Tilsynsmelding **2017**

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene

Innhold

Direktørens innledning . . . 3
Pasientar med blodforgifting måtte vente lenge på antibiotikabehandling. . . . 4-5
Bufetat har god akuttberedskap, men stemma til barnet blir ofte borte . . . 6
Gjennomgang av barnevernssaker for å auke kunnskapen om tenestene . . . 7
Kommunikasjon på sosiale medium – rolleforståinga til helsepersonell og kravet til teieplikt. . . . 8-9
Styring og leiing av verksemda – også viktig i legevakt . . . 10
Det er forbode for helsepersonell å lese i journalar til pasientar som dei ikkje har ansvaret for . . 11
Kontrollrutinar – viktig for å hindre og oppdage tjuveri av legemiddel . . . 12
Handtering av helsepersonell over landegrenser
(nordisk samarbeid) – bevisstgjering av arbeidsgivarar . . . 13
Nasjonale kvalitetskrav kan bidra til trygg fødselsomsorg . . . 14
Erfaringsmedarbeidarar i tilsyn . . . 15
Forbod mot bruk av før- og etterbilete og tilbod om kredit
i marknadsføring av kosmetiske inngrep . . . 16-17
Forsvaret har mangelfull dokumentasjon av helsehjelp i samband med oppdrag i utlandet . . . 18
Helsefagleg forskning må godkjennast på førehand,
og risiko må stå i forhold til forventa nytte . . . 19
Korleis kan helsepersonell få tilbake autorisasjonen
etter å ha mista han på grunn av rusmiddelmisbruk? . . . 20
Landsomfattande tilsyn 2018 . . . 21
Er innførsel av celler og vev frå andre land farleg for pasienten? . . . 22-23
Det gjeld livet . . . 24
Prosjektet «Godt tilsyn av barnas barnevern» . . . 25
Nav og ny kanalstrategi – utfordringar ved digitaliseringa . . . 26-28
IKT i velferdstenestene – for viktig til å overlatast til datafolk aleine . . . 29
Og elles meiner Statens helsetilsyn at. . . . 30-31
Tall og fakta . . . 32-42
Rapportar frå Helsetilsynet . . . 43

Utgitt av Statens helsetilsyn. Oslo, mars 2018.

Ansvarleg redaktør: Jan Fredrik Andresen

Redaksjonsgruppe: Aud Ørnes, Kjersti Engehaugen, Olaug Nørstrud,

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

Grafisk formgjevning og trykking: 07 Media. Opplag 13 500

Illustrasjoner: Siri Dokken

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

ISSN 1501-8083

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

Trykte eksemplar kan bestillast frå Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo,

telefon 21 52 99 00, epost: trykksak@helsetilsynet.no.

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

Til det beste for den neste

Kvaliteten på eit velferdssamfunn kan målast ut frå korleis det tek vare på sårbare brukarar. Vi har summert opp forstemmande mange og alvorlege lovbrot etter tilsynet med helse- og omsorgstenestene kommunane tilbyr til menneske med utviklingshemming. Ei risikovurdering viste at tenestetilbodet til personar med samtidig rusliding og psykisk liding kan svikte innanfor spesialisthelsetenesta og i kommunen. Frå ein tilsynsfagleg ståstad kan det sjå ut som om samfunnet etablerer ordningar som kan gjere tilgangen til sosialtenester meir utfordrande for den enkelte. Samfunnet treng både kompetanse og kapasitet på godt sosialt arbeid for å bidra til at den enkelte kan få oppleve meistring og delta i samfunnet. Det er grunn til å spørje om sårbare grupper er sikra eit verdig liv innanfor trygge og gode rammer.

Gode tiltak frå velferdstenestene kan berre utviklast dersom det finst reell brukarmedverknad. Fylkesmennene har i 2017 ført tilsyn med om Bufetat oppfyller hjelpeplikta når kommunane ber om tiltak. Rapportar viser at dei fem Bufetat-regionane sviktar når det gjeld å sikre medverknad for barnet. Fleire av regionane behandlar ikkje søknadene grundig nok til å vite at dei tiltaka som blir tilbodne, er til beste for barnet.

> Tilsyn med IKT dreier seg om meir enn personvern – like mykje om tilgang og integritet.

Personar som er under omsorg frå barnevernet, har ofte samansette behov. Den tragiske hendinga på Sørlandssenteret der ein ungdom

under omsorg frå barnevernet var involvert i drapshandlingar, er ei av fleire saker som tydeleg viser behovet for samanhengande teneste- og tiltakskjeder. Komplekse tenestetilbod krev at det er samarbeid internt i fylkesmannsembeta og på tvers av embetsgrensene for å sikre godt tilsyn.

Varslingsordningar kan bidra til kunnskap om årsakene til uønskte hendingar slik at dei kan førebyggjast, men dei må ikkje føre til at ansvaret for å førebyggje og rette opp uønskte hendingar blir pulverisert. Det er alltid verksemdene som er ansvarlege for at tenestene som blir tilbodne, er trygge og gode.

Tilsynet med tenestetilbodet til pasientar med mistanke om blodforgifting (sepsis) har avdekt risiko for svikt som gir einestående høve til å forbetre tenestene. Kombinasjonen av operativt tilsyn med eit spesialisert behandlingstilbod og forskingsaktivitet som følgjer, stadfestar at tilsyna i framtida må vere metodologisk solide og byggje på tilstrekkelege fagleg kompetanse.

Utilsikta hendingar knytte til utkontraktering (outsourcing) av IKT i helsetenesta har aktualisert spørsmål om samfunnet har gode nok kontroll- og tilsynsordningar. IKT er ein del av kjerneverksemda innanfor helse- og sosialtenester og barnevern. Tilsyn med IKT dreier seg om meir enn personvern – like mykje om tilgang og integritet.

Statens helsetilsyn og fylkesmannen utgjer det samla tilsynsorganet. Grunnlaget for eit godt tilsyn må vere kompetanse og kapasitet. Når dei nye fylkesmannsembeta blir meisla ut, meiner tilsynet det er viktig med høve til arbeidsdeling og spesialisering mellom embeta. Færre embete vil kunne leggje betre til rette for harmonisering med tanke på å utvikle kvaliteten i tilsynsarbeidet. Befolkninga har krav på samanhengande velferdstenester – eit godt tilsyn må også kunne sjå samanhengar i og mellom tenester. Det er viktig at vi i ein etableringsfase ikkje vel organisatoriske løysingar som kan auke avstanden mellom velferdsområda hos fylkesmannen.

Vi håper at tilsynsmeldinga styrkjer lesaren i trua på at godt fagleg tilsyn handlar om å styrkje kvaliteten og pasient- og brukartryggleiken *til det beste for den neste*.

God lesnad!

Jan Fredrik Andresen

Pasientar med **blodforgifting** måtte vente lenge på antibiotikabehandling

Akuttmottaka må oppdage pasientar med blodforgifting og gje dei hjelp raskt. For pasientar som har alvorleg nedsett organfunksjon, hastar det med å komme i gang med antibiotikabehandling.

I perioden 2016–2018 har fylkesmennene undersøkt dei somatiske akuttmottaka til helseføretaka og korleis dei identifiserer og behandlar pasientar med blodforgifting (sepsis).

Det er svært alvorleg når resultat frå tilsynet viser at pasientar med livstruande tilstand har måtta vente i både to og fire timar før dei fekk antibiotikabehandling.

Leiinga i helseføretak har ofte høgt medvit om at det er viktig å prioritere pasientar med blodforgifting, men ikkje alle hadde sørgd for dette i praksis. Det var gjennomgåande at leiinga ikkje hadde god nok oversikt over praksis, og kva som kunne vere risiko i pasientforløp, eller leiinga var kjend med det, men hadde ikkje gjort nok for å tryggje tenestene. Tilsynet avdekte manglar og svikt i alle helseføretaka som blei undersøkte.

Kvifor tilsyn med akuttmottak, og kvifor pasientar med blodforgifting?

Risikobiletet har gitt grunn til uro. Helsetilsynet har fått fleire varsel om alvorlege hendingar i sjukehus der pasientar har hatt blodforgifting. Etter møte med fagmiljøet og pasientorganisasjonar avgjorde Helsetilsynet at tilsynet skulle avgrensast til akuttmottak. Pasientar med alvorlege infeksjonar/mogleg blodforgifting og identifisert blodforgifting er blant dei pasientane som er mest avhengige av at akuttmottaka fungerer slik dei skal, at pasientane får rett prioritet, at eventuell blodforgifting blir identifisert, og at effektiv behandling kjem raskt i gang.

Tilsynet undersøkte korleis helseføretaka legg til rette og følgjer opp arbeidsprosessar knytte til:

- prioritering av pasientar etter hastegrad (triagering)
- legeundersøking i tråd med hastegraden
- behandling i akuttmottaket (oppstart med antibiotika med meir)
- observasjon i akuttmottaket
- overføring av nødvendig informasjon til post/avdeling som tek imot

> Det er svært alvorleg når resultat frå tilsynet viser at pasientar med livstruande tilstand har måtta vente i både to og fire timar før dei fekk antibiotikabehandling.

Funna var nedslåande

Leiinga i fleirtalet av helseføretaka hadde ikkje tilstrekkeleg kunnskap om faktisk aktivitet og drift i akuttmottaket. Dei hadde ikkje nok data for å vite om akuttmottaket gav pasientar hjelp så fort som hastegraden tilsa, og kor ofte det svikta. Når leiinga ikkje spør etter denne typen informasjon, har dei mangelfullt grunnlag for å avdekkje og følgje opp på område der det sviktar. Da kan uønskt og uforsvarleg praksis vare ved over tid og ramme fleire pasientar.

Hastegradsvurderingar

Fleirtalet av akuttmottaka var innafor krava til hastegradsvurderingar, men tilsynet avdekte svikt i nokre akuttmottak. Svikten handla om at pasientar ikkje blei hastegradsvurderte raskt nok, eller at det var fare for at pasientar med blodforgifting ikkje ville bli raskt identifiserte. Dette kan få alvorlege følgjer dersom det fører til at undersøking og behandling av pasientane kjem i gang for seint.

