slike tilfelle er det ikkje sikkert at arbeidsgivaren er kjend med situasjonen, og det er derfor vanskelegare for arbeidsgivaren å følgje opp.

Eksempel på saker om suspensjon

Fylkesmannen oppretta tilsynssak etter å ha fått ei uromelding om at ein sjukepleiar hadde alkoholproblem og rusa seg på morfinpreparat. Sjuke-



seinare. Dersom vedkommande ikkje følgjer vilkåra, kan vi ta den avgrensa autorisasjonen frå helsepersonellet. Det er Statens helsetilsyn som både kan ta autorisasjonen og oppheve avgrensingane.

Det er altså dei konkrete avgrensingane eller vilkåra som avgjer kva kvar enkelt helsepersonell med ein avgrensa autorisasjon kan ta ansvar for eller utføre. Kva vilkår som er sette for den avgrensa autorisasjonen, går ikkje fram av Helsepersonellregisteret. Det er helsepersonellet sjølv som må opplyse arbeidsgivarar om kva vilkår som gjeld for autorisasjonen deira. Arbeidsgivaren må forsikre seg om at dei kjenner godt til kva avgrensingar eller vilkår som gjeld for helsepersonellet.

§ 59. Begrensning av autorisasjon

Statens helsetilsyn kan begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.

Slik begrensning kan fastsettes i tilfeller der helsepersonell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.

Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis helsepersonellet godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.

§ 59 a. Begrensning av autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt

Selv om vilkårene for tilbakekall etter § 57 ikke er oppfylt, kan Statens helsetilsyn begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår hvis advarsel etter § 56 ikke fremstår som tilstrekkelig for å sikre lovens formål. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på om det er grunn til å tro at helsepersonellet av grunner som nevnt i § 57 kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig dersom autorisasjonen ikke begrenses.

Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis helsepersonellet godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.

Strengt krav til informasjon og **samtykke** ved **forskning på menneske**

Medisinsk og helsefagleg forskning som involverer menneske, humant biologisk materiale eller helseopplysningar, inneber at det blir gripe inn i den personlege integriteten eller rettssfæren til kvar einskild. Helseforskningslova gir rettsgrunnlaget, og hovudregelen er at det er nødvendig med samtykke frå deltakarane (§ 13). Samtykkekravet er grunnleggjande i omsynet til at kvar enkelt skal ha sjølvråderett, og til at individet skal vere ukrenkjeleg.

Det blir kravd at samtykket skal vere informert, frivillig og uttrykkjeleg. Vidare skal det vere råd å dokumentere samtykket, noko som tilseier at dokumentasjonen som hovudregel skal vere skriftleg. Dokumentasjonen skal sikre at det seinare skal vere mogleg å sjå om det er gitt samtykke, og kva samtykket omfattar. Kravet om at samtykket skal vere informert, inneber at forskingsdeltakaren skal ha fått informasjon om det forskingsprosjektet han eller ho skal ta del i. For at deltakaren skal få tilstrekkeleg innsikt i kva samtykket vil seie, må forskingsansvarleg informere om formål, metode, risiko, ubehag, konsekvensar og anna som kan få noko å seie for samtykket. Kor mykje samtykkeerklæringa dekkjer, er avhengig av informasjonen som er gitt før, og kva det ut frå informasjonen er gitt samtykke til.

Når det gjeld forskning på døde menneske, er reglane annleis. Det går fram av helseforskningslova § 21 at dette er noko obduksjonslova § 7 med forskrift regulerer. Dei nærmaste pårørande skal informerast om at dei har høve til å reservere seg mot forskning på materiale frå avdøde.

Statens helsetilsyn har behandla fleire tilsynssaker etter helseforskningslova som er knytte til temaet informasjon og samtykke i samband med forskning på menneske.

Informasjon og samtykke til deltaking i forskning som involverer hjernebiopsi (2015)

Statens helsetilsyn har behandla ei omfattande tilsynssak mot Oslo universitetssjukehus HF (OUS) i samband med eit forskingsprosjekt ved Rikshospitalet på pasientar som skulle behandlast for såkalla vaksenvasshovud. Til saman hadde 112 personar gitt samtykke til å ta del i prosjektet. I behandlinga blei det lagt inn ein trykkmålar i hjernen, noko som inneber ein viss risiko. Samtidig skulle det takast ei lita vevsprøve (biopsi) av hjernen til bruk for forskning. Tre av deltakarane fekk alvorlege komplikasjonar, som truleg kunne knytast til behandlinga dei fekk, og/eller biopsitakinga.

Statens helsetilsyn kom fram til at OUS hadde brote helseforskningslova § 13. Deltakarane hadde ikkje fått konkret informasjon om kva komplikasjonar, blant anna hjernebløding

og i verste fall død, dei risikerte ved at det blei teke hjernebiopsi i tillegg til behandlinga. OUS blei derfor pålagt å endre informasjonen til deltakarane før forskingsprosjektet kunne først vidare.

Informasjon om retten til å reservere seg mot bruk av materiale frå rettsmedisinske obduksjonar til forskning (2014)

I ei tilsynssak mot Folkehelseinstituttet kom det fram opplysningar om at det blei forska på materiale frå døde barn, tekne ut ved rettsmedisinske obduksjonar, utan at pårørande visste om det. Statens helsetilsyn konkluderte med at Folkehelseinstituttet hadde brote forskrift om obduksjon §§ 5 og 6 og helseforskningslova § 21. Forskningsansvarleg hadde ikkje informert dei pårørande om høvet til å reservere seg mot slik forskning. Folkehelseinstituttet hadde også brote krava til organisering av forskinga og til internkontroll. Instituttet blei bede om å gjere greie for korleis dei ville unngå slike hendingar i framtida.

Dei sju regionale komiteane for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK) behandlar søknader om førehandsgodkjenning av medisinske og helsefaglege forskingsprosjekt. Etter helseforskningslova er det krav om slik godkjenning før prosjekta startar opp. Statens helsetilsyn fører tilsyn med forskinga etter at prosjekta er sette i gang. Tilsynsmyndet vårt går også fram av helseforskningslova.

Suspensjon av autorisasjon som helsepersonell

Sjukepleiaren blei seinare dømd ved tilståingsdom for å ha stole vanedannende legemiddel frå arbeidsplassen sin. Statens helsetilsyn la opplysningane i dommen til grunn. Vi meinte det var grunn til å tru at sjukepleiaren hadde eit rusproblem som gjorde sjukepleiaren ueigna til å drive forsvarleg i yrket sitt, og meinte at

sjukepleiaren var ein fare for tryggleiken i helsetenesta. Da vi i Statens helsetilsyn vurderte å suspendere vedkommande, la vi vekt på at det var ukjent om sjukepleiaren framleis var i arbeid eller var sjukmeldt.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til ein kirurg som blant

anna hadde brukt utradisjonelle operasjonsmetodar. Vi grunn gav suspensjonen med at kirurgen hadde gitt uforsvarleg helsehjelp fleire gonger og vist mangel på innsikt. Da vi vurderte om kirurgen var ein fare for tryggleiken, blei det lagt vekt på at arbeidssituasjonen for kirurgen på suspensjonstidspunktet var ukjent.

Stenging av akuttavdeling ved barnevernsinstitusjon

Fylkesmannen i Oslo og Akershus påla barnevernsinstitusjonen Motivasjonskollektivet å stengje korttidsavdelinga hausten 2014, fordi drifta var uforsvarleg og kunne vere skadeleg for dei ungdommane som budde der.

Motivasjonskollektivet er ei privat stifting som ligg i Eidsvoll kommune. Korttidsavdelinga ved institusjonen hadde eit tilbod til ungdom i alderen 13 til 18 år med alvorleg åtferdsproblematikk. Motivasjonskollektivet klaga til Statens helsetilsyn på vedtaket Fylkesmannen gjorde om å stengje institusjonen.

Alvorlege lovbrøt

Fylkesmannen hadde gjort fleire alvorlege funn i saka. Funna var knytte til svikt i førebygging, gjennomføring og oppfølging av tvangsbruk. Korttidsavdelinga hadde over tid brote krava i lova knytte til bruk av tvang. Avdelinga hadde over fleire år hatt ein praksis der ungdommane når dei blei tekne inn, nærast som rutine kom på skjerma avdeling. Opphald på skjerma avdeling hadde preg av ulovleg isolasjon, der ungdommane var utan å ha høve til å ta del i miljøet, eller ha kontakt med dei andre som budde der. Det var heller ikkje klare nok krav til at personalet var til stades, slik at det blei teke hand om ungdommane på ein forsvarleg måte. Fleire av husordensreglane ved institusjonen avgrensa på ein ulovleg måte rettane ungdommane

hadde. Dei var utforma på ein måte som kunne vere med å trappe opp konflikter meir enn å få kontroll over situasjonen. Vidare gjekk det fram av fylkesmannens pålegg om at tvangsvedtak mangla individuelle vurderingar og grunngevingar. I ettertid var det vanskeleg å sjå om tvangsvedtaka var i samsvar med krava i regelverket.

