

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Innhold

Direktørens innledning	3
Å oppdage et barn	4-5
Ungdom uten sikkerhetsnett?	6-8
Tilsyn med tjenester til mennesker med utviklingshemming	9
Eksperimentell behandling bør skje som forskning	10
Har et helseforetak ansvar for behandling av pasienten når det er inngått avtale med privat leverandør?	11
Samarbeid og dialog – jevnlig tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer	12-13
Alvorlige hendelser i norske fødeinstitusjoner	13
Helsetilsynet har behov for brukernes erfaringer	14-15
Brukerinvolvering gir bedre tilsyn	16
Involvering av beboere på sykehjem og deres pårørende	17
Involvering av tjenestemottakere i tilsyn – ikke hvorfor, men hvordan	18
Bedre metode for tilsynsintervju med samiske tjenestemottakere – reell brukermedvirkning	19
Takk Ida!	20-21
Hendelser som involverer medisinsk utstyr	22
Tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming	23
Det vi ikke snakker om – ser vi ikke	24
Mer kunnskap om kvaliteten på barnevernets faglige arbeid	25
Blodforgiftning krever rask behandling	26-28
«Stopp sepsis» - landsomfattende tilsyn i 2016–2018	28
Bidrar tilsyn til forbedring i tjenestene?	29
Virksomheter kan bli bedre på å redusere risikoen for at helsepersonell gjør feil	30-31
Mangelfull journalføring gir dårlig pasientbehandling	32-33
Og ellers mener Helsetilsynet at...	34
NOU 2015:11 Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene	35
Kan det skje igjen?	36
Tall og fakta	37-46

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2017.

Ansvarlig redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Sidsel Platou Aarseth, Kjersti Engehaugen, Tove Kristin Dalheim, Linda Grytten, Magne Braaten og Nina Vedholm (leder).

Grafisk formgivning og trykking: 07 Media. Opplag 14 000

Illustrasjoner: Darling Clementine

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

ISSN 1501-8083

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

Trykte eksemplarer kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, telefon 21 52 99 00, epost: trykksak@helsetilsynet.no.

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

Direktørens innledning

Brukerinvolvering er et av Statens helsetilsyns strategiske satsningsområder. Arbeidet med å involvere brukere i alle tilsynsaktiviteter er svært viktig og dreier seg i bunn og grunn om vår verdiforankring – hvem vi er til for. Tanker om brukerinvolvering er ikke av ny dato, men vi tar nå steget fra gode intensjoner til målrettet arbeid. Det handler ikke lenger om hvorfor, men om hvordan. Helsetilsynet ønsker sammen med representanter for barn i barnevernet, pasienter, brukere og pårørende å sitte i førersetet i dette utviklingsarbeidet. Brukerinvolveringsprosjektet i Helsetilsynet og ulike prosjektaktiviteter hos fylkesmennene utvikler og prøver ut nye arbeidsmetoder som vil endre hvordan vi i fremtiden arbeider med godt tilsyn. Det å ta brukerperspektivet på alvor handler om å vise respekt for hva som betyr noe for den enkelte tjenestemottager – og det handler om endring i maktforhold.

Rapporten etter tilsynet med tjenestene til «Ida» viser nødvendigheten av å se den samlede tjenesteytingen i lys av brukerens perspektiv for å oppdage hvor det svikter. Selv om den enkelte tjenesteyter gjør en god innsats, blir ikke tjenestetilbudet alltid helhetlig utformet slik at brukeren får mulighet til å mestre tilværelsen. Rapporten peker mot en fremtid med endrete arbeidsmetoder både for tjenestene og tilsynet. Dette vil kunne utfordre våre holdninger, men det er avgjørende at vi lykkes, for å gjøre oss fortjent til befolkningens tillit.



Tilsyn er langt mer enn å finne avvik. Det å være nysgjerrig på avvik er bare en del av hensikten med å føre tilsyn. Påvisning av avvik er et virkemiddel for å kunne oppnå rask forbedring og ivareta pasientsikkerheten. Helsetilsynet har satt seg mål om å ha effektive

og nyttige tilsynsmetoder som brukes riktig av kompetente medarbeidere. Det pågående landsomfattende tilsynet med tjenestetilbudet til pasienter

med mistanke om blodforgiftning (sepsis) ledsages av en følgeforskning som har ambisjon om å skaffe oss mer kunnskap om hva som gjør at tilsyn kan bidra til gode og trygge tjenester. Denne forskningsaktiviteten er unik i internasjonal sammenheng. Kombinasjonen av operativt tilsyn med et spesialisert behandlingstilbud og ledsagende forskningsaktivitet, bekrefter at fremtidens tilsyn må være metodologisk solid og bygge på tilstrekkelig faglig kompetanse.

Mange av våre tilsynsfunn beskriver svakheter på et eller flere av følgende områder: læring i organisasjonen, kommunikasjon og kompetanse. Tilsynsmyndighetene påviser på flere områder den samme svikten år etter år. Det er alvorlig for pasient- og bruker-sikkerheten med denne formen for repeterende funn. Det påhviler eier og den øverste ledelsen et tungt ansvar for å sørge for at feil og uønskede hendelser rettes opp og forebygges at de gjentar seg. Det kan være grunn til å stille spørsmål om de nevnte aktører er seg sitt ansvar tilstrekkelig bevisst?

Et samfunns verdighet måles i måten vi evner å ta vare på de sårbare blant oss. Tilsynet har en lang tradisjon for at våre begrensede ressurser skal forbeholdes dem som kan ha utfordringer knyttet til å ivareta sine egne rettigheter. Denne tilsynsmeldingen viser at vi er oss bevisst dette ansvaret.

Godt tilsyn skapes ved å videreutvikle og styrke det faglige felleskapet mellom fylkesmennene og Helsetilsynet. Vi håper at tilsynsmeldingen styrker leseren i troen på at godt faglig tilsyn handler om å gjøre verden litt bedre.

God lesning!

Jan Fredrik Andresen

Å oppdage et barn

Noen barn trenger hjelp. Noen av dem vet det ikke selv. Andre barn vet det og venter på hjelpen. De venter hver dag. De venter på å bli oppdaget.

Statens helsetilsyn og landets fylkesmenn gjennomførte tilsyn med barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder i 2015 og 2016.

Rapportene fra fylkesmennene og kommunenes egenvurderinger viser stor grad av svikt på området.

Trenger hjelp til rett tid

Barneverntjenesten har ansvaret for at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.

Barn som lever med omsorgssvikt trenger hjelp fra barneverntjenesten, og det er sjelden at de selv ber om hjelpen.

Den vanligste inngangsporten til tiltak fra barneverntjenesten er gjennom bekymringsmeldinger. Barneverntjenesten mottok ca. 53 000 meldinger i 2015, og ca. 20 prosent av dem ble henlagt uten videre undersøkelse. Det er avgjørende at barneverntjenesten ikke henlegger meldinger på feil grunnlag. Dersom barnevernet tar feil beslutning kan det føre til at et barn med behov for hjelp fortsatt må klare seg på egen hånd.

Barn som ikke blir oppdaget og må fortsette å leve i en situasjon med omsorgssvikt, vold og overgrep, eller med foreldre som har store rusproblemer, vil kunne få omfattende helsemessige og sosiale utfordringer. Disse utfordringene kan vare lenge. Funnene fra tilsynet med barneverntjenestens arbeid med bekymringsmeldinger er i denne sammenhengen ikke beroligende.

Tilsynsfunnene er alvorlige

Temaet for tilsynet ble undersøkt av fylkesmennene med systemrevisjoner og av barneverntjenester med egenvurderinger. Fylkesmennene gjennomførte tilsyn i 57 barneverntjenester. Flere av tjenestene er interkommunale barneverntjenester slik at de til sammen utgjør 76 kommuner eller bydeler. De oppsummerte egenvurderingene ble gjennomført i 114 barneverntjenester

som representerer 141 kommuner eller bydeler. Til sammen har dermed 225 kommuner eller bydeler i landet hatt en gjennomgang med kvalitets-, og forbedringsarbeid i arbeidet med meldinger. Barneverntjenestene ble plukket ut etter en risikovurdering, og funnene er dermed ikke representative for landet som helhet.

Tilsynet viser at det svikter i hvordan meldinger blir tatt imot og vurdert. Det svikter i vurderingen av om det skal iverksettes akutte tiltak. Det svikter i vurderingen av meldinger med alvorlig innhold om vold, seksuelle overgrep og psykisk sykdom. Meldinger som fylkesmennene vurderte at åpenbart skulle vært



undersøkt var henlagt. Det betyr at barn ikke fikk vurdert om de har behov for hjelp. Og det er dermed mulig at barn ikke fikk nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. De ble ikke oppdaget.

I arbeidet med beslutninger og konklusjoner i meldingsarbeidet skal det gjøres barnevernfaglige vurderinger. Det var et utbredt funn i tilsynet at det ikke kunne dokumenteres at dette ble gjort. Det var dermed ikke mulig for foreldre, barn, fylkesnemnd og barneverntjenesten selv å få tilgjengelig kunnskap om hvordan tjenesten hadde vurdert innholdet i meldingen, og hvorfor beslutningen ble som den ble. Dette utfordrer både forsvarlighet og rettssikkerhet i barneverntjenesten.

Barneverntjenestene sviktet i stor grad sitt ansvar for å sende tilbakemeldinger til meldere i ulike faser av arbeidet med meldingene. Tilbakemeldingene er viktige for tillit, samarbeid og muligheter for videre oppfølging av barna, hvis det er nødvendig. Det sviktet både i tilbakemeldinger til offentlige og private meldere om mottak av melding, men det sviktet mest i tilbakemelding til offentlige



Tilsynet
viser at det
svikter i hvordan
meldinger blir tatt
imot og vurdert.”

meldere. Dette gjaldt informasjon om det skulle iverksettes en undersøkelse, om det skulle iverksettes tiltak og om det skulle gis informasjon om tiltaket.

Funnene i rapportene viser at ledelsen av arbeidet med meldinger svikter. Det er mange ansatte som ikke er tilstrekkelig kjent med kravene som gjelder. Ledelsen har ikke fanget opp dette. Det svikter også når det gjelder ledelsens kontroll av praksis. Mange steder ga ledere uttrykk for at de var klar over at det ble gjort feil. Til tross for dette ble det ikke iverksatt tiltak for forbedring. Dermed kunne de samme feilene gjentas om igjen og om igjen. Stadig nye barn ble utsatt for sviktende barneverntjenester.

Kommunen har ansvaret

Kommunenes ledelse har ansvaret for at barneverntjenesten yter forsvarlige tjenester til barnets beste. Det betyr at lederne har ansvaret for hvordan en melding blir tatt imot, hvordan den blir vurdert og konkludert. De har ansvaret for å vite at ingen meldinger

blir henlagt som ikke skulle vært det. De skal vite at de ansatte har god nok kompetanse til å ta riktige beslutninger. Dette må de kontrollere og eventuelt korrigere. De har ansvaret for at barn som omtales i en bekymringsmelding får riktig vurdering og riktig hjelp når de trenger det. Dette betyr at de har ansvaret for at barna oppdages.

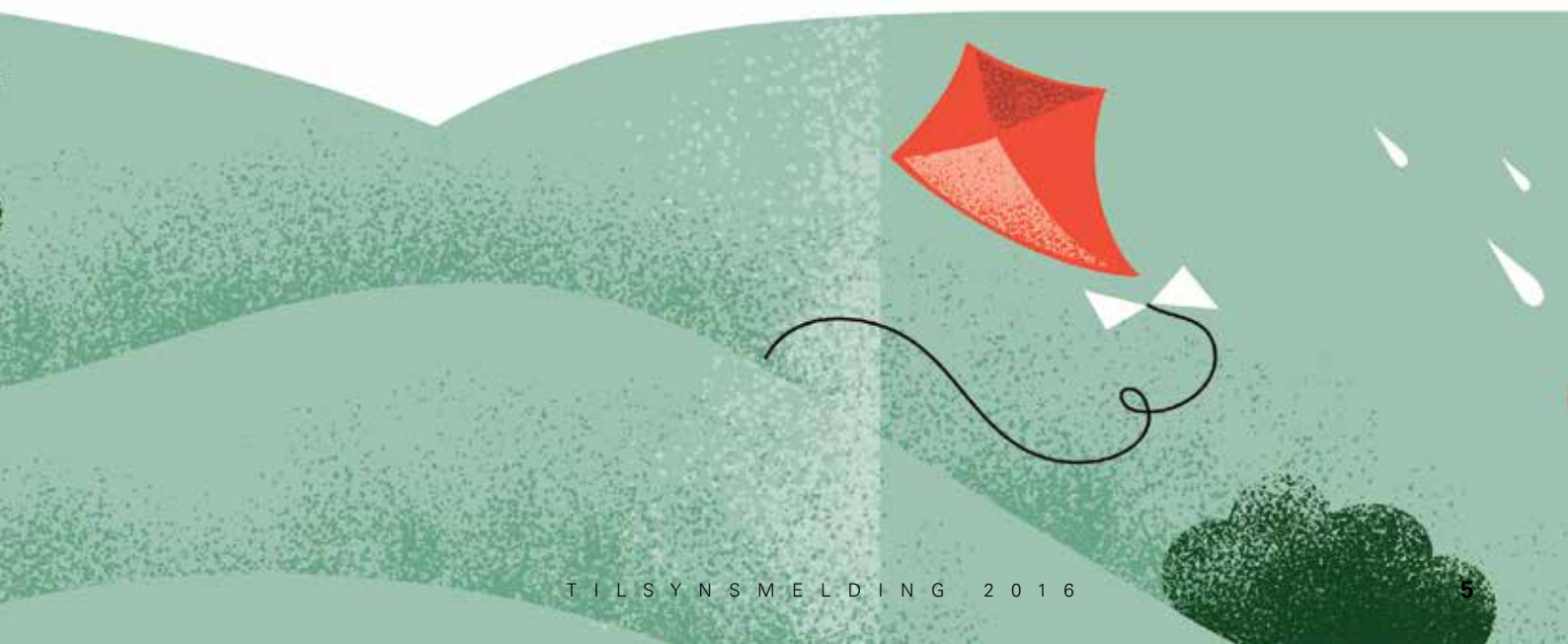
Ledelsen har også ansvaret for at den eller de som har meldt sin bekymring til barnevernet får en tilbakemelding om at meldingen er mottatt. Dersom meldingen kommer fra en offentlig melder skal de også ha tilbakemelding om meldingen er henlagt, og om det iverksettes tiltak etter endt undersøkelse. Til slutt skal de gi tilbakemelding til offentlig melder om innholdet i tiltaket dersom det er nødvendig for melderens videre oppfølging av barnet, for eksempel skole eller barnehage. Tilbakemeldingene er av stor betydning for at samfunnet som helhet skal ha tillit til barnevernets arbeid. De er viktige for at samfunnet skal fortsette å følge med på barns livssituasjon og oppleve at det nytter å melde fra.

Videre arbeid

Funn fra fylkesmennenes systemrevisjoner og barneverntjenestenes egenvurderinger samsvarer i stor grad. Barneverntjenestene har lagt ned et omfattende arbeid med egenvurderingene. Statens helsetilsyn vil arbeide videre med utviklingen av disse som et supplement til annet tilsynsarbeid. Fylkesmennene følger opp kommuner med svikt til forholdene er brakt i orden.

Kommunene må styrke sitt lederarbeid i barneverntjenestene. Flere landsomfattende tilsyn har avdekket svikt i planlegging, kontroll og korrigering av praksis. I dette tilsynet har vi blant annet sett at bekymringsmeldinger om alvorlige forhold ikke er undersøkt, men lagt i skuffen.

Meldinger må ikke henlegges på feil grunnlag. Noen barn trenger hjelp. De venter på å bli oppdaget.





Ungdom **uten** sikkerhetsnett?

Ungdom som har behov for tjenester fra Nav har ulike og sammensatte problemer. Mange har belastninger i livet på grunn av familie, ensomhet, boforhold, rusproblem og/eller helseproblemer. Problemene kan være så store at de fører til vansker med å fullføre skole eller skaffe seg inntektsgivende arbeid. For disse ungdommene kan det være avgjørende at de får tilpasset oppfølging og tiltak for å kunne fullføre utdanning eller skaffe seg arbeid. Formålet med sosiale tjenester er blant annet å bidra til at den enkelte kan delta aktivt i samfunnet. Riktig tiltak på riktig tidspunkt er viktig for å forebygge sosial isolasjon og manglende aktivitet.

I det landsomfattende tilsynet med sosiale tjenester i Nav 2015 og 2016 har fylkesmennene undersøkt om tjenestene opplysning, råd og veiledning og økonomisk stønad til ungdommer mellom 17-23 år er tilgjengelig, om det er tilstrekkelig kvalitet på saksbehandling og oppfølging, om ungdommene får mulighet til å medvirke og om kommunene har styringstiltak for å sikre kvalitet og forsvarlige tjenester.

Resultatet fra tilsynet, og kommunenes egne vurderinger, viser at ungdom ikke får de tjenestene de har rett på, og at kommunene ikke har god nok kontroll på arbeidet som utføres.

Hvem har ansvaret?

Nav-kontorene er et partnerskap mellom stat og kommune. Statlige tjenester i Nav er knyttet til pensjon, trygd og arbeid. De kommunale tjenestene i Nav skal som et minimum

være sosialhjelp, økonomisk rådgivning, opplysning, råd og veiledning, midlertidig bolig, tilbud om individuell plan og kvalifiseringsprogrammet. Arbeids- og velferdsdirektoratet har overordnet ansvar for at den statlige delen av Nav-kontorene når fastsatte mål og resultater. Samtidig er Arbeids- og velferdsdirektoratet fagdirektorat for de kommunale sosiale tjenestene i Nav.

Det er den enkelte kommune som har ansvar for at sosialtjenesten i Nav fungerer slik loven krever. Kommunen skal ha kunnskap om hvordan tjenesten fungerer når det gjelder innhold og utførelse og det skal iverksettes tiltak når det svikter, eller helst før det svikter. Dette krever at kommunen er kjent med hvilke krav som gjelder og følger med på at tjenesten fungerer i tråd med lovkrav.

Kommunene har ansvar for at de sosiale tjenestene er tilgjengelige og at tilbudet er forsvarlig. Ved tilsyn kontrollerer fylkesmannen at de sosiale tjenestene i Nav fungerer som forutsatt.

Hva finner tilsynet?

Tilsynet med sosiale tjenester til ungdom mellom 17-23 år dokumenterer alvorlige lovbrudd. I over 70 prosent av de kommunene hvor fylkesmannen har hatt tilsyn i 2015 og 2016 konkluderes det med at kommunene bryter loven eller bør forbedre tjenestene.

Opplysning, råd og veiledning og økonomisk stønad er rettigheter for alle som fyller kravene og har sosiale problemer. Kommunen skal sørge for at publikum har tilgang til informasjon om tjenestene. Særlig for ungdom er det et krav at tjenesten tilbys raskt, og

Nav-kontorene skal være proaktive for å fange opp henvendelser som kan tyde på behov og deretter iverksette tiltak. Søknader om økonomisk stønad skal alltid realitetsbehandles.

I tilsynet finner fylkesmannen gjentatte lovbrudd eller behov for forbedring på dette området. Informasjon er ikke alltid tilgjengelig, det gis heller ikke alltid korrekt informasjon om tjenestene ved oppmøte på Nav-kontoret. Konsekvensene av dette kan være at ungdom ikke får den oppfølging de burde hatt og også har krav på.

Kjerneoppgaver i sosialt arbeid er kartlegging og individuell vurdering. Brukermedvirkning er et gjennomgående krav. Kartleggingen skal ha tilstrekkelig omfang til at retten til tjenester kan vurderes. Over halvparten av de kommunene som har vært undersøkt svikter på dette området. Det foretas ikke alltid en kartleggingsamtale, det finnes ikke rutiner for kartlegging og sikres ikke felles praksis. Dette betyr at for mange ungdommer ikke får vurdert hva de har behov for eller får den hjelp de har rett til.

Når det videre svikter i kommunenes dokumentasjon i arbeidet utfordrer dette ungdommenes rettsikkerhet. Det er ofte ikke mulig å vurdere om tjenesten de er tildelt, eller ikke tildelt, er gjort på et korrekt grunnlag. Det gjør det også svært vanskelig for kommunene å kontrollere og eventuelt forbedre egen tjeneste.

I dette tilsynet er det funnet svikt om er tilsvarende det fylkesmennene gjennom flere år har rapportert fra andre tilsyn med sosiale tjenester i Nav. Det er gjennomgående at kommuner i for liten grad sikrer at tjenester er tilgjengelige, og at de ansatte som skal møte brukerne og vurdere



kommunene strever med å sikre sine innbyggere forsvarlige sosiale tjenester.”





behov, rettigheter og bistand har tilstrekkelig kompetanse. Flere kommuner kjenner sine egne tjenester så dårlig at de ikke har oversikt over hvor det kan svikte eller hvor loven brytes.

Er det plass til sosialt arbeid på Nav-kontorene?