Legeundersøking

Raskt legetilsyn i samsvar med hastegrad er vesentleg for pasientforløpet vidare. For pasientar med blodforgifting aukar dødelegheita dersom behandlinga ikkje kjem raskt i gang. Forseinka legetilsyn/-undersøking var sviktområde i mange helseføretak. I akuttmottak der pasientar med blodforgifting hadde fått sein antibiotikabehandling, var ventetida på legetilsynet ofte ei medverkande årsak.

Behandling i akuttmottaket

Forseinka antibiotikabehandling var eit gjennomgåande funn i akuttmottaka som tilsynet undersøkte. Dette gjaldt i særleg grad behandling til pasientar med alvorleg nedsett organfunksjon, der det hasta mest med å komme i gang med antibiotikabehandling. Dette er pasientar der behandlinga må gå raskt, og der det kan stå om liv. Det er derfor svært alvorleg. Tilsynet avdekte også at pasientar med lågare prioritet, men med behov for antibiotikabehandling, ikkje hadde fått behandling så raskt som tilrådingane i nasjonale faglege retningslinjer tilseier.

Skal alvorleg sjuke pasientar få hjelp i tråd med hastegraden, er det ein føresetnad at det er tilgang til aktuelle tenester og god logistikk. I mange akuttmottak var opphoping av pasientar/fullt akuttmottak/fleire oppdrag på same tid risikofaktorar for forseinka antibiotikabehandling. Forseinka antibiotikabehandling kunne både handle om mangelfull tilrettelegging i akuttmottaket og ressursar og pasientflyt i sjukehuset elles.

> Det er helseføretaket sitt ansvar å drifte akuttmottaket på ein måte som tek vare på pasienttryggleiken

Observasjon i akuttmottaket

Helsepersonell i akuttmottaket må observere pasientane så systematisk og hyppig at dei raskt kan avdekkje endringar i helsetilstanden. I mange av akuttmottaka hadde helsepersonellet ikkje skrive ned tilstrekkeleg informasjon til at dei kunne følgje systematisk med på helsetilstanden til pasientane og fange opp ei eventuell forverring. Tilsynet fann manglane så konkrete og alvorlege at dei konkluderte med at det var uforsvarleg praksis i mange av akuttmottaka.

Overføring av nødvendig informasjon

Avdelinga/posten som tek imot pasienten frå akuttmottaket, skal ha tydelege beskjedar om kva tiltak som skal setjast i verk, og kva oppfølging pasienten treng. Dette er vesentleg for å sikre eit trygt pasientforløp. Tilsynet fann ei rekkje svakheiter i praksis. Funna var i hovudsak knytte til mangelfull dokumentasjon av korleis undersøkingar/behandling skulle følgjast opp, og korleis pasienten skulle overvakast i den første tida etter overflytting.

Gjennomføring og oppfølging av tilsynet

Det er helseføretaket sitt ansvar å drifte akuttmottaket på ein måte som tek vare på pasienttryggleiken slik at færrast mogleg døyr av eller får varige mein etter blodforgifting. Helsetilsynet sin ambisjon med tilsynet har vore å bidra til dette. Det har vi gjort ved å undersøkje og følgje opp at helseføretaka tek hand om ansvaret sitt.

Fylkesmennene har saman med deltakande fagrevisorar gjennomført 24 tilsyn (systemrevisjonar). Rapporten «Stopp sepsis – ingen tid å miste» er Helsetilsynets oppsummering av tilsynet, sjå www.helsetilsynet.no.

Følgjer helseføretaka no godt nok med på om pasienttryggleiken er teken hand om i akuttmottaka? Får pasientar med blodforgifting i framtida behandling så raskt som dei bør, og i samsvar med nasjonale faglege retningslinjer? Sjukehusleiinga skal kunne leggje fram eigne data som viser om pasientane får den hjelpa dei skal ha, og så raskt som hastegraden tilseier. For å undersøkje om dette er på plass går fylkesmennene gjennom journalar 8 og 14 månader etter den gjennomførte systemrevisjonen. Dei siste journalgjennomgangane blir avslutta i tredje kvartal 2018.

Bufetat har god **akuttberedskap**, men stemma til barnet blir ofte borte

Fylkesmennene har i 2017 ført tilsyn med om Bufetat oppfyller plikta til å hjelpe (bistandsplikta) når kommunane ber om tiltak. Dei førebelse rapportane viser at alle fem Bufetat-regionane sviktar når det gjeld å sikre barnet sin medverknad. Fleire av regionane behandlar ikkje søknadene grundig nok til å vite at dei tiltaka som er tilbodne, er til beste for barnet. Det er vidare vanskeleg å finne ut korleis Bufetat har vurdert situasjonane, fordi dokumentasjonen er mangelfull.

Bufetat er den statlege delen av barnevernet og skal blant anna hjelpe kommunane når dei ber om hjelp fordi barn må flytte heimanfrå.

Tilsynet omfatta hjelpeplikta som Bufetat har både i akuttsituasjonar og ved søknad om planlagde institusjonstiltak, som hjelpe-, omsorgs- eller åtferdstiltak. Det er dei regionale inntakseiningane som har ansvaret for akuttberedskapen og for å behandle søknader om planlagde hjelpe- og omsorgstiltak i institusjon. Nasjonalt inntaksteam (NIT) er etablert for å behandle og innstille på tiltak i saker som gjeld barn som har vist alvorlege åtferdsproblem. Det er likevel dei regionale inntakseiningane som er ansvarlege for å oppfylle hjelpeplikta også i desse sakene.

For å oppfylle hjelpeplikta på forsvarleg måte må Bufetat tilby eigna tiltak når kommunen ber om hjelp til barn som må flytte heimanfrå, anten det er akutt eller planlagt. For å finne eit eigna tiltak må Bufetat ha tilstrekkeleg kjennskap til både behova til barnet og situasjonen barnet er i, og om aktuelle tiltak. Bufetat må vurdere konkret kvifor det foreslåtte tiltaket er til beste for dette barnet. Situasjonen barnet er i og behova det har, må vere avgjerande for kor raskt det får tilbod om tiltak.

Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Fylkesmannen intervjua tilsette og leiarar på ulike nivå i organisasjonen. Fylkesmannen granska vidare styrande dokument for verksemda, og gjekk gjennom totalt 230 enkeltsaker for å danne seg eit bilete av om praksis i Bufetat er i tråd med regelverket.

I alle regionane fann fylkesmannen at Bufetat hadde ein tilgjengeleg akuttberedskap. Det er enkelt for kommunane og politiet å komme i kontakt med rette vedkomande når det er behov for akuttiltak. I dei fleste tilfella gir Bufetat *tilbod* om tiltak innan den sjølvpålagde fristen på to timar etter at førespurnaden kom. Men mange gonger må barna flytte så langt at det blir vanskeleg å halde ved lag kontakten med familie og nettverk.

Det er eit gjennomgåande funn at Bufetat ikkje sørgjer for at barnet kan medverke når dei behandlar søknadene om tiltak. Det er kommunen som har ansvaret for å snakke med barnet og få klargjort kva barna meiner, men Bufetat har ansvar for å vurdere og vekte synspunkta til barnet saman med dei andre relevante momenta i ei vurdering av kva som er til det beste for barnet, før det blir gitt tilbod om tiltak. I mange saker spør ikkje Bufetat etter kva barnet meiner når dette ikkje går fram av søknaden, eller synspunkta blir ikkje vurderte og tillagde vekt dersom dei er kjende. Dette gjeld i alle dei sakstypane som er undersøkte i dette tilsynet.

Eit anna gjennomgåande funn er at Bufetat ikkje sikrar at dei har tilstrekkeleg informasjon om barnet, situasjonen til barnet og kva behov barnet har, før det blir gitt tilbod om tiltak. Dette har fylkesmannen funne både i regionane og i NIT. Saksgjennomgangane viste at det heller ikkje alltid blir dokumentert at Bufetat gjer forsvarlege vurderingar av om det tiltaket som blir tilbode, er eigna for å ta vare på barnet. Skriftleg dokumentasjon av faglege vurderingar er ikkje eit mål i seg sjølv, men det er ein heilt nødvendig reiskap for å sikre at barn, foreldre og samfunnet elles kan etterprøve vedtaka. Slik kan ein i ettertid vurdere om dei tiltaka som er sette i verk, har hatt den ønskte effekten.

Det kan vere vanskeleg å slå eintydig fast om manglande dokumentasjon av vurderingar i ei sak berre betyr at vurderingane ikkje blir dokumenterte, eller om dei faktisk ikkje blir gjorde. Manglande dokumentasjon er uansett brot på krava til forsvarleg saksbehandling og god forvaltingsskikk.

Nokre sentrale paragrafar i barnevernslova:

- Prinsippa om det beste for barnet og medverknad for barnet står i § 4-1.
- Kravet om forsvarlege tenester og tiltak i barnevernet finst i § 1-4.
- Oppgåvene til Bufetat er skildra i § 2-3 andre ledd.

Organiseringa av og oppgåvene til Bufetat er skildra på **www.bufdir.no.**

Dei endelege rapportane frå alle regionane og frå Nasjonalt inntaksteam (NIT) blir offentleggjorde på **www.helsetilsynet.no**. Der er alle rapportane etter tilsyn som fylkesmannen gjer på oppdrag frå Statens helsetilsyn. Etter at det landsomfattande tilsynet er avslutta, blir også rettleiaren som Helsetilsynet har utarbeidd som grunnlag for tilsyna som fylkesmannen har gjort, offentleggjord.