Helsetilsynet stadfesta fylkesmannen sitt pålegg om stenging

Ulovleg tvangsbruk kan ha skadelege følgjer for livskvaliteten og utviklinga til ungdom. I behandlinga av klagesaka la Helsetilsynet vekt på at Fylkesmannen hadde peikt på svikt fleire gonger over fleire år. Sjølv om institusjonen hadde sett i verk tiltak for å redusere tvangsbruk, hadde dei ikkje følgt med på om tiltaka hadde ført til varige endringar. Leiinga ved Motivasjonskollektivet gjorde heller ikkje greie for korleis dei arbeidde systematisk for å førebyggje bruken av tvang.

Haldningane og kompetansen til tilsette ved barnevernsinstitusjonar er svært viktige for at institusjonane skal kunne gi forsvarleg omsorg og førebyggje tvang. Helsetilsynet fann at behovet for opplæring knytt til dette ikkje var systematisk vurdert. Mangelfulle tvangsprotokollar bidrog til at det ikkje var mogleg å forstå fullt ut kvifor det var brukt tvang, og om det var grunnlag for å klage på tvangsprotokollane. Dei store manglane i tvangsproto-

kollane førte også til at desse ikkje var godt eigna til læring og kvalitetsforbetring i institusjonen.

Ut frå ei samla vurdering stadfesta derfor Helsetilsynet vedtaket om å stengje korttidsavdelinga ved Motivasjonskollektivet.

”Opphald på skjerma avdeling hadde preg av ulovleg isolasjon,”

Kva fører fylkesmannen tilsyn med?

Fylkesmannen skal føre tilsyn med at barnevernsinstitusjonar følgjer krava i regelverket, og at barn og unge får forsvarleg omsorg og behandling. Bruk av tvang eller andre inngrep i den personlege integriteten skal berre brukast der det ikkje er mogleg for institusjonen å handtere situasjonen på ein annan måte. Institusjonen skal dokumentere og grunngi tvangsbruk, og det skal ikkje nyttast meir enn det som går fram av formålet. Eventuelle inngrep føreset ei konkret og individuell vurdering. Tvangsbruk skal dokumenterast i ein tvangsprotokoll, der institusjonen skal grunngi tvangsbruken, kva som er gjort for å unngå tvangsbruk, og korleis situasjonen er følgt opp i ettertid. Institusjonsplanen skal gjere greie for korleis institusjonen skal oppfylle dei krava regelverket stiller til forsvarleg institusjonsdrift.

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 2015. Ei fullstendig oversikt over høyringsfråsegnene finn du på nettsidene våre.

Kontaktlege i spesialisthelsetenesta

Høyringsfråsegn til forslag til endringar i spesialisthelsetenestelova, pasient- og brukarrettslova m.m., januar 2015

Eitt av forslaga er å innføre ei ordning med kontaktlege i spesialisthelsetenesta. Intensjonen er å styrkje rettane for alvorleg sjuke pasientar og deira pårørande. Bakgrunnen er at avvismeldingar viser at pasientforløpa ikkje fungerer slik dei skal, blant anna når det gjeld informasjonsflyt og kontinuitet.

Statens helsetilsyn vurderer det slik at det er viktig at vi tek lærdom av erfaringane frå ordninga med pasientansvarleg lege og formar ut den nye ordninga med kontaktlege på ein slik måte at ho kan gjennomførast i tråd med formålet. Ut frå tidlegare erfaringar med ordninga med pasientansvarleg lege etterlyser vi ei prinsipiell drøfting av om juridiske verkemiddel aleine er den mest formålstenlege måten å innføre kontaktlegeordninga på.

Nødvendig gjennomgang av møtet mellom brukarar og NAV

Høyringsfråsegn til «Et NAV med muligheter» – sluttrapport frå ekspertgruppa, september 2015

Etter vår vurdering er dette ein god og nødvendig gjennomgang av møtet

mellom brukarar og NAV. Rapporten peiker på at organisasjonsmodellen for NAV-kontoret har organisatoriske spenningar og dilemma som fører til at prioriteringar av føreslåtte tiltak og intern ressursbruk kan ha noko å seie for om det er råd å oppfylle formåla i sosialtenestelova.

Vidare blir det særleg viktig å sikre at stønadsmottakarar ikkje blir gåande i ulike kommunale tiltak i staden for å få bistand til å komme i lønt arbeid på sikt når aktivitetsplikta i sosialtenestelova § 20 trer i kraft. Vi vurderer det slik at det er svært viktig at stønadsmottakarar, og barn som blir forsørgde av sosialstønad, ikkje over lengre tid må leve på eit minimumsnivå som kan hindre at dei blir sosialt inkluderte, og som gjer at dei ikkje kan ta aktivt del i samfunnslivet.

Når det gjeld forslaget om å redusere styringsmekanismer og prosedyre- og dokumentasjonskrav, peiker vi som tilsynsorgan på at vi ofte ser at svikt i tenestene følgjer av at krav til saksgang, vurdering, grunngivingar, dokumentasjon og styring gjennom internkontroll ikkje blir følgde. Dersom ulike krav til styring og dokumentasjon skal reduserast, er det viktig å halde fram med å stille dei krava som er viktige for kvalitet i tenestene.

Tilsyns- og klagesakerfaringar viser at vilkår, vilkårsbrot og sanksjonar i samband med tildeling av økonomisk stønad er vanskelege å praktisere. I stor grad blir verkemidla forvalta feil. Dei er byråkratiske og ressurskrevjande og reduserer rettstryggleiken for brukarane. Det å gi økonomiske tillegg for aktivitet framfor sanksjonar ved brot på vilkår er eit enklare og

mindre ressurskrevjande verkemiddel som det kan vere formålstenleg å bruke meir.

Statens helsetilsyn meiner også at det er viktig at dei sosialfaglege perspektiva er med når kompetansebehova i NAV blir vurderte.

Demensplan

Høyringsfråsegn til utkast til Demensplan 2020, september 2015

Ein av hovudstrategiane i planen er å få stilt diagnose til rett tid og ha ei tett oppfølging etter det. Samarbeid mellom heimetenestene og fastlegar blir vurdert som heilt sentralt både for

” og barn som blir forsørgde av sosialstønad, ikkje over lengre tid må leve på eit minimumsnivå ”

diagnostisering og oppfølging etter diagnose i mange tilfelle. Tilsyn har avdekt at dette samarbeidet var lite strukturert i fleire kommunar. Vi meiner at det skal stillast krav om eit meir strukturert samarbeid, og om at kommunen skal

leggje til rette for dette.

Ein annan hovudstrategi i planen er at pasientforløpa skal innehalde systematisk oppfølging og tilpassa tenestetilbod. Denne strategien er etter vår meining den viktigaste for den kommunale helse- og omsorgstenesta. Når vi har gått gjennom pasientdokumentasjonen i klage- og tilsynssaker, har vi i fleire tilfelle sett at det ifølgje denne dokumentasjonen manglar systematikk i oppfølginga.

Eit anna avgjerande tiltak for å lykkast i denne strategien er at kommunane sikrar ei samordna og heilskapleg teneste. Ein oppnemnd koordinator vil kunne ta hand om dette.

Kriterium og ventelister for plass i sjukeheim

Høyringsfråsegn til rett til opphald i sjukeheim eller tilsvarande bustad som er særleg lagd til rette for heildøgns tenester – kriterium og ventelister, desember 2015

Statens helsetilsyn ser positivt på endringar i regelverket som styrkjer pasient- og brukarrettar, eller som gjer tydeleg uklare sider ved rettstilstanden i dag. Samtidig er omfanget av og kompleksiteten i den lovgivinga som kommunen må ta omsyn til på helse- og omsorgstenesteområdet, betydeleg. Dette i seg sjølv kan føre til at det ikkje blir teke godt nok vare på rettar og plikter. Det er derfor også vesentleg at ny lovgiving bidreg til enklare lovgiving.

I pasient- og brukarrettslova er det gjort framlegg om at pasientar og brukarar skal ha rett til opphald i sjukeheim eller tilsvarande bustad som er særleg lagd til rette for heildøgns-tenester, dersom dette etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering er det einaste tilbodet som kan sikre pasienten eller brukaren nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester. Denne retten følgjer allereie av regelverket i dag.

Statens helsetilsyn ser at det av pedagogiske årsaker kan vere nyttig å presisere gjeldande rett. Vi stiller likevel spørsmål ved om ein ny lovregel er eit formålstenleg verkemiddel for å gjere tydeleg ein rett som allereie eksisterer.

Det er vidare føreslått å påleggje kommunane gjennom forskrift å gi

kriterium for tildeling av langtidsopp- hald i sjukeheim eller tilsvarande bustad, og å føre ventelister over pasientar og brukarar som ville vere best tente med langtidsopp- hald, men som med forsvarleg hjelp kan bu heime mens dei ventar på langtids- plass. Statens helsetilsyn stiller spørsmål ved om det er eit formålsten- leg verkemiddel å påleggje kommun- ane å vedta lokale forskrifter med kriterium for tildeling av plass på venteliste for opphald på sjukeheim, og korleis desse pasientane og brukar- ane skal følgjast opp i mellomtida. Vi peiker på at det vil vere meir formåls- tenleg at Helse- og omsorgsdeparte- mentet gir uttrykk for kva moment kommunen må ta omsyn til i vurder- inga av omfang og nivå på tenestene, og at kommunane blir stilte fritt til å formalisere administrative rutinar i lokale forskrifter.