Gjentatte tilsyn med sosiale tjenester på Nav-kontorene får oss til å stille dette spørsmålet. I stor grad svikter det i ledelse og styring. Loven er klar når det gjelder det kommunale ansvaret om å følge med på tjenesten, og å følge opp tjenesten med styrings- og kvalitetstiltak, men det synes som om kommunene strever med å sikre sine innbyggere forsvarlige sosiale tjenester.

Vi ser alvorlig på situasjonen for noen av samfunnets mest sårbare grupper. Når tilbudet til eksempelvis ungdom som står i fare for å falle utenfor samfunnet svikter, kan det ha store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet som helhet. Det er viktig at ungdom med sosiale problem fanges opp og tilbys nødvendig og tilpasset støtte. Individuelt tilpasset hjelp vil kunne bidra til at flere får en voksen-tilværelse med sosial og økonomisk trygghet og aktiv deltakelse i samfunnet.

Kommuner som ikke har fått sin tjeneste vurdert i landsomfattende tilsyn 2015-2016 vil kunne ha nytte av å studere veileder for tilsynet med tilhørende oppsummeringsrapport som vil bli publisert våren 2017.

Tilsyn med **tjenester** til mennesker med **utviklingshemming**

«Dersom ein brukar i ei periode har behov for meir tenester, fører det til at andre brukarar får mindre bistand, utan at det blir fatta vedtak om reduksjon av tenester»

«Medisiner gis ikke alltid slik de er forskrevet»

«Ikke alle ansatte som arbeider med personer som har epilepsi, har fått opplæring i å yte hjelp ved epileptiske anfall»

«Det er ikkje avklart om brukar har evne til å medvirke sjøl»

Eksemplene over er typiske observasjoner fra fylkesmennenes rapporter etter det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming i 2016.

Det er gjennomført tilsyn i om lag 60 kommuner. Tilsynet har avdekket forhold av vesentlig betydning for brukerne. Funnene vil bli oppsummert og presentert i en samlerapport våren 2017.

Bakteppet for tilsynet Mennesker med utviklingshemming kan ha behov for omfattende tjenester og bistand, og gjennom hele livet. Mange er ikke i stand til å melde fra om mangler i tjenestetilbudet eller om endrede tjenestebehov. Grunner til det kan være reduserte kognitive forutsetninger til å overskue og vurdere egen situasjon, begrensede kommunikasjonsferdigheter eller lojalitet til hjelpere de står i et avhengighetsforhold til. Hvis ansatte ikke har tilstrekkelig kompetanse om utviklingshemming og har for dårlig kjennskap til brukeren til å fange opp, fortolke og formidle det hun eller han uttrykker, kan redusert livskvalitet og unødige lidelse bli resultatet.

Tjenestene personlig assistanse og helsehjelp var hovedtemaer i tilsynet. Fylkesmennene undersøkte om kommunene legger til rette for at brukerne får bistand til egenomsorg og aktivisering, om det er personell tilstede når det trengs, og om den enkelte får nok hjelp til å opprettholde og øke sin selvhjelpenhet og til å mestre dagliglivets gjøremål. Videre undersøkte fylkesmennene om kommunene gir forsvarlig helsehjelp i hjemmet og sørger for at brukerne blir fulgt til lege når de trenger det.

Fylkesmennene undersøkte også om kommunene tilrettelegger for samhandling og om brukerne får medvirke i eget tjenestetilbud.

Intervjuer med brukere har inngått som del av et utviklingsarbeid i Statens helsetilsyn for å styrke

”tilbudet om samtaler har vært positivt mottatt av de brukerne som ble invitert.”

brukernes involvering i tilsynsprosessen. Brukere eller deres representanter ble derfor intervjuet om deres erfaringer med tjenestetilbudet. Det som kom fram ga viktig tilleggsinformasjon til

skriftlig informasjon og intervjuer med ledere og ansatte. Foreløpige tilbakemeldinger fra fylkesmennene tyder på de har høstet nyttige erfaringer med brukerintervjuer, og at tilbudet om samtaler har vært positivt mottatt av de brukerne som ble invitert.

Eksperimentell behandling bør skje som forskning

Eksperimentell behandling skal som hovedregel tilbys gjennom forskningsprosjekter. Det bidrar til å ivareta kravet til faglig forsvarlighet, informasjon til pasientene, samtykke fra og oppfølging av pasientene. Systematisk forskning sikrer også kunnskap gjennom vitenskapelig dokumentasjon av eventuell behandlingseffekt.

Hvis formålet med den eksperimentelle behandlingen er å finne ny kunnskap om sykdom og helse, omfattes behandlingen i utgangspunktet av helseforskningsloven. I vurderingen av om eksperimentell behandling skal anses som forskning, vil det være av betydning om behandlingen er systematisk (som for eksempel ved randomisering), involverer flere pasienter og/eller skjer i henhold til en fastlagt plan (forskningsprotokoll). Det er hensynet til pasienter og deres sikkerhet og personvern som gjør at eksperimentell behandling bør være underlagt de samme regler som ved utprøvende behandling i et forskningsprosjekt.

Pasientens rett til informasjon

Ved både eksperimentell og utprøvende behandling skal pasientene informeres om usikkerheten knyttet til behandlingens effekt, mulige bivirkninger/risiko og eventuelle andre behandlingstilbud. Ved mangelfullt utprøvde og udokumenterte behandlingsformer kan uforutsette og til dels alvorlige bivirkninger oppstå. Informasjonen som gis må være tilstrekkelig til at pasienten kan ta stilling til om han/hun ønsker behandlingen. Der det finnes andre anerkjente/dokumenterte

behandlingsmetoder, skal pasienten settes i stand til å ta et informert valg mellom de tilgjengelige behandlingsmetodene. Kravet til informasjon skjerpes når behandlingen er eksperimentell eller utprøvende.

Eksempler

Statens helsetilsyn har i flere saker de siste årene vurdert at eksperimentell behandling, enten med legemidler eller i form av en ny behandlingsmetode, skulle ha vært organisert som utprøvende behandling i et forskningsprosjekt. I disse sakene har det typisk vært snakk om et større antall pasienter (flere enn 10), som ikke var tilstrekkelig informert om mulige bivirkninger og risiko ved behandlingen.

”Kravet til informasjon skjerpes når behandlingen er eksperimentell eller utprøvende.”

Gjennomgående var den individuelle indikasjonen for behandlingen utydelig, og behandlingen som ble gitt hadde et standardisert preg med få individuelle tilpasninger. Videre har den eksperimentelle behandlingen i

mange tilfeller vært gitt til pasientgrupper som mangler dokumenterte behandlingstilbud. I slike tilfeller er det særlig viktig å utvise varsomhet med å tilby eksperimentell behandling utenfor forskningsprosjekter. Ettersom behandlingen ikke var organisert som forskning, ville eventuell behandlingseffekt heller ikke kunne dokumenteres og være til hjelp for fremtidige pasienter.

Unntak

Unntaksvis kan enkeltpasienter gis eksperimentell behandling utenfor forskningsprosjekter. Dersom behandlingen også prøver ut behandlingen

systematisk på andre pasienter, vil det tale for at den eksperimentelle behandlingen bør skje som forskning. Et eksempel på eksperimentell behandling som ble ansett som forsvarlig på individuelt grunnlag er en lege som ga behandling med et immunhemmende preparat til fem pasienter som hadde ulike kreftsykdommer. Det var tale om eggstokk-, hjerne- og leverkreft, mens preparatet kun var godkjent for bruk i Norge ved føflekk-, lunge- og nyrekreft. De fem pasientene, som alle var svært alvorlig syke, ble imidlertid grundig vurdert før behandlingen. Pasientene var både skriftlig og muntlig informert og hadde signert egne samtykkeskjemaer. Slik eksperimentell behandling kan være forsvarlig også utenfor et forskningsprosjekt, særlig dersom pasientene ikke har andre behandlingsalternativer og på kort sikt har dårlig prognose for å overleve.

- Eksperimentell behandling er udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt.

- Utprøvende behandling er behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon som gjelder etablert behandling, ennå ikke er tilfredsstillende.

Har et helseforetak **ansvar for behandling** av pasienten når det er inngått avtale med privat leverandør?

Helsetilsynet behandlet en sak der pasienten mottok tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for langvarig og omfattende rusmidelmisbruk og samtidig psykisk lidelse. Pasienten hadde fått rett til behandling fra et offentlig helseforetak, men helseforetaket inngikk avtale med en privat leverandør av TSB om å tilby behandlingen.

Pasienten var preget av mye utagering, uro, selvskading og selvmordsatferd, og ble først tilbakeholdt i en privat rusinstitusjon med tvang i tre måneder. Det ble i god tid søkt om plass for pasienten ved en annen privat institusjon som var ansett bedre egnet for å behandle pasienten etter utløpet av tvangsoppholdet. På grunn av manglende plass og lang ventetid, ble pasientens opphold videreført på frivillig basis ved den første institusjonen. Etter ni måneder sto pasienten fortsatt på venteliste for overflytting til mer egnet behandlingssted. Under en kortvarig permisjon tok pasienten en overdose som resulterte i alvorlig hjerneskade.

Helsetilsynet vurderte om pasienten hadde fått et forsvarlig behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. For å vurdere det, måtte vi ta stilling til om helseforetaket fortsatt var ansvarlig for helsehjelpen når det var inngått avtale med privat leverandør av TSB.

Ansvar for å tilby TSB er lagt til de regionale helseforetakene, men døgnbehandling i TSB gis i praksis ofte av private institusjoner. Så lenge pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp i form av innleggelse i institusjon for TSB, er helseforetaket forpliktet til å skaffe et slikt tilbud. Ved anskaffelse av alle typer private spesialisthelsetjenester, skal helseforetaket sikre at pasienten får helsehjelp av en aktør som følger god praksis for fagområdet og har den nødvendige fagkompetansen. Helseforetaket må også forsikre seg om at den private aktøren har et system for internkontroll og kvalitetsforbedring dersom noe svikter.

Når et behandlingstilbud er overført til en privat virksomhet, har helseforetaket fortsatt et overordnet ansvar for det faglige innholdet, det økonomiske og den administrative styringen, blant annet en løpende vurdering av om tilbudet

fortsatt er egnet. Dette skal sikre et helhetlig behandlingstilbud, og vil inkludere kvaliteten i behandlingen som gis, og at behandlingen er individuelt tilpasset.

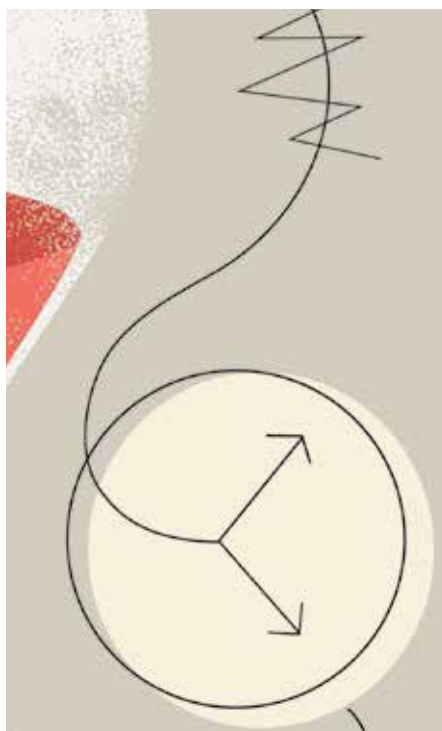
I denne saken hadde helseforetaket gjort jevnlig vurderinger av pasientens tilstand. Det var enighet om at pasienten hadde liten nytte av behandlingen.

Helsetilsynet kritiserte helseforetaket for at ikke pasientens behandlingsbehov ble vurdert i sammenheng med det faglige innholdet han ble tilbudt. Det var likevel ikke grunnlag for å si at helseforetaket hadde opptrådt uforsvarlig.

” En privat virksomhet gir helsehjelp på eget faglig ansvar ”

Helsetilsynet mente imidlertid at den private aktøren hadde handlet uforsvarlig med hensyn til den konkrete helsehjelpen som var gitt. Vi mente at den private aktøren var ansvarlig for manglende selvmordsrisikovurderinger og uforsvarlig medisinerings med mer.

Helseforetaket har et overordnet ansvar, men ansvaret strekker seg ikke så langt at helseforetaket blir ansvarlig for den konkrete helsehjelpen som gis. Den som faktisk yter tjenesten må ha hovedansvaret for at pasienten får en forsvarlig helsetjeneste. En privat virksomhet gir helsehjelp på eget faglig ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven. Ansvar for behandlingen av denne pasientens sammensatte problematikk lå derfor i all hovedsak hos den private leverandøren.



Samarbeid og dialog – jevnlig tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

For mange pasienter betyr overføring av blod, celler, vev og organer økt livskvalitet og nytt liv. Pasienter og pårørende må kunne stole på at risikoen for skade og overføring av sykdom via humant materiale er så lav som mulig.

Legemiddelverket og Helsetilsynet er pålagt å utføre jevnlig tilsyn ved virksomheter som håndterer humant materiale til bruk på mennesker. Tilsynsetatenes lovlighetskontroll skal medvirke til god pasientsikkerhet.

Prioriterer kvalitetsarbeid

Våre planlagte tilsyn viser at helseforetakene prioriterer kvalitetsarbeid for å trygge givere og mottakere av humant materiale. Strengt myndighetskrav og nulltoleranse for feil fører likevel til at vi finner forbedringsområder ved de fleste av virksomhetene. Tilsynsfunn som innebærer økt risiko for pasientene er for eksempel:

- ikke god nok identitetskontroll av blodpose og blodmottaker før blodoverføring
- feil og mangler ved teknisk utstyr som benyttes ved håndtering og oppbevaring av celler og vev
- ikke tydelig fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet ved utvelgelse av organdonorer
- ledelsen sikrer ikke samsvar mellom myndighetskrav, retningslinjer og praksis



Potensiale for sykdom og skade

Blod, celler, vev og organer har ulikt potensiale for å forårsake sykdom, skade og død. En blodgiver vil kunne donere blod mange ganger over flere år, og hver enkelt enhet blod kan deles i flere ulike komponenter. Dersom blodgiverutvalget ikke er god nok, vil sykdom kunne overføres via donert blod til svært mange mottakere. I tillegg kan overføring av blod av feil type gi svært alvorlige reaksjoner hos mottakeren. På samme måte kan celler og vev skade mottakeren, men celler og vev fra samme donor benyttes til vesentlig færre pasienter. For organer som hjerte, lunge, lever, nyre og bukspyttkjertel, må risikobildet vurderes annerledes. For liten tilgang på organdonorer utgjør den største risikoen for pasienter som venter på et egnet donororgan.

”samarbeid mellom involvert helsepersonell, deres ledere og ulike tilsynsetater styrker forbedringsarbeidet.”

Forebygge konsekvenser av feil

Virksomheter som håndterer blod, celler, vev og organer må etablere sikkerhetsbarrierer for å forebygge at feil får konsekvenser for pasientene. Alvorlige hendelser som er rapportert til meldeordningene i Helsedirektoratet og varslet Helsetilsynet, viser at eksempelvis svikt i identitetskontroll før overføring av blod, celler og vev i enkelte tilfeller har ført til alvorlig skade eller dødsfall. Våre tilsyn med donorsykehus viser at helseforetakene i varierende grad prioriterer organdonasjon. Kapasitet og kompetanse ved sykehusene har betydning for antall organdonasjoner. Tilgang på organer er helt avgjørende for liv eller død.

Krav til virksomhetene

Fordeling av humant materiale, særlig organer til transplantasjon, forutsetter åpenhet og rettferdighet for å sikre lik tilgang til behandling. I tillegg vet vi at feil og hendelser kan få alvorlige konsekvenser for donor og mottaker. Helselovgivningen utdyper derfor krav

til kvalitet og sikkerhet i egne forskrifter. Helseforetak og private aktører som håndterer humant materiale til bruk på mennesker skal sørge for en praksis som gir trygghet for donor og mottaker.

Samarbeid ved tilsyn

Hyppige tilsyn fra ulike tilsynsetater innebærer bruk av ressurser for virksomheter og

myndigheter, men gir også mulighet til å følge opp tiltak og forbedringsarbeid. Flere av våre tilsynsbesøk blir planlagt og gjennomført i samarbeid med Legemiddelverket. Ved slike tilsyn

holdes åpnings- og sluttmøte i fellesskap. På sluttmøtet presenterer vi våre funn, inviterer virksomheten til å presentere sin egen vurdering og åpner for dialog rundt funn og praktisk gjennomføring av tilsynet.

Tilbakemeldinger fra virksomhetene

Tilsyn i samarbeid med Legemiddelverket, og som i tillegg omfatter flere enheter og fagområder ved virksomhe-

ten, involverer mange. Likevel får vi overveiende positive tilbakemeldinger etter slike tilsyn:

- synliggjorde at tilsynet gjaldt hele virksomheten
- førte til samarbeid på tvers av enheter og fagområder
- ga eierskap til forbedringsområdene
- mulighet til å iverksette tiltak på eget initiativ
- nyttig at Legemiddelverket og Helsetilsynet undersøker hele prosessen fra blodgivning til anvendelse av blodet samtidig

Veien videre

Helsepersonellet vi møter fremstår som engasjerte med ønske om å utføre faglig godt arbeid. Erfaringene fra tilsyn tilsier at samarbeid mellom involvert helsepersonell, deres ledere og ulike tilsynsetater styrker forbedringsarbeidet. Etter vår mening vil fortsatt samarbeid ved tilsyn bidra til å øke pasientsikkerheten ved bruk av humant materiale.

Alvorlige hendelser i norske fødeinstitusjoner

Svangerskaps- og fødselsomsorgen er et fagfelt hvor det skjer uventede og alvorlige hendelser selv om både mor og barn i utgangspunktet er friske. At barn dør eller får skade under fødsel kan i mange tilfeller unngås hvis fødselen blir håndtert riktig. Utfallet av alvorlige hendelser er tragisk for de det rammer, og de fleste tilsynssakene opprettes derfor som følge av klage fra pasient eller pårørende.

Statens helsetilsyn har bestemt at det skal gjøres en gjennomgang og analyse av tilsynssaker innen svangerskaps- og fødselsomsorgen, som ble behandlet i løpet av en femårsperiode. Hensikten er å se hva som svikter og hvordan sakene ble vurdert.

Statens helsetilsyn ønsker også å gjennomføre et tilsyn i form av en kartlegging i 12 utvalgte fødeinstitusjoner i løpet av 2017. Vi tar utgangspunkt i tre ulike kategorier av alvorlige hendelser som skjer i fødeinstitusjonene; barn som dør eller blir født med alvorlig

oksygenmangel, vanskelig skulderforløsning og alvorlig blødning hos den fødende. På bakgrunn av disse hendelsene ønsker vi å kartlegge hvordan virksomhetene har fulgt opp hendelsen både når det gjelder analyse av hendelsen og hvilke tiltak de har iverksatt for å forebygge at det samme skjer igjen.

Endelig vil vi se på hvilken oppfølging og informasjon pasient eller pårørende fikk i etterkant av den alvorlige hendelsen.



Helsetilsynet har **behov** for brukernes **erfaringer**

Pasienter, tjenestebrukere og pårørende har erfaringer fra møter med tjenestene som er viktige og nyttige for tilsyn med helse-, sosial- og barneverntjenestene. De bidrar til at tilsynsmyndigheten får et mer komplett bilde når vi undersøker om tjenestene er forsvarlige. Erfaringene de deler med oss gir bedre faktagrunnlag og nyttige innspill når vi gjennomfører risikovurderinger og velger ut hvilke tilsyn vi skal gjennomføre. De bidrar til at tilsynet blir enda mer relevant og treffsikkert, og dermed til at tilsynsmyndigheten kan avdekke, rette opp og forebygge svikt i tjenestene.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene har brukerinvolvering i tilsyn som satsingsområde fram til 2018. I samarbeid med brukerorganisasjoner jobber vi i prosjektperioden med å utvikle arbeidsmåter som skal bidra til at brukernes erfaringer og kunnskap blir brukt mer og bedre i alle tilsynsaktiviteter. Gode eksempler på hvordan vi kan legge til rette for dialog og involvering danner grunnlag for utvikling av tilsynsarbeidet. Fylkesmenn får i forbindelse med satsinga ekstra midler for å prøve ut ulike metoder for å involvere brukerne i de ulike tilsynsaktivitetene våre.



Vi har fått innspill og råd til hvordan fylkesmennene og Helsetilsynet kan bli bedre”

«Å bli sett, hørt og forstått er det viktigste av alt»

Brukere og pårørende med lang erfaring fra tjenestene har deltatt i dialogsamlinger i regi av Helsetilsynet. Vi har fått innspill og råd til hvordan fylkesmennene og Helsetilsynet kan bli bedre til å bruke den kunnskapen tjenestebrukere har. Mange av de vi har møtt har delt negative erfaringer, og de ønsker å bidra til at neste tjenestebroker ikke behøver å gå gjennom de samme negative erfaringene som de selv har hatt. Vi har fått eksempler på at mange kvier seg for å klage til tjenestene og til fylkesmannen, fordi de er avhengige av tjenestene.