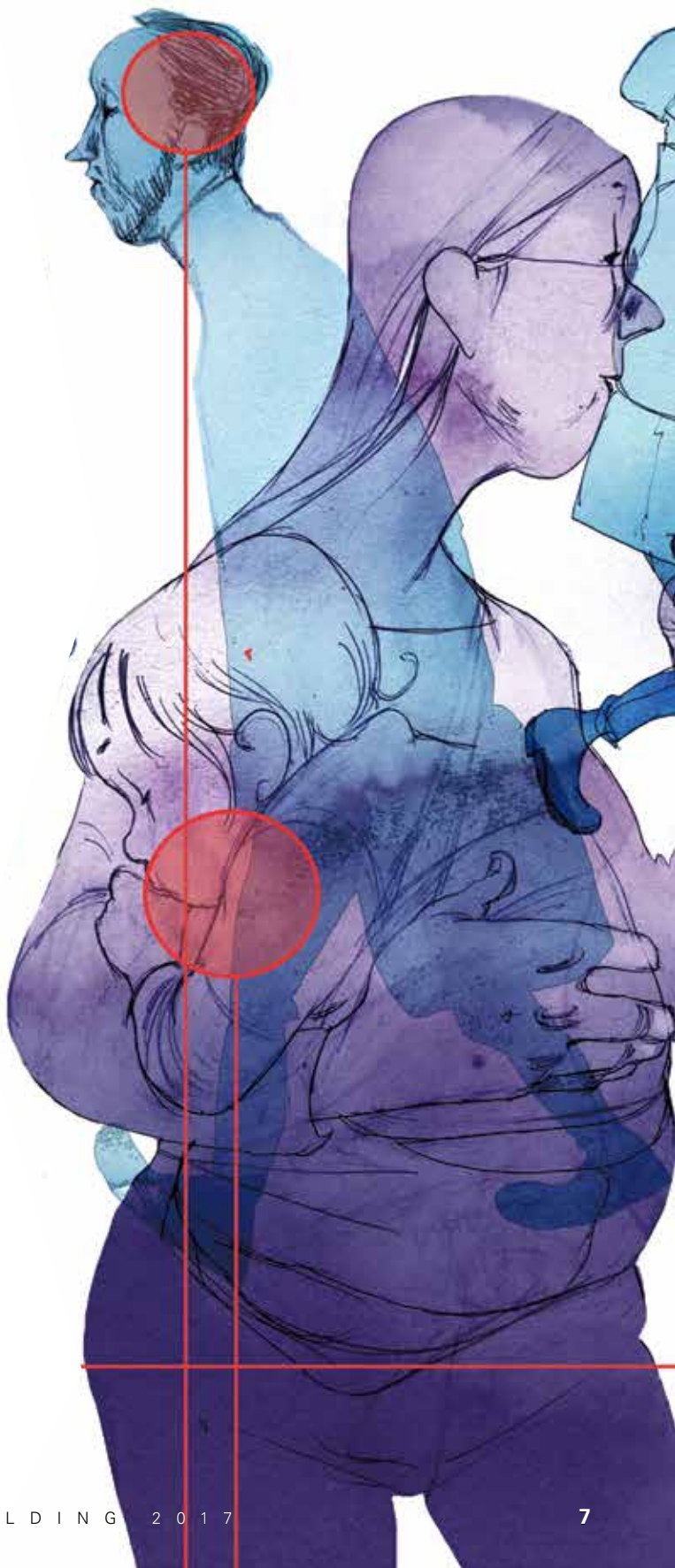
Gjennomgang av **barnevernssaker** for å auke **kunnskapen** om tenestene

Prosjektet «Gjennomgang av barnevernssaker» har som mål å hente fram kunnskap om god praksis, men også om svakheiter i arbeidet barnevernet driv. Formålet er å vidareutvikle kvaliteten i barnevernet. Prosjektet skal levere rapport til Barne- og likestillingsdepartementet i 2018.

Helsetilsynet fekk i 2016 oppdrag frå Barne- og likestillingsdepartementet å gå gjennom eit utval på minst hundre barnevernssaker om akuttplassering eller omsorgsovertaking av barn og unge som har vore behandla i fylkesnemnda. Gjennomgangen skal gi meir kunnskap om dilemmaa, kompleksiteten og kvaliteten i arbeidet som barnevernet driv.

Sakene er henta inn på bakgrunn av bestemte utvalskriterium.

Kva ser vi etter i sakene? Vi skal gi ei framstilling av saksgangen frå første uromelding til barneverntenesta og fram til fylkesnemnda behandlar saka. Vi skal særleg sjå på kvaliteten i dei faglege vurderingane barnevernet gjer, og om barnevernstenesta og fylkesnemnda er tydelege på kvifor dei gjer vedtak om akuttiltak og omsorgsovertaking.



YOLO

Kommunikasjon på **sosiale medium** – rolleforståinga til helsepersonell og kravet til **teieplikt**

Statens helsetilsyn har dei siste åra behandla fleire saker der vi har vurdert korleis helsearbeidarar har brukt og opptredd på sosiale medium. Det gjeld både saker som handlar om brot på teieplikta, og saker der helsearbeidarar har opptredd upassande på sosiale medium.

Korleis helsearbeidarar ter seg og opptrer på sosiale medium, krev medvit rundt rolleforståing og kva slags inntrykk dei gir utover. Måten helsepersonell står fram på privat i sosiale medium, kan påverke den tilliten allmenta har til helsepersonell og til helsetenestene generelt. Vidare må teieplikta haldast. Kommunikasjon med pasientar på sosiale medium krev spesiell varsemd. Statens helsetilsyn kan reagere dersom ein helsearbeidar bryt teieplikta ved å dele pasientsensitive opplysningar på sosiale medium eller har ei åtferd på sosiale medium som er med på svekkje tilliten til yrkesgruppa helsearbeidaren høyrer til.

Sosiale medium inkluderer nettsamfunn som Facebook og Twitter, personlege bloggar, chat og andre personlege informasjonskanalar over internett. Bruk av sosiale medium er blitt ein naturleg del av kvardagen vår, både i fritida og på arbeid. Men sosiale medium er offentlege rom, og informasjonen som ligg der, er ofte søkbar. I det augeblikket informasjonen er publisert, mistar vi ein del av kontrollen over det som er lagt ut, og informasjonen kan vere vanskeleg å trekkje tilbake eller fjerne i ettertid.

I 2016 behandla vi ei sak som gjaldt korleis ein fastlege brukte sosiale medium. Vi vurderte om legen hadde handla i strid med kravet om teieplikt i helsepersonellova ved at legen delte opplysningar om eigne pasientar på Facebook-sida si. Legen skildra arbeidsdagen sin på legekontoret og stadfesta i eitt tilfelle namnet på ein pasient og kva pasienten var behandla for. Statens helsetilsyn konkluderte med at legen gjennom kommunikasjonen sin på Facebook hadde brote teieplikta. Ved å handle slik legen gjorde, fann vi at vedkommande hadde handla på ein måte som var eigna til å svekkje tilliten til helsepersonell og til helse- og omsorgstenesta generelt. Det utgjorde ein fare for tryggleiken i helse- og omsorgstenesta, sidan det kunne føre til at pasientar kan vegre seg for å oppsøkje helse- og omsorgstenesta, eller la vere å gi opp viktig informasjon.

> ”Statens helsetilsyn konkluderte med at legen gjennom kommunikasjonen sin på Facebook hadde brote teieplikta.”

Teieplikta er eit berande element i tilliten i helsetenesta, og pasientar skal vere trygge på at ikkje uvedkommande får tilgang til opplysningar om dei. Helsepersonell skal ikkje gi, stadfeste eller spreie pasientopplysningar vidare. Reglane om teieplikt skal sikre at pasientar oppsøkjer helsetenesta når dei treng helsehjelp, utan at dei treng å frykte for at uvedkommande får tilgang til opplysningar om pasientane og deler dette vidare. Teieplikta skal vere ein del av kjernekunnskapen til alt helsepersonell.

Helsedirektoratet har gitt ut ein rettleiar i bruken av sosiale medium i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Rettleiaren rettar seg mot leiinga i verksemder og kan brukast som eit praktisk verktøy når verksemder skal utarbeide sine eigne retningslinjer for korleis tilsette skal bruke sosiale medium. Arbeidsgivarar bør utarbeide eigne retningslinjer for bruk av sosiale medium, og dei bør vere tilpassa behova til og storleiken på verksemda. Med bakgrunn i lovverket og styringsretten til arbeidsgivaren kan arbeidsgivaren sjølv forme ut bindande pålegg for tilsette, og også tilrådingar om korleis tilsette bør te seg i tilknyting til sosiale medium. Kvar enkelt helsearbeidar har dessutan etter helsepersonellova eit individuelt ansvar for å ta vare på teieplikta og for å innrette seg på ein slik måte at det tek vare på den tilliten befolkninga har til helsepersonell og omsorgstenesta.

Helsepersonell må vere bevisste på at opplysningar i sosiale medium er offentleg tilgjengelege, og at dei kan spreiast til opne medium, for eksempel aviser. Sosiale medium kan vere gode forum for å diskutere kliniske problemstillingar og erfaringar frå klinisk praksis, men slike diskusjonar må ikkje omtale pasientar på ein måte som gjer at det er råd å kjenne dei att. Sjølv om pasienten gir samtykke, må helsepersonell likevel vise varsemd når dei deler pasientsensitive opplysningar på sosiale medium.

Styring og leiing av verksemda – også **viktig** i legevakt

Statens helsetilsyn har for perioden mai 2015–juli 2017 gått gjennom 30 tilsynssaker som handla om alvorlege faglege feil ved behandlinga som pasientar har fått på legevakta. Gjennomgangen vår viser også at styringa og leiinga av verksemdene er viktig for å sikre god pasientbehandling og for å hindre at uønskte hendingar skjer.

I sakene der Helsetilsynet fann manglar, bad vi om at verksemdene gjekk gjennom planane sine for bemanning og sikring av kompetanse, og gjekk gjennom rutinane sine og korleis dei blir følgde opp. Svara frå verksemdene viser at dei hadde gjort tiltak for å minske risikoen for at uønskte hendingar skal skje igjen.

Eksempel på saker

Manglar ved mottak og formidling av kontakt med legevakta
Telefonar til legevakta kan gå via AMK eller til det nasjonale legevaktnummeret. Nokre pasientar ringjer til eller møter direkte opp på den lokale legevakta. AMK koordinerer transport. Sjukepleiarar i mottak må lærast opp i å bruke fagleg verktøy for å vurdere hastegrad og tiltak. I all hovudsak blir Norsk Index for medisinsk nødhjelp (NI) nytta. Verksemda har ansvar for å gi nødvendig opplæring, sikre forsvarleg bemanning, halde ved like kompetanse og sørgje for at rutinar jamleg blir implementerte for at helsepersonell skal kunne gjere gode faglege vurderingar.

Den første kontakten har mykje å seie for kva som skjer vidare med pasienten. Dersom sjukepleiaren ikkje merker seg symptoma som pasienten eller dei pårørande skildrar, og spør vidare med rett bruk av fagleg verktøy for avgjerdsstøtte, kan det resultere i at sjukepleiaren vurderer feil hastegrad, og at vesentleg informasjon blir utelaten. Dette kan leie helsepersonell på feil spor. Dei følgjande sakene viser at verksemda ikkje sikra at sjukepleiaren på legevakt spurde etter, noterte og/eller formidla nødvendig informasjon ut frå dei opplysningane som blei gitt i den første samtalen.