Ventelistesaka – Vestre Viken HF har lagt ned eit **betydelig arbeid** for å hindre nye lovbrøt

Statens helsetilsyn fekk i januar 2010 opplysningar om at kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum (no: Bærum sykehus), Vestre Viken HF, handterte vente- listepasientar på ein uforsvarleg måte. Statens helsetilsyn sende i oktober 2010 ei tilråding til politiet om påtale mot Vestre Viken HF. Politimeistren i Bærum gav dei eit førelegg på fem millionar kroner. Førelegget blei gitt på vilkår, slik at Vestre Viken HF ikkje måtte betale summen så fram det ikkje blei avdekt liknande lovbrøt i ei prøvetid på fem år.

I tilsynssaka konkluderte Statens helsetilsyn med at føretaket i pasient- behandlinga hadde brote kravet om forsvarleg behandling i spesialisthelse- tenestelova § 2-2. Vidare var pasient- rettslova § 2-1 brote ved at dei systematisk, og over tid, endra datoen for rett til helsehjelp utan at det var medisinsk grunn til det, og lét vere å informere pasientane om rettane deira.

Statens helsetilsyn følgde opp tilsyns- saka blant anna ved at Vestre Viken HF i prøveperioden fekk plikt til å rapportere om korleis dei sikra at lovbrøta blei retta og ikkje skjedde igjen. Vi gjennomførte eit oppføl- gingstilsyn i oktober 2015 for å

undersøkje praksisen ved avdelinga, blant anna korleis leiinga styrer og følgjer opp at tenestene er forsvarlege, og at sjukehuset tek hand om ventelis- tepasientane. Vi hadde samtalar med involverte leiarar. I tillegg gjekk vi gjennom fleire prosedyrar, referat og 30 journalar.

Statens helsetilsyn avdekte ingen lovbrøt ved dette tilsynet. Tilsynet blei derfor avslutta 21. oktober 2015. Asker og Bærum politidistrikt blei samtidig informert om konklusjonen vår, og beslutta derfor å ikkje driva inn førelegget.

Tilsyn med korleis **akuttmottak** følgjer opp **blodforgiftingar**

Statens helsetilsyn skal i 2016 og 2017 gjennomføre landsomfattande tilsyn med det somatiske akutttilbodet i helseføretaka og korleis dei kjenner att og følgjer opp sepsis (blodforgifting). Vi har fått mange varslar etter varselordninga i spesialisthelsetenestelova § 3–3a som handlar om infeksjon og sepsis. Tilsyn i enkeltsaker har vist at nødvendig behandling av pasientar med teikn til alvorleg infeksjon eller sepsis er sett i gang for seint, at gjeldande retningslinjer for behandling ikkje er følgde, og at det ikkje tidnok har vore erkjent at det låg føre ein sepsis

Dersom diagnosen blir stilt for seint og nødvendig behandling blir sett i verk for seint, blir prognosen for pasienten monaleg forverra. Det er derfor avgjerande at helseføretaka, ved å organisere verksemda forsvarleg, sikrar god praksis på dette området. Tilsynet kjem til å bli gjennomført i akuttmottaka med regionale team som får bistand frå fagrevisor med særleg kompetanse på fagområdet. Det kjem også til å bli gjennomført ein oppfølgingsstudie av tilsynet for å evaluere i kva grad tilsynet er med på å betre kvaliteten på tenestene til denne pasientgruppa.

Tenestene kommunane yter til personar med psykisk utviklingshemming

Kommunale helse- og omsorgstenester til menneske med utviklingshemming er eit område der Statens helsetilsyn meiner det er stor fare for svikt fordi

brukarane ofte ikkje sjølve greier å ta hand om rettane sine, melde frå om manglande tenester eller om endra behov. Konsekvensen kan vere alvorleg, og det kan vere vanskeleg å avdekkje svikt i tenestetilbodet.

I dette landsomfattande tilsynet skal fylkesmennene undersøkje om utvalde kommunar i alle fylke sikrar at menneske med utviklingshemming over 18 år som bur i eigen bustad, får forsvarlege helse- og omsorgstenester. Fylkesmennene skal også undersøkje om kommunen legg til rette for at menneske med utviklingshemming får medverke når tenestene blir gjennomførte, og om kommunen legg til rette for samarbeid og samhandling, både når kommunen sjølv yter tenestene, eller når kommunen kjøper tenestene av andre.

Kommunane sitt arbeid med meldingar til barnevernstenesta

I 2015 og 2016 undersøker fylkesmannen om den kommunale barnevernstenesta vurderer informasjon som er kommen inn og gir grunn til uro for eitt eller fleire barn, på ein forsvarleg måte.

Meldingane kan komme frå offentlege instansar, privatpersonar, eller dei kan vere sette fram anonymt. Fylkesmannen skal undersøkje om det blir bestemt raskt nok om saka skal undersøkjast vidare eller leggast vekk, om barnevernstenesta undersøker alvorlege saker, og om ho når det er behov for det, hentar inn informasjon frå meldar før meldinga blir lagd vekk.

Fylkesmannen skal også undersøkje om barnevernstenestene gir tilbake melding til meldar. Ved dette tilsynet blir kommunane inviterte til å gjere eigenvurderingar som seinare blir følgde opp av tilsynsorganet.

Plikta kommunen har til å tilby og yte sosiale tenester til personar mellom 17 og 23 år

For unge menneske med ulike vanskar i livet er det viktig at dei tidleg får nødvendig hjelp og oppfølging.

”Fylkesmannen skal også undersøkje om barnevernstenestene gir tilbakemelding til meldar.”

Sosiale tenester i NAV skal bidra til at ungdom får dette. Plikta kommunar har til å tilby og yte sosiale tenester til personar mellom 17 og 23 år, er tema for landsomfattande tilsyn i 2015 og 2016. Tilsynet skal undersøkje om dei sosiale tenestene opplysning, råd og rettleiing og

økonomisk stønad er tilgjengelege, og at tildeling av tenestene er forsvarleg. Fylkesmannen skal også undersøkje om dei unge blir følgde opp godt nok. Brukarmedverknad og samarbeid er sentrale område for tilsynet. Ved dette tilsynet kan kommunane inviterast til å gjere eigenvurderingar som seinare blir følgde opp av tilsynsorganet.

Tal og fakta 2015

Innhald	29
Barnevern	29
Sosiale tenester	31
Tilsyn	31
Klager	32
Helse- og omsorgstenester	32
Planlagt tilsyn	32
Hendingsbasert tilsyn	33

Klagesaker om manglande oppfylging av rettar i helse- og omsorgstenesta	34
Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt	34
Tilsynssaker behandla av Statens helsetilsyn	36
Undersøkingseininga	38
Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ ..	38
Folkehelse	39
Rekneskap og personell	39

Innhald

Denne delen av Tilsynsmeldinga tek for seg sentrale oppgåver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. I årsrapporten frå Statens helsetilsyn og på nettstaden www.helsetilsynet.no finn de også meir informasjon om temaene og detaljert statistikk for dei ulike tilsynsområda.

Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med dei kommunale barnevernstenestene, barnevernsinstitusjonane, omsorgssentra for mindreårige (under 15 år) som har søkt asyl, og sentra for foreldre og barn, i tillegg til Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Som ein del av tilsynet fører fylkesmennene

Tabell 1 Tilsynssaker barnevern, tal på avslutta saker 2013–2015

Fylkesmannen i	Avslutta i 2013	Avslutta i 2014	Avslutta i 2015	Saker i 2015 med eitt eller fleire påpeikte lovbrøt
Østfold	27	22	20	50%
Oslo og Akershus	72	77	139	35%
Hedmark	27	38	44	61%
Oppland	15	41	36	36%
Buskerud	40	49	43	33%
Vestfold	38	22	24	58%
Telemark	21	12	39	31%
Aust-Agder	15	10	17	47%
Vest-Agder	47	39	29	38%
Rogaland	36	62	81	49%
Hordaland	62	60	69	32%
Sogn og Fjordane	20	31	27	56%
Møre og Romsdal	27	25	24	29%
Sør-Trøndelag	39	24	30	33%
Nord-Trøndelag	27	28	33	48%
Nordland	37	44	47	43%
Troms	48	62	30	50%
Finnmark	11	41	22	41%
Heile landet	609	687	754	41%
I tillegg avslutta utan vurdering	163	161	211	

Tabell 2 Vurderte reglar i dei avslutta tilsynssakene mot barnevernstenestene og barnevernsinstitusjonane, 2015

Vurderte lovreglar	Talet på gonger vurdert	Påpeikte lovbrøt
Barnevernsteneste (kommunal)	1273	43%
Bvl. § 1-3 andre ledd Ettervern	29	4
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	232	95
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	13	10
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	61	23
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	160	62
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	98	32
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	79	47
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	14	2
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	15	8
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	102	27
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	65	30
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	61	36
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	95	36
Bvl. § 6-4 første ledd Innhenting av opplysninger	10	5
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	28	20
Bvl. § 6-9 Frister	43	33
Bvl. § 7-10 annet ledd. Barneverntjenestens innledning til sak	8	5
Bvl. Andre plikter	160	71
Barnevernsinstitusjon*	66	39%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	24	8
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	34	16
Bvl. Andre plikter	8	2
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	33	73%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	11	9
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn	14	10
Bvl. Andre plikter	8	5
Sum vurderingsgrunnlag	1372	596
Sum saker vurderingane er fordelte på	754	
Sum saker med minst eitt påpeikt lovbrøt		312
I tillegg saker løyste minneleg gjennom lokal avklaring mellom dei involverte	211	

*Omfattar også omsorgssenter og senter for foreldre og barn

også kontroll med korleis barnevernstenestene held fristane som er fastsette i barnevernslova. Dei behandlar også klager på vedtak som barnevernstenestene har gjort, og klager på tvangsbruk og avgrensing av rettar i institusjonane.