Åpenhet, god informasjon og mulighet for å komme med innspill er uttrykte ønsker fra brukerne vi har møtt. Vi har fått påminnelser om at for noen er god tid avgjørende for å bygge tillit og gode relasjoner med tjenestene og tilsynsmyndigheten. Særlig er det viktig at tilsynsmyndigheten er mer lydhør, og også hører det som ikke blir sagt eksplisitt.

Det dreier seg ikke om vi skal fortsette med brukerinvolvering i tilsyn, men hvordan

I prosjektet arbeider vi med å utvikle og prøve ut ulike tilnærmingsmåter til brukerinvolvering i tilsyn. Dette er noen eksempler på det som skjer i satsingsperioden:

- Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har med bruker-/pårørenderepresentanter i tilsynsteam i gjennomføringen av tilsyn.
- Fylkesmannen i Telemark, Rogaland og Nordland innhenter informasjon og erfaringer fra ungdommer i alderen 16–25 år i forbindelse med gjennomføring av tilsyn med sosiale tjenester i Nav.
- Sju av fylkesmennene har samarbeidet med Forandringsfabrikken for å få forslag og innspill til bedre tilsyn i barneverntjenesten.
- Fylkesmennene hadde samtaler med brukere i gjennomføringen av landsomfattende tilsyn 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming.
- Brukerrepresentanter har kommet med innspill i planleggingen av landsomfattende tilsyn 2017–2018 med tjenester til personer med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse. Også i dette tilsynet skal fylkesmennene gjøre tilsynssamtaler med brukere av tjenestene i gjennomføringen av tilsyn. Noen av fylkesmennene skal ha med bruker-/pårørenderepresentanter i tilsynsteamet.
- Statens helsetilsyn etablerer brukerråd i løpet av 2017.

Sintef Teknologi og samfunn, avdeling Helse har fått i oppdrag av Helsetilsynet å gjøre et toårig følgeevalueringsprosjekt knyttet til satsingen fra og med juni 2016.

Brukerinvolvering gir bedre tilsyn

Fylkesmannen har i sin tilsynsvirksomhet og i sin fagutviklingsrolle lenge hatt fokus på at helse- og omsorgstjenestene sikrer brukermedvirkning og brukerinvolvering både på system- og individnivå. Men hva så med oss selv? Har vi i tilstrekkelig grad tatt inn brukerperspektivet i våre egne aktiviteter?

I denne artikkelen vil vi ut fra et rent nytteperspektiv argumentere for økt brukerinvolvering i våre tilsyn. Argumentasjonen bygger på de erfaringer vi har gjort så langt med å ha med brukerrepresentant i revisjonsteamet, og å benytte brukerintervjuer som en del av informasjonsgrunnlaget i systemrevisjoner.

Tilsyn er jakt på kunnskap

Helsetilsynets strategiske plan for perioden 2015–2020 er illustrert med et fyrtårn. Dette er et gammelt og godt navigasjonshjelpemiddel til hjelp for sjøfarende på vei inn i ukjent og vanskelig farvann. Et revisjonsteam har på mange måter den samme utfordringen, målet er kjent – styring og ledelse som sikrer faglig forsvarlige tjenester. Farvannet derimot, kan være ukjent og til dels uoversiktlig. Hvordan har organisasjonen innrettet og organisert seg, og hvilke systemer har de for å sikre en forsvarlig tjenesteproduksjon?

Analogien kan trekkes lenger. En grunnleggende teknikk i all navigasjon er triangulering. Ved å peile to kjente

punkt kan en få sikker kunnskap om egen posisjon. Ved gjennomføring av systemrevisjoner benyttes også triangulering uten at vi kanskje er særlig bevisste på det. Vi benytter metodetriangulering når vi foretar intervjuer av ansatte, gransker organisasjonens styringsdokumenter, journaler og annet, og når vi teller antall årsverk og omfang på innvilgede tjenester. Vi benytter oss av datatriangulering når vi samler inn data fra ulike kilder for å belyse hvordan organisasjonen styres og leverer sine tjenester.

Den samlede kompetansen i et revisjonsteam skal være tilstrekkelig til å kunne vurdere styringen av tjenesteproduksjonen og trekke presise konklusjoner basert på faglige anbefalinger og gjeldende juss på det fagfeltet det føres tilsyn med. Det er i denne sammenheng vi ønsker å innføre begrepet revisortriangulering. I fra egne rekker vil vi som oftest kunne rekruttere revisorer som sikrer oss en god nok triangulering mellom styring, fag og juss. Spørsmålet er om dette alltid er tilstrekkelig? Vi har erfart i våre tilsyn at ved å forsterke revisjonsteamet med en person som har egen brukererfaring med de tjenester det føres tilsyn med, sikrer vi at vi i hele revisjonsprosessen har et gjennomgå-

” få frem funn som indikerer om organisasjonen klarer å få til reell brukermedvirkning.”

ende fokus på tiltak, prosedyrer, rutiner osv. som bidrar til økt brukermedvirkning og involvering. Vi sikrer også at dette blir et tema i intervjuer, og et element vi leter etter i journalene for å få frem funn som indikerer om organisasjonen klarer å få til reell brukermedvirkning.

«Hadde det ikke vært for Laila....»

De ansatte i de tjenester vi fører tilsyn med vil ofte inngå i relasjoner med sine brukere over kortere eller lengre tid. I hvilken grad tjenesten har lagt til rette for, og i hvilken grad den

enkelte tjenesteutøver klare å få til gode (behandlings)relasjoner vil være en av de viktigste faktorene for opplevd kvaliteten på tjenesten. Utsagnet over er hentet fra et brukerintervju vi har gjennomført. Slike utsagn fra et tilstrekkelig antall informanter i en revisjon vil gi informasjon om opplevd kvalitet. Slik type informasjon vil være vanskelig å fremskaffe på andre måter.

Vår konklusjon blir derfor at vi skal ha brukerinvolvering i tilsyn fordi det bidrar til at vi som tilsynsmyndighet får sikrere informasjon om opplevd kvalitet i de tjenester vi fører tilsyn med, og det bidrar til at vi klarer å sette brukerperspektivet i fokus i vår myndighetsutøvelse.

Involvering av beboere på sykehjem og deres pårørende

Fylkesmannen i Møre og Romsdal gjennomførte i 2016 et prosjekt for å involvere beboere og deres pårørende på sykehjem i systemrevisjoner som omhandler bruk av tvang, og vurdering av samtykkekompetanse.

Tidlig i prosessen koblet vi inn pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal, fordi de er en viktig aktør når vi skulle jobbe med involvering av pasienter og brukere. Pasient- og brukerombudet var positiv til å bidra inn i prosjektet og deltok i kveldsmøter med pårørende/pasienter. Disse kveldsmøtene ble avholdt i forkant av vårt ordinære tilsynsbesøk i kommunen. I disse kveldsmøtene ble pårørende og pasienter orientert om Fylkesmannens rolle og tema for vårt planlagte tilsyn i kommunen. De fikk også en kort orientering om hvilken informasjon de som pårørende og pasienter har rett på. Vi hadde i tillegg satt av god tid til at deltakerne i møte kunne formidle sine erfaringer til Fylkesmannen både enkeltvis og i plenum, om de ønsket det. Fylkesmannen mener disse pårørendemøtene bidro til at vi ble en mer åpen og tilgjengelig tilsynsmyndighet. Vi fikk flere positive tilbakemeldinger på at vi hadde tatt initiativ til et slikt møte, og at vi var interessert i å høre på de

pårørende. Flere av de pårørende opplevde at de fikk lite informasjon fra kommunen om eventuelle samtykkevurderinger som var gjort av deres nærmeste, og hva som var gjort/tenkt når det gjelder bruk av tvang. Kommunen selv mente de ga god informasjon.

Vi opplevde noen utfordringer i prosjektet, blant annet at enkelte pårørende vegret seg for å snakke med oss i frykt for at dette ville oppfattes negativt av kommunen. Dette løste vi ved å gjennomføre egne samtaler med disse utenom pårørendemøtet, og noen samtaler ble gjennomført i nabokommunen.

Når det gjaldt samtaler med pasientene, ble vi tidlig i prosjektet møtt med at dette var pasienter som ikke egnet seg så godt til samtaler med tilsynsmyndigheten. Dette hadde

vi litt vanskelig for å godta. Vi knyttet til oss en ressursperson fra den nasjonale kompetansetjenesten Aldring og Helse, som ga oss veiledning i blant annet samtaler med demente. Vi møtte opp på sykehjemmet for å se om noen ville snakke med oss. Vi gikk bort i fra tanken om å lage oss avtaler med pasientene i forkant, og satt istedet av god tid på sykehjemmet. Dette førte til at vi fikk flere samtaler, som kunne gi oss et bredere perspektiv på vårt område for tilsyn. I

forkant la vi også ut et ark som ble delt ut på alle pasientrom. På dette arket var det bilde av oss og litt informasjon om hva vi ville undersøke. Pårørende og pasienter ble oppfordret til å ta kontakt med oss.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har opplevd at involveringsprosjektet har vært svært lærerikt og meningsfullt. Vi vil ta med oss de erfaringer vi har fra dette prosjektet inn i fremtidige tilsyn blant annet ved å orientere også pasienter og pårørende om planlagte tilsyn. Tidligere kunne den første kjennskapen pårørende fikk til et gjennomført tilsyn være en avisoverskrift som lød: «Ulovlig bruk av tvang på xx sykehjem.» Vi tror dette kan skape unødig frykt hos pårørende, og tenker oss at informasjon i forkant vil gjøre både pasienter og pårørende tryggere, og at det vil øke tilliten til tilsynsmyndigheten.

”pårørendemøtene bidro til at vi ble en mer åpen og tilgjengelig tilsynsmyndighet.”

Involvering av **tjenestemottakere** i tilsyn – ikke hvorfor, men **hvordan**

Vurderinger og konklusjoner i tilsyn virker direkte og indirekte inn på tjenester og tilbud til enkeltpersoner. For å imøtekomme forventninger om sterkere og tydeligere involvering av tjenestemottakere i tilsyn, har vi ved møter med deltakere i erfaringspanel og «proffer» fra stiftelsen Forandringsfabrikken erkjent at vi ikke har fått brukernes stemme godt nok fram. Vi endrer derfor praksis. Det handler om tenkemåte og holdninger og gjøres som en utvikling av måten vi arbeider på.

På enkelte fagområder har direkte brukerinvolvering i mange år vært en selvsagt del av tilsynet. I løpet av det siste året har proffene fra Forandringsfabrikken og Erfaringspanelet i psykisk helsevern, ved Helse Bergen gjennom å dele sine erfaringer vist at vi ikke godt nok har hørt, sett eller forstått hva brukerne har for-

midlet, eller forsøkt å formidle. Vi har manglet deres perspektiv og ikke forstått betydningen av det. Følgene av dette kan i verste fall være at sakene vi behandler, ikke er blitt godt nok opplyst. Dermed kan konklusjonen bli feil. Dette angår viktige og ofte vanskelige hendelser i enkeltpersoners liv og er alvorlig. Like alvorlig er det at hvis vi fortsetter som før, bidrar vi til å opprettholde etablerte arbeidsformer hos oss selv og i tjenestene.

Ved å delta i brukerinvolveringsprosjektet til Helsetilsynet har vi fått midler og mulighet til å videreutvikle og forbedre tilsynet ved å undersøke om og hvordan bruker har fått informasjon om og anledning til å medvirke i beslutninger om behandling. Mangelfull medvirkning kan i noen tilfeller innebære at hjelpen ikke er forsvarlig. I det planlagte tilsynet prøver vi ut hvordan vi kan få brukerne i tale og få del i deres erfaringer med å delta i utformingen tjenestene. Vi er på vei. Det gjelder alle fagområdene helse- og sosialavdelingen fører tilsyn med, og alle ansatte i avdelingen deltar.

Tiltakene vi må innføre er enkle, men krevende ved at de utfordrer etablert praksis, i noen grad også våre holdninger. Proffene fra Forandringsfabrikken har utfordret oss, de har satt ord på det selvsagte. Hva hjelper det om tilbudet i seg selv er forsvarlig, men ingen har spurt brukeren om hva som er viktig for henne? Hvorfor blir disse spørsmålene ikke stilt, verken av de som skal gi hjelpen eller av tilsynet? Vi kan ikke fortsette slik.

”Mangelfull medvirkning kan i noen tilfeller innebære at hjelpen ikke er forsvarlig.”

Deltakerne i Erfaringspanelet i psykisk helsevern, Helse Bergen er voksne med lang erfaring fra psykisk helsevern og kommunale tjenester. De har satt ord på det opplagte, at brukernes egne

opplevelser og erfaringer med tjenestene er avgjørende for at hjelpen faktisk kan hjelpe. Ofte er det enkle ting som ikke krever mye ressurser, men forståelse og praktisk tilrettelegging av tjenestene.

Proffene og medlemmene i Erfaringspanelet har vist oss betydningen av og behovet for å evne å se brukernes perspektiv.

Bedre metode for tilsynsintervju med samiske tjenestemottakere – reell brukermedvirkning

Fylkesmannen i Finnmark har fått prosjektmidler til å utvikle en kultursensitiv tilnærming til intervju med samiske tjenestemottakere med utviklingshemming. Bakgrunnen for prosjektet er at vi i gjennomføring av stedlige tilsyn i samiske kommuner har opplevd at vår manglende kompetanse på samisk språk og kultur vanskelig gjør kommunikasjonen. Vi har ikke tilstrekkelige forutsetninger for å kunne hente inn de erfaringer og synspunkter som vi ønsker, for å kunne undersøke om de samiske brukernes lovfestede rett til brukermedvirkning blir ivarettatt i kommunenes ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Vi har derfor etablert et prosjektsamarbeid, hvor samisk fagkonsulent for habilitering i Finnmarkssykehuset og leder for et prosjekt om funksjonsnedsettelse i Nordens velferdssenter deltar.

I første prosjektfase jobber vi med å utvikle verktøy for å kunne kartlegge samiske tjenestemottakeres språk og identitet, verktøy for gjennomføring av intervju og verktøy for evaluering av intervju. Verktøyene vil bli prøvd ut i nye tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, i samiske forvaltningskommuner. Dette vil skje i andre prosjektfase, våren 2017.

Som Norges urfolk er samiske borgere i samiske forvaltningskommuner gitt særlige rettigheter. Blant annet gir

sameloven § 3-5 en utvidet rett til bruk av samisk språk i helse- og sosialsektoren: «Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk». I Finnmark er kommunene Nesseby, Tana, Porsanger, Karasjok og Kautokeino samiske forvaltningskommuner.

Det presiseres i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet at:

«Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunene tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de må være bevisste sitt ansvar for å legge til rette for at samiske innbyggere skal få nødvendige og forsvarlige tjenester.»

I dette ligger en forutsetning om at samiske innbyggere kan ha andre behov enn majoritetsbefolkningen for at helse- og omsorgstjenestene skal bli likeverdige.

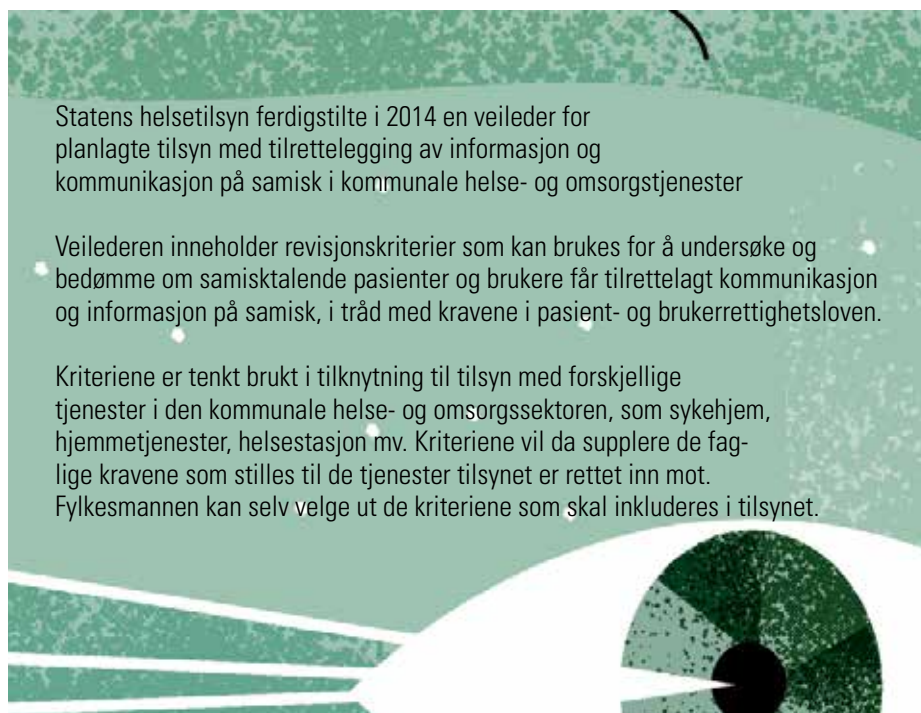
Fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette gjør vi også i de samiske forvaltningskommunene. Ved stedlige tilsyn etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 gjennomføres samtaler med tjenestemottakerne. I samtaler med samiske tjenestemottakere, har vi vært usikre på om vi har hatt forutsetninger for å kommunisere på en måte som gir tjenestemottakerne reell mulighet for tilbakemelding. Problemstillingen ble på nytt aktualisert da Helsetilsynet lanserte brukermedvirkning som særskilt område i landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Møte med tjenestemottakere med utviklingshemming vil i utgangspunktet være mer utfordrende enn møtet med tjenestemottakere uten kognitive funksjonsnedsettelse.

Den samiske kommunikasjonsformen er ulik den norske ved at den er fortellende, indirekte og preget av billedbruk. Den norske kommunikasjonsformen er i større grad preget av direktehet.

Statens helsetilsyn ferdigstilte i 2014 en veileder for planlagte tilsyn med tilrettelegging av informasjon og kommunikasjon på samisk i kommunale helse- og omsorgstjenester

Veilederen inneholder revisjonskriterier som kan brukes for å undersøke og bedømme om samisktalende pasienter og brukere får tilrettelagt kommunikasjon og informasjon på samisk, i tråd med kravene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Kriteriene er tenkt brukt i tilknytning til tilsyn med forskjellige tjenester i den kommunale helse- og omsorgssektoren, som sykehjem, hjemmetjenester, helsestasjon mv. Kriteriene vil da supplere de faglige kravene som stilles til de tjenester tilsynet er rettet inn mot. Fylkesmannen kan selv velge ut de kriteriene som skal inkluderes i tilsynet.



Takk, Ida!

Fylkeslege Helga Arianson, Fylkesmannen i Hordaland

Tilsynet med tjenestene til Ida har vært et vendepunkt og et lærestykke for oss og andre. Ida valgte å la to journalister skrive om henne. Oppslaget i media fikk Helsetilsynet og tre fylkesmenn til å reagere. Tilsynsteamet så at vi hadde sviktet. Vi forsto at vi måtte gjøre et nytt, omfattende tilsyn. Resultatet ble et annerledes tilsyn og en annen type rapport. Men resultatet for oss er også en endring i hvordan vi forstår barna og tar deres perspektiv, hvordan vi praktiserer medvirkning og ikke minst – hvordan vi følger med på og forstår bruk av tvang i barnevernet.

Ingen barn i Norge skal oppleve dette

To journalister i Stavanger Aftenblad fremstilte detaljert hvordan Ida hadde vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt og seksuelle overgrep. De skrev om omfattende tvangsbruk i barnevern og barne- og ungdomspsykiatri, om mange flyttinger, om ensomhet og smerte. Men også om tre fylkesmenn som hadde fått tilsendt 104 tvangsprotokoller og flere klager. Uten egentlig å reagere. Ingen av oss hadde stoppet opp. Formalitetene ved de fleste av meldingene vi fikk tilsendt var det ikke noe å si på. Vi hadde ikke forstått at hun ikke hadde fått det hun hadde behov for. Og det samme gjaldt tjenestene.

Ida sitt perspektiv i tilsynet

Tilsynet de tre fylkesmennene gjennomførte, omfattet 14 kommunale og statlige virksomheter, både barnevern og helsetjenester. Det besto av innhenting av journaler, andre dokumenter, uttalelser og intervjuer.

For å ta Ida sitt perspektiv i arbeidet, fikk vi hjelp av Forandringsfabrikken. De ga tre gode råd som vi fulgte:

- Bli venn med Ida på Facebook.
- Spør henne hva dere skal spørre tjenestene om.
- Vi kan bli med dere på tilsyn.

Dette krevde en omstilling for oss. Vi var åpne, ydmyke og usikre på hva vi kunne møte når vi ikke skulle følge våre vannte arbeidsmåter. I denne situasjonen var det viktig med trygghet i rollen som tilsynsmyndighet. Den tilliten vi klarte å etablere hos Ida, med god hjelp av Forandringsfabrikken, var avgjørende for at vi klarte å ta hennes perspektiv og forstå hennes behov. Det at vi brukte sakkyndig og at tilsynslaget besto av erfarne medarbeidere med ulik fagbakgrunn hos både Helsetilsynet og de tre fylkesmennene, var til hjelp i vurderingene.

Hva mente vi om det Ida hadde opplevd?