Ein pasient hadde falle på hovudet frå tre–fire meters høgde og skadd nakke og handledd. Ved to kontaktar med legevakta spurde ikkje sjukepleiarane etter nødvendig informasjon om skademekanismen. Legen spurde heller ikkje etter denne informasjonen etter den første kontakten med pasienten. Dei mangelfulle opplysningane følgde pasienten i behandlinga vidare på sjukehus. Etter tilsynssaka innførte legevakta trening på å ta imot pasientar, betre opplæring, meir merksemd retta mot kommunikasjon mellom sjukepleiar og lege, og kontinuerleg merksemd på å auke legedekninga.

Ein pasient hadde aukande pustevanskar og var nær ved å svime av. Han blei send heim utan at sjukepleiaren henta inn nødvendig informasjon om sjukehistoriene, eller at sjukepleiaren konsulterte lege. Sjukepleiaren hadde svikta i mottaket tidlegare. Etter tilsynssaka tok legevakta sjukepleiaren ut av arbeidet i mottaket og følgde henne tett opp. Legevakta utbetra også arbeidet med kvalitetssikring, bemanning og handtering av auka pasienttilstrøyming.

Ein pasient med brystsmerter fekk time hos lege på legevakt utan at sjukepleiaren formidla vidare at pasienten var kaldsveitt og måtte sitje for å puste betre. Pasienten kjende seg betre då legen undersøkte han, og legen unnlét å spørje om ein del alvorlege symptom. Det blei heller ikkje teke EKG. Etter tilsynssaka har kommunen gått gjennom og endra rutinane sine for handtering av telefonkontakt.

I fleire av sakene der Helsetilsynet vurderte legen sitt ansvar for hendingane som det sentrale, virka det som om notatet, prioriteringa eller tiltaka til sjukepleiaren i mottaket likevel hadde gitt føringar for den vidare behandlinga.

Mangelfull samhandling mellom legevakt og AMK
Ein lege var kalla ut til ein pasient med hjartestans, men venta forgjeves på ein ambulanse som skulle plukke han opp. Ambulansen hadde ikkje fått beskjed av AMK om dette. Helsetilsynet kom til at AMK burde ha sikra at legen fekk vere med ambulansen, sjølv om fleire oppdrag på same tid og dårleg vêr indikerte at AMK var overbelasta. I ei anna sak som også gjaldt ein pasient med brystsmerter og seinare hjartestans, vurderte Helsetilsynet at prosedyren rundt «mottak og tolking av EKG» var uklar. Helsetilsynet bad legevakta og helseføretaket om å gå gjennom saka med tanke på når prosedyren skal gjelde.

Mangelfull sikring av nok og kompetent personell på arbeid
Ein ung pasient hadde vore i kontakt med helsetenesta fleire gonger gjennom fleire veker på grunn av ein hoven og vond ankel, og fleire legar fanga ikkje opp at tilstanden blei meir og meir alvorleg. Ein av legane hadde 54 pasientkonsultasjonar på ei femten timars vakt. Legevakta hadde ikkje sikra ekstra bemanning i periodar då det var venta auka tilstrøyming av pasientar, men gjennomførte tiltak etter tilsynssaka for å auke bemanninga i dei periodane det var nødvendig.

Ein pasient hadde akutt alvorleg astma, og Helsetilsynet avdekte at to legar mangla nødvendig kunnskap om diagnostisering og behandling, og dei visste heller ikkje kvar utstyr var eller korleis det skulle brukast. Kommunen sørgde for å organisere legetenesta si betre før tilsynssaka var over, med betre opplæring, rutinar og sikring av kompetanse.

Det er **forbode** for helsepersonell å lese i **journalar** til pasientar som dei **ikkje** har ansvaret for

Statens helsetilsyn behandlar kvart år fleire saker mot helsepersonell som har gjort oppslag i helsejournalar utan at formålet var å gi helsehjelp til pasienten.

Det er forbode for helsepersonell å tileigne seg opplysningar med teieplikt om pasientar dei ikkje har ansvar for å gi helsehjelp til, eller skal administrere slik hjelp til. Det går fram av helsepersonellova § 21 a. Forbodet har same formålet som den alminnelege regelen om teieplikt for helsepersonell, nemleg å verne integriteten og personvernet til pasientane og sikre at befolkninga har tillit til helsetenesta og helsepersonell. Det er viktig at pasientar skal kunne oppsøkje helsetenesta utan at dei treng å frykte at uvedkommande får tilgang til opplysningar om dei.

Det vanlegaste er at sakene startar med at arbeidsgivarar seier frå, men det er også døme på at pasientar sjølve melder saka.

Vi ser alvorleg på saker der helsearbeidarar utan rett har tileigna seg journalopplysningar. Det vanlege i slike saker er at helsearbeidaren får ei åtvaring. Men ei sak kan vere så alvorleg at det er aktuelt å kalle tilbake autorisasjonen til helsearbeidaren.

Eksempel på sakstypar der helsearbeidarar har brote lova

Statens helsetilsyn har hatt fleire saker der helsearbeidarar har gjort oppslag i journalane til vener, naboar, familiemedlemmer og kollegaer. Dette er ei alvorleg krenking av integriteten til pasientane.

Nokre gonger ønskjer helsepersonell å få vite om helsehjelpa dei gav en pasient tidlegare var korrekt, slik at dei kan lære av situasjonen. I desse høva må helsepersonellet be om å få opplysningane. Dei kan ikkje sjølve slå opp i pasientjournalen.

> Leiinga må følgje med på om tilsette les journalar til pasientar dei ikkje gir helsehjelp til

Vi har også hatt saker der helsearbeidarar som er pårørande til ein pasient, opplyser at dei har samtykke frå pasienten til å gå inn i journalen. Sjølv om pasienten gir samtykke, må helsearbeidaren – som andre pårørande – vende seg til pasientansvarleg lege og be om innsyn i journalen.

Helsearbeidarar hevdar somme gonger at de ikkje visste at det dei gjorde, var ulovleg. Dette legg vi ikkje vekt på i sakene våre, fordi helsearbeidarar har ei plikt til å gjere seg kjende med og halde seg oppdaterte om det regelverket som gjeld.

Ansvaret til verksemda

Verksemder må leggje til rette og organisere seg slik at helsearbeidarar utan rett ikkje får tilgang til pasientopplysningar, for eksempel ved å avgrense kven som har tilgang til opplysningar. Leiinga må følgje med på om tilsette les journalar til pasientar dei ikkje gir helsehjelp til, for eksempel ved å kontrollere loggen som viser kven som har gjort oppslag i pasientjournalar.

Reaksjonar frå verksemda

Erfaringa vår frå sakene er at arbeidsgivarar ser alvorleg på at helsepersonell utan å ha rett til det tileignar seg opplysningar som er underlagde teieplikt. I mange saker ser vi at arbeidsgivaren melder forholdet til politiet, og/eller at helsearbeidaren blir sagd opp frå stillinga si. I andre saker reagerer arbeidsgivaren med å gi helsearbeidaren ei skriftleg åtvaring.

Lovgrunnlaget

Av helsepersonellova og helse- og omsorgstenestelova går det fram at verksemder som yter helse- og omsorgstenester, har plikt til å organisere seg slik at helsepersonellet blir i stand til å oppfylle dei lovpålagde pliktene sine. Kommunen skal leggje til rette for sikre tilstrekkeleg fagkompetanse i tenestene, og dei skal gjennomføre eigenkontroll for å sjekke at dette blir sikra. Helsepersonell skal utføre arbeidet sitt forsvarleg. Dei skal hente inn hjelp eller vise pasientar vidare der det er nødvendig og mogleg.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta pålegg den som har det overordna ansvaret for verksemda, å sørgje for at aktivitetane i verksemda er systematisk styrte, og at medarbeidarane i verksemda medverkar til dette. Akuttmedisinforskrifta regulerer krava til og organiseringa av dei ulike verksemdene i den akuttmedisinske kjeda.

Kontrollrutinar – viktig for å hindre og oppdage **tjuveri** av legemiddel

Statens helsetilsyn behandlar årleg fleire tilsynssaker mot helsearbeidarar som er mistenkte for, eller som har vedgått at dei har stole legemiddel på arbeidsplassen til eige bruk. Det dreier seg om legemiddel i reseptgruppe A og B, til dømes legemiddel som blir gitt for smerter, angst og søvnproblem. Sakene viser at verksemda somme gonger har oppdaga dette raskt, mens det i andre tilfelle har gått lang tid før arbeidsgivaren har avdekt forholdet. Dersom det har vore stole frå dosettar eller frå ferdiglaga pasientdosar på annan måte, er det stor fare for at pasientar ikkje har fått dei legemidla dei skulle ha. Det kan få ulike konsekvensar som for eksempel dårlegare smertelindring.

Gode rutinar for å handtere legemiddel og god kontroll av legemiddelbehaldninga kan hindre at helsepersonell stel tablettar og andre legemiddel. Likevel, trass i gode rutinar og god kontroll er det helsearbeidarar som av ulike årsaker blir freista til å ta legemiddel frå lageret eller andre behaldningar til eige bruk. Då er det viktig at verksemda raskt oppdagar det og finn fram til den som står bak, for å få ein slutt på det. Gode rutinar og god kontroll er avgjerande også for det.

Eksempel frå tilsynssaker

Leiinga ved ei avdeling på ein sjukeheim oppdaga ved ein rutinekontroll av narkotikarekneskapen og legemiddelbehaldninga at det mangla to–tre tablettar av eit sterkt smertestillande legemiddel. Dei mistenkte at nokon hadde stole tablettane, og undersøkte det derfor nærare. Verksemda hadde elektronisk registrering av alt tilgjenge til legemiddellageret, og leiinga samanlikna derfor tilgangsloggen til legemiddellageret, narkotikarekneskapen og vaktlista. Det viste seg at ein tilsett hadde vore på legemiddellageret på alle tidspunkta då legemidla sannsynlegvis forsvann. I tillegg hadde sjukepleiaren vore på lageret fleire gonger utan at det var registrert ut legemiddel i rekneskapen. Rutinekontrollen gjorde at verksemda oppdaga forholdet raskt, og kontrollen verksemda har med tilgjenge til lageret, gjorde at dei også raskt hindra nye tilsvarande saker.