Tilsynssakene som inngår i tabell 1, er dei sakene som fylkesmennene har avslutta på grunn av hendingar og forhold dei får informasjon om. I 2015 avslutta fylkesmennene behandlinga av 965 tilsynssaker, ein auke på 14 prosent frå 2014. Av desse sakene var 211 slik at fylkesmennene fann det mest tenleg at verksemda sjølv følgde opp moglege lovbrøt i samråd med den som har klaga på verksemda.

Meir enn 90 prosent av tilsynssakene er retta mot den kommunale barnevernstenesta. Resten er retta mot institusjonar eller Bufetat.

Tabell 2 viser kva reglar i barnevernslova som er vurderte i dei hendingsbaserte tilsynssakene. Totalt var det gjort 1372 vurderingar i dei 754 sakene. I 596 av vurderingane (43 prosent) blei det konkludert med lovbrøt.

Tabell 3 gjeld forskriftspålagde tilsyn i barnevernsinstitusjonane. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene når det gjeld kor mange einingar dei må føre tilsyn med.

Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utgjer ein stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innanfor barnevernet. I 2015 blei det gjennomført 887 tilsyn med barnevernsinstitusjonane, ein liten nedgang frå 2014. 405 (45 prosent) av tilsyna, var umelde. Fylkesmennene førte tilsyn med 174

institusjonar i 2015, mot 184 i 2014. Desse institusjonane hadde 412 einingar som fekk to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plasserte etter dei såkalla åtferdsreglane i barnevernslova.

Ein viktig del av desse tilsyna er samtalar med barna i institusjonane. Alle skal få tilbod om samtale, men av ulike grunnar er det ikkje alle barna som er til stades eller ønskjer samtale. I 2015 hadde fylkesmennene 1408 slike samtalar, mot 1546 i 2014. Det var likevel ein oppgang i delen barn – av dei som hadde plass i institusjonane – som fylkesmennene hadde samtale med: 53 prosent i 2015 mot 51 prosent i 2014.

Den store variasjonen i samtaleandel skyldas at somme fylkesmenn registrerar tilbod om samtale til barnet, andre registrerar bare gjennomførte samtalar.

I 2015 har det vore ein stor vekst i talet på omsorgssenter for mindreårige asylsøkjjarar som fylkesmennene skal føre tilsyn med. Ved inngangen til året var det omsorgssenter i fem fylke, ved utgangen i 17. Sidan mange sentera blei etablerte seint på året, har berre elleve av fylkesmennene gjennomført tilsyn, men fleire har hatt møte med leiinga for å førebu tilsyn. 53 tilsyn blei gjennomførte. Under desse tilsyna hadde fylkesmennene samtale med 343 barn, eller 84 prosent av barna som var registrerte. Fylkesmennene opplyser om at det er vanskeleg å få kvalifiserte tolkar.

Fem av fylkesmennene har gjennomført tilsyn med senter for foreldre og barn. I Noreg er det registrert 21 senter, og dei skal ha tilsyn minimum annakvart år.

Tabell 3 Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utførte av fylkesmennene i 2015

Fylkesmannen i	Talet på einingar i	Talet på gjennomførte tilsyn	Talet på samtalar med barn	Samtaledel*
	2015	2015	2015	2015
Østfold	42	90	129	46%
Oslo og Akershus	79	144	122	30%
Hedmark	31	61	104	53%
Oppland	18	64	85	51%
Buskerud	16	34	56	70%
Vestfold	11	34	85	71%
Telemark	14	33	39	46%
Aust-Agder	9	15	23	70%
Vest-Agder	24	47	69	63%
Rogaland	30	69	103	56%
Hordaland	48	118	129	42%
Sogn og Fjordane	6	19	42	57%
Møre og Romsdal	8	21	53	66%
Sør-Trøndelag	36	39	156	73%
Nord-Trøndelag	7	11	38	55%
Nordland	4	12	55	75%
Troms	26	70	96	64%
Finnmark	3	6	24	60%
Heile landet	412	887	1408	53%

*Den delen barn det blei samtalt med, ut frå talet på barn som var registrerte i institusjonen da tilsynet blei gjennomført

Tabell 4 Avslutta klager på vedtak i barnevernet og barnevernsinstitusjonar

Fylkesmannen i	2013	2014	2015	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagar
	Talet på avslutta saker	Talet på avslutta saker	Talet på avslutta saker	
Østfold	29	44	29	24 %
Oslo og Akershus	105	195	116	16 %
Hedmark	23	47	32	16 %
Oppland	20	15	12	17 %
Buskerud	52	32	28	32 %
Vestfold	38	35	22	27 %
Telemark	22	19	10	10 %
Aust-Agder	8	7	14	43 %
Vest-Agder	57	27	30	13 %
Rogaland	58	67	45	36 %
Hordaland	46	67	67	33 %
Sogn og Fjordane	16	19	8	50 %
Møre og Romsdal	16	8	15	20 %
Sør-Trøndelag	25	16	12	33 %
Nord-Trøndelag	8	10	27	41 %
Nordland	8	21	15	20 %
Troms	61	25	44	39 %
Finnmark	10	6	3	33 %
Heile landet	602	660	529	26 %

Tabell 5 Vurderingsgrunnlag i avslutta klager på vedtak i barnevernstenesta og i barnevernsinstitusjonane

Vurderte lovreglar	Tal gonger vurderte	Heilt eller delvis medhald for klagaren
Barneverntenester (kommunale)	139	42%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	40	19
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	3	2
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	57	21
Bvl. § 4-4 fjerde ledd Plass i fosterhjem/ institusjon/omsorgssenter	3	2
Bvl. Andre rettigheter	36	15
Barneverninstitusjonar og omsorgssenter (offentlege og private)	480	18%
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte fare-situasjoner	172	41
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	19	1
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	40	6
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintet-gjøring eller overlevering til politiet	21	1
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensinger	80	7
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	2	
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunika-sjonsmidler	85	14
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	61	18
Sum vurderingsgrunnlag	619	147
Sum saker vurderingane er fordelte på	529	

Fylkesmennene har gjennomført 95 tilsyn med barnevernstenestene, og sju tilsyn med Barne-, ungdoms- og familie-etaten (Bufetat). Tilsynet med barnevernstenestene var i hovudsak ein del av det landsomfattande tilsynet med korleis kommunane følgde opp meldingar og gav tilbake-melding til meldarane. Tilsynet er dels gjennomført som systemrevisjon, dels som oppfølging av kommunale eigenvurderingar. Det blei gjennomført 37 systemrevisjo-nar, og 50 kommunar utførte eigenvurderingar.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 18 tilsyn med barnevernstenester frå 2014 eller tidlegare, framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2015.

Det er relativt få klagesaker innanfor barnevernet. Hovud-tyngda av dei 529 realitetsbehandla sakene i 2015 var klagesaker frå barn i barnevernsinstitusjonar om bruk av tvang og avgrensingar. Rettighetsforskrifta, som gjeld for barnevernsinstitusjonar og omsorgssenter for mindreårige, gir institusjonane rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og setje i verk avgrensande tiltak. Klagene mot barne-vernstenestene gjeld tenester og tiltak, eller mangel på slike.

I 2015 kom det inn 604 saker. Fylkesmennene avslutta behandlinga av 589 saker, og 60 av klagene blei avviste. Tabell 4 har berre med dei realitetsbehandla sakene, altså ikkje dei avviste. Gjennomsnittleg saksbehandlingstid for

dei realitetsbehandla sakene var 1,5 månad. Det er eit gjennomgåande trekk at klager på tvangsbruk blir priori-terte og avgjorde relativt raskt. Prosentdelen der klagar får heilt eller delvis medhald, er høgare for saker som er retta mot barnevernstenester (42 prosent) enn for klager mot institusjonane (18 prosent).

I ei sak kan fleire tilhøve, og dermed fleire lovreglar, bli vurderte. I tabell 5 er ei oversikt over vurderingane, og ho skil mellom barnevernstenestene og institusjonane.