Idas 104 tvangsprotokoller kunne ikke være god omsorg. Samtidig var realiteten at den enkelte protokoll ga uttrykk for lovlig bruk av tvang. Det var altså nødvendig og riktig å bruke tvang når vi så isolert på den enkelte situasjon. Det var ikke noe å si på at Ida i lange perioder måtte holde seg inne på institusjonen uten tilgang til telefon og pc. Og det var, isolert sett, heller ikke noe å si på at hun ble holdt fast, lagt ned og utsatt for omfattende tvang. Så hva var dette da?



Vi hadde ikke forstått at hun ikke hadde fått det hun hadde behov for.”

Barneverntjenesten hadde fått tilsendt alle protokollene, men de hadde ikke reagert med å stille det grunnleggende spørsmålet om dette var riktig for Ida. Om hun ble forstått, om hun hadde følelsen av å bli hørt i møtet med barnevernet og ungdomspsykiatrien, om hun faktisk følte seg trygg og omgitt av mennesker som ville hennes beste. Og når Ida ble flyttet, tok det for lang tid før de på de nye stedene faktisk klarte å etablere en viss tillit, slik at omsorgen rundt Ida ble stabilisert. Lederne evnet ikke godt nok å forstå og ta hensyn til det Ida uttrykte gjennom sine voldsomme reaksjoner.

Ida hadde sterke ønsker om hvor hun ville bo, men det er ikke mulig å se av saken hvordan statlig og kommunalt barnevern mente at

det skulle vurderes, eller hva som lå bak ønsket hennes. Det var heller ikke mulig å se av deres arbeid i saken hvordan de mente at hun skulle få hjelp for sine psykiske vansker. Det statlige barnevernet hadde ikke tilstrekkelig oversikt over hvilken hjelp hun faktisk kunne få der hun ble flyttet til – om det var en hjelp hun kunne nyttiggjøre seg.

Barneverntjenesten som aller først kom i kontakt med Ida da hun bare var to år, evnet ikke gjennom de kommende åtte årene å finne ut hvordan Ida egentlig hadde det, selv om de gjennomførte mange undersøkelser og satte i verk mange tiltak. De vurderte flere ganger at Ida burde flyttes ut av hjemmet. Men det er ikke mulig å lese ut av saken i ettertid hvorfor de ikke gjorde mer med denne bekymringen sin. Det ser ikke ut til at de som behandlet saken noen gang traff Ida.

Kanskje de hadde fått annen informasjon og et annet grunnlag for sine vurderinger da?

Ida sin opplevelse er at ingen i tjenestene egentlig har spurt henne hva som er og var vanskelig, og hvordan de faktisk kan hjelpe henne med akkurat det.

Det har vært mangelfullt samarbeid mellom flere ulike tjenester. Samarbeidet mellom psykiske helsetjenester og barnevernsinstitusjoner har ikke fungert til Idas beste. Og heller ikke samarbeidet mellom barnevernet og politiet har vært fullt ut godt, blant annet fordi politiet ikke fikk tilstrekkelig informasjon om Ida i situasjoner der de ble hentet inn.

To kommunale barnevernstjenester, barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester, Bufetat og to barnevernsinstitusjoner fikk påpekt brudd på lovgivingen.

Hva må dette føre til?

Som tilsynsmyndighet har vi lært mye av dette. Vi har forstått at barnets perspektiv er helt nødvendig for å få fram et rett faktum. Da må vi snakke med barna på en måte som gjør at de kan vise oss dette. Vi har óg forstått at å gjennomgå det enkelte tvangsvedtak ikke alltid gir et riktig bilde av barnet sin situasjon eller av om tvangen var nødvendig. Vi må forstå barnets behov og vurdere om tiltakene er forsvarlige og vurdere tvangen som en del av omsorgen. Vi må også alltid stoppe opp når vi ser at barn blir utsatt for tvang mer enn unntaksvis, eller hvis noen institusjoner bruker tvang ofte.

I tjenestene er det også nødvendig med endringer, mener vi, og noen endringer er allerede i gang. Barneverntjenestenes undersøkelser må i større grad reflektere alvoret i saken. Både det statlige og det kommunale barnevernet må forholde seg enda mer til barna som del av saken. Barneverntjenesten må følge med på at barnet har voksne de er trygge på rundt seg. Det er sentralt at barnet sine meninger og ønsker kommer frem, og at det vurderes hvilken vekt det skal legges på dette. Når det brukes mye tvang, må alle tjenester spørre seg om tiltaket er riktig for barnet. Tjenestene må samarbeide til beste for barnet eller ungdommen saken gjelder.

Hva er Ida-saken?

Stavanger Aftenblad skrev 30. januar 2016 om Ida som 15 år gammel ble plassert på barnevernsinstitusjon. I løpet av åtte måneder ble hun flyttet sju ganger mellom ulike institusjoner i Rogaland, Hordaland og Troms og ble utsatt for omfattende tvangsbruk. Fylkesmennene som hadde tilsyn med institusjonene og tvangsbruken konkluderte løpende med forsvarlig drift, og at tvangen som ble brukt var lovlig. Artikkelen i Stavanger Aftenblad førte til at de tre involverte fylkesmennene gjennomførte et nytt tilsyn sammen. Omsorgen Ida var blitt tilbudt, og tvangen hun var utsatt for, ble nå vurdert i sammenheng og ikke som enkelte episoder. Involvering av Ida i tilsynet har vært sentralt for å forstå og kunne bedømme riktig.

Forandringsfabrikken

Forandringsfabrikken er en stiftelse med ideelt formål som i hovedsak drives av inntekter til prosjekter fra private og det offentlige. Forandringsfabrikken presenterer kunnskap og erfaringer fra barn og unge gjennom foredrag, rådgiving og kurs. De inviterer barn og unge som er i hjelpesystemene i dag med som «proffer», fordi disse har viktig kunnskap om hvordan hjelpesystemer og skole fungerer.

Samtaler med barn

Fylkesmannen fører tilsyn med at barn og unge på barnevernsinstitusjoner får forsvarlig omsorg og behandling. Alle barn og unge som bor på institusjon skal kontaktes og gis mulighet til å uttale seg om hvordan de opplever omsorgssituasjonen på institusjonen. Statens helsetilsyn har i tre år arrangert kurs for ansatte hos fylkesmannen i hvordan samtaler med barn og unge bør gjennomføres og brukes i tilsynet. Samtalen er verken avhør eller en behandlingssamtale, men har et klart formål og skal gjennomføres systematisk. Informasjon som barn og ungdommen gir i samtalen benyttes for å vurdere den enkeltes situasjon, og å bedømme om institusjonen driver forsvarlig. Det undervises i hvordan kjennetegn på barn og unge som har opplevd omsorgssvikt kan vises og hvordan dette kan forstås og møtes i samtaler. Kurset gir fylkesmannen kompetanse og trening i gjennomføring av samtalen.

Hendelser som involverer **medisinsk** utstyr

Statens helsetilsyn mottar jevnlig varsler om hendelser som involverer bruk av medisinsk utstyr. Det kan handle om feil på utstyr eller at utstyret brukes feil, og i noen tilfeller har det medført betydelig skade på pasient eller dødsfall.

En av sakene omhandlet alvorlig skade ved kikkhullskirurgi (undersøkelse eller operasjon via lite innstikk i huden) hvor det ble stukket hull i hovedpulsåren til pasienten. Under operasjonen ble det brukt en relativt ny type trokar (kirurgisk instrument til innstikk). Statens helsetilsyn ble varslet, og meldeordningen for medisinsk utstyr i Helsedirektoratet ble varslet. Produsenten ble gjort kjent med hendelsen, gjennomgikk den og konkluderte med at det ikke var feil på utstyret. Produsenten tilbød ny undervisning på sykehuset om rett bruk av trokaren, noe sykehuset takket ja til.

Nedenfor skisserer vi hvor saker som involverer utstyr skal meldes, for å sikre at feil på utstyr blir avdekket, og at produsenter blir kjent med hendelser der deres utstyr er involvert.

Hvor skal det meldes?

Det finnes tre meldeordninger med til sammen fire instanser som kan behandle meldinger om medisinsk utstyr:

Hendelser med medisinsk utstyr som har medført, eller kunne ha medført, alvorlig pasientskade eller død, skal meldes til meldeordningen i Helsedirektoratet (spesialisthelsetjenesteloven §3-3) og/eller varselordningen i Statens helsetilsyn (spesialisthelsetjenesteloven §3-3a) avhengig av alvorlighetsgrad.

Hendelser som gjelder medisinsk utstyr skal også meldes til utstyrsmeldeordningene for medisinsk utstyr, jfr. lov om medisinsk utstyr § 11, forskrift om håndtering av medisinsk utstyr § 16, forskrift om medisinsk utstyr § 2-11 og lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr § 10. Meldeordningene for elektromedisinsk utstyr i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, og for alt annet medisinsk utstyr i Helsedirektoratet, har en felles meldingsportal på Helsedirektoratets hjemmeside.

Oppfølging ved mistanke om feil

Ofte er det ikke opplagt om hendelsen skyldes feil på utstyret eller at det er brukt feil. Et utstyr kan dessuten ha svakheter i utforming og brukervennlighet, selv om det ikke foreligger noen produksjonsfeil. Noen ganger må man, dersom en mistanke om feil på utstyret avkreftes, mistenke at det kan være en brukerfeil. Ved mistanke om feil på utstyr, må virksomheten påse at

utstyret tas vare på for undersøkelser. Ved mistanke om feil på utstyr, er det gjerne innkjøpsavdelingene og medisinsk-tekniske avdelinger som involveres i utredning av disse, og som

står for kontakt med produsenten av utstyret. Når det gjelder hendelser som skyldes brukerfeil, er det gjerne klinikerne/brukerne og det ordinære avviksmeldesystemet som involveres.

Foretakets ansvar

Foretaket har ansvar for å sikre kvaliteten på medisinsk utstyr ved anskaffelser, og for opplæring i forsvarlig bruk av dette utstyret. Særlig aktuelt er ansvaret for opplæring når nytt medisinsk utstyr skal innføres.

For mange typer utstyr i medisinsk bruk, er det en rask utvikling av nye modeller og nytt utstyr. Ofte er det små eller større ting som er forskjellige på det nye utstyret, og detaljer som alle brukere må vite om dersom utstyret skal brukes sikkert. Selv om produsentene har noen krav på seg til informasjon om utstyret i form av bruksanvisninger og opplæring, er det virksomhetene som har hovedansvaret for at innføring og bruk av utstyret skjer forsvarlig. Dette omfatter også opplæring av nyansatte og vikarer og vedlikehold av opplæring som er gitt. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert.

Ved nyanskaffelser eller utskifting av utstyr etter anbudsrunder, inngår opplæring fra leverandøren i kontrakten. Det er viktig at dette er godt dokumentert, og at virksomheten følger opp hvordan både leverandørens og egen opplæring blir gjennomført. Det er også viktig at virksomheten har oversikt over hendelser som involverer bruk av medisinsk utstyr, og følger opp disse når det gjelder mulig feil på utstyr, kvalitet og brukervennlighet, og opplæring i bruk av utstyret.



Foretaket har ansvar for å sikre kvaliteten på medisinsk utstyr ved anskaffelser

Tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming

Stadig flere mennesker med utviklingshemming får vedtak om bruk av tvang mot seg. Både brukerorganisasjoner, fagfolk, fylkesmennene og Statens helsetilsyn er opptatt av å ivareta rettssikkerheten deres.

Da loven trådte i kraft 01. 01. 1999¹, var det forventet at antallet mennesker det ville være behov for å fatte vedtak overfor, ville stabilisere seg når regelverket ble kjent og innarbeidet. Det har også vært forventet at behovet for bruk av tvang ville reduseres med nye og bedre faglige tilnærminger og økt kompetanse i tjenestene.

Statens helsetilsyn har fra 2003 mottatt rapporter fra fylkesmennene om antallet tvangsvedtak i kommunene. Statens helsetilsyn oppsummerte i 2008 registrert tvangsbruk i perioden 2000–2007². Oppsummeringen viste at det hadde vært en økning fra 178 til 679 personer med tvangstiltak i perioden, og med store regionale variasjoner i omfang og innhold i vedtakene. En ny gjennomgang i 2016 viser en fortsatt økning i antall personer med vedtak om tvang. Fra 2008 til 2015 var det en økning fra 696 til 1255 personer. Samtidig viser dataene at det stadig er betydelige regionale ulikheter i omfang av og innhold i tvangsvedtakene.

Formålet med regelverket

Ansatte i kommunene skal hindre personer med utviklingshemming å utsette seg eller andre for vesentlig skade. Kommunen skal i samarbeid med brukeren gi et tjenestetilbud med et meningsfullt innhold og god kvalitet, som dekker brukerens grunnleggende behov. Om dette ikke er nok og det i tillegg er behov for tiltak for å hindre vesentlig skade, gir loven vilkår for gjennomføring av

tvangstiltak. Det er blant annet konkrete krav om kompetanse for å gjennomføre slike tiltak.

Hva er tvang?

Lovens definisjon av tvang finnes i § 9-2 annet ledd:

«...tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.»

Eksempler på tvangstiltak er å begrense personens eiendeler og tilgang på mat og drikke, gjennomføre personlig stell og pleie med holding, holding for å stoppe angrep på andre eller alvorlig selvskading. Kommunen skal utarbeide tiltakene med bistand fra spesialisthelsetjenesten, som også skal bidra i planlegging og gjennomføring av tiltakene for å sikre at tiltakene er faglige og etisk forsvarlige. Tvangstiltakene kan ikke iverksettes før fylkesmannen har godkjent kommunens tvangsvedtak, og fylkesmennene gjør et omfattende arbeid ved overprøving av vedtakene.

Hvorfor fattes det tvangsvedtak overfor stadig flere?

Det er sannsynligvis flere forklaringer på økningen i antall tvangsvedtak. Det kan være at regelverket ikke har vært tilstrekkelig kjent og innarbeidet i kommunene, og at det har gått lang tid før de ansatte har fått forståelse for og bevissthet om hva som er tvang. Det har også skjedd en endring i tolknin-

gen av hva som er «vesentlig skade» og i forståelsen av hvilke arenaer tvangstiltak kan iverksettes på. De regionale variasjonene kan skyldes at det i noen fylker bor flere personer som har store utfordringer. Men de kan også skyldes forskjeller i forståelse og praktisering av regelverket i kommunene, eller i spesialisthelsetjenesten som gir anbefalinger om tiltak overfor kommunene.

Bekymring og behov for kunnskap

Statens helsetilsyn mener det er viktig å skaffe mer og bedre kunnskap om hvorfor det brukes mer tvang overfor mennesker med utviklingshemming. For å vite om tvangsbruken er i tråd med formålet, er det også behov for å framskaffe bedre kunnskap om innholdet i vedtak, om hvor ofte tvangstiltak blir benyttet og om hvordan brukerne opplever tvangstiltakene. Det nedsatte tvangsutvalget³ skal undersøke disse problemstillingene.

Statens helsetilsyn er bekymret for om økningen av tvangsbruk er et resultat av for dårlig kompetanse og knapp tid i tjenestene, og for at tjenestetilbudet til den enkelte ikke blir tilstrekkelig individuelt tilrettelagt for å unngå tvang. Manglende arbeid i tjenestene for å finne alternative løsninger til tvang, kan være medvirkende.

På dette viktige området mangler det faglig veiledning som beskriver gode og forsvarlige løsninger som kan forsøkes før tvangstiltak blir brukt, og for anbefalinger om faglig og etisk forsvarlige tiltak når andre løsninger ikke fører frem. Det er vår erfaring at konkrete faglige anbefalinger kan gi tjenestene et nødvendig løft, og Statens helsetilsyn er en pådriver for å få dette på plass.

Antall personer det er fattet vedtak overfor fra 2008–2015

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
696	788	835	935	906	1102	1289	1255

¹ Først kapittel 6 i lov om sosiale tjenester, deretter kapittel 4A, i 2004 i samme lov.

² Nødvendig tvang? Rapport fra Helsetilsynet 7/2008.

Tvangstiltakene kan ikke iverksettes før fylkesmannen har godkjent kommunens tvangsvedtak, og fylkesmennene gjør et omfattende arbeid ved overprøving av vedtakene.

³ Tvangsløstutvalget, nedsatt 17. juni 2016. Innstilling til modernisering av tvangsregelverket 1. september 2018.

Det vi **ikke** snakker om – ser vi **ikke**

Det hender at helsepersonell utsetter brukere og pasienter for seksuelle overgrep. Det kan være særlig vanskelig å oppdage overgrep når de som utsettes for dem, har begrensede språklige ferdigheter til å fortelle om det de har opplevd, eller når de er i et avhengighetsforhold til den som begår overgrepet.

Statens helsetilsyn fratar helsepersonell autorisasjonen på grunn av overgrep mot pasienter og brukere, som kollegaer eller andre har avdekket og meldt ifra om. Vi har også hatt saker der det er stor usikkerhet om hva som faktisk har skjedd. Det er viktig at ansatte vet hva de skal gjøre dersom de avdekker overgrep. Mange pasienter og brukere får hjelp i hjemmet, og det er ofte kun én ansatt til stede. Dette både øker risikoen for overgrep og gjør overgrep vanskelig å oppdage.

Virksomhetene må sørge for å gi ansatte opplæring, ha kjente og klare rutiner og legge til rette for etiske refleksjoner, slik at overgrep kan forebygges og avdekkes. Det er viktig at de ansatte kjenner igjen tegn på overgrep, at de vet hvordan de skal håndtere mistanke om overgrep og hvordan de skal håndtere overgrep de ser eller hører.

Seksuelle overgrep

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet definerer seksuelle overgrep slik:

«Med seksuelle overgrep menes enhver seksuell handling utført mot noen som ikke gir, eller er i stand til å gi sitt samtykke, der handlingen medfører subjektivt ubehag, smerte, frykt eller annen opplevelse av krenkelse. Med seksuelle overgrep menes derfor å lure eller påtvinge et annet menneske seksualitet som det ikke ønsker, eller ikke er utviklingsmessig i stand til å gi sitt samtykke til.»¹

¹ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2014, www.vernmotovergrep.no

Eksempler fra to tilsynssaker

Helsepersonell observerer kollega som gjør overgrep

Et helsepersonell observerte en overgrepssituasjon gjennom vinduet i en brukers bolig. Det var mørkt ute, og lys i leiligheten. Helsepersonellet så en kollega foreta det helsepersonellet oppfattet som seksuelle handlinger. Et annet helsepersonell ble tilkalt, og ble vitne til det samme. De hadde ingen holdepunkter for hvordan de skulle håndtere situasjonen; om de selv skulle gripe inn umiddelbart, hvordan de skulle ivareta brukeren, hvem de kunne kontakte og sikre eventuelle bevis. De valgte å gå inn i leiligheten og konfrontere kollegaen.

Ledelsen ble informert om hendelsen, og den ansatte ble umiddelbart suspendert og senere sagt opp fra stillingen. Kommunen varslet politiet og tok ut anmeldelse. Vedkommende ble dømt i tingretten, og mistet retten til å ha stilling eller utøve virksomhet i sosial- og helsetjenesten. Det ble klart at de to ansatte som oppdaget denne hendelsen ikke hadde fått opplæring i hvordan de skulle håndtere slike situasjoner. Kommunen endret rutine sine, og saken ble derfor ikke fulgt videre opp fra tilsynsmyndighetene.

Bruker forteller om egen opplevelse

En omsorgsarbeider som arbeidet som nattevakt i en bolig, fulgte opp en tilnærming fra en bruker med utviklingshemming. Hendelsen skjedde om kvelden etter at de andre beboerne hadde forlatt fellesarealet, inne på rommet til brukeren. Omsorgsarbeideren kledde av seg selv og brukeren, og hadde seksuell omgang med ham. I følge brukeren sa omsorgsarbeideren til ham at de nå var kjærester, og at de kunne gjøre dette igjen. Brukeren meldte selv fra om hva som hadde skjedd, han beskrev overgrepet, og forklarte at han ikke

hadde klart å motsette seg helsepersonellet.

Virksomheten anmeldte saken, tok helsepersonellet ut av tjeneste og ivaretok brukeren. Ved gjennomgang av hendelsen så virksomheten at de ikke hadde sørget for at ansatte hadde tilstrekkelig kunnskap om seksuell atferd og utfordringer. De ansatte hadde ikke fanget opp signaler fra brukeren i form av konkrete utsagn og endret atferd. I ettertid så de involverte at de burde forstått at det var en risiko for at dette kunne skje. De ansatte var orientert om at brukeren var usikker på egen seksualitet, men klarte ikke å se at han sto i fare for å bli utsatt for overgrep.

Nattevakt innrømmet overgrepet, og ble fratatt sin autorisasjon som helsepersonell.

Statens helsetilsyn kom til at virksomheten hadde brutt loven, ved ikke å ha nødvendige styringssystemer for å forebygge og håndtere seksuelle overgrep begått av ansatte overfor brukere.