> Gode rutinar for å handtere legemiddel og god kontroll av legemiddelbehaldninga kan hindre at helsepersonell stel tablettar og andre legemiddel.

I andre saker har vi sett at verksemda gjennom slike undersøkingar oppdagar at ein tilsett har vore på lageret på eit tidspunkt som ikkje var i samsvar med vaktlista, for eksempel på fritida eller i feriar. Vi har også sett eksempel på at kontrollar har avdekt at legemiddel som er førte ut av rekneskapen, ikkje kan finnast att i pasientdokumentasjonen, og at det er oppdaga ukjende signaturar i narkotikarekneskapen.

I ei anna sak melde ein tilsett om at det mangla 50 tablettar av eit smertestillande legemiddel på lageret. Denne verksemda førte rekneskap på dette legemiddelet, sjølv om det ikkje høyrer til reseptgruppe A. På bakgrunn av det melde avviket undersøkte leiinga saka nærare, blant anna bestillingane frå apotek. Dette avdekte at det over litt tid var bestilt ei stor mengd av dette legemiddelet samanlikna med perioden før, og forskjellen kunne ikkje forklarast med behova til pasientane. Hadde denne verksemda kontrollert bestillingane frå apotek oftare, kunne forholdet kanskje ha vore oppdaga og stoppa på eit tidlegare tidspunkt.

Viktig for kvaliteten

Det er viktig for kvaliteten i helsetenesta og for tilliten til helse- og omsorgstenesta og helsepersonell generelt at verksemda gjennom gode kontrollrutinar gjer det dei kan for å hindre og avdekkje tjuveri av legemiddel.

Det er viktig også for helsearbeidarane som er komne i ein slik situasjon, at dei har skaffa seg legemiddel på denne måten, at forholdet raskt blir avdekt.

Forskrifta om legemiddelhandtering krev at verksemda har kontroll med handteringa og behaldninga av legemiddel.

Gode kontrollrutinar – leiinga sitt ansvar

- Sørg for å melde og undersøkje avvik, og for å følgje rutinane.
- Ha god kontroll med tilgjenget til legemiddellageret og narkotikaskapet.
- Ha god kontroll med lageret: Avgrens behaldninga, og før rekneskap også på legemiddel i gruppe B.
- Sørg for at uttak blir kontrollert ved dobbeltsignering, og ikkje berre blir signert.
- Sørg for å kontrollere bestillingar frå apotek og legemiddel som skal kasserast / returnerast til apotek.
- Sørg for å kontrollere rekneskap, behaldning og tilgang jamleg.

Handtering av **helsepersonell** over **landegrenser** (nordisk samarbeid) – **bevisstgjering** av arbeidsgivarar

Arbeidsgivarar som planlegg å tilsetje helsearbeidarar frå utlandet, må kontrollere både den norske autorisasjonen deira og autorisasjonsstatusen dei har i heimlandet.

Statens helsetilsyn har i 2017 fått 510 meldingar frå dei andre nordiske landa om endra autorisasjonsstatus for helsepersonell. Statens helsetilsyn oppretta tilsynssak mot 30 helsearbeidarar fordi dei også hadde ein norsk autorisasjon som helsepersonell. I desse tilsynssakene fekk 28 helsepersonell vedtak om at den norske autorisasjonen deira blei kalla tilbake.

Sjølv om Statens helsetilsyn får meldingar frå dei andre nordiske landa om at helsearbeidarar har fått endra autorisasjonsstatusen sin, får vi ikkje alltid tilstrekkeleg informasjon til å behandle ei tilsynssak. Vi vil alltid informere norske arbeidsgivarar når vi får slike meldingar, og det er viktig at arbeidsgivarane følgjer opp helsearbeidarar som har fått avgrensingar i autorisasjonen sin i eit anna nordisk land.

Informasjon mellom dei nordiske landa om helsearbeidarar som har fått endra autorisasjonsstatus, er regulert av Nordisk overeinskomst om felles arbeidsmarknad for helsepersonell.

Statens helsetilsyn informerer helsestyresmaktene i nordiske land om vedtak om tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett – eller ved avgrensing av autorisasjon. Statens helsetilsyn gir ut informasjon om bakgrunnen for vedtaket i dei tilfella der helsestyresmaktene i andre land spør etter dette.

Statens helsetilsyn får informasjon om vedtak om tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett. Vi får også informasjon ved avgrensing av autorisasjonen til helsearbeidarar frå alle nordiske land. Vi undersøkjer om den aktuelle helsearbeidaren er registrert i Helsepersonellregisteret i Noreg.

Når autorisasjonen frå eitt av dei andre nordiske landa fell bort, kan Statens helsetilsyn kalle tilbake den norske autorisasjonen. Dette kan vi gjere sjølv om vi ikkje har ytterlegare bakgrunnsinformasjon. Dette har vi ikkje høve til å gjere når helsearbeidarar får avgrensingar i autorisasjonen sin i eit anna nordisk land. Statens helsetilsyn må da hente inn ytterlegare opplysningar. Om Statens helsetilsyn får meir informasjon, er avhengig av den nasjonale lovgivinga i dei andre nordiske landa. Denne typen informasjon inneheld ofte sensitive opplysningar, og nasjonal lovgiving kan hindre at opplysningane blir formidla vidare. Får vi ikkje informasjon, kan vi ikkje gå vidare med saka.

Vi sjekkar alltid Arbeidsgivar-/Arbeidstakarregisteret, som gir oversikt over arbeidsforhold i Noreg. I dei tilfella der helsearbeidaren har ein aktuell norsk arbeidsgivar, sender vi opplysningane vi har fått, vidare til arbeidsgivaren. Statens helsetilsyn får førebels ikkje løpande informasjon om endringar i autorisasjonsstatusen til helsearbeidarar frå EU/EØS-land utanom dei nordiske landa.

Arbeidsgivarar som planlegg å tilsetje helsepersonell frå utlandet, har ansvaret for å kontrollere referansar og i tillegg kontrollere både den norske autorisasjonsstatusen til helsearbeidaren og autorisasjonsstatusen helsearbeidaren har i heimlandet.

Nasjonale **kvalitetskrav** kan bidra til trygg **fødselsomsorg**

Helsetilsynet har saman med Helsedirektoratet kartlagt om fødeinstitusjonane i landet følgjer fastsette kvalitetskrav i fødselsomsorga. Vi henta inn opplysningar om seleksjon, fosterovervaking, organisering, bemanning og kompetanse ved alle fødeinstitusjonane i landet. Kartlegginga viste at det har skjedd endringar i norsk fødselshjelp etter at kvalitetskrava blei gitt ut i 2010, men det står att område der rutinar og praksis kan betrast. Verksemdene må sjølve evaluere om kvalitetskrava blir følgde og fungerer etter formålet.

Tilsynssaker som Helsetilsynet har behandla, har vist at helsehjelpa somme gonger sviktar under fødsel. Kjende risikoområde er: seleksjon og differensiering, fosterovervaking, samhandling mellom jordmor og lege, forløysing på rett tidspunkt og handtering av akutte situasjonar. Seleksjon vil seie å ta stilling til på kva fødenivå kvinna kan føde: fødestove (lågrisikofødande), fødeavdeling (lågrisikofødande og nokre kategoriar av risikofødande) og kvinneklinikkar (alle kategoriar av fødande). Differensiering i fødsel vil seie å velje ulik behandling til låg- og høgrisikofødande.

I 2009 kom stortingsmeldinga *En gledelig begivenhet*, der det blei rådd til å utarbeide kvalitetskrav for kvart fødenivå. Dei forsterka fødestovene, som hadde vore tilbodne nokre stader, skulle gjerast om til fødestove eller fødeavdeling. Helsedirektoratet gav i 2010 ut *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.

Blei kvalitetskrava følgde? Helsedirektoratet og Helsetilsynet utarbeidde eit spørjeskjema som den medisinskfagleg ansvarlege i kvar fødeinstitusjon skulle svare på.

Resultat frå kartlegginga

Seleksjon og differensiering
Fødeinstitusjonane hadde innført seleksjonskriterium for kvar fødsel kan gå føre seg. I ein del fødeinstitusjonar var ansvarsområdet til jordmor og lege ikkje skriftfesta. Det kan ha noko å seie for korleis differensiert fødselsomsorg blir gjennomført. Uklare ansvarsforhold kan for eksempel føre til at jordmora tek på seg arbeidsoppgåver som eigentleg høyrer inn under ansvarsområdet til legen.

> Tilsynssaker har vist at bruk av vikarar kan vere ein risikofaktor

Fosterovervaking
Fødselshjelparar må ha tilstrekkeleg kompetanse i fosterovervaking. Verksemda har ansvar for å sjå til at helsepersonellet får regelmessig undervisning, og at alle har dei nødvendige ferdigheitene. Kartlegging viste at undervisning i fosterovervaking blei gjennomført oftare ved kvinneklinikkane enn ved fødeavdelingane. Vidare sørgde kvinneklinikkane i større grad for å sertifisere fødselshjelparar for å sikre tilstrekkeleg kompetanse hos alle.

Bemanningssituasjonen
Kartlegginga viste at ein store del av fødeavdelingane hadde ledige legestillingar, og at kvinneklinikkane i nokon grad mangla jordmødrer. Tilsynssaker har vist at bruk av vikarar kan vere ein risikofaktor, særleg når vikaren ikkje er kjend med organisering og rutinar. Det kan føre til sviktande handtering i akutte situasjonar.

Opplæring
Eit godt opplæringsprogram er viktig for nytilsette og vikarar, men kartlegginga viste at nesten halvparten av fødeinstitusjonane mangla dette. Kvalitetskrava presiserer at undervisning og praktisk trening skal vere tverrfagleg og obligatorisk, nettopp for å sikre at alle som er med i eit behandlingsteam, tek del i felles opplæring. Kartlegginga viste at berre halvparten av fødeinstitusjonane hadde felles opplæring for legar og jordmødrer. Vidare var det under halvparten som hadde felles obligatorisk undervisning for fødselslegar, jordmødrer og barnelegar.

Konklusjon frå kartlegginga

Fødeinstitusjonane rapporterte at kvalitetskrava hadde ført til endringar på rutinar og praksis i eiga verksemd. Kartlegginga vår viste at det framleis står att ein del arbeid når det gjeld rutinar, ledige stillingar og tverrfagleg opplæring. Det er arbeidsgivar som har ansvar for å sjå til at kvalitetskrava blir innførte, og at effekten av desse seinare blir vurderte.