Statens helsetilsyn behandla, som overordna organ, ingen førespurnader om å overprøve klagesaker etter barneverns-lova i 2015.

Statens helsetilsyn er klageinstans for pålegg som fylkes-mennene gir. Det kom inn klage på éi sak om stenging av institusjon. Vedtaket om stenging blei stadfesta.

Sosiale tenester

Tilsyn

Tilsyn blir gjennomførte ved at fylkesmennene behandlar hendingar og tilhøve som dei blir kjende med eller ved at det blir gjennomført planlagt tilsyn, vanlegvis som system-revisjon.

Tradisjonelt behandlar fylkesmennene få tilsynssaker. I 2015 blei 87 saker avslutta. 29 av sakene blei overførte til Nav-kontor for vidare oppfølging, sidan sakene tilsa at verksemda sjølv følgde opp moglege lovbrøt. Fylkesmen-

Tabell 6 Planlagde tilsyn med sosiale tenester i Nav utførte av fylkesmennene, 2015

Fylkesmannen i	Systemrevisjonar	Oppfølging av eigenvurderingar
Østfold	1	4
Oslo og Akershus	4	13
Hedmark	1	8
Oppland	3	9
Buskerud	5	5
Vestfold	4	3
Telemark	2	5
Aust-Agder	4	0
Vest-Agder	3	2
Rogaland	1	9
Hordaland	6	0
Sogn og Fjordane	4	0
Møre og Romsdal	0	14
Sør-Trøndelag	5	0
Nord-Trøndelag	1	0
Nordland	4	6
Troms	2	8
Finnmark	3	0
Heile landet	53	86

nene vurderte 58 saker. I 34 prosent av vurderingane blei det påpeikt lovbrøt.

I 2015 gjennomførte fylkesmennene 53 systemrevisjonar og følgde opp 86 kommunar som har teke del i ei eigen-vurdering av tenestene. 36 av systemrevisjonane og alle eigenvurderingane inngikk i det landsomfattande tilsynet retta mot tenester til unge mellom 17 og 23 år.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman sju tilsyn sosialtenestene frå 2014 eller tidlegare, framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2015.

Klager

Det er relativt mange klager innanfor sosialtenesta, sjølv om talet er lågt sett i forhold til vedtaka som blir gjorde overfor dei ca. 125 000 mottakarane av sosialhjelp. I 2015 kom det inn 4140 klagesaker, mot 3860 i 2014. 4022 saker blei avslutta, og av desse blei 71 avviste. 88 prosent av dei realitetsbehandla sakene blei avslutta innan tre månader. Talet på ubehandla saker ved utgangen av året var 683.

77 prosent av vedtaka som det blei klaga på, blei stadfesta. Gjennom mange år er omtrent fire av fem klager blitt stadfesta. Tolv prosent av vedtaka blei endra, og elleve prosent blei oppheva og sakene sende tilbake til Nav-kontoret for ny behandling.

Tabell 7 Klagesaker behandla av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester

Fylkesmannen i	2013	2014	2015	
	Talet på behandla saker	Talet på behandla saker	Talet på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagar
Østfold	223	387	484	31 %
Oslo og Akershus	942	723	671	22 %
Hedmark	124	185	222	21 %
Oppland	158	160	167	18 %
Buskerud	292	420	462	24 %
Vestfold	159	189	223	21 %
Telemark	98	103	128	23 %
Aust-Agder	157	81	134	22 %
Vest-Agder	131	145	170	11 %
Rogaland	220	230	289	16 %
Hordaland	384	320	367	19 %
Sogn og Fjordane	33	23	26	35 %
Møre og Romsdal	82	102	158	24 %
Sør-Trøndelag	118	142	122	27 %
Nord-Trøndelag	65	58	68	15 %
Nordland	130	161	155	29 %
Troms	94	105	71	25 %
Finnmark	26	22	34	32 %
Heile landet	3436	3556	3951	23 %

Tabell 8 Vurderingane til fylkesmennene i klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav, 2015

Vurderte lovreglar i sosialtenestelova	Talet på gonger vurderte	Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren
Verkeområdet for lover for personar uten fast bustad i Noreg (§ 2)	137	33 %
Opplysning, råd og rettleiing (§ 17)	30	43 %
Stønad (§§ 18 og 19)	3636	21 %
Bruk av vilkår (§ 20)	120	43 %
Mellombels butilbod (§ 27)	32	38 %
Kvalifiseringsprogrammet (§§ 29-40)	38	18 %
Andre tema i sosialtenestelova	142	39 %
Sum vurderingsgrunnlag	4135	
Talet på saker vurderingane er fordelte på	3951	

Dei fleste klagesakene gjeld økonomisk stønad, men ein del gjeld andre tema etter sosialtenestelova. I tabell 8 gir vi ei oversikt over klagetema og utfallet av sakene som fylkesmennene har behandla.

Statens helsetilsyn fekk som overordna organ éi klagesak til overprøving i 2015. Vedtaket til fylkesmannen blei ikkje endra.

Helse- og omsorgstenester

Tilsyn med helse- og omsorgstenestene blir dels utførte av fylkesmennene, og dels av Statens helsetilsyn. I gjennomgangen nedanfor skildrar vi først tilsyn og klagesaker som fylkesmennene har utført og behandla, deretter oppgåver som Statens helsetilsyn har utført.

Planlagt tilsyn

Kommunale helse- og omsorgstenester

I 2015 gjennomførte fylkesmennene 304 planlagde tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Av desse var 136 systemrevisjonar, der 37 av revisjonane var gjennomførte som ledd i det landsomfattande tilsynet retta mot samhandl-inga om utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen. I tillegg blei 149 tilsyn gjennomførte som oppfølging av kommunale eigenvurderingar, og 19 ved bruk av andre tilsynsmetodar, som stikkprøver og umelde tilsyn.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 24 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester frå 2014 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2015.

Spesialisthelsetenester

I 2015 gjennomførte fylkesmennene 37 planlagde tilsyn i spesialisthelsetenesta. 35 var systemrevisjonar, to var annan metodikk.

I tilsyn retta mot spesialisthelsetenesta er det vanleg å setje saman tilsynslag frå fleire fylkesmenn i éin region. Fylkesmennene har dermed vore involverte i langt fleire tilsyn enn fylkesfordelinga viser.

Tabell 9 Planlagde tilsyn med helse- og omsorgstenester utført av fylkesmennene 2015

Fylkesmannen i	Tilsyn i kommunar			Tilsyn i spesialisthelsetenesta
	Systemrevisjonar	Oppfølging av eigen-vurderingar	Andre metodar	
Østfold	3	18	0	1
Oslo og Akershus	6	0	0	2
Hedmark	10	21	3	2
Oppland	10	0	0	1
Buskerud	2	0	1	2
Vestfold	8	0	7	2
Telemark	9	0	0	3
Aust-Agder	6	0	0	3
Vest-Agder	8	0	0	5
Rogaland	6	23	1	2
Hordaland	19	41	0	2
Sogn og Fjordane	6	31	0	1
Møre og Romsdal	10	15	4	3
Sør-Trøndelag	10	0	0	2
Nord-Trøndelag	5	0	0	2
Nordland	9	0	0	2
Troms	4	0	3	1
Finnmark	5	0	0	1
Heile landet	136	149	19	37

Tabell 10 Tilsynssaker, helse/omsorg, hos fylkesmennene – tal på avslutta saker 2013–2015

Fylkesmannen i	Avslutta i 2013	Avslutta i 2014	Avslutta i 2015	Sakene i 2015	
				med eitt eller fleire påpeikte lovbrøt	sende over til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon
Østfold	131	133	186	88	17
Oslo og Akershus	420	353	456	170	94
Hedmark	137	139	171	77	20
Oppland	77	81	123	43	24
Buskerud	185	138	136	62	12
Vestfold	112	148	114	60	19
Telemark	86	114	94	40	14
Aust-Agder	58	64	79	28	14
Vest-Agder	141	118	97	39	4
Rogaland	151	241	238	87	11
Hordaland	228	221	215	61	51
Sogn og Fjordane	56	74	88	41	12
Møre og Romsdal	124	118	127	35	26
Sør-Trøndelag	120	117	148	50	15
Nord-Trøndelag	81	122	139	36	16
Nordland	97	161	146	43	30
Troms	103	104	164	65	17
Finnmark	57	58	58	18	9
Heile landet	2364	2504	2779	1043	405
I tillegg avslutta utan vurdering	478	538	721		

Fylkesmennene har rapportert at lovbrøt i til saman 6 tilsyn med spesialisthelsetenester frå 2014 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2015.

Samhandlingstilsynet

I 2015 gjennomførte fylkesmennene landsomfattande tilsyn med samhandlinga om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunen. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Det blei gjennomført i alt 56 tilsyn, med 19 helseføretak og 37 kommunar. Fylkesmennene konkluderte med brot på krav i lov og forskrift for 13 av helseføretaka og 23 av kommunane.