Virksomheten identifiserte at de ikke hadde gode nok rutiner for å avdekke risiko for seksuelle overgrep, eller for å forebygge og håndtere mistanke om seksuelt misbruk. Virksomheten innhentet oppdatert politiattest på alle ansatte, og har innført grundigere referansesjekk ved ansettelser. De har etablert systematikk for risikohåndtering, forebygging og håndtering av seksuelle overgrep, og revidert og gjennomgått rutiner for varsling. Videre har de gjennomført utstrakt opplæring, og tar jevnlig opp temaet til refleksjon i møter. Virksomheten jobber med å implementere «Retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming», fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i alle enheter, fordi retningslinjene er like aktuelle overfor alle brukergrupper.

Mer kunnskap om kvaliteten på barnevernets faglige arbeid

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Statens helsetilsyn har fått i oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) å gjennomgå et utvalg på minst 100 barnevernssaker som har vært behandlet i fylkesnemnda. Sakene skal ha vært vurdert for akutt plassering eller omsorgsovertakelse. Formålet med gjennomgangen er å frembringe mer kunnskap om dilemmaene, kompleksiteten og kvaliteten i barnevernets arbeid.

Akuttvedtak og vedtak om omsorgsovertakelse kan oppleves som en sterk inngripen i barn og foreldres liv. Sakene er ofte komplekse og vanskelige, og konsekvensene for dem det gjelder kan være alvorlige dersom det begås feil. Barnevernets inngripen i familier får jevnlig stor oppmerksomhet, både gjennom enkeltsaker i media, og i tilsynsrapporter og forskning på feltet.

Helsetilsynet skal utarbeide utvalgskriterier for sakene, og et faglig vurderingsgrunnlag som sakene skal vurderes opp imot. Prosjektet vil nedsette fagpanel - og referansegruppe

for arbeidet bestående av barn og unge med erfaring fra barnevernet og representanter fra fag- og forskningsmiljøer. For å få tilgang til sakene er en midlertidig lov om informasjonstilgang, taushetsplikt mv vedtatt.

”Det er behov for mer kunnskap om dilemmaer, kompleksitet og kvalitet i barnevernets arbeid”

Helsetilsynet skal overlevere rapport fra arbeidet til BLD i 2018. Rapporten skal inneholde en beskrivelse og analyse av den innhentede informasjonen, og gi en samlet

vurdering som kan ha betydning for fremtidig oppgaveløsning og videreutvikling av barnevernet.

Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker er et domstollignende forvaltningsorgan som har avgjørelsesmyndighet i blant annet saker om omsorgsovertakelse av barn og om tvangsinngrep ved alvorlige atferdsvansker hos ungdom. Det er 12 nemnder i Norge. Nemnda består i den enkelte sak av en leder som er jurist, to sakkyndige medlemmer og to medlemmer fra et alminnelig utvalg. Avgjørelser fattet av fylkesnemnda kan bringes inn for tingretten.





Blodforgiftning krever **rask** behandling

Blodforgiftning (sepsis) er alvorlig og krever rask behandling i sykehus. Med hurtig identifisering og riktig behandling, vil mange pasienter kunne overleve uten store skader. Tilsynsmyndigheten har behandlet flere saker der helsepersonell ikke tidlig nok har mistenkt at pasienten kan ha blodforgiftning. Dette har ført til at behandling av pasienter med tegn på alvorlig infeksjon eller blodforgiftning har blitt satt i gang for sent. Det er et dokumentert risikoområde, og i 2016–2018 gjennomfører fylkesmennene landsomfattende tilsyn med somatiske akuttmottak og deres gjenkjenning og behandling av pasienter med blodforgiftning. Dette tilsynet inngår også i Statens helse-tilsyns forskningsprosjekt «Effekt av tilsyn», hvor vi skal undersøke hvilken effekt tilsyn med virksomheter har på pasientsikkerheten.

«THOMAS» – EN FRISK 19-ÅRING SOM BLIR AKUTT SYK

Eksempelet er publisert i samråd med pårørende

Hendelsen som vi beskriver her, ble meldt til Statens helsetilsyn gjennom varselordningen (varsel om alvorlig hendelse etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a). Vi beskriver i grove trekk hendelsesforløpet for en ung pasient som viste seg å ha blodforgiftning. Saken er fortsatt til behandling i Statens helsetilsyn.

Bakgrunn:

Thomas våkner og føler seg sliten, han har feber og veldig vondt i halsen. Foreldrene synes han virker medtatt og kjører ham til fastlegen. Fastlegen observerer at allmenntilstanden er dårlig. Thomas er blek og slapp, han har feber og blodtrykket er litt lavt.

Fastlegen mistenker en alvorlig halsinfeksjon og mulig blodforgiftning, og legger han inn på sykehuset.

Innleggelse:

Når Thomas ankommer sykehuset klokken 12, har han høy feber, høy puls og puster raskt. Han får intravenøs væske, og blir raskt vurdert av lege som gjør en grundig undersøkelse. Legen konkluderer med at Thomas ikke har stiv nakke eller typisk utslett som kan sees ved hjernehinnebetennelse (meningitt). Blodprøvene viser normal CRP (mål for betennelsesreaksjoner i kroppen), men et høyt antall hvite blodlegemer.

Legen konfererer med bakvakten, og de blir enige om å avvente antibiotika og kontrollere blodprøver klokken 18. Thomas legges inn på observasjonsposten med beskjed om at respirasjon, blodtrykk, temperatur og puls skal observeres videre.

Observasjonsposten:

Thomas føler seg medtatt, og orker ikke å spise eller drikke. Han får intravenøs væske, og blodtrykket bedrer seg noe. Kontroll av blodprøvene viser fallende antall hvite blodlegemer, men stigende CRP. Legene som har vakt diskuterer situasjonen og vurderer at Thomas ikke trenger antibiotika, men at han skal observeres videre. I følge rutine ved observasjonsposten skal lege gå visitt til pasientene på ettermiddagen. Men det er travelt med mange nye pasienter, og legen rekker ikke å se til Thomas. Spesialist i indremedisin eller infeksjonssykdommer blir ikke kontaktet.

Foreldrene er på sykehuset hele tiden. De er bekymret, og synes sønnen virker veldig dårlig. De går hjem i 22-tiden, og sier til sykepleieren at hun må se ofte inn til Thomas.

I 22-tiden konfererer sykepleieren med vakthavende lege. Thomas har veldig vondt i halsen, men han har ikke pusteproblemer. Legen kjenner ikke pasienten fra tidligere. Han har det travelt, men gir beskjed om at Thomas skal ha tilsyn hver time. Utover natten sjekker sykepleieren oksygenmetningen regelmessig, men respirasjonsfrekvensen eller andre vitale parametere måles ikke.

Neste morgen:

Det tas nye blodprøver klokken 06 som viser at CRP har steget til nesten 300 mg/liter (CRP skal normalt være under 5 mg/l). Klokken 08 er sykepleier inne hos

”Dødeligheten øker for hver time som går før oppstart av effektiv behandling”

Thomas, og oppdager at han snakker rotete og er veldig stiv i nakken. Lege tilkalles raskt. Tilstanden er alvorlig, og foreldrene får beskjed om å komme til sykehuset.

Thomas flyttes til intensivavdelingen. Det startes umiddelbart med intravenøs antibiotikabehandling, og han får annen organstøttende behandling. CT-skanning av hodet viser mye væske i hjernevevet, noe som gir økt trykk i hodet. Han overflyttes til Rikshospitalet samme dag. Thomas dør kort tid etter. Blodkulturene viser at han hadde blodforgiftning forårsaket av bakterietypen meningokokker, en bakterie som gir smittsom hjernehinnebetennelse.



«Stopp sepsis»

HVA ER BLODFORGIFTNING?

Ved blodforgiftning sprer bakterier seg via blodet og gir en alvorlig betennelsestilstand. Blodforgiftning kan opptre ved ulike infeksjoner. Ofte har pasienten en underliggende sykdom. Vanlige symptomer ved blodforgiftning er feber, rask puls og pust, og ut i forløpet fall i blodtrykket og redusert bevissthet. Ved blodforgiftning, og særlig der det er medfølgende alvorlig sirkulasjonssvikt (septisk sjokk), er dødeligheten høy. Dødeligheten øker for hver time som går før oppstart av effektiv behandling med antibiotika og væske.

Blodforgiftning skjer oftere hos eldre personer, men kan også ramme unge, tidligere helt friske personer. Samlet forekomst ligger på ca. en av tusen innbyggere per år. Blodforgiftning kan være vanskelig å oppdage både i og utenfor sykehus. Det er derfor laget internasjonale kriterier som helsepersonell skal bruke, når de står overfor pasienter med infeksjoner hvor det kan være mistanke om blodforgiftning. Etter gjeldende internasjonale definisjoner (2016) er «sepsis» avgrenset til pasienter med infeksjon og organsvikt.

I 2016–2018 gjennomfører fylkesmennene landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak, og deres gjenkjenning og behandling av pasienter med blodforgiftning. Dødeligheten ved blodforgiftning er høy, og øker for hver time som går før pasienten får startet behandling med blant annet antibiotika og væske. Tilsynsmyndigheten skal bidra til at flere pasienter får rett behandling i tide – ved å undersøke om, og hvordan, helseforetakene tilrettelegger for dette, og reagere dersom praksis ikke er forsvarlig.

God ledelse er en forutsetning for å gi gode helse- og omsorgstjenester

Mottak, prioritering, undersøkelse, behandling og overvåking av pasientene i akuttmottak krever ressurser og samarbeid fra mange avdelinger og klinikker. Ledelsen av foretaket må følge opp den samlede virksomheten i akuttmottaket. For å sikre faglig forsvarlighet, er det viktig at aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

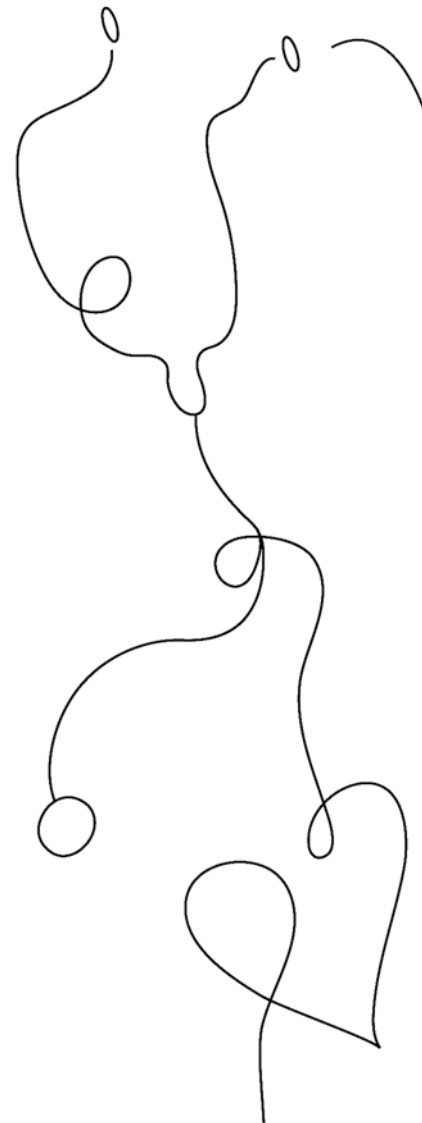
Tilsynet gjennomføres av et tilsynslag med bistand fra fagrevisorer med særlig kompetanse på fagområdet. Tilsynet med det enkelte helseforetaks akuttmottak gjennomføres som systemrevisjon med vekt på journalgjennomgang. Fylkesmennene følger opp med ytterligere to journalgjennomganger, - en etter ca. 8 måneder og en etter ca. 14 måneder for å undersøke om helseforetaket har forbedret praksisen sin, og om endringene er varige.

Hva skal tilsynet undersøke?

Tilsynet ser på helseforetakenes tilrettelegging av rammer og oppfølging av arbeidsprosesser knyttet til:

- triagering (prioritering av pasienter etter hastegrad)
- legeundersøkelse i henhold til hastegrad
- behandling og observasjon før og etter legeundersøkelse i akuttmottaket
- overføring av nødvendig informasjon til mottakende avdeling.

Tilsynet undersøker om ledelsen sikrer seg informasjon om arbeidsprosessene, og om pasientene får tilsyn av lege og tilpasset behandling i samsvar med helseforetakets prioriteringssystem og gjeldende retningslinjer.



Bidrar tilsyn til **forbedring** i tjenestene?

Tilsynene som Helsetilsynet gjennomfører tjener flere formål. De skal kunne avdekke når tjenestene ikke er gode og sikre nok for pasientene, og bidra til forbedring når det er nødvendig. Trass i at tilsyn er mye brukt som virkemiddel for kvalitetsforbedring innenfor ulike samfunnssektorer, er det lite forskningsbasert kunnskap om de effektene tilsyn har. Derfor gjennomfører Helsetilsynet et omfattende forskningsprosjekt sammen med en rekke samarbeidspartnere. Målet med dette prosjektet er å evaluere om de landsomfattende tilsynene med behandling av blodforgiftning i sykehus kan avdekke svikt i tjenestene, og om de bidrar til forbedring når det er nødvendig. Videre har vi også et mål om å lære mer om virkningsmekanismene for hvordan tilsyn kan bidra til at pasientene får bedre tjenester.

Sentrale kjennetegn for god tjenestekvalitet ved mottak og behandling av pasienter med mistanke om blodforgiftning, er nedfelt i internasjonale behandlingsretningslinjer. Dersom disse retningslinjene blir etterlevd, overlever langt flere pasienter. Flere internasjonale studier har likevel vist

at sykehusene ikke alltid diagnostiserer og behandler blodforgiftning i samsvar med retningslinjene.

Gjennomføring og metode

I dette forskningsprosjektet samler vi data som sier noe om hvordan disse behandlingsretningslinjene blir etterlevd i sykehusene, for eksempel tid fram til legeundersøkelse, blodprøve blir tatt og behandling blir igangsatt. Slike data vil kunne si noe om



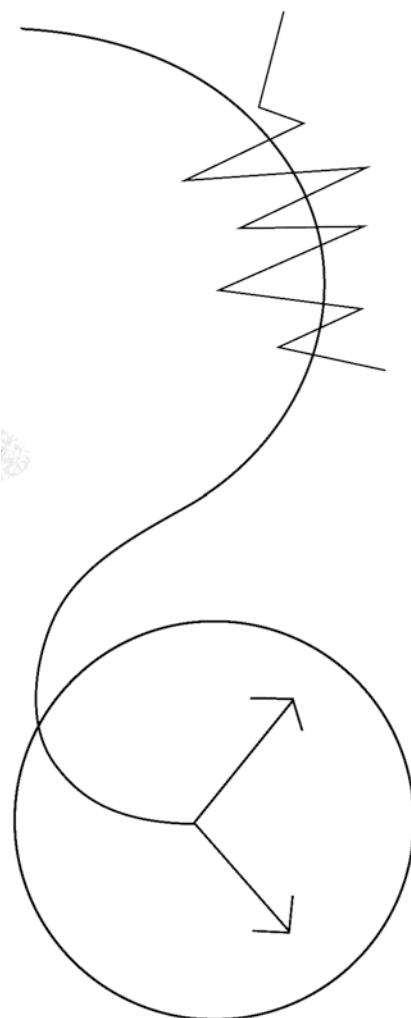
Trass i at tilsyn er mye brukt som virkemiddel for kvalitetsforbedring innenfor ulike samfunnssektorer, er det lite forskningsbasert kunnskap om de effektene tilsyn har.”

tjenestekvaliteten. Dette fordi god diagnostikk og behandling av blodforgiftning er avhengig av en rekke tidskrittiske aktiviteter, som krever godt tverrfaglig samarbeid i akuttmottaket. Vi samler data på fire forskjellige tidspunkter, to ganger før tilsynet blir gjennomført, og to ganger etter. På den måten kan vi følge utviklingen i tjenestekva-

litet over tid, evaluere om det skjer endringer, og om disse endringene eventuelt skjer som følge av tilsynene.

I tillegg gjennomfører vi gruppeintervju med ledere og med klinisk personale både før og etter tilsynene. Tilsynene blir gjennomført av tilsynslag som har personer med ulik bakgrunn og erfaring, og de blir gjennomført i organisasjoner som kan være svært ulike og ha forskjellige

pågående utfordringer. Effekten av tilsynet vil derfor være avhengig av en rekke faktorer, som for eksempel måten tilsynet blir gjennomført på, og hvordan det blir opplevd av organisasjonen det ble gjennomført i. Gjennom intervjuene kan vi få kunnskap om hvordan ledere og fagfolk opplever tilsynene, og hva det er ved tilsynene og måten de blir gjennomført på, som eventuelt kan bidra til at tjenestene blir bedre. Vi kan også samle informasjon om hvordan sykehusene forbereder seg til tilsynene, og om hva som skjer i etterkant. Ved å sammenstille intervjudata med data om utvikling i faktisk tjenestekvalitet, håper vi å lære mer om sammenhengene mellom tilsyn, forbedringsprosesser og kvaliteten på helsetjenestene. Denne kunnskapen kan vi bruke til å videreutvikle våre tilsyn til beste for pasientene.



Virksomheter kan bli bedre på å **redusere risikoen** for at helsepersonell gjør **feil**

Statens helsetilsyn behandler hvert år tilsynssaker der helsepersonell har gjort faglige feil når de gir helsetjenester. Virksomheten bør ha mer oppmerksomhet på hvordan de kan redusere risikoen for at slike feil skjer. Virksomheten har ansvar for å styre og tilrettelegge driften slik at risikoen for at helsepersonell gjør feil blir så liten som mulig, og at feil ikke får negative konsekvenser for pasientene.

I denne artikkelen illustrerer vi, gjennom to enkeltsaker, virksomhetens ansvar og den betydningen styringen har for å hindre at helsepersonell gjør feil som fører til uønskede hendelser.

To hendelser med alvorlige feil i legemiddelhåndteringen

Begge hendelsene handler om at pasienter fikk feil dose av det sterke smertestillende legemiddelet morfin. Legemiddelet ble i begge tilfellene gitt som subkutan injeksjon (injisert under huden).

I det ene tilfellet var det en sykepleier i hjemmesykepleien som klargjorde og ga den hjemmeboende pasienten en mye større dose enn det legen hadde forordnet som smertelindring. Sykepleieren skulle gjøre i stand en dose på 2,5 mg morfin, men trakk i stedet opp 2,5 ml fra hetteglasset. I tillegg til at sykepleieren synes å ha blandet mg og ml hadde morfinen en sterk konsentrasjon (20 mg/ml). Pasienten fikk derfor 50 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.

I den andre hendelsen, som skjedde på et sykehjem, fikk pasienten 25 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.

Vi kom fram til at virksomhetene kunne ha gjort forebyggende tiltak for å minske risikoen for at disse feilene skjedde.

Mangler ved virksomhetens styring øker risikoen for at det skjer feil

I den første hendelsen, som skjedde i hjemmesykepleien, ble det ikke utført dobbeltkontroll. Det vil si at dosen som sykepleieren hadde klargjort ikke ble kontrollert av en annen sykepleier, slik god og trygg praksis er. Å gjennomføre dobbeltkontroll kan være praktisk utfordrende når helsehjelpen gis i pasientens hjem, men i dette tilfellet ville det vært mulig. Virksomhetens rutiner manglet imidlertid et krav om slik dobbeltkontroll. Virksomheten manglet også rutiner for istandgjøring og utlevering av legemidler.

I hendelsen som skjedde på sykehjemmet, vurderte Helsetilsynet at virksomheten ikke hadde sørget for at kompetansen på avdelingen var slik den burde. Vikaren som ga pasienten det smertestillende legemiddelet var ikke autorisert sykepleier, men medisinerstudent. Her ble det utført dobbeltkontroll, men helsepersonellet som utførte den, hadde ikke fått opplæring i å utføre slike kontroller.

I tillegg var det mangler ved narkotikaregnskapet for dette legemiddelet. Uttak fra lageret var noen ganger ført i mengde (ml) og noen ganger i styrke (mg). Dette førte til at vikaren som klargjorde dosen ble forvirret. Vikaren var heller ikke veldig godt kjent i avdelingen, og opplevde vekten som stressende. Det øker risikoen for feil.

Virksomheten skal tilrettelegge for at risikoen for alvorlige feil blir mindre

Begge virksomhetene gjennomgikk sine rutiner og sin praksis like etter hendelsene, og før tilsynssakene var ferdigbehandlet. At virksomhetene gjorde det, er av avgjørende betydning for å hindre at lignende feil skjer i fremtiden. Gjennomgangen bør gjøres systematisk og forankres i ledelsen. Statens helsetilsyn

påpekte imidlertid til en av virksomhetene, at vi forventet en grundigere gjennomgang enn det som virksomheten hadde redegjort for til oss. Den andre virksomheten hadde etter hendelsen gjennomført opplæring i internkontroll for virksomhetens ledere.

Virksomhetenes egen gjennomgang avdekket mangler i begge virksomhetene, og begge hadde gjennomført tiltak før tilsynssaken ble behandlet.

 Pasienten fikk derfor 50 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.”

Den virksomheten som tidligere leide inn studenter som vikarer for sykepleiere, avsluttet denne praksisen. De styrket bemanningen generelt, og særlig sykepleierbemanningen. Begge virksomhetene styrket opplæringen, blant annet i legemiddelhåndtering.