Ein artikkel blei publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening, 18. september 2017 (http://tidsskriftet.no/2017/09/originalartikkel/folges-fastsatte-kvalitetskrav-i-fodselsomsorgen)

Erfaringsmedarbeidarar i **tilsyn**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har gjennomført eit prosjekt med brukarinvolvering i planlagd tilsynsaktivitet for perioden 2015–2017. Modellen som blei brukt, var henta frå prosjektet «Experts by experience» i regi av Care Quality Commission (CQC) i England, der personar som hadde vore eller var brukarar av tenester, eller som var pårørande, tok del i tilsynsaktiviteten til CQC. Målet for Fylkesmannen var å undersøkje om brukarinvolvering kunne vere med på å synleggjere situasjonen og erfaringane til tenestemottakarane betre.

Gjennom to brukarorganisasjonar blei det rekruttert seks brukarrepresentantar som tok del i tilsyna med kommunale helse- og omsorgstenester til utviklingshemma og tenester til eldre i sjukeheimar. Brukarrepresentantane fekk namnet «erfaringsmedarbeidarar».

Erfaringsmedarbeidarane fekk opplæring over to dagar, der deltakarane gjekk gjennom regelverk, tilsynsmetode og dei spesifikke tilsyna. Erfaringsmedarbeidarane tok del under planlegging, førebuingar, gjennomføring og i etterarbeid av tilsyna. Målsetjinga var at erfaringsmedarbeidarane skulle ha reell medverknad i tilsyna.

Det blei gjennomført tilsyn i seks kommunar. Kommunane såg positivt på prosjektet med brukarinvolvering og la godt til rette for at dette kunne gjennomførast på ein god måte. Tilsyna blei gjennomførte med systemrevisjon som metode. Ved alle tilsyna blei det gjennomført samtalar med tenestemottakarar. Dette gav tilsynsteamet god informasjon om tenestemottakarane og tenestene dei fekk.

Bruken av erfaringsmedarbeidarar har gitt meirverdi til tilsyna, og det har også gitt tilsynsorganet eit breiare faktagrunnlag. Erfaringsmedarbeidarane bidrog til større merksemd om samanhengen mellom tenestetilbod/tenesteutøving og kva det medfører for kvar enkelt tenestemottakar.

Ein må vie stor merksemd til utveljinga av erfaringsmedarbeidarar. Arbeidet overfor organisasjonane før dei vel ut kven som skal ta del, må innehalde så mykje informasjon og så tydeleg framstilling av rolla som erfaringsmedarbeidar at utveljinga kan skje på eit godt nok grunnlag. Dette arbeidet blei ikkje tilstrekkeleg førebudd i samband med dette prosjektet.

Kva ressursar som må setjast av til å lære opp erfaringsmedarbeidarane, er avheng av den tidlegare erfaringa deira. Fleire brukar- og interesseorganisasjonar har internopplæring for dei som skal bli brukarrepresentantar. Dette kan vere eit godt grunnlag å byggje den vidare tilsynsopplæringa på, og ein bør vurdere om erfaringsmedarbeidarar alltid bør ha gått gjennom slik opplæring. På grunn av ressursmangel blei sjølve tilsynsopplæringa redusert frå fire til to dagar. Konklusjonen vår er at dette blei for lite. Det gjekk også for lang tid mellom opplæringa og tidspunktet da førebuinga av tilsyna blei starta opp.

Det tok noko lengre tid å førebu tilsyna enn når ein førebur tilsyn som berre har med medarbeidarar frå fylkesmannen.

Erfaringa viste at det i nokre samanhengar var vanskeleg å skilje mellom tilsynsrolla og pårøranderolla. Dette var ikkje godt nok drøfta i forkant eller undervegs.

Vi intervjua tenestemottakarar med svekt kognitiv funksjon eller med utviklingshemming i desse tilsyna. Korleis ein skal spørje og tolke svar, blei i liten grad teke hand om under opplæringa. Erfaringa er at intervju med bebuarane i hovudsak gjekk bra, men det er viktig å sikre at tilsynslaget har tilstrekkeleg innsikt til å kunne tolke informasjonen som blir henta inn.

Erfaringsmedarbeidarane tok del og bidrog godt i å utarbeide rapportane. Dei har også fått høve til å ta del i gjennomgangen av første tilbakemeldinga frå kommunane. Erfaringsmedarbeidarane har gitt tilbakemelding om at erfaringane og innspela deira til tilsynsprosessen blei tekne på alvor. Dei har følt seg respekterte og likeverdige.

Fylkesmannen har fått nyttige erfaringar for å involvere brukarar og pårørande vidare i tilsynsarbeidet. Avhengig av tema for tilsynet må ein vurdere når i prosessen erfaringsmedarbeidarar skal ta del: i informasjonshenting, når det blir laga ein rettleiar, under førebuinga til tilsyn eller om dei skal vere med i heile prosessen.

Bruken av erfaringsmedarbeidarar i planlagt tilsyn er ressurskrevjande, både i form av lengre gjennomføringstid for tilsynet og økonomisk.

I strategisk plan for Statens helsetilsyn for 2015–2019 er ei av målsetjingane at brukarar er involverte i alle tilsynsaktivitetar. På denne bakgrunnen blei det etablert eit prosjekt i Statens helsetilsyn: «Styrkt involvering av pasientar, brukarar og pårørande i tilsyn», og det blei utlyst prosjektmidlar som fylkesmennene kunne søkje på.

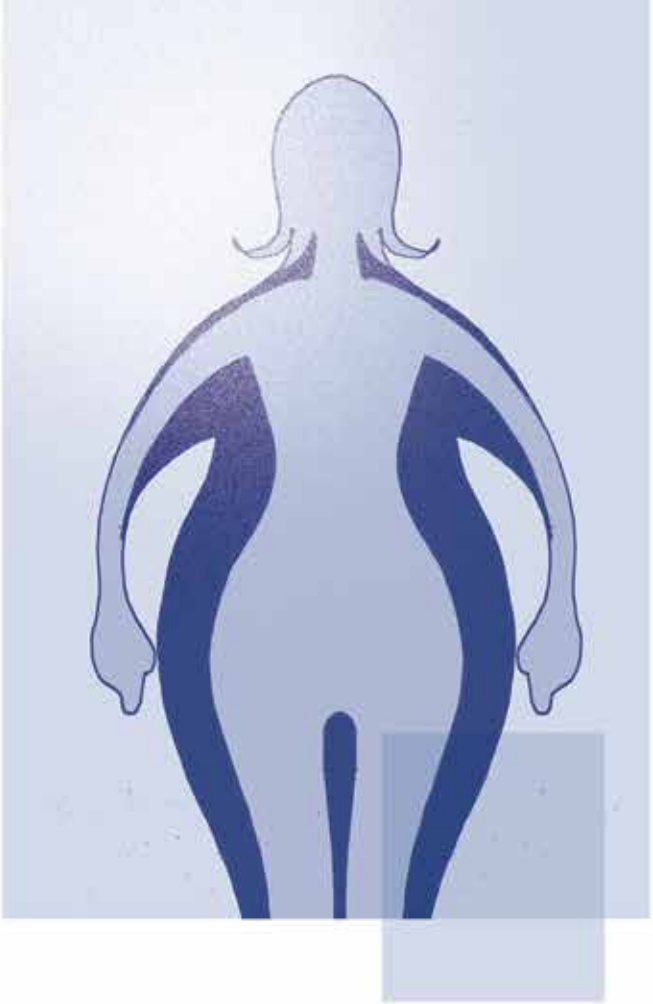
Forbod mot bruk av **før- og etterbilete** og tilbod om kreditt i marknadsføring av **kosmetiske inngrep**

Styresmaktene stiller særlege krav til marknadsføringa av kosmetisk kirurgi – det vil seie kirurgiske inngrep der formålet berre er å endre utsjånaden.

Eiga forskrift om marknadsføring av kosmetiske inngrep
Helsepersonellova § 13 set vilkår for marknadsføring av helse- og omsorgstenester, og Statens helsetilsyn fører tilsyn med marknadsføringa. Når det gjeld tilsyn med marknadsføring av kosmetiske inngrep, fører også Forbrukertilsynet slikt tilsyn. Tilsynet skjer da etter marknadsføringslova og blir særleg utøvd der marknadsføringa er retta mot barn og unge.

Etter helsepersonellova må verksemder som marknadsfører tenestene sine, gjere dette på ein forsvarleg, nøktern og sakleg måte. Når det gjeld kosmetisk kirurgi, er krava utdjupa i ei eiga forskrift om marknadsføring av kosmetiske inngrep.

Forskrifta gjeld for «kirurgiske inngrep». Dette er først og fremst inngrep der det blir brukt kirurgisk kniv, men også andre behandlingsformer kan komme inn under reglane: for eksempel bruk av laser, kanylar for utsuging, deponering/implantasjon av kunstige materiale under huda og sprøyter. Behandlingar/inngrep som ikkje blir definerte som kirurgiske inngrep, for eksempel mange hudbehandlingar, er ikkje omfatta av forskrifta.



Forskrifta omfattar vidare alle typar marknadsføring og i alle typar medium, medrekna marknadsføring i papirform, i lyd- og biletreklame, på internett, på salsmesser eller liknande og i kurs- og undervisningsverksemd. Marknadsføring kan også skje i pasientkonsultasjonar, i samband med at pasienten samtidig får informasjon om behandlinga.

Forbod mot å bruke før- og etterbilete
Forskrifta § 4 slår fast at marknadsføringa ikkje skal skje på ein måte som verkar støytande eller krenkjande, eller som speler på lyte eller fordommar mot normale kroppsvariasjonar. I praksis inneber dette blant anna eit forbod mot å bruke før- og etterbilete i marknadsføringa.

Helsetilsynet har behandla ei sak mot ein privatpraktiserande plastikkirurg som marknadsførte fleire ansiktsbehandlingar som «ansiktsløft uten kirurgi» på heimesida si og i eit magasin. Ansiktsbehandlingane blei marknadsførte med før- og etterbilete.