Hendingsbasert tilsyn

Tilsynssaker behandla av fylkesmennene

Tilsynssaker er saker som er behandla på grunn av klager frå pasientar, pårørande og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene. For heile landet var det 3325 nye tilsynssaker innan helse og omsorg i 2015. Det er

Tabell 11 Vurderingsgrunnlag i avslutta tilsynssaker hos fylkesmennene, 2015

	Tal vurderingar	Av dette konstatert lovbrøt eller grunnlag for over-sending til Statens helsetilsyn
 Lovregel i helsepersonellova 		
Forsvarleg verksemd: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	122	51
Forsvarleg verksemd: Rollesamanblanding (§ 4)	49	33
Forsvarlig føreskriving av vanedannande legemiddel (§ 4)	177	113
Helsefagleg forsvarleg verksemd elles (§ 4)	944	412
Akutt hjelp (§ 7)	8	4
Informasjon (§ 10)	54	37
Organisering av verksemd (§ 16)	72	37
Tieplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	164	117
Pasientjournal (§§ 39-41)	290	234
Åtferd som svekkjer tilliten til helsepersonell (§ 56)	57	45
Ueigna som helsepersonell (§ 57)	115	110
Andre pliktreglar i helsepersonellova	150	94
 Lovregel i spesialisthelsetenestelova 		
Plikt til forsvarleg verksemd (§ 2-2)	1016	355
Andre pliktreglar i spesialisthelsetenestelova	160	94
 Lovregel i helse- og omsorgstenestelova 		
Kommunana sitt overordna ansvar (§ 3-1)	88	43
Plikt til forsvarleg verksemd (§ 4-1)	672	290
Informasjon (§ 4-2a)	14	8
Forsvarlege journal- og informasjonssystem (§ 5-10)	25	16
Andre pliktreglar i helse- og omsorgstenestelova	51	31
Pliktreglar i anna helselovgiving	77	47
 Sum vurderingsgrunnlag 	 4305 	 2171

Fleire saker omfattar meir enn éi vurdering opp mot meir enn éin helsearbeidar og/eller éi verksemd. Derfor blir sum vurderingsgrunnlag større enn talet på saker.

omtrent like mange nye saker som i 2014. Talet på avslutta saker auka likevel frå 3042 i 2014 til 3500 i 2015. Dermed har talet på tilsynssaker som er under arbeid (restansar) hos fylkesmennene, blitt tilsvarende redusert.

Hos fylkesmennene blei det konstatert eitt eller fleire lovbrøt i 38 prosent av sakene (1043 av 2779). I tillegg blei 405 (15 prosent) vurderte som så alvorlege at dei blei sende over til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell. Desse prosentdelane er på nivå med året før. I 2014 var delen med påpeikte lovbrøt 34 prosent, mens delen saker som var sende over til Helsetilsynet, var 18 prosent.

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éin pliktregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). I 2015 auka talet på vurderingsgrunnlag til 4305 frå 3830 året før. Det er plikta til å gi forsvarlege helsetenester som oftast blir vurdert. Plikta til forsvarleg verksemd er både ei individuell plikt (helsepersonellova § 4) og ei plikt som verksemdar har (spesialisthelsetenestelova § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstenestelova § 4-1). Samla sett gjaldt 69 prosent av vurderingane éin av desse reglane.

Klagesaker om manglande oppfylging av rettar i helse- og omsorgstenesta

Fylkesmannen er klageinstans når ein person ikkje får oppfylt rettane som er gitt i pasient- og brukarrettslova og i helse- og omsorgslovgivinga elles. Den som har ansvaret for tenesta (kommunen, sjukehuset/helseføretaket osv.), skal ha vurdert saka på nytt før fylkesmannen behandlar klaga.

Med unntak av 2014 har talet på rettsklager innanfor helse og omsorg auka dei siste åra. Auken var på 226 saker (frå 2916 til 3142), som svarer til åtte prosent.

I ein firededel av sakene fekk den som klaga, medhald, anten ved at fylkesmannen endra vedtaket til fordel for klagaren, eller ved at fylkesmannen sende saka tilbake for ny behandling.

Det blir klaga mest på manglande refusjon av reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukarrettslova § 2-6). I 2015 behandla fylkesmannen 925 klager på manglande refusjon av reiseutgifter. Det er ein nedgang på 93 frå året før.

Det er ikkje høve til å klage på vedtak fylkesmannen gjer i ein rettsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saka som overordna forvaltningsorgan. Statens helsetilsyn har i 2015 delvis gjort om vedtaket til fylkesmannen i éi sak og oppheva vedtaket til fylkesmannen i éi anna sak.

Tabell 12 Klagesaker om manglande oppfylging av rettar i helse- og omsorgstenestelovgivinga.

Fylkesmannen i	2013	2014	2015	Del saker i 2015 med heilt eller delvis medhald for klagar*
	Talet på behandla saker	Talet på behandla saker	Talet på behandla saker	
Østfold	183	174	188	32 %
Oslo og Akershus	504	482	638	32 %
Hedmark	175	145	131	37 %
Oppland	173	110	110	19 %
Buskerud	160	142	167	29 %
Vestfold	147	174	167	32 %
Telemark	88	89	77	29 %
Aust-Agder	46	43	53	9 %
Vest-Agder	130	131	143	20 %
Rogaland	157	146	195	17 %
Hordaland	380	342	332	15 %
Sogn og Fjordane	90	58	114	18 %
Møre og Romsdal	148	225	162	23 %
Sør-Trøndelag	91	120	125	25 %
Nord-Trøndelag	85	81	108	14 %
Nordland	209	200	173	29 %
Troms	171	143	176	24 %
Finnmark	54	111	83	27 %
Heile landet	2991	2916	3142	25 %

*Del saker der fylkesmannen anten endra vedtak i førsteinstansen heilt eller delvis, eller der han sende saka tilbake til førsteinstansen for ny behandling på grunn av formelle feil som førsteinstansen hadde gjort.

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 sjølv 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: skadeavverjande tiltak og tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova til tenestemottakaren, jf. helse- og omsorgstenestelova § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før ein kan setje i verk tvangstiltak. I 2015 overprøvde fylkesmannen 1511 vedtak, mot 1409 året før. 1407 av vedtaka blei godkjende.

64 prosent av tiltaka som blei godkjende, omfatta tiltak for å dekkje dei grunnleggjande behova til tenestemottakarane, og 36 prosent gjaldt skadeavverjande tiltak.

Ved utgangen av 2015 var det vedtak med verksame tvangstiltak overfor 1255 personar, mot 1239 ved utgangen av 2014. 41 prosent av vedtaka gjaldt kvinner, 59 prosent gjaldt menn. Dei godkjende vedtaka omfatta 4884 enkelttiltak, mot 4324 i 2014.

Tabell 13 Klagesaker om manglende oppfylging av rettar innanfor helse og omsorg – tal på vurderingar i saker avslutta av fylkesmennene, 2015

	Talet på vurderingar	Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren
Pasient- og brukarrettslova (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp frå kommunen		
– akutt hjelp	1	
– helsetenester i heimen	87	24
– plass i sjukeheim	166	54
– plass i annan institusjon	63	10
– praktisk bistand og opplæring	189	87
– støttekontakt	188	85
– brukarstyrt personleg assistanse	203	93
– omsorgslønn	405	132
– avlastingstiltak	192	89
– kommunal helse- og omsorgshjelp elles	93	32
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta	370	66
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	7	2
Pbrl. § 2-3. Rett til fornya vurdering	7	4
Pbrl. § 2-4. Rett til val av sjukehus m.m.	3	2
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	14	3
Pbrl. § 2-6. Rett til sjuketransport	925	68
Pbrl. kapittel 3. Rett til medverknad og informasjon	32	6
Pbrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	2	1
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	58	23
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	237	45
Andre lovparagrafar som gir rettar på helse- og omsorgsområdet	21	7
Sum vurderingsgrunnlag	3263	833
Talet på saker vurderingane er fordelte på*	3145	794

*Somme av sakene omfattar vurderingar opp mot meir enn éin rettsregel. Derfor blir summen av vurderingar høgare enn summen av talet på saker.

Tabell 14 Tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming, helse- og omsorgstenestelova kap. 9

Fylkesmannen i	Skadeavverjande tiltak i nødsituasjonar		Talet på overprøvde vedtak	Talet på godkjende vedtak	Talet på personar med godkjende vedtak per 31.12.2015	Talet på tilsyn på staden
	Talet på melde tiltak	Talet på personar tiltaka gjaldt				
Østfold	409	64	25	23	22	5
Oslo og Akershus	3337	368	258	234	216	27
Hedmark	833	67	113	113	115	14
Oppland	185	51	71	59	52	17
Buskerud	247	53	96	89	88	4
Vestfold	153	25	60	53	45	3
Telemark	121	34	37	36	30	6
Aust-Agder	115	28	23	23	18	17
Vest-Agder	232	38	72	72	67	7
Rogaland	139	50	171	161	158	12
Hordaland	883	123	219	217	173	37
Sogn og Fjordane	108	19	18	18	17	10
Møre og Romsdal	374	64	121	103	80	2
Sør-Trøndelag	701	68	66	64	59	12
Nord-Trøndelag	346	31	35	25	24	5
Nordland	107	31	74	72	58	19
Troms	147	27	47	40	37	3
Finnmark	10	6	5	5	4	5
Landet	8447	1147	1511	1407	1255	205

Dei vanlegaste tvangstiltaka er å avgrense tilgangen til mat, drikke, nyttingsmiddel og egedelar; halding; utgangsalarm; innlåsing av gjenstandar; tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negle- og hårklipp); sengealarm; låsing av dør/vindauge; skjerming; nedlegging; spesialklede; sengegrind og fotfølging.