Begge virksomhetene endret og korrigerte rutinene sine for legemiddelhåndtering. Den ene virksomheten, der rutinene ikke ble fulgt, gjorde rutinene tydeligere og gjorde dem bedre kjent. Den andre virksomheten utarbeidet nye rutiner for deler av legemiddelhåndteringen.

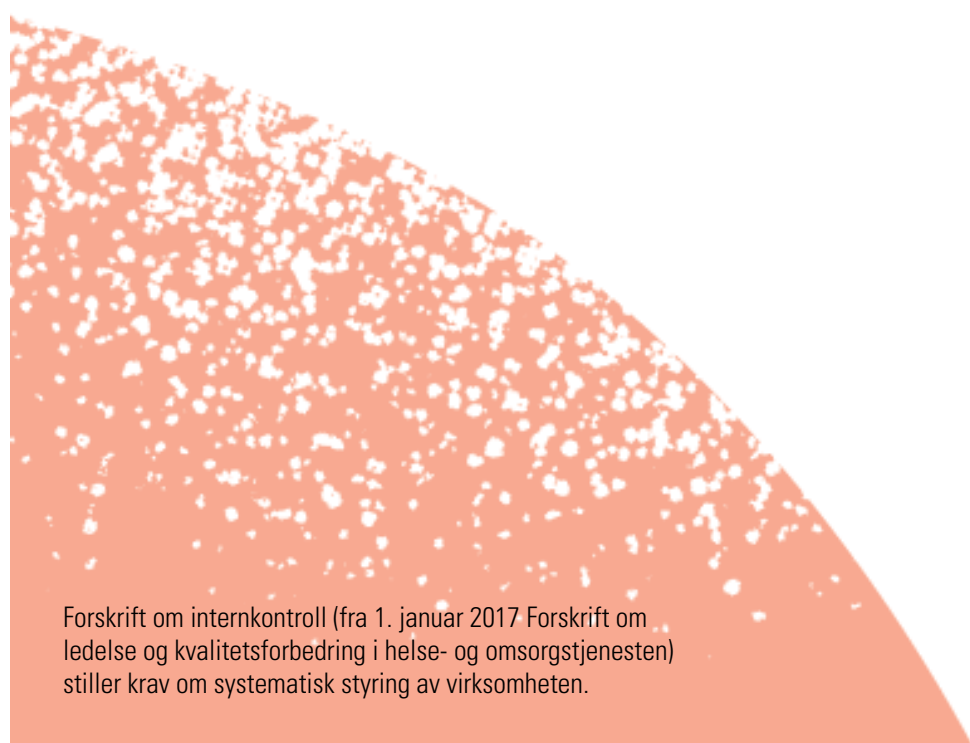
Den ene virksomheten besluttet å kun ha ampuller (1 ml) med morfin tilgjengelig, ikke hetteglass (10 ml). Til den andre virksomheten bemerket Statens helsetilsyn at oppbevaringen og tilgangen til morfin med ulik konsentrasjon er viktig å vurdere, for å redusere risiko for at helsepersonell i en presset situasjon tar feil av dette.

Feil skal forebygges og hindres og håndteres når det likevel skjer

Legemiddelhåndteringsforskriften stiller krav om at virksomheten skal ha skriftlige rutiner for alle deler av legemiddelhåndteringen. Rutinene må gjøres kjent for alle og må repeteres jevnlig. Ledelsen må følge med på om rutinene følges og virker slik de var tenkt. Det må gjøres risikovurderinger og etableres egne tiltak for utsatte deler av legemiddelhåndteringen.

Administrering av sterke smertestilende legemidler som morfin (legemidler i legemiddelgruppe A) anses som et område med fare for svikt, særlig når det skjer i pasientens hjem.

Når det likevel skjer feil, må de håndteres på best mulig måte. Virksomhetene må ha rutiner også for hvordan feil skal håndteres. Dersom det er utarbeidet rutiner, og virksomheten har oppmerksomhet på både å unngå at feil skjer, og hva som er viktig og riktig å gjøre dersom det skulle skje feil, vil det enkelte helsepersonell være forberedt og bedre i stand til å håndtere situasjonen på en god måte.



Forskrift om internkontroll (fra 1. januar 2017 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten) stiller krav om systematisk styring av virksomheten.



Mangelfull journalføring gir dårlig pasientbehandling

I tilsynssakene Statens helse-tilsyn behandler, ser vi ofte at journalføringen er mangelfull. Av totalt 432 saker Statens helsetilsyn avsluttet i 2016, ble det konkludert med brudd på journalføringsplikten og kravet til journalers innhold i ca. 80 saker. Dette er bekymringsfullt, da pasientjournalen bidrar til å danne grunnlaget for å gi forsvarlig helsehjelp. Mangelfull journalføring er en fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

LOVGRUNNLAGET

Pasientjournalen har flere funksjoner

Pasientjournalen fungerer som et arbeidsverktøy for den som yter helsehjelp. Pasienten eier sin egen journal og den gir pasienten mulighet til å få innsyn i behandlingen som er gitt. Journalen er sentral når pasienter bytter behandler eller ved samarbeid med andre i helse- og omsorgstjenesten, og skal gi annet helsepersonell en oversikt over helsehjelpen som er gitt. Slik sikres kontinuitet og forsvarlig pasientbehandling.

Pasientjournalen er en sentral informasjonskilde når Statens helsetilsyn skal vurdere om en pasient har fått forsvarlig behandling. Det som er dokumentert i pasientjournalen, er derfor av stor betydning for rettssikkerheten til både pasienten og for helsepersonellet som yter helsehjelp.

Hvilke opplysninger skal journalføres?

Hvilke opplysninger som skal journalføres må helsepersonellet vurdere

konkret. For en sykepleier som arbeider på et sykehjem, vil relevante og nødvendige opplysninger typisk kunne være pasientens allmenntilstand, hvilke legemidler som er gitt og eventuelle nye observasjoner.

Av en fastlege vil man forvente at kontaktårsak, kliniske funn, diagnostiske vurderinger og behandling er journalført.

En pasientjournal skal ha en struktur og et innhold som gjør informasjonen tilgjengelig for pasienten og for annet helsepersonell. Ikke alle opplysninger som fremkommer i kontakt med pasienten skal journalføres, da unødig informasjon kan gjøre journalen uoversiktlig og lite egnet som et arbeidsverktøy.

Sentrale opplysninger mangler

Journalføring skal være en innarbeidet rutine i yrkesutøvelsen til et hvert helsepersonell. Likevel finner Statens helsetilsyn til dels store mangler i sakene vi behandler. Et eksempel der vi regelmessig finner mangelfulle journaler, er i saker som gjelder legers uforsvarlige rekvirering av vanedannende legemidler. Ofte består journal-

notater kun av navn, styrke og mengde av forskrevet legemiddel. Det mangler typisk nedtegnelse av sykehistorien, informasjon om kliniske funn, diagnostiske og terapeutiske overveielser og behandlings- og nedtrappingsplaner.



Pasienten eier sin egen journal og den gir pasienten mulighet til å få innsyn i behandlingen som er gitt.”

Et annet eksempel er tilsynssaker mot fysioterapeuter.

Journalnotatene inneholder ofte lite eller ingen informasjon om hvilke undersøkelser som er utført, funn som er gjort og hvilke

vurderinger som ligger til grunn for valg av behandlingsmetode. Vi ser ofte at notatene er stikkordspregede, med utstrakt bruk av forkortelser som er vanskelig å forstå for andre.

Lovgrunnlaget

I følge helsepersonelloven § 39 har alle som yter helsehjelp plikt til å skrive pasientjournal. Helsepersonelloven § 40 fastsetter kravene til journalens innhold. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldepikt eller opplysningsplikt.

Hva som kan være nødvendige og relevante opplysninger, er konkretisert i journalforskriften § 8. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Og ellers mener Helsetilsynet at...

Hvert år kommer Statens helsetilsyn med høringsuttalelser til lovforslag og offentlige utredninger. Her er smakebiter på noen av de viktigste uttalelsene vi kom med i 2016.

NOU 2016:4 Ny kommunelov

Formålet med tilsyn er å bidra til at tjenestene fyller kravene som er satt i lovgivningen til sikkerhet og kvalitet og ivaretar tjenestemottakernes rettssikkerhet, slik at de som mottar tjenester og befolkningen for øvrig kan ha tillit til tjenestene. Det er etter vårt syn viktig at utredninger om lovreguleringen av tilsyn også har en tydelig forankring i hva som ivaretar brukerne og deres interesser, og ikke begrenses til avveininger av maktforholdet mellom stat og kommune, skriver Helsetilsynet i sin høringsuttalelse til ny kommunelov.

Tilsyn og kommunalt selvstyre

Tilsyn er kontroll av lovlighet, og gir ikke anledning til å overprøve kommunens frie skjønn. Også som klageorgan er fylkesmannen gitt begrenset myndighet til å overprøve dette skjønnet. Begrensningene i det kommunale selvstyret er gitt i lovgivningen. Kommunene er ansvarlig for å overholde kravene, uavhengig av om det føres tilsyn. Dersom summen av krav rettet mot kommunene i for stor grad begrenser deres handlemåte, vil det mest ryddige være å endre lovgivningen, ikke redusere tilsynsmyndighetenes mulighet til å håndheve vedtatte lover gjennom effektivt og målrettet tilsyn.

Tilsyn som siste utvei eller som en rettssikkerhetsgaranti

Utvalget uttaler at staten har et overordnet ansvar for alle offentlige oppgaver og tjenester, og dermed en legitim interesse av å sikre at kommunene oppfyller krav fastsatt i lov. På enkelte områder kan derfor hensynet til innbyggernes rettssikkerhet begrunne tilsyn. Det uttales videre:

«Utvalget mener likevel at statlig tilsyn ikke bør benyttes der hvor hensynet til innbyggernes rettssikkerhet kan sikres gjennom andre kontroll- eller påvirkningsordninger.

Statsforvaltningskontrollen bør etter utvalgets mening ses i lys av øvrige styringsmidler.»

Statens helsetilsyn er enig i at det er summen av juridiske, pedagogiske og økonomiske virkemidler som er viktig for å ivareta innbyggernes rettssikkerhet og god kvalitet i tjenestene. Som utvalget også er inne på, må det imidlertid foretas en konkret vurdering av hvordan ulike juridiske virkemidler er egnet til å ivareta rettssikkerheten. Når det gjelder for eksempel overprøving av lovligheten av ulike kommunale velferds-tjenester, har domstolskontroll ikke vist seg å være et effektivt vern. Også alminnelige klageordninger, som baserer seg på initiativ fra den som mottar tjenester, har vist seg å ha svak-

heter overfor personer som har problemer med å ivareta sine egne interesser. Hovedformålet med tilsyn er å føre kontroll med om befolkningen faktisk får de tjenestene de har rett til. Tilsyn bidrar videre til at befolkningen får likeverdige tjenester uavhengig av hvor i landet de bor.

Tilsyn og kommunal egenkontroll og forholdet mellom bestemmelse om internkontroll i kommuneloven og særlovgivningen

Statens helsetilsyn er enig med utvalget i at det er naturlig at det i en kommunelov stilles tydelige krav til kommunens styring, og støtter derfor forslaget om egen bestemmelse om internkontroll. Men Statens helsetilsyn mener, i motsetning til utvalget, at det er nødvendig å ha presiserende bestemmelser i særlovgivningen. Vi

støtter derfor ikke forslaget om å gjennomgå særlovgivningen for å fjerne bestemmelser om internkontroll.

En godt fungerende internkontroll er et viktig redskap for å sikre kommunenes innbyggere et godt og forsvarlig tjenestetilbud.

Informasjon om

kommunenes egne kontroller inngår allerede i dag i tilsynsmyndighetens vurdering av risiko og sårbarhet i planlegging av tilsyn.



Tilsyn bidrar videre til at befolkningen får likeverdige tjenester uavhengig av hvor i landet de bor.”

NOU 2015:11

Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Pasienter, pårørende og brukere er viktige i forbedringsarbeidet i helsetjenesten. Statens helsetilsyn gir sin støtte til denne forutsetningen i sitt høringssvar til *NOU 2015:11 Med åpne kort*. Likevel går tilsynet mot at det opprettes en egen undersøkelseskommisjon for alvorlige hendelser i helsetjenesten.

Utvalget foreslår omorganiseringer, lovendringer, flytting av oppgaver og andre tiltak for bedre å forebygge og følge opp alvorlige hendelser. Helsetilsynet deler utvalgets intensjoner, og slutter seg til mange av anbefalingene og forslagene. Men på noen sentrale områder har vi andre løsninger.

Involvering av pasienter, brukere og pårørende

Vi støtter utvalgets vektlegging av at involvering av pasienter, brukere og pårørende er en forutsetning for å kunne lykkes i forbedringsarbeidet. Pasienter, brukere og pårørende har annen verdifull kompetanse enn helsepersonell og ledere. For å lære av alvorlige hendelser må helsetjenesten lytte og samarbeide, slik at pasienter og pårørendes erfaringer verdsettes og benyttes.

Virksomhetenes eget ansvar

Helsetilsynet slutter seg til at det er virksomhetene selv som er de viktigste aktørene for å lykkes i forbedringsar-

beidet. Tiltak må derfor primært settes inn for å sikre bedre ledelse og styring, en mer åpen kultur for å melde og varsle om alvorlige hendelser, og bedre kompetanse blant ledere og ansatte.

Undersøkelseskommisjon

Helsetilsynet er enig med utvalgets flertall i at det ikke bør opprettes en undersøkelseskommisjon. Hvis en kommisjon likevel opprettes, forutsetter vi at den vil kunne supplere virksomhetenes eget ansvar og tilsynsmyndighetens arbeid når det gjelder å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Vi er enige med utvalgets flertall i at en undersøkelseskommisjon ikke kan erstatte tilsyn.

Omorganisering av tilsynsmyndigheten

Helsetilsynet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet avventer de pågående reformprosessene som berører fylkesmennene, og som kan få betydning for hvordan tilsynet med helse- og omsorgstjenestene bør organiseres. Uavhengig av det fremtidige antall regionale statlige enheter eller fylkesmenn, anbefaler vi imidlertid at tilsyn med spesialisthelsetjenesten legges til fire eller fem fylkesmenn. Vi anbefaler videre at tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester legges til alle fylkesmennene.

Videre har vi vurdert hensiktsmessigheten av å flytte vedtakskompetanse i tilsynssaker fra Helsetilsynet til fylkesmennene/regionale enheter. Utvalget har lagt vekt på at dette vil kunne innebære en effektivisering som kan gi ressurser til andre prioriterte tilsynsoppgaver. Helsetilsynet mener at den potensielle effektiviseringsgevinsten er mindre enn utvalget legger

til grunn, og har lagt avgjørende vekt på hensynet til likebehandling og rettssikkerhet. Vi anbefaler derfor at utvalgets forslag ikke tas til følge.

Varsler om alvorlige hendelser

Helsetilsynet mener at varsler om alvorlige hendelser fortsatt bør behandles av en enhet med solid helsefaglig og juridisk kompetanse. Etter vår vurdering er varselordningen fortsatt under utvikling, og bør derfor fortsatt holdes samlet i en sentral overordnet enhet.

Helsetilsynet er positiv til at pasienter og pårørende skal kunne varsle etter alvorlige hendelser, og at tilsynsmyndigheten skal følge opp disse varslene på samme måte som varsler fra tjenestene. Vi er også positive til en utvidelse av ordningen til å gjelde kommunal helse- og omsorgstjeneste, men mener at en slik utvidelse bør skje trinnvis, for å utvikle kriterier for å melde og høste erfaringer om kostnader, effekt, omfang og innhold.

Kan det skje igjen?

Barn på barnevernsinstitusjoner har en overhyppighet av psykiske lidelser.¹ Det finnes flere eksempler på at barn med alvorlige psykiske lidelser har skadet seg selv eller andre. På Vollen i Asker ble en barnevernsarbeider drept av en 15 år gammel jente på en barnevernsinstitusjon. Et annet eksempel er «Glassjenta», jenta som ble flyttet rundt i tre fylker og utsatt for massiv tvang, og som skadet seg selv og satte fyr på en barnevernsinstitusjon.

Den kommunale barneverntjenesten, barnevernsinstitusjonene og helsetjenesten har ansvaret for å gi barna forsvarlige tjenester til enhver tid. Offentlige rapporter peker på utfordringer i samarbeidet mellom helsetjeneste, barnevern og andre. Synet på hvem som svikter varierer. Fylkesmennene fører tilsyn med barnevernsinstitusjonenes omsorg og behandling av barna. I 2016 spurte vi derfor fylkesmennene om deres erfaringer når det gjelder barn med alvorlige psykiske lidelser i barnevernsinstitusjoner.²

Våre spørsmål til fylkesmennene var: Kjennte alle embetene til barn med slike problemer? Hvordan hadde barna det? Er det bare en tilfeldighet at ikke flere saker har fått et tragisk utfall? Hva gjør tilsynet? Kan det skje igjen?

Hva fortalte fylkesmennene?

Fylkesmennene rapporterer at institusjoner og kommunale barneverntjenester gir følgende beskrivelser:³

- det er alvorlig psykisk syke barn på institusjoner som institusjonene sier at de har problemer med å gi forsvarlig omsorg og behandling.
- psykisk helsevern burde gitt barna et bedre/mer omfattende behandlingstilbud
- i noen tilfeller fraskriver det psykiske helsevernet seg alt ansvar og omtaler barnet som «behandlingsudyktig».
- institusjonen må bryte rettighetsforskriften eller annet regelverk, for å gi den omsorg, behandling og oppfølging som er nødvendig for å ivareta barnet og/eller barnets omgivelser forsvarlig. Eksempel på dette er omfattende fotfølging.

Alle embetene kjente til barn i denne gruppen. Beskrivelsene er alvorlige. Fylkesmennene gjennomfører hyppige tilsyn med institusjoner der det er barn de er bekymret for. Fylkesmennene fortalte også at de hadde pålagt barnevernsinstitusjoner å avslutte omfattende og ulovlig fotfølging av

barn. Samtidig var de redd for at dette kunne føre til farlige situasjoner for barnet eller omgivelsene.

”Samarbeidet for de aller dårligste barna er vanskeligst.”

I følge fylkesmennene opplevde barnevernsinstitusjonene at bistand fra psykisk helsevern er varierende og personavhengig, at barneverntjenesten følger opp ulikt og tilfeldig, og at det er minimalt med tilgang på sengeplasser i psykisk helsevern. Samarbeidet for de aller dårligste barna er vanskeligst.

Veien videre

Statens helsetilsyn vurderer situasjonen på området som svært alvorlig for disse barna. Problem-beskrivelsen vi gir her er ikke ny. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet har tatt initiativ for å bedre samhandlingen mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet har etter saken om «Glassjenta» tatt initiativ for å etablere nye tiltak og tilbud.

Tilsynsmyndigheten vil, i samarbeid med barnevernsbarn og fagmiljø, fortsette å følge med på, gripe inn og rapportere om tjenestetilbudet til disse alvorlig syke og svært sårbare barn og unge.

¹ Forskningsprosjektet «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner» i 2015 viste at 76 % av ungdommene i barnevernsinstitusjonene hadde minst en psykisk lidelse. NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge. – Psykisk helse og barnevern. Kayed, Jozefiak, Rimehaug, Tjelflaat, Brubakk, Wichstrøm, 2015.

² Telefonisk kontakt der svarene ble skrevet ned fortløpende.

³ (av institusjonen, Fylkesmannen, barneverntjenesten eller andre)

Tall og fakta 2016

Barnevern	37
Tilsyn	38
Klager	39
Sosiale tjenester i Nav	39
Tilsyn	39
Klager	40
Helse- og omsorgstjenester	41
Tilsyn	41

Klager	42
Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt	43
Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn	45
Undersøkelsesenheten	47
Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer	47
Folkehelse	47
Regnskap og personell	47

Denne delen av tilsynsmeldingen tar for seg sentrale oppgaver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Mer materiale om disse oppgavene blir publisert i årsrapporten fra Statens helsetilsyn og på nettstedet www.helsetilsynet.no. På nettsiden finnes også mer detaljert statistikk på de ulike tilsynsområdene.

Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med de kommunale barneverntjenestene, barneverninstitusjonene, omsorgssentrene for mindreårige (under 15 år) som har søkt asyl, og sentrene for foreldre og barn, samt Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Som del av tilsynet fører fylkesmennene også kontroll med barneverntjenestenes overholdelse av frister

Tabell 1 Tilsynssaker barnevern, antall avsluttede saker 2014–2016				
Fylkesmannen i	Avsluttet i 2014	Avsluttet i 2015	Avsluttet i 2016	Saker i 2016 med et eller flere påpekte lovbrudd
Østfold	22	20	25	44%
Oslo og Akershus	77	140	118	46%
Hedmark	38	44	25	64%
Oppland	41	36	25	64%
Buskerud	49	43	53	26%
Vestfold	22	24	14	36%
Telemark	12	39	14	36%
Aust- og Vest-Agder	49	46	32	78%
Rogaland	62	80	62	40%
Hordaland	60	69	65	42%
Sogn og Fjordane	31	27	18	56%
Møre og Romsdal	25	24	14	50%
Sør-Trøndelag	24	30	21	38%
Nord-Trøndelag	28	33	27	59%
Nordland	44	47	44	59%
Troms	62	30	36	72%
Finnmark	41	21	23	48%
Hele landet	687	753	616	49%
I tillegg avsluttet uten vurdering	161	214	188	

Tabell 2 Vurderte bestemmelser i de avsluttede tilsynssakene mot barneverntjenestene og barneverninstitusjonene, 2016

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Påpekt lovbrudd
Barneverntjeneste (kommunal)	1034	55%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	14	1
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	198	123
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	24	12
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	64	29
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	139	71
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	72	28
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	59	39
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	8	3
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	9	7
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	86	35
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	53	30
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	52	32
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	67	41
Bvl. § 6-4 første ledd Innhentning av opplysninger	5	2
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	18	16
Bvl. § 6-9 Frister	34	28
Bvl. § 7-10 annet ledd. Barneverntjenestens innledning til sak	21	19
Bvl. Andre plikter	111	49
Barneverninstitusjon*	85	36%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	33	10
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	38	12
Bvl. Andre plikter	14	9
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	45	69%
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	14	11
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	26	16
Bvl. Andre plikter	5	4
Sum vurderingsgrunnlag	1164	627
Sum saker vurderingene er fordelt på	616	
Sum saker med minst ett påpekt lovbrudd		302
I tillegg saker løst i minnelighet gjennom lokal avklaring mellom de involverte	188	

*Omfatter også omsorgssentre og sentre for foreldre og barn

fastsatt i barnevernloven. De behandler også klager på vedtak barneverntjenestene fatter og klager på tvangsbruk og begrensning av rettigheter i institusjonene.

Tilsyn

Tilsynssakene som inngår i tabell 1, er de saker fylkesmennene har avsluttet på grunn av hendelser og forhold de får informasjon om. I 2016 avsluttet fylkesmennene behandlingen av 804 tilsynssaker, en nedgang på 17 prosent fra 2015. Av disse sakene ble 188 overført virksomhetene for videre oppfølging i samråd med den som hadde klagt på virksomheten. De øvrige 616 sakene ble vurdert av fylkesmennene mot aktuelle lovkrav. Lovbrudd ble konstatert i 49 prosent av disse sakene.

Nesten 90 prosent av tilsynssakene er rettet mot den kommunale barneverntjenesten, de øvrige mot institusjoner eller Bufetat.

Det er mange kilder til tilsynssakene. Barn var kilde for 8 prosent, mor/far for 31 prosent, fosterforeldre for 5 prosent, annen privatperson for 10 prosent og advokat for 14 prosent.

Den markerte nedgangen i antallet tilsynssaker fra 2015 til 2016 kan skyldes at fylkesmennene har hevet terskelen for hvilke henvendelser som fører til at tilsynssak blir opprettet. En ny veileder for behandlingen av tilsynssaker etter barnevernloven som ble tatt i bruk senhøsten 2015, kan ha hatt betydning. At det ble konkludert med lovbrudd i 49 prosent av de vurderte sakene i 2016, mot 41 prosent i 2015, kan tyde på at tilsynet i større grad ble rettet mot alvorlige forhold.

Fylkesmannen i	Antall enheter i institusjoner	Antall gjennomførte besøk	Antall samtaler med barn	Samtaledel*
Østfold	44	79	70	28%
Oslo og Akershus	76	135	110	30%
Hedmark	27	67	91	57%
Oppland	18	52	66	56%
Buskerud	21	50	82	71%
Vestfold	10	29	85	70%
Telemark	13	29	35	44%
Aust- og Vest-Agder	46	107	121	65%
Rogaland	38	68	100	58%
Hordaland	52	102	96	40%
Sogn og Fjordane	6	15	47	61%
Møre og Romsdal	14	30	38	47%
Sør-Trøndelag	30	51	103	75%
Nord-Trøndelag	5	10	42	63%
Nordland	6	17	44	65%
Troms	27	53	76	69%
Finnmark	4	10	11	38%
Hele landet	431	904	1217	51%

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

Krav til forsvarlighet er den lovbestemmelsen som virksomhetene blir vurdert flest ganger opp mot (bvl § 1-4), deretter barneverntjenestens rett og plikt til å foreta undersøkelser (§ 4-3), plikten til å følge opp barn som er tatt under omsorg av barneverntjenesten (§ 4-16), plikten til å gi hjelpetiltak til barn og barnefamilier (§ 4-4) og barns rettigheter under saksbehandlingen (§ 6-3).

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

Tilsyn med barneverninstitusjoner utgjør en stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innen barnevernet. I 2016 ble det gjennomført 904 tilsyn med barneverninstitusjonene, mot 887 i 2015. Av disse tilsynene var 387 (43 prosent) uanmeldt. Fylkesmennene førte tilsyn med 170 institusjoner i 2016, mot 174 i 2015. Disse institusjonene hadde 437 enheter som fikk to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plassert etter de såkalte atferdsbestemmelsene i barnevernloven.

Samtale med barna i institusjonene inngår som en viktig del av disse tilsynene. Fylkesmannen skal ta kontakt med det enkelte barn, og spørre om barnets syn på oppholdet. I 2016 fikk 80 prosent av barna i barneverninstitusjonene tilbud om samtale. Når tilbudet ikke blir gitt til alle, skyldes det at en del barn av ulike grunner ikke er til stede når tilsynet blir gjennomført. Fylkesmennene gjennomførte samtale med 51 prosent av barna som var registrert ved institusjonene. I alt ble det gjennomført 1217 samtaler.

Gjennom 2015 ble det opprettet mange nye omsorgssentre for mindreårige asylsøkere. I 2016 har alle fylkesmennene ført tilsyn med slike sentre. I alt er det gjennomført 147 tilsyn med 95 sentre, mot 53 tilsyn i 2015. Under tilsynene hadde fylkesmennene 966 samtaler med beboere, eller 90 prosent av beboerne som var registrert ved sentrene. Av de registrerte beboerne fikk 98 prosent tilbud om samtale med fylkesmannen.

Fem av fylkesmennene har gjennomført tilsyn med sentre for foreldre og barn. I landet er det registrert 18 sentre, og de skal ha tilsyn minimum hvert annet år.

Fylkesmennene har gjennomført 89 tilsyn med barneverntjenestene og tre tilsyn med Barne-, ungdoms- og familietaten (Bufetat). Tilsynet med barneverntjenestene var i hovedsak en del av det landsomfattende tilsynet med kommunenes oppfølging av meldinger og tilbakemelding til melder. Tilsynet er dels gjennomført som systemrevisjon, dels som oppfølging av kommunale egenrevisjoner. Det ble gjennomført 20 systemrevisjoner, som omfattet 25 kommuner, og 60 kommuner utførte egenrevisjoner som fylkesmennene fulgte opp.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 13 tilsyn med barneverntjenester fra 2015 eller tidligere, fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2016.

Klager

Det er relativt få klagesaker innen barnevernet. Hovedtyngden av de 620 realitetsbehandlede sakene i 2016 var klager fra barn i barneverninstitusjoner. Rettighetsforskriften, som gjelder for barneverninstitusjoner og omsorgssentre for mindreårige, gir institusjonene rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og iverksette begrensninger. Av 730 vurderinger som ble gjort i klagesakene, gjaldt 80 prosent klager fra barn i barneverninstitusjoner og 3 prosent klager fra beboere i omsorgssentre. De resterende 17 prosent gjaldt klager mot barneverntjenestene på tjenester og tiltak, eller mangel på slike.

I 2016 kom det inn 644 klagesaker. Fylkesmennene avsluttet behandlingen av 671 saker. Av disse ble 51 avvist. Tabell 4 har kun med de realitetsbehandlede sakene, altså ikke avviste saker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for de realitetsbehandlede sakene var 1,4 md. hos fylkesmennene, og 0,4 md. i underinstansen. Det er et gjennomgående trekk at klager på tvangsbruk raskt blir sendt fylkesmennene og der prioritert og avgjort relativt raskt. Prosentandelen der klager får helt eller delvis medhold er høyere for forhold rettet mot barneverntjenester (45 %) enn for forhold rettet mot barneverninstitusjonene (21 %) og omsorgssentrene (32 %).

I en sak kan flere forhold, og dermed lovbestemmelser, bli vurdert. Tabell 5 gir en oversikt over vurderingene, skilt

Fylkesmannen i	2014 Antall behandlede saker	2015 Antall behandlede saker	2016 Antall behandlede saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager
Østfold	44	29	42	24 %
Oslo og Akershus	195	116	152	26 %
Hedmark	47	32	34	24 %
Oppland	15	12	18	39 %
Buskerud	32	29	33	52 %
Vestfold	35	22	29	17 %
Telemark	19	10	17	6 %
Aust- og Vest-Agder	34	44	33	30 %
Rogaland	67	45	57	37 %
Hordaland	67	67	72	26 %
Sogn og Fjordane	19	8	15	13 %
Møre og Romsdal	8	15	15	27 %
Sør-Trøndelag	16	12	27	15 %
Nord-Trøndelag	10	27	22	50 %
Nordland	21	15	14	14 %
Troms	25	44	29	24 %
Finnmark	6	3	11	18 %
Hele landet	660	530	620	27 %

Tabell 5 Vurderingsgrunnlag i avsluttede klager på vedtak i barneverntjenesten og i barneverninstitusjoner 2016

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Helt eller delvis medhold for klageren
Barneverntjenester (kommunale)	126	45%
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	31	20
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	4	1
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	51	19
Bvl. Andre rettigheter	40	17
Barneverninstitusjoner og omsorgssentre (offentlige og private)	604	21%
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte faresituasjoner	193	53
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	33	9
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	75	18
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintetgjøring eller overlevering til politiet	46	8
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensninger	88	8
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	8	
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunikasjonsmidler	98	10
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	63	22
Sum vurderingsgrunnlag	730	185
Sum saker vurderingene er fordelt på	620	

mellom barneverntjenestene og institusjonene. Den mest vurderte bestemmelsen er tvang i akutte faresituasjoner (rettighetsforskriften § 14).

Statens helsetilsyn har som overordnet organ ikke behandlet forespørsler om overprøving av klagesaker etter barnevernloven i 2016.

Statens helsetilsyn er klageinstans for pålegg gitt av fylkesmennene. Vi har ikke behandlet noen klager i 2016.

Sosiale tjenester i Nav

Tilsyn

Tilsyn gjennomføres ved at fylkesmennene behandler hendelser og forhold som de blir kjent med gjennom klager fra enkeltpersoner, informasjon fra ansatte i sosialtjenesten eller andre kilder, eller ved at det blir gjennomført planlagt tilsyn, vanligvis som systemrevisjon.

Tradisjonelt behandler fylkesmennene få tilsynssaker rettet mot Nav-kontor. I 2016 ble det avsluttet 89 saker. 27 av sakene ble overført Nav-kontor for videre oppfølging, ved at sakens karakter tilsa at mulige lovbrudd ble fulgt opp av virksomheten selv, i samråd med den som hadde klaget. 62 saker ble vurdert av fylkesmennene. I 45 prosent av vurderingene ble det påpekt lovbrudd.

I 2016 gjennomførte fylkesmennene 52 systemrevisjoner og fulgte opp 68 kommuner som har deltatt i en egenvurdering av tjenestene. 34 av systemrevisjonene og alle egen-

Tabell 6 Planlagte tilsyn med sosiale tjenester i Nav utført av fylkesmennene i 2016

Fylkesmannen i	Systemrevisjoner	Oppfølging av egenvurderinger
Østfold	3	7
Oslo og Akershus	7	12
Hedmark	1	6
Oppland	1	6
Buskerud	2	0
Vestfold	5	0
Telemark	0	9
Aust- og Vest-Agder	9	1
Rogaland	1	10
Hordaland	8	0
Sogn og Fjordane	1	8
Møre og Romsdal	3	0
Sør-Trøndelag	2	0
Nord-Trøndelag	2	0
Nordland	2	4
Troms	2	5
Finnmark	3	0
Hele landet	52	68

vurderingene inngikk i det landsomfattende tilsynet rettet mot tjenester til unge mellom 17 og 23 år, som ble gjennomført i 2015 og 2016.

I tillegg har fylkesmennene i Oppland, Hedmark og Vestfold gjennomført hhv. tre, to og ett tilsyn med bruk av andre metoder – stikkprøver og dokumentgjennomgang.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 6 tilsyn med sosiale tjenester i Nav fra 2015 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2016.

Klager

Innen sosialtjenesten er det relativt mange klager, selv om antallet er lavt sett i forhold til vedtakene som blir fattet overfor de ca. 130 000 sosialhjelpsmottakerne. I 2016 kom det inn 3883 klagesaker, mot 4140 i 2015. Det ble avsluttet 4002 saker, hvorav 74 ble avvist. 80 prosent av de realitetsbehandlede sakene ble avsluttet innen 3 md. Antallet ubehandlede saker ved utløpet av året var 552, mot 683 ved utgangen av 2015.

I 80 prosent av vedtakene det ble klaget på, stadfestet fylkesmennene Nav-kontorenes vedtak. Gjennom mange år har omtrent fire av fem vedtak blitt stadfestet. Ti prosent av vedtakene ble endret, og ti prosent opphevet og sakene sendt tilbake til Nav-kontor for ny behandling.

Tabell 7 Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter lov om sosiale tjenester 2014- 2016

Fylkesmannen i	2014	2015	2016	
	Antall behand- lede saker	Antall behand- lede saker	Antall behand- lede saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager
Østfold	387	485	373	24 %
Oslo og Akershus	723	673	891	20 %
Hedmark	185	222	237	22 %
Oppland	160	167	123	19 %
Buskerud	420	462	370	24 %
Vestfold	189	223	186	19 %
Telemark	103	128	94	15 %
Aust- og Vest-Agder	226	304	265	17 %
Rogaland	230	289	294	13 %
Hordaland	320	367	448	13 %
Sogn og Fjordane	23	26	29	31 %
Møre og Romsdal	102	157	112	29 %
Sør-Trøndelag	142	122	162	24 %
Nord-Trøndelag	58	68	62	11 %
Nordland	161	155	121	26 %
Troms	105	71	107	23 %
Finnmark	22	34	54	28 %
Hele landet	3556	3953	3928	20 %

De fleste klagesakene gjelder økonomisk stønad, men en del gjelder andre tema etter sosialtjenesteloven. I tabell 8 er det gitt en oversikt over klagetemaene, og utfallet av fylkesmennenes vurderinger.

Statens helsetilsyn fikk som overordnet organ én klagesak til overprøving i 2016. Saken er ikke ferdigbehandlet.

Tabell 8 Fylkesmennenes vurderinger i klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav i 2016

Vurderte bestemmelser i sosialtjenesteloven	Antall ganger vurdert	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Lovens virkeområde for personer uten fast bopel i Norge (§ 2)	106	35 %
Opplysning, råd og veiledning (§ 17)	24	33 %
Stønad (§§ 18 og 19)	3643	19 %
Bruk av vilkår (§ 20)	86	35 %
Midlertidig botilbud (§ 27)	30	13 %
Kvalifiseringsprogrammet (§§ 29-40)	46	15 %
Øvrige tema i sosialtjenesteloven	149	36 %
Sum vurderingsgrunnlag	4084	20 %
Antall saker vurderingene er fordelt på	3928	

Tabell 9 Tilsynssaker, helse/omsorg, hos fylkesmennene - antall avsluttede saker 2014-2016

Fylkesmannen i	Avsluttet i 2014	Avsluttet i 2015	Avsluttet i 2016	Herav saker i 2016	
				med ett eller flere påpekte lovbrudd	oversendt til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon
Østfold	133	185	138	30	31
Oslo og Akershus	353	457	464	193	65
Hedmark	139	171	149	66	19
Oppland	82	123	77	29	13
Buskerud	138	137	175	80	30
Vestfold	148	115	145	77	22
Telemark	114	94	105	37	25
Aust- og Vest-Agder	182	177	171	47	18
Rogaland	241	238	211	65	27
Hordaland	221	219	264	94	40
Sogn og Fjordane	74	88	78	37	6
Møre og Romsdal	118	127	108	34	26
Sør-Trøndelag	117	148	151	55	9
Nord-Trøndelag	122	140	111	40	19
Nordland	160	147	151	38	22
Troms	104	165	142	59	30
Finnmark	58	60	40	10	8
Hele landet	2504	2791	2680	991	410
I tillegg avsluttet uten vurdering	539	726	659		

Tabell 10 Vurderingsgrunnlag i avsluttede tilsynssaker hos fylkesmennene i 2016

	Antall vurderinger	Herav konstatert lovbrudd eller grunnlag for oversendelse til Statens helsetilsyn
Bestemmelse i helsepersonelloven		
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	102	38
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	48	40
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	150	106
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	886	426
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	9	7
Informasjon (§ 10)	21	12
Organisering av virksomhet (§ 16)	69	41
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	183	126
Pasientjournal (§§ 39-41)	242	205
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	53	45
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	79	73
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	147	104
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven		
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	1024	369
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	166	111
Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven		
Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1)	84	36
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	605	235
Informasjon (§ 4-2a)	16	6
Plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	24	20
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	75	43
Pliktbestemmelser i annen helselovgivning	106	73
Sum vurderingsgrunnlag	4089	2116
Antall saker vurderingene er fordelt på	2680	1401

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

Helse- og omsorgstjenester

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

Tilsyn

Tilsynssaker er saker som er behandlet på grunn av klager fra pasienter, pårørende og andre kilder, og som handler om mulig svikt i tjenestene. For hele landet var det 3451 nye tilsynssaker innen helse/omsorg i 2016. Det er på samme nivå som i 2015, da antallet nye saker var 3433. Antall avsluttede saker var 3340 i 2016, mot 3517 året før. Dermed har antallet tilsynssaker under arbeid (restanser) hos fylkesmennene økt. Økningen var fra 1615 ved begynnelsen til 1726 ved utgangen av 2016.

Hos fylkesmennene ble det konstatert ett eller flere lovbrudd i 37 prosent av sakene (991 av 2680). I tillegg ble 410 saker (15 prosent) vurdert å være av en slik alvorlighetsgrad at de ble oversendt til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell. Disse prosentandelene er på nivå

med foregående år. I 2015 var andelen påpekte lovbrudd 38 prosent, og andelen oversendte saker til Helsetilsynet var 15 prosent.

Tilsynssakene er ofte sammensatt, slik at mange av dem blir vurdert etter mer enn én lovbestemmelse (mer enn ett vurderingsgrunnlag). I 2016 gikk antall vurderingsgrunnlag ned til 4089 fra 4325 året før. Det er plikten til å gi forsvarlige helsetjenester som oftest blir vurdert. Forsvarlighetsplikten er både en individuell plikt (helsepersonelloven § 4) og en plikt som virksomheter har (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Samlet sett gjaldt 69 prosent av vurderingene en av disse bestemmelsene. Denne andelen er som i 2015.

Tabell 11 Planlagte tilsyn med helse- og omsorgstjenester utført av fylkesmennene i 2016

Fylkesmannen i	Tilsyn i kommuner		
	Systemrevisjoner	Andre metoder	Tilsyn i spesialisthelsetjenesten
Østfold	9	0	2
Oslo og Akershus	6	0	3
Hedmark	10	1	3
Oppland	9	2	2
Buskerud	4	0	1
Vestfold	6	0	3
Telemark	9	2	4
Aust-og Vest-Agder	16	1	3
Rogaland	5	3	2
Hordaland	18	17	1
Sogn og Fjordane	6	6	2
Møre og Romsdal	4	2	4
Sør-Trøndelag	7	0	3
Nord-Trøndelag	3	0	3
Nordland	8	4	1
Troms	3	19	1
Finnmark	3	0	1
Hele landet	126	57	39

I 2016 gjennomførte fylkesmennene 183 planlagte tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er en stor nedgang fra 2015, da det ble gjennomført 304 tilsyn. Av de gjennomførte tilsynene i 2016 var 126 systemrevisjoner, hvorav 55 ble gjennomført som ledd i det landsomfattende tilsynet rettet mot tjenester til mennesker med utviklingshemming. I tillegg ble 57 tilsyn gjennomført som uanmeldte tilsyn, oppfølging av kommunale egenvurderinger, stikkprøver eller ved andre metoder.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 23 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2015 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2016.

I 2016 gjennomførte fylkesmennene 39 planlagte tilsyn i spesialisthelsetjenesten, mot 37 i 2015. 17 av tilsynene var ledd i landsomfattende tilsyn med somatiske akuttinntaks gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis.

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

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 9 tilsyn med spesialisthelsetjenester fra 2015 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2016.

Tabell 12 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Antall saker avsluttet av fylkesmennene 2014-2016

Fylkesmannen i	2014	2015	2016	
	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Antall behandlede saker	Andel saker med helt eller delvis medhold for klager*
Østfold	174	188	178	45 %
Oslo og Akershus	482	641	695	35 %
Hedmark	145	131	92	14 %
Oppland	110	111	96	22 %
Buskerud	142	167	191	30 %
Vestfold	174	167	159	30 %
Telemark	89	77	72	38 %
Aust- og Vest-Agder	174	196	149	26 %
Rogaland	146	194	166	25 %
Hordaland	342	332	393	12 %
Sogn og Fjordane	58	115	72	29 %
Møre og Romsdal	225	162	146	32 %
Sør-Trøndelag	120	125	131	27 %
Nord-Trøndelag	81	108	118	10 %
Nordland	200	173	175	27 %
Troms	143	176	181	25 %
Finnmark	111	83	58	28 %
Hele landet	2916	3146	3072	27 %

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

Klager

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

Mens det var en økning i antallet rettighetsklager fra 2014 til 2015, gikk antallet saker litt ned i 2016.