Vi vurderte at fire av behandlingane kunne definerast som kosmetisk-kirurgiske behandlingar. Eitt av inngrepa omfatta bruk av kirurgisk kniv og deponering av trådar under huda. Ved eit anna inngrep, der det blei gjort ei djup kjemisk «skrelling» av huda, la vi til grunn at denne behandlinga teknisk sett kunne sidestillast med ei laserbehandling og derfor kunne vurderast som eit kirurgisk inngrep. Dei to siste inngrepa gjaldt smelting av underhudsfeitt, og vi vurderte det eine av desse inngrepa som eit kirurgisk inngrep fordi det blei ført ein tynn kanyle med laser på tuppen inn under huda for å smelte feittet.

Plastikkirurgen fekk ei åtvaring for brot på forskrifta § 4 jf. helsepersonellova § 13.

Forbod mot tilbod om kreditt og forbrukslån
Etter forskrifta § 6 kan ein ikkje tilby kreditt eller forbrukslån når ein marknadsfører kosmetiske inngrep. Slik marknadsføring kan ha eit klart aggressivt preg, noko som igjen kan føre til impulsive avgjerder og press om å gjennomføre kosmetiske inngrep.

Helsetilsynet har behandla ei tilsynssak mot ein privat klinikk som tilbyr kosmetisk kirurgi. Utgangspunktet for tilsynssaka var at klinikken på nettsidene sine hadde ei prisliste med oversikt over ulike kosmetiske inngrep, der det gjekk fram at pasientane kunne få rentefritt lån i ni månader gjennom banksambandet til klinikken.

Helsetilsynet kom til at dette var eit tilbod om kredittfinansiering, og at marknadsføringa dermed var i strid med forskrifta § 6, jf. helsepersonellova § 13.

Forsvaret har **mangelfull dokumentasjon** av helsehjelp i samband med oppdrag i utlandet

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsetenesta til norsk personell i militære operasjonar i utlandet. Som del av dette har vi etter ein avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet undersøkt kva system Forsvaret har for å dokumentere helsehjelp under oppdrag i utlandet, både når det er gitt av eige helsepersonell, og når det er gitt av personell frå eit anna land. Tilsynet konkluderte med at Forsvaret ikkje har sikra eit formålstenleg og funksjonelt system for å dokumentere slik helsehjelp.

Dokumentasjon av helsehjelp i pasientjournalen er vesentleg for fagleg forsvarleg undersøking, diagnostikk, behandling og pleie av pasienten. Opplysningar i journalen fungerer som kommunikasjon mellom helsepersonell, og vil også kunne vere svært viktig når ein skal vurdere eventuelle skadar eller følgjetilstandar etter militær tenestegjering. Dokumentasjon av helsehjelp er også viktig for personell som har fått slik hjelp, når det er snakk om å tildele yrkesskadeerstatning og tenester frå NAV.

Tilsynet var ei oppfølging av eit tidlegare tilsyn gjennomført i 2012, der det også blei avdekt lovbrot. Formålet har vore å undersøkje om tiltaka etter dette tilsynet har vore effektive, verksame og stabile over tid.

Tiltaka som blei omtalte av Forsvaret etter dette tilsynet, var:

- tilstrekkeleg satellittsamband (online løysing med journaldatabase i Noreg)
- offline-applikasjon på frittståande arbeidsstasjonar med innlasta journalar
- lagring av biletmateriale
- avklaring av ansvar og oppgåver
- utvikling av nye rutinar

Tilsynet viste at tiltaka etter tilsynet i 2012 ikkje har hatt tilstrekkeleg effekt.

Det er manglar både ved online- og offline-løysingane. I fleire av operasjonane har online-løysinga lang påloggingstid og treg funksjonalitet. Offline-løysinga fungerer godt når éin helsearbeidar bruker henne, men fleire maskiner kan ikkje koplast saman til eitt nettverk, og løysinga eignar seg derfor ikkje for fleire samtidige brukarar i éi helseteneste. Da tilsynet blei gjennomført, var det ikkje komme i drift noka fungerande ordning for å lagre biletdiagnostisk materiale, men Forsvaret har i etterkant inngått ein avtale med Helse Vest RHF om eit system for å granske og lagre biletdiagnostikk.

> ”Det er alvorleg at det framleis er dei same grunnleggjande manglane ved ordningane for journalføring som ved det førre tilsynet.”

Frå ein utanlandsoperasjon der det ikkje deltek norsk helsepersonell, kjem helseopplysningar i svært liten grad inn i journalsystemet. Det ligg ikkje føre rutinar, ordningar eller tiltak for å sikre at helseopplysningar i utanlandsoperasjonar utan norsk helsepersonell blir med til Noreg og kjem inn i journalsystemet.

Det er alvorleg at det framleis er dei same grunnleggjande manglane ved ordningane for journalføring som ved det førre tilsynet. Funn ved dette tilsynet viser at Forsvaret ikkje overvakar eiga verksemd og set i verk nødvendige forbetringstiltak når det trengst. Det inneber at denne delen av verksemda i Forsvaret blir driven med for høg risiko.

Helsefagleg forsking må godkjennast på førehand, og **risiko** må stå i forhold til forventa nytte

Medisinsk og helsefagleg forsking som involverer menneske, humant biologisk materiale eller helseopplysningar, skal ha førehandsgodkjenning frå Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK). Omsynet til velferda og integriteten til deltakarane skal kome før interessene til vitskapen og samfunnet.

Statens helsetilsyn har vurdert to forskingsprosjekt ved Noregs idrettshøgskole (NIH) etter at det blei sett fram påstandar i media om at prosjekta ikkje hadde nødvendig godkjenning frå REK.

Formålet med det eine forskingsprosjektet var å undersøkje lungefunksjonen og luftvegsinflammasjonen hos idrettsutøvarar i langrenn og skiskyting, og indirekte studere aktiviteten i nervesystemet. Dette blei blant anna gjort ved å måle responsen på inhalasjon av to astmamedisinar med ulike verknadsmekanismar. I tillegg blei det gjort ein provokasjonstest for å måle overfølsemd i lungene, ein viktig test for å diagnostisere eller avkrefte astma.

REK vurderte det opphavleg slik at forskingsprosjektet fall utanfor helseforskingslova, men NIH klaga over dette til Den nasjonale komiteen for medisinsk og helsefagleg forsking (NEM), som meinte at prosjektet skulle vurderast etter helseforskingslova. Men NIH starta prosjektet utan å sende ny søknad til REK.

Formålet med det andre prosjektet var å samanlikne to metodar for å måle aktivitet i nervesystemet hos idrettsutøvarar. Då REK vurderte det slik at prosjektet fall utanfor helseforskingslova, blei det avgjort at deltakarane også skulle få astmamedisin på forstøvarapparat. NIH sende ingen ny førespurnad til REK om bruken av astmamedisin i prosjektet.

NIH hadde publisert artiklar frå begge prosjekta der det blei opplyst at prosjekta var godkjende av REK.

> NIH hadde publisert artiklar frå begge prosjekta der det blei opplyst at prosjekta var godkjende av REK.

Statens helsetilsyn fann at forskingsprosjekta prøvde å finne ny kunnskap om helse som også kunne ha relevans for den generelle forståinga av astmatiske lidingar, og at prosjekta derfor var medisinsk og helsefagleg forsking som var omfatta av helseforskingslova. Alle medisinske og helsefaglege forskingsprosjekt må vere førehandsgodkjende av REK. Kravet til slik godkjenning skal sikre at forskingsprosjektet er medisinsk og etisk forsvarleg, og i tråd med reglane i helseforskingslova. Statens helsetilsyn ser alvorleg på at NIH ikkje har oppfylt dette kravet.

For at den medisinske og helsefaglege forskinga skal vere forsvarleg, er det også eit krav om proporsjonalitet. Det vil seie at den risikoen og dei ulempene som forskingsdeltakarane blir utsette for, må stå i forhold til den forventa nytta. Kva risiko og ulempe som er forsvarleg og akseptabel, er blant anna avhengig av forhold ved deltakaren (for eksempel alder), samtykke og nytteverdien for andre pasientar, samfunnet, forskinga eller deltakaren sjølv. Dersom forskingsdeltakaren sjølv ikkje kan vente seg direkte terapeutiske fordelar av ein viss verdi ved å delta, blir kravet om aktsemd ytterlegare styrkt.

Statens helsetilsyn fann at sjølv om forskingsprosjekta hadde vitskapleg grunnlag, var ikkje målsetjingane eller forskingsspørsmåla tilstrekkeleg gjennomarbeidde og tilarbeidde når det gjaldt formål og metode. NIH har derfor utsett friske idrettsutøvarar for risiko utan å sikre at den forventa nytta av forskingsprosjekta var tilstrekkeleg.

Statens helsetilsyn konkluderte med at NIH har brote kravet om førehandsgodkjenning i helseforskingslova § 9, hovudkravet til organisering av forsking i helseforskingslova § 6 og kravet til forsvarleg forsking i helseforskingslova § 5.

NIH fekk pålegg om å destruere materialet, trekkje tilbake artiklane som var publiserte, og stanse eventuell vidare forsking på materialet, til dette høyrer publisering av artiklar.

Korleis kan helsepersonell få tilbake **autorisasjonen** etter å ha mista han på grunn av **rusmiddelmisbruk?**

Helsepersonell som ønskjer å få tilbake autorisasjonen sin, kan søkje Statens helsetilsyn om dette. I 2017 fekk 17 helsearbeidarar som tidlegare hadde mista autorisasjonen sin på grunn av rusmiddelmisbruk, innvilga ny autorisasjon, og 6 fekk ein avgrensa autorisasjon. Helsearbeidarar som får tilbake autorisasjonen sin, må vise at dei er rehabiliterte frå rusmiddelmisbruken sin, og at dei igjen er skikka til å ha autorisasjon som helsepersonell.

Statens helsetilsyn stiller strenge krav til at helsearbeidarar må dokumentere at dei er rehabiliterte og igjen er skikka. Krava er sette for å tryggje pasienten/brukaren i størst mogleg grad, og sikre kvaliteten i helse- og omsorgstenesta og tilliten til helsepersonell i helse- og omsorgstenesta.

Må kunne dokumentere at ein er rusfri

For å få tilbake autorisasjonen sin må helsearbeidarar dokumentere at dei har arbeidd med årsakene som utløyste rusmiddelproblemet, og at dei har vore samanhengande rusfrie over ein lengre periode.