Fylkesmennene registrerte også skadeavverjande tiltak i nødssituasjonar som ikkje var regulerte i vedtak. Det har vore noko ulik praksis blant fylkesmennene om nødssituasjonar blir registrerte, eller om også tvang for å dekkje grunnleggjande behov er med – for eksempel før slik tvang er regulert i godkjende vedtak, eller der vedtak har gått ut. Konsekvensen er at det er ein stor variasjon i talet på registreringar, som meir kjem av registreringspraksis enn av tvangsutøving. For 2015 er det berre tiltak som er melde inn som skadeavverjande tiltak i nødssituasjonar, som er registrerte. Talet på tiltak – 8372 – er derfor vesentleg lågare enn tidlegare år. I 2014 blei det registrert 16 823 tiltak. Totalt var 1147 personar utsette for skadeavverjande tiltak i nødssituasjonar, mot 1167 i 2014.

Det er vanlegvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2015 blei det registrert 13 klager på avgjerder om tvang i nødssituasjonar og overprøvde vedtak.

Fylkesmennene gjennomførte 205 tilsyn på staden for å kontrollere godkjende tvangstiltak eller undersøkje forholda der fylkesmannen anten kjenner til eller reknar med at det blir brukt tvang. I 2014 blei det gjennomført 198 tilsyn på staden.

Tabell 15 Korleis fylkesmennene behandla vedtak etter pasient- og brukarrettslova kap. 4A, 2015

	Gjennomgang ved innkøpst		Fornya gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandla klager på vedtak
	Tal	Del oppheva eller endra	Tal	Del oppheva eller endra	
Østfold	311	3%	61	7%	
Oslo og Akershus	547	10%	116	8%	2
Hedmark	163	15%	68	12%	1
Oppland	175	3%	94	15%	
Buskerud	127	26%	42	5%	2
Vestfold	204	13%	73	5%	2
Telemark	206	19%	73	4%	
Aust-Agder	47	13%	26	15%	
Vest-Agder	196	10%	79	3%	
Rogaland	227	15%	96	16%	1
Hordaland	263	10%	91	12%	2
Sogn og Fjordane	55	5%	18	6%	
Møre og Romsdal	239	8%	115	6%	
Sør-Trøndelag	280	13%	141	29%	2
Nord-Trøndelag	98	3%	14	7%	
Nordland	400	1%	326	37%	1
Troms	188	24%	72	6%	3
Finnmark	47	2%	33	18%	
Landet	3773	10%	1538	17%	16

Kapittel 4A i pasient- og brukarrettslova gjeld somatisk helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelp. Pasientane det gjeld, er hovudsakleg demente og psykisk utviklingshemma. Helsetenesta skal fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendast til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det. I 2015 behandla fylkesmennene 3773 vedtak mot 3124 året før.

Dersom det ikkje er klaga på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpa varer, skal fylkesmannen av eige tiltak vurdere om det framleis er behov for helsehjelpa når det har gått tre månader frå vedtaket blei gjort. Eit vedtak varer maksimalt eitt år. Når vedtakstida er over, må verksemda vurdere situasjonen på nytt og eventuelt gjere nytt vedtak. Talet på tremånadersgjennomgangar hos fylkesmennene var 1538 i 2015 mot 1222 året før.

Fylkesmennene oppheva eller endra ti prosent av vedtaka som dei gjekk gjennom då dei fekk dei inn, og 17 prosent av vedtaka ved den fornya gjennomgangen etter tre månader. Det er svært få klager på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, mindre enn ein halv prosent. I 2015 blei det behandla 16 klager, mens det blei behandla tolv klager året før.

Statens helsetilsyn behandla i 2015 éi klage på fylkesmannens vedtak etter kapittel 4A. Vi stadfesta vedtaket. Éi klage blei ikkje realitetsbehandla.

Tilsynssaker behandla av Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene, som i all hovudsak blir sende over frå fylkesmennene. I 2015 behandla vi 592 saker mot helsearbeidarar og verksemder i helse- og omsorgstenesta, mot 403 i 2014. Median saksbehandlingstid var 6,2 månader, mot 6,4 månader i 2014.

I 2015 fekk Statens helsetilsyn 481 nye saker til behandling, mot 492 i 2014. Per 31. desember 2015 var 230 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 341 året før.

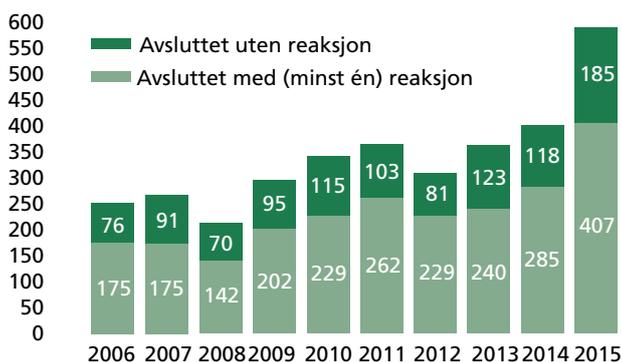
Reaksjonar i tilsynssakene

Statens helsetilsyn gav 368 reaksjonar retta mot helsepersonell i 2015, mot 247 i 2014. Vi konkluderte med brot på helse- og omsorgslovgivinga overfor 59 verksemder (44 i 2014). I 2015 avslutta vi 185 saker utan å gi reaksjonar mot helsepersonell eller peike på brot overfor verksemder (118 i 2014).

Reaksjonar mot helsepersonell

Det var 145 helsearbeidarar som mista til saman 160 autorisasjonar i 2015. Dette er ein auke på 23 frå året før. Årsakene til at autorisasjonen blei kalla tilbake, er i dei fleste tilfella misbruk av rusmiddel og åtferd som ikkje kan foreinast med yrkesutøvinga. Åtferda omfattar blant anna tjuveri av legemiddel. Åtferd omfattar også

Figur 1 Talet på avslutta tilsynsaker og reaksjonar



handlingar både i og utanfor tenesta som svekkjer tilliten til helsepersonell i så stor grad at han eller ho blir ueigna, for eksempel narkotikalovbrot eller vald mot pasient.

I 2015 fekk 14 helsearbeidarar avgrensa autorisasjon i samsvar med helsepersonellova § 59 a, og fem i samsvar med § 59 i lova. Åtte legar mista rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B heilt eller delvis, mot sju i 2014. Vi kalla tilbake éi spesialistgodkjenning.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 36 helsearbeidarar mens saka vart behandla. Vidare fekk to legar suspendert rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B.

Det var 16 helsearbeidarar som gav frivillig avkall på autorisasjonen, og sju legar gav frivillig avkall på rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B.

I 2015 bad Statens helsetilsyn om sakkunnig vurdering i 15 tilsynssaker. Vidare påla vi fire helsearbeidarar å la seg bli sakkunnig undersøkt medisinsk eller psykologisk, jf. helsepersonellova § 60.

Reaksjonar mot verksemdar

Dei fleste tilsynssakene mot verksemdar blir avslutta av fylkesmennene. Talet på slike saker som er behandla av Statens helsetilsyn, er derfor relativt lågt samanlikna med det totale talet på avslutta saker.

I 2015 behandla Statens helsetilsyn 102 saker mot verksemdar i spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta (80 i 2014). Vi peikte på brot på helse- og omsorgslovgivinga overfor 59 verksemdar (44 i 2014). I 13 av sakene låg det føre brot på opplysningsplikta til tilsynsorganet.

Pålegg og tvangsmulkt

Statens helsetilsyn gav i 2015 ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til verksemdar med heimel i spesialisthelsetenestelova § 7-1. Vi avgjorde å drive inn éi vedteken tvangsmulkt mot eit helseføretak der vi fatta vedtaket om tvangsmulka i 2013.

Vi påla at eit forskingsprosjekt ved eit universitet skulle stansast med heimel i helseforskningslova § 51. Vidare påla vi eit helseføretak å stanse eit forskingsprosjekt og leggje ned forskingsbiobanken, jf. helseforskningslova § 51.

Statens helsetilsyn gav to pålegg til ein kommune/bydel med heimel i helsetilsynslova § 5, jf. helse- og omsorgstenestelova § 12-3 andre ledd. Med same heimelen varsla vi pålegg i tre saker mot ein annan kommune. Vidare gav vi pålegg til to 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.

Saker under behandling av politiet/påtalemakta

Statens helsetilsyn kravde påtale i elleve saker i 2015. I 13 saker konkluderte vi med at det ikkje var grunnlag for å krevje påtale mot helsepersonell eller verksemd. Vi melde fem helsearbeidarar på bakgrunn av mistanke om straffbare forhold.