I 27 prosent av sakene fikk den som klagde, medhold, enten ved at fylkesmannen endret vedtaket til klagers gunst, eller ved at fylkesmannen sendte saken tilbake for ny behandling. Dette er omtrent som i 2015.

Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6), men antallet saker er betydelig redusert. I 2016 behandlet fylkesmannen 631 klager på manglende refusjon av reiseutgifter. Det er nesten en tredjedel færre enn i 2015.

Tabell 13 Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter innen helse og omsorg - antall vurderinger i saker avsluttet av fylkesmennene, 2016

	Antall vurderinger	Herav helt eller delvis medhold for klageren
Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen		
- øyeblikkelig hjelp	2	
- helsetjenester i hjemmet	74	23
- plass i sykehjem	150	60
- plass i annen institusjon	73	16
- praktisk bistand og opplæring	218	80
- støttekontakt	168	77
- brukerstyrt personlig assistanse	206	85
- omsorgslønn	444	158
- avlastningstiltak	214	104
- kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	106	32
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	517	78
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	12	5
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	1	
Pbrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	10	1
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	16	9
Pbrl. § 2-6. Rett til syketransport	631	60
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	30	4
Pbrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	1	
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	63	13
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	4	
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	225	70
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	30	6
Sum vurderinger	3195	881
Antall saker*vurderingene er fordelt på	3072	841

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

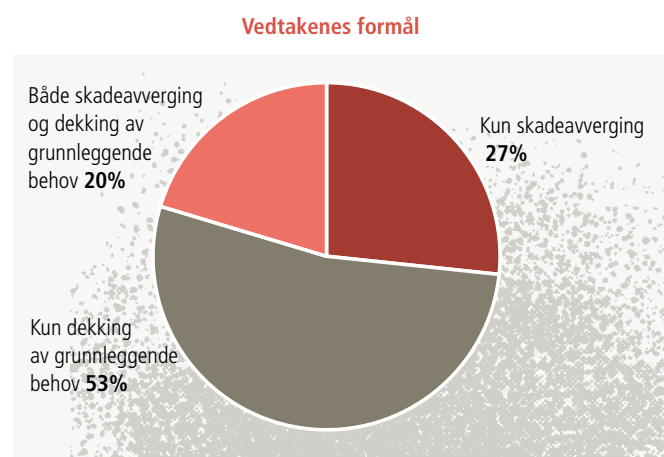
Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan. Statens helsetilsyn har i 2016 stadfestet fylkesmannens vedtak i to saker, i en sak ble fylkesmannens vedtak opphevet. En sak ble ikke realitetsbehandlet da fylkesmannen omgjorde sitt eget vedtak.

Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

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

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før tvangstiltak kan settes i verk. I 2016 overprøvde fylkesmannen 1459 vedtak, mot 1438 året før. 1363 av vedtakene ble godkjent.

Figur 1 Formål med vedtak om tvang overfor psykisk utviklingshemmede 2016



I omtrent halvparten av vedtakene var formålet å dekke grunnleggende behov, i omtrent en fjerdedel var formålet skadeavverging. Resten av vedtakene hadde begge formålene.

Ved utgangen av 2016 var det vedtak med virksomme tvangstiltak overfor 1229 personer, mot 1277 ved utgangen av 2015. 39 prosent av vedtakene gjaldt kvinner, 61 prosent gjaldt menn. De godkjente vedtakene i 2016 omfattet 2348 enkelttiltak, mot 2685 i 2015.

Tabell 14 Tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming i 2016, helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

Fylkesmannen i	Meldte beslutninger om skadeavvergende tvangstiltak i nødsituasjoner		Antall overprøvede vedtak	Andel overprøvd innen 3 mnd.	Antall godkjente vedtak	Godkjente vedtak med innvilget dispensasjon	Antall personer med godkjent vedtak per 31.12.2016	Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt						
Østfold	870	49	28	43%	28	19	26	1
Oslo og Akershus	4460	367	201	52%	186	148	176	26
Hedmark	998	65	113	99%	113	108	111	13
Oppland	311	56	62	85%	52	45	51	41
Buskerud	217	56	92	80%	88	60	84	12
Vestfold	239	40	71	93%	69	57	62	9
Telemark	258	44	39	90%	36	33	32	9
Aust- og Vest-Agder	401	75	100	67%	97	34	89	28
Rogaland	1016	94	137	39%	115	103	106	11
Hordaland	682	141	217	94%	215	158	171	27
Sogn og Fjordane	204	24	20	80%	12	8	11	5
Møre og Romsdal	242	49	113	70%	99	74	87	9
Sør-Trøndelag	1653	78	80	96%	78	34	73	13
Nord-Trøndelag	4126	36	32	100%	27	14	25	9
Nordland	177	33	83	93%	81	61	67	0
Troms	436	35	68	37%	64	53	55	7
Finnmark	115	16	3	33%	3	3	3	2
Landet	16405	1258	1459	75%	1363	1012	1229	222

De vanligste tiltakene for å dekke grunnleggende behov er å avgrense tilgang til mat, drikke, nytelsesmidler og eiendeler, holding, utgangsalarm, innlåsing av gjenstander, tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl-, hårklipp), sengealarm, låsing av dør/vindu, skjerming, nedlegging, spesialklær, sengegrind og fotfølging.

Fylkesmennene registrerte også skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 tredje ledd bokstav a. I 2016 ble det registrert 16405 tiltak mot 8551 i 2015. Totalt var det 1258 personer som var utsatt for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, mot 1161 i 2015.

Det er ulike årsaker til variasjonen i antall registrerte meldinger fra år til år, både på grunn av ulik registreringspraksis blant fylkesmennene og forståelsen av regelverket i kommunene. Man må derfor være varsom med å tolke økningen fra 2015 til 2016 som økt bruk av tvang. En mulig forklaring er tekniske vanskeligheter i 2015 under omleggingen av registreringssystemet hos fylkesmennene. En annen forklaring kan være økt oppmerksomhet om meldepikten som følge av det landsomfattende tilsynet med kommunenes tjenester til mennesker med utviklingshemming, blant annet plikten til å melde i perioder fra vedtak er løpt ut til nytt vedtak trer i kraft. Registrering knyttet til enkeltpersoner kan være så omfattende at dette i seg selv kan forklare noe av variasjonen. Arbeid med å bedre kvaliteten på registreringene og tydeliggjøre kravene til meldepikt overfor kommunene pågår fortsatt.

Fylkesmennenes registreringer viser at tiltak etter lovens kapittel 9 har blitt benyttet overfor 2261 personer i 2016. For 347 av disse har fylkesmennene både gjennomgått vedtak og registrert meldinger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner. Det er vanligvis svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2016 ble det registrert 5 klager på beslutninger om tvang i nødssituasjoner og overprøvede vedtak. I 2015 var dette tallet 14.

I 2016 gjennomførte fylkesmennene 222 stedlige tilsyn for å kontrollere godkjente tvangstiltak eller undersøke forholdene der fylkesmannen enten kjenner til eller regner med at det blir brukt tvang. I 2015 ble det gjennomført 205 stedlige tilsyn.

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelp. Pasientene det gjelder, er hovedsakelig demente og psykisk utviklingshemmede. Helsetjenesten skal fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det. I 2016 gjennomgikk fylkesmennene 3834 vedtak mot 3812 året før.

Dersom det ikke er klaget på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpen varer, skal fylkesmannen av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen når det er gått tre måneder fra vedtaket ble fattet. Et vedtak varer maksimalt ett år. Når vedtakstiden er over, må

Tabell 15 Fylkesmennenes behandling av vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A i 2016

Tvungen helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. Gjennomgatte vedtak i 2016					
	Gjennomgang ved inntak		Fornytt gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandlede klager på vedtak
	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall
Østfold	213	4%	80	3%	1
Oslo og Akershus	615	10%	120	13%	3
Hedmark	206	15%	95	14%	1
Oppland	187	3%	85	13%	1
Buskerud	102	7%	43	5%	1
Vestfold	238	9%	89	9%	2
Telemark	194	25%	116	33%	1
Aust- og Vest-Agder	286	12%	95	19%	
Rogaland	219	21%	117	14%	2
Hordaland	336	20%	112	21%	
Sogn og Fjordane	51	8%	21	5%	1
Møre og Romsdal	230	10%	132	4%	2
Sør-Trøndelag	249	12%	121	21%	1
Nord-Trøndelag	119	3%	26	12%	1
Nordland	358	1%	302	39%	
Troms	163	18%	59	12%	3
Finnmark	68	12%	23	22%	
Hele landet	3834	11%	1636	19%	20

virksomheten vurdere situasjonen på nytt og eventuelt fatte nytt vedtak. Antall tremåneders-gjennomganger hos fylkesmennene i 2016 var 1636 mot 1538 året før.

Fylkesmennene opphevet eller endret 11 prosent av vedtakene som ble gjennomgått ved inntak og 19 prosent av vedtakene ved den fornyede gjennomgangen etter tre måneder. Det er svært få klager på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, mindre enn én prosent. I 2016 ble det behandlet 20 klager, mens det ble behandlet 16 klager året før.

Statens helsetilsyn har i 2016 ikke behandlet klager på fylkesmannens vedtak etter kapittel 4A.

Tilsynssaker behandlet av Statens helsetilsyn

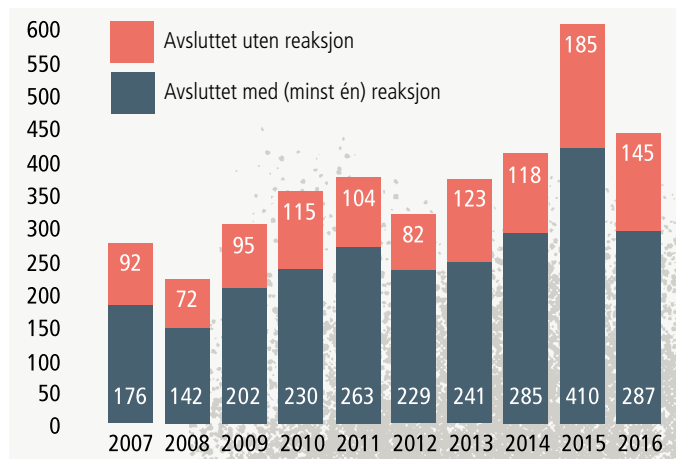
Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene, som i all hovedsak blir oversendt fra fylkesmennene. I 2016 behandlet vi 432 saker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, mot 595 i 2015. Median saksbehandlingstid var 5,0 måneder, mot 6,1 måneder i 2015.

I 2016 fikk Statens helsetilsyn 454 nye saker til behandling, mot 485 i 2015. Per 31. desember 2016 var 251 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 229 året før.

Statens helsetilsyn begjærte påtale i 10 saker i 2016. I 12 saker konkluderte vi med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet.

I 287 av de avsluttede sakene ga vi til sammen 250 reaksjoner rettet mot helsepersonell og påpekte lovbrudd i 62 virksomheter. I de øvrige 145 sakene ga vi verken reaksjon mot helsepersonell eller påpekte lovbrudd overfor virksomheter.

Figur 2 Avsluttede tilsynssaker 2007-2016



Reaksjoner mot helsepersonell

Det var 113 helsepersonell som mistet til sammen 120 autorisasjoner i 2016. Dette er 42 færre autorisasjoner enn året før, som tilsvarer en reduksjon på 26 prosent. Reduksjonen må sees i lys av at antallet ferdigbehandlede saker i 2016 er 27 prosent lavere enn i 2015. Årsakene til at autorisasjonen ble tilbakekalt, er i de fleste tilfellene misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Eksempler på slik atferd er tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold.

Vi tilbakekalte autorisasjonen til fem helsepersonell der uforsvarlig virksomhet i form av svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper var eneste grunnlag. For 19 tilbakekall var svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper ett av flere andre grunnlag for tilbakekallet der rusmiddelbruk var det hyppigste tilleggsgrunnlaget.

Statens helsetilsyn begrenset i 2016 autorisasjonen til 13 helsepersonell i medhold av helsepersonelloven §§ 59 og 59 a. For 11 helsepersonell var grunnlaget svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper. Ut over dette mistet sju leger rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B på grunn av uforsvarlig rekvirering, mot åtte i 2015.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 17 helsepersonell mens saken var til behandling. Videre fikk en lege suspendert rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B.

Tabell 16 Administrative reaksjoner mot helsepersonell 2014-2016

Reaksjon:	År:	Advarsel			Begrenset autorisasjon eller lisens			Tilbakekall av autorisasjon eller lisens			Tap av rekviseringsrett helt eller delvis			Sum	Sum	Sum
		2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Leger		54	99	63	6	14	10	32	38	28	6	8	7	98	159	108
Tannleger		3	6	5				4	6	2	1			8	12	7
Psykologer		2	8	4	1			2	5	1				5	13	5
Sykepleiere		11	19	14		2	1	52	53	52				63	74	67
Jordmødre			4	2			1	1	4					1	8	3
Fysioterapeuter		4	8	9		2		3	7	2				7	17	11
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere		1	10	5	1	3	1	24	32	24				26	45	30
Annet autorisert helsepersonell		4	4	8	1			23	17	11				28	21	19
Uautorisert helsepersonell		15	22											15	22	
Sum		94	180	110	9	21	13	141	162	120	7	8	7	251	371	250

19 helsepersonell ga frivillig avkall på autorisasjonen, og fem leger ga frivillig avkall på rekviseringsretten for legemidler i gruppe A og B.

I 2016 ba Statens helsetilsyn om sakkyndig vurdering i seks tilsynssaker. Videre påla vi to helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

Søknader om ny/begrenset autorisasjon og ny rekviseringsrett

I 2016 behandlet Statens helsetilsyn 143 søknader fra 114 ulike helsepersonell. Vi innvilget 54 søknader helt eller delvis og avsto 89.

Vi ga 22 helsepersonell ny autorisasjon uten begrensninger og 20 fikk ny begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår. Vi opphevet etter søknad begrensninger i autorisasjonen for 10 helsepersonell. To leger fikk ny rekviseringsrett for legemidler i gruppe A og B.

Klage på vedtak

I 2016 oversendte Statens helsetilsyn 72 klager på vedtak til Helseklage ved Statens helsepersonellnemnd (HPN), mot 162 i 2015. Av de oversendte klagen var 54 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 4 suspensjonsvedtak. Femten klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/begrenset autorisasjon, to klager gjaldt avslag på søknad om ny rekviseringsrett for legemidler i gruppe A og B og en klage gjaldt avslag på søknad om opphevelse av begrenset autorisasjon.

HPN behandlet 103 klager på våre vedtak i 2016. De stadfestet 87 vedtak, omgjorde 13 og opphevet tre vedtak.

Reaksjoner mot virksomheter

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

I 2016 behandlet Statens helsetilsyn 94 saker mot virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (103 i 2015). Vi påpekte brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 62 virksomheter, (59 i 2015). I 17 av sakene forelå det brudd på opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten.

Tabell 17 Årsak til tilbakekall av autorisasjon

Årsaker til tilbakekall* av autorisasjon/lisens fordelt på helsepersonell-kategori*	Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere / Omsorgsarbeidere / Helsefagarbeidere	Andre	Sum
Helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen	5	11	7	1	24
Ikke innrettet seg etter advarsel	3			1	4
Rusmiddelbruk	9	40	21	9	79
Legemiddeldyveri	1	20	3	1	25
Seksuell utnyttning av pasient/bruker	3	1		2	6
Rollesammenblanding	1				1
Annen atferd i yrkesutøvelsen	4	8	4	4	20
Annen atferd utenfor yrkesutøvelsen	4	8	7	8	27
Sykdom	1	3			4
Mistet godkjenning i utlandet	6	2			8
Sum årsaker/vurderingsgrunnlag for tilbakekall	37	93	42	26	198
Antall tilbakekalte autorisasjoner/lisenser	28	52	24	16	120

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

Statens helsetilsyn ga i 2016 ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 eller pålegg med hjemmel i helseforskningsloven § 51. Vi ga varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2.

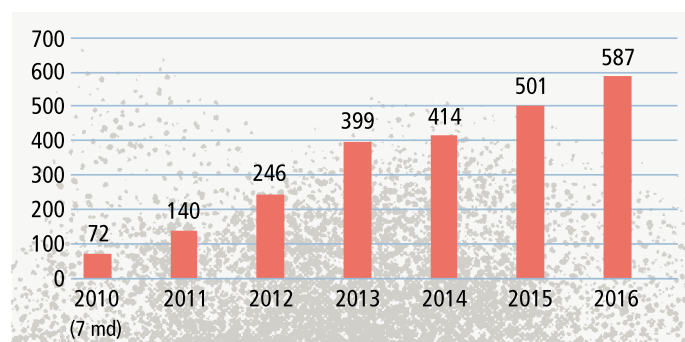
Undersøkelsesenheten

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

Varsler mottatt i 2016

I 2016 mottok Statens helsetilsyn 587 varsler (Figur 3). 50 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 50 prosent fra somatisk helsetjeneste.

Figur 3 Antall varsler fordelt på år



Tabell 18 Antall varsler fordelt på utfall			
Hvordan varslene er fulgt opp	2014	2015	2016
Ordinær varselhåndtering	189	276	298
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	169	170	248
Anmodning om redegjørelse	29	36	32
Stedlig tilsyn	20	14	7
Skriftlig tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn	7	5	2
Totalt	414	501	587

Undersøkelsesenheten følger opp varslene om alvorlige hendelser på flere ulike måter. Alle varsler opplyses gjennom innhenting av informasjon om hendelsen og en vurdering av om det foreligger mistanke om lovbrudd. Der det ikke foreligger mistanke om lovbrudd avsluttes saken med ordinær varselhåndtering – ingen videre tilsynsmessig oppfølging.

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

- tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen
- stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn
- anmodning om redegjørelse fra helseforetak/privat virksomhet om intern avvikshåndtering som svar på spørsmål fra Statens helsetilsyn
- skriftlig tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon. I 2016 ble det gjennomført 13 tilsyn som omfattet totalt to private distribusjonsfirmaer, to frittstående sykehus og 28 offentlige sykehus organisert under ni helseforetak. Alle tilsyn på helseforetak omfattet flere ulike områder og aktiviteter. Det ble konkludert med avvik ved 11 av 13 tilsyn.

Tabell 19 Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2016

Området det er ført tilsyn med	Antall besøkte avdelinger/enheter	Antall avvik	Aktivitet
Blod	73	9	Blod og blodkomponenter
Celler og vev	23	11	Egg, sæd, embryo, beinvev, hornhinner, frysetørret sklera og amnionhinner, kranieben, autolog stamcellebehandling, smittetesting av donorer og distribusjon av produkter som inneholder humant beinvev
Organer	15	1	Organdonasjon
Totalt antall	111	21	Blod, celler, vev og organer

Folkehelse

I 2014 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid. Formålet var å kontrollere kommunenes arbeid med å ha løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne. I ettertid har fylkesmennene videreført dette tilsynet overfor nye kommuner. I 2016 ble det gjort fire slike tilsyn og konstatert lovbrudd ved tre av dem. Det ble også gjennomført tilsyn med to fylkeskommuners arbeid med oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket, og om de understøtter kommunenes folkehelsearbeid. Det ble konstatert lovbrudd ved begge tilsyn.

I 2016 behandlet fylkesmennene 30 klagesaker om miljørettet helsevern.

Regnskap og personell

Tildelt budsjett for Statens helsetilsyn var 116,4 millioner kroner. Regnskapet for 2016 viste et mindreforbruk på 3,1 millioner kroner.

Omregnet til årsverk var det 108 ansatte i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2016.

www.helsetilsynet.no

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

På nettstedet finner du:

- *Kravene myndighetene stiller til tjenestene:*
Lover, forskrifter, rundskriv og andre dokumenter som uttrykker hvordan myndighetene forstår lover og forskrifter.

- *Resultater av det arbeidet tilsynsorganene driver:*
Tilsynsrapporter, vedtak i enkeltsaker, serien Rapport fra Helsetilsynet, andre publikasjoner, høringsuttalelser, brev og artikler.
- *Informasjon om de rettighetene og klagemulighetene befolkningen har i møte med barnevern-, sosial-, helse- og omsorgstjenestene.*
- *Informasjon om hvordan tilsynsorganene arbeider:*
Metoder, kunnskapskilder, tilsynsplaner, oppgaver, myndighet og organisering.

Statens helsetilsyn

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

Mars 2017



Publikasjoner fra Helsetilsynet

Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent.
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
(Rapport fra Helsetilsynet 1/2016)

Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid?
Status og erfaringer 2015 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn
(Rapport fra Helsetilsynet 2/2016)

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
(Rapport fra Helsetilsynet 3/2016)