Tabell 16 Administrative reaksjonar mot helsearbeidarar, samanlikning av 2013, 2014 og 2015

Reaksjon:	År:	Åtvaring			Avgrensa autorisasjon eller lisens			Tilbakekall av autorisasjon eller lisens			Tap av rekvireringsrett heilt eller delvis			Sum 2013	Sum 2014	Sum 2015
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015			
Lege		64	54	99	7	6	14	25	32	37	7	6	8	103	98	158
Tannlege		2	3	6				3	4	6		1		5	8	12
Psykolog		4	2	8		1		4	2	5				8	5	13
Sjukepleiar		8	11	19	2		2	40	52	53				50	63	74
Jordmor		2		4				2	1	4				4	1	8
Fysioterapeut		2	4	8			2	3	3	7				5	7	17
Hjelpepleiar/ omsorgsarbeidar/ helsefagarbeidar		10	1	10		1	1	14	21	32				24	23	43
Anna helsepersonell-gruppe		4	4	4		1		9	22	16				13	27	20
Utan autorisasjon		18	15	22										18	15	22
Sum		114	94	180	9	9	19	100	137	160	7	7	8	230	247	367*

*Vi kalla også tilbake ei spesialistgodkjenning – totalt tal på reaksjonar er derfor 368

Tabell 17 Årsak til tilbakecall av autorisasjon

Årsaker til tilbakecall* av autorisasjon/lisens fordelt på helsepersonellkategori	Lege	Sjuepleiar	Hjelpepleiar/ omsorgsarbeidar/ helsefag arbeidar	Andre	Sum
Fagleg sviikt	35	8	11	14	68
Sjukdom	3	2	2	1	8
Rusmiddelbruk	10	39	17	19	85
Legemiddeltjuveri		22	7	1	30
Seksuell utnytting av pasient	4	3	2	4	13
Rollesamanblanding			1	3	4
Åtferd i tenesta	7	7	10	10	34
Åtferd utanfor tenesta	2	8	6	9	25
Ikkje innretta seg etter åtvaring	6			1	7
Mista i utlandet	2				2
Sum vurderingsgrunnlag	69	89	56	62	276
Talet på tilbakecall	37	53	32	38	160

* Det kan vere fleire grunnar til at autorisasjonen blir kalla tilbake i ei enkelt sak. I tabellen går det fram kva grunnlag som låg føre for å kalle tilbake autorisasjonen. I somme saker låg det føre fleire grunnlag som kvar for seg ville ha vore tilstrekkeleg for å kalle tilbake autorisasjonen. Talet på grunnlag er derfor høgare enn talet på tilbakekalla autorisasjonar.

Klage på vedtak

Statens helsetilsyn sende over 162 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2015, mot 100 i 2014. Av klagen som blei sende over, var 132 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert sju suspensjonsvedtak. Vidare gjaldt 26 klager avslag på søknad om ny autorisasjon / avgrensa autorisasjon, to klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett for legemiddel i gruppe A og B, og éi klage gjaldt avslag på søknad om å oppheve avgrensa autorisasjon. Éi klage gjaldt eit avvissingsvedtak.

HPN behandla 117 klager på våre vedtak i 2015. Dei stadfesta 108 vedtak, gjorde om sju og oppheva to vedtak.

Behandling av søknad om ny autorisasjon og rekvireringsrett

I 2015 behandla Statens helsetilsyn 163 søknader frå 145 ulike helsearbeidarar. Vi innvilga 59 søknader og avslo 114.

Vi gav 20 helsearbeidarar ny autorisasjon utan avgrensingar, og 27 fekk ny avgrensa autorisasjon til å drive verksemd på bestemte vilkår. Vi oppheva etter søknad avgrensingar i autorisasjonen for ti helsearbeidarar. To legar fekk ny rekvireringsrett for legemiddel i gruppe A og B.

Undersøkingseininga

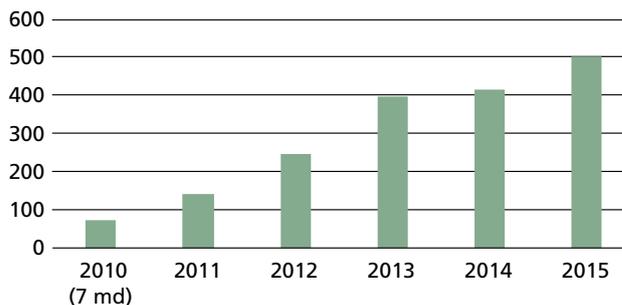
Helseføretak og verksemdar som har avtale med helseføretak eller regionale helseføretak har plikt til å varsle om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn (spesialisthelse-tenestelova § 3-3a).

Varsel komme inn i 2015

I 2015 fekk Statens helsetilsyn 501 varsel:

- 50 prosent av varsla var frå psykisk helsevern og 50 prosent frå somatisk helseteneste.
- Åtte prosent av varsla gjaldt hendingar i samband med fødselar, ni prosent gjaldt kirurgiske pasientar og 43 prosent var sjølvpåførte skadar (sjølv-mord, sjølv-mordsforsøk, sjølvskading og overdose).
- i 65 prosent av varsla var utfallet av hendinga dødsfall.

Figur 2 Talet på varsel fordelt på år



Vurdering av varsla

Undersøkingseininga følgjer opp varsla om alvorlege hendingar på fleire ulike måtar:

- ordinær varselhandtering – inga vidare tilsynsoppfølging
- vidare tilsynsoppfølging hos fylkesmannen
- tilsyn på staden frå Statens helsetilsyn
- førespurnad om saksforklaring frå helseføretak / privat verksemd
- skriftleg tilsynsoppfølging frå Statens helsetilsyn

Tabell 18 Talet på varsel fordelt på utfall

Korleis varsla er følgde opp	2013	2014	2015
Ordinær varselhandtering	170	189	276
Vidare tilsynsoppfølging hos fylkesmannen	176	169	169
Førespurnad om saksforklaring	36	29	37
Tilsyn på staden	13	20	13*
Skriftleg tilsynsoppfølging frå Statens helsetilsyn	4	7	6
Totalt	399	414	501

* I tillegg utførte vi to tilsyn på stader som gjaldt saker som ikkje var varsla.

Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ

Statens helsetilsyn fører jamlege tilsyn etter blodforskrifta, forskrift og handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organ til transplantasjon. I 2015 gjennomførte vi tilsyn ved til saman fem helseføretak, fire sjukehus, to private laboratorium og éin privat fertilitets-klinikk.

Tabell 19 Tilsyn etter blodforskrifta, forskrift om handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organ til transplantasjon i 2015

Type tilsyn	Tal besøkte verksemder	Tal verksemder med avvik	Tal avvik	Tilsynsområde
Blodforskrifta	7	3	3	Blod og blodkomponenter
Forskrift om handtering av humane celler og vev	9	6	8	Egg, sæd, embryo, beinvev, smittetesting av donorar
Forskrift om humane organ til transplantasjon	3	1	1	Organdonasjon
Til saman	19	10	12	

Fire tilsyn omfatta besøk av fleire godkjende verksemder som visst i tabell 19. Vi gjennomførde tilsynsbesøk ved totalt 19 verksemder.

Folkehelse

Fem av fylkesmennene gjennomførte i 2015 tilsyn med kommunane sitt folkehelsearbeid i til saman 29 kommunar. Tilsynet var, som ved det landsomfattande tilsynet i 2014, retta mot arbeidet som kommunane driv for å ha løpande oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som kan påverke han.

Rekneskap og personell

Tildelt budsjett for Statens helsetilsyn inkludert overførte midlar frå 2014 var 134,9 millionar kroner. Rekneskapen for 2015 viste eit meirforbruk på 0,9 millionar kroner.

Rekna om i årsverk var det 117 tilsette i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2015.

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 nett-staden www.helsetilsynet.no finst alle publikasjonane i fulltekst, og samandrag på engelsk og samisk.

Med tilsynsblick på alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2014 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn.

(Rapport fra Helsetilsynet 5/2015)

Med blick for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpande oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova.

(Rapport fra Helsetilsynet 4/2015)

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

(Rapport fra Helsetilsynet 3/2015)

Kvalifisert til kvalifisering? Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i Nav.

(Rapport fra Helsetilsynet 2/2015)

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

(Rapport fra Helsetilsynet 1/2015)

Publiserte brev

Helsetilsynet gir i mange saker innspel gjennom brev til andre barnevern-, sosial- og helsestyremakter og til tenestene. Nokre av desse breva blir publiserte på www.helsetilsynet.no under menyen Publikasjonar/Brev

Artiklar og kronikkar

Eit utval artiklar og kronikkar som tilsette i Helsetilsynet skriv, blir publiserte eller peikte til på www.helsetilsynet.no under menyen Publikasjonar/Artiklar og kronikkar.

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. Andre viktige målgrupper er pasientar, brukarar og 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, rapportar frå Undersøkelseininga, andre publikasjonar, høyringsfråsegner, andre brev og artiklar.
- *Informasjon om 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
0032 Oslo
Tlf: (+47) 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no
Besøksadresse: Calmeyers gate 1

Mars 2016