For å vise at dei har arbeidd med årsakene som var utløysande for rusmiddelmisbruket, skal helsearbeidarane dokumentere at dei har gått gjennom behandling for rusmiddelmisbruket. Det er vesentleg at dokumentasjonen gir opplysningar om kva nytte helsearbeidaren har hatt av behandlinga, og korleis helsearbeidaren no meistrar stress og løyser problem utan å ty til rusmiddel.

For å dokumentere at dei samanhengande har vore rusfrie må helsearbeidarane også rusmiddelteste seg i ein lengre periode. I perioden med rusmiddeltesting kan helsepersonellet ikkje ta rusmiddel i noka form, heller ikkje alkohol. Skal helsearbeidaren få ny autorisasjon, krev Statens helsetilsyn vanlegvis at helsearbeidaren på søknadstidspunktet kan dokumentere at han eller ho har vore rusfri i minimum to år. Dersom helsearbeidaren har misbrukt rusmiddel gjennom fleire år, kanskje med fleire behandlingsforsøk og tilbakefall, må helsearbeidaren normalt dokumentere at han eller ho har vore rusfri i meir enn to år.

> For å dokumentere at dei samanhengande har vore rusfrie må helsearbeidarane også rusmiddelteste seg i ein lengre periode.

Dersom helsearbeidaren i tida etter at autorisasjonen blei trekt tilbake, har vore i annan type arbeid eller har teke utdanning eller gjennomført kurs, kan dokumentasjon på dette også vere nyttig og hjelpe oss i vurderinga av kor skikka helsearbeidaren er.

Det er eit krav at rusmiddeltestane blir gjorde i tråd med retningslinjene til Statens helsetilsyn. I rundskriv IK-2/2017 «Informasjon til deg som har mistet din autorisasjonen eller frivillig har gitt avkall på den» finst det nærare informasjon om dette. Dette rundskrivet erstattar tidlegare rundskriv IK-1/2009, og inneheld no meir spesifiserte krav til rusmiddeltestinga.

Avgrensa autorisasjon

Helsearbeidarar som har mista autorisasjonen sin på grunn av rusmiddelmisbruk, kan også søkje om avgrensa autorisasjon, slik at dei kan arbeide i ei underordna stilling.

Statens helsetilsyn krev vanlegvis at helsearbeidarane på søknadstidspunktet kan dokumentere at dei har vore samanhengande rusfrie i minimum seks månader, men vi vil alltid vurdere konkret kvar enkelt sak, og blant anna sjå på kor lenge misbruket har vart, og om det har vore tilbakefall. Det er vesentleg at helsearbeidaren utan avbrot held fram med å teste seg for rusmiddelbruk.

Når ein helsearbeidar søkjer om avgrensa autorisasjon, stiller Statens helsetilsyn særskilde krav til dokumentasjon som kjem i tillegg til dei vi har nemnt over. Helsearbeidaren må sjølv skaffe seg tilbod om ei stilling hos ein konkret arbeidsgivar. Stillinga kan ikkje innebere leiaransvar. Arbeidsgivaren må vere kjend med bakgrunnen for at helsearbeidaren har mista autorisasjonen sin. Arbeidsgivaren må også vere villig til å akseptere dei vilkåra som Statens helsetilsyn vil setje for ein eventuell avgrensa autorisasjon, som for eksempel rapportering og rettleiing.
Du finn mer informasjon i rundskrivet som ligg på nettsidene våre: www.helsetilsynet.no

Landsomfattande tilsyn **2018**

Forsvarleg omsorg – førebygging, gjennomføring og oppfølging av tvang

I 2018 skal fylkesmannen føre landsomfattande tilsyn med barnevernsinstitusjonar. Tilsynet er avgrensa til å undersøkje nokre få, men viktige element i den daglege omsorga for barna og korleis institusjonen arbeider med bruk av tvang:

- tydelege rammer som sikrar barn tryggleik
- stabil og god vaksenkontakt
- førebygging, gjennomføring og oppfølging av tvang

Medverknad er eit gjennomgåande og integrert tema i alle forholda som blir undersøkte. Fylkesmannen skal snakke med barna, blant anna for å undersøkje om retten dei har til medverknad, blir oppfylt. Landsforeningen for barnevernsbarn (LFB) skal saman med Helsetilsynet produsere ein informasjonsfilm om tilsynet for barn og unge som bur på dei aktuelle institusjonane.

Kommunale helse- og omsorgstenester, kommunale sosialtenester og spesialisthelsetenester til personar med samtidig psykisk liding og rusmiddelavhengnad (2017–2018)

Fylkesmennene gjennomfører i 2017 og 2018 landsomfattande tilsyn med tenester til vaksne personar med samtidig rusliding og psykisk liding. Det skal førast tilsyn både med kommunane og med spesialisthelsetenesta.

Erfaringane og medverknaden til brukarane/pasientane er viktig i heile prosessen, frå kartlegging til utforming og evaluering av tenestene. Kva brukarane/pasientane meiner om tenestetilbodet, er viktig informasjon for fylkesmannen. Eit utval av brukarar/pasientar skal bli intervjua i tilsyna.

Tilsynet med helse- og omsorgstenester i kommunane og sosiale tenester i Nav

Fylkesmannen undersøkjer om kommunen legg til rette for og følgjer opp at helse- og omsorgstenesta og sosialtenesta yter individuelt tilpassa, forsvarlege og samordna tenester til vaksne personar som samtidig har ei rusliding og ei psykisk liding som kvar for seg eller samla gir eit funksjonstap som fører til at dei treng tenester over tid.

Tema i tilsynet er om kommunen gjennom sosialtenesta i Nav og helse- og omsorgstenesta

- samarbeider slik at tenestene er koordinerte
- kartlegg den heilskaplege situasjonen for brukarane og behovet deira for tenester
- yter helsetenester og følgjer opp rusproblem og psykiske og somatiske helseproblem
- yter tenester slik at brukarane kan behalde bustaden og meistre dei løpande praktiske oppgåvene i bustaden
- samarbeider med fastlegen og spesialisthelsetenesta ved behov
- legg til rette for og sikrar at brukarane blir involverte

Tilsynet med spesialisthelsetenesta

I tilsynet med spesialisthelsetenesta undersøkjer fylkesmennene om helseføretaka legg til rette for og følgjer opp at pasientar med psykisk liding og samtidige rusproblem i DPS-poliklinikk får tenester som er prega av ei samordna og heilskapleg tilnærming til psykisk liding og mogleg samtidig rusliding.

Tilsynet er inndelt etter sentrale fasar i eit pasientforløp:

- utgreiing
- diagnostisering
- behandling
- avslutning

For å kunne gi helsehjelp som har verknad, er det ein føresetnad at pasientane er tilstrekkeleg utgreidde for både psykisk liding og rusmiddelproblematikk. Utgreiingsfasen er derfor sentral i tilsynet. Det er også avgjerande at pasientane får høve til å medverke i sitt eige forløp. Vidare skal det undersøkjast om helseføretaket sørgjer for tilstrekkeleg kompetanse i alle ledd av pasientforløpet og den nødvendige samhandlinga mellom personellet og dei ulike organisatoriske nivåa.

Tilsyn med korleis akuttmottaka følgjer opp blodforgiftingar (sepsis)

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2016–2018 landsomfattande tilsyn med det somatiske akuttilbodet i helseføretaka og korleis dei gjenkjenner og følgjer opp sepsis (blodforgifting). Vi har fått mange varsel etter varselordninga i spesialisthelsetenestelova § 3–3a som handlar om infeksjon og sepsis. Tilsyn i enkeltsaker har vist at nødvendig behandling av pasientar med teikn til alvorleg infeksjon eller sepsis er sett i gang for seint, at gjeldande retningslinjer for behandling ikkje er følgde, og at det ikkje tidsnok er erkjent at det var ein sepsis.

Er innførsel av **celler og vev** frå andre land **farleg** for pasienten?

Bruk av humane celler og vev i medisinsk behandling skjer meir og meir, og innførsel frå andre land er i nokre tilfelle nødvendig for å dekkje behova til pasientane. For pasienten kan dette gi dette ein auka risiko for sjukdomsoverføring dersom tryggleiksbarrierane sviktar. Innførsel over landegrensene stiller strenge krav til at kjøpar kjenner risikoen og set i verk nødvendige tiltak for å hindre alvorlege hendingar.

Fertilitetsklinikkar er den gruppa verksemder som behandlar flest pasientar med humane celler og vev. Det blir også transplantert bein, hornhinner og stamceller jamleg. I tillegg blir det brukt kommersielle produkt som inneheld humane celler og vev. Amnionhinne (fosterhinne) i biologisk plaster og humant bein i produkt for rekonstruksjon av kjevar er eksempel på dette.

Behandling med humane celler og vev som ikkje stammar frå pasienten sjølv, krev at det er tilgang til donorar. For å dekkje behovet er det i somme tilfelle nødvendig å kjøpe frå utlandet. Men blir pasienttryggleiken teken like godt vare på når materialet har eit anna opphavsland?

Regelverk ved kjøp av celler og vev

Handelen med humant materiale er strengt regulert innanfor EU. Noreg er gjennom EØS-avtalen forplikta til å setje i verk EU-direktiva for celler og vev. Direktiva er tekne inn i norsk rett gjennom forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev. Hovudformålet med direktiva og forskrifta er å hindre at sjukdommar blir overførte frå donor til mottakar, og å halde ved lag kvaliteten på materialet. Regelverket er omfattande og inkluderer blant anna obligatoriske smittetestar og krav om frivillig og vederlagsfri donasjon. I tillegg skal ein sikre sporing mellom donor og mottakar, slik at ein kan setje i verk tiltak om sjukdommar blir oppdaga i ettertid.

Land utanfor EU (tredjeland) har andre reglar for handtering av humant materiale. Ved kjøp frå tredjeland er det derfor krav om eiga godkjenning frå Helsedirektoratet, og det må sikrast at det norske regelverket blir følgt. I tillegg kan det vere nødvendig med utvida smittetesting for å hindre innføring av sjukdommar som ikkje er vanlege hos oss.

Ei verksemd som kjøper inn celler og vev for bruk på menneske, har eit sjølvstendig ansvar for at materialet tilfredsstiller krava til kvalitet og tryggleik. Pasienttryggleiken skal gjerast så høg som råd gjennom val av leverandørar, skriftlege avtalar og gjennom dokumentert mottakskontroll av produktet.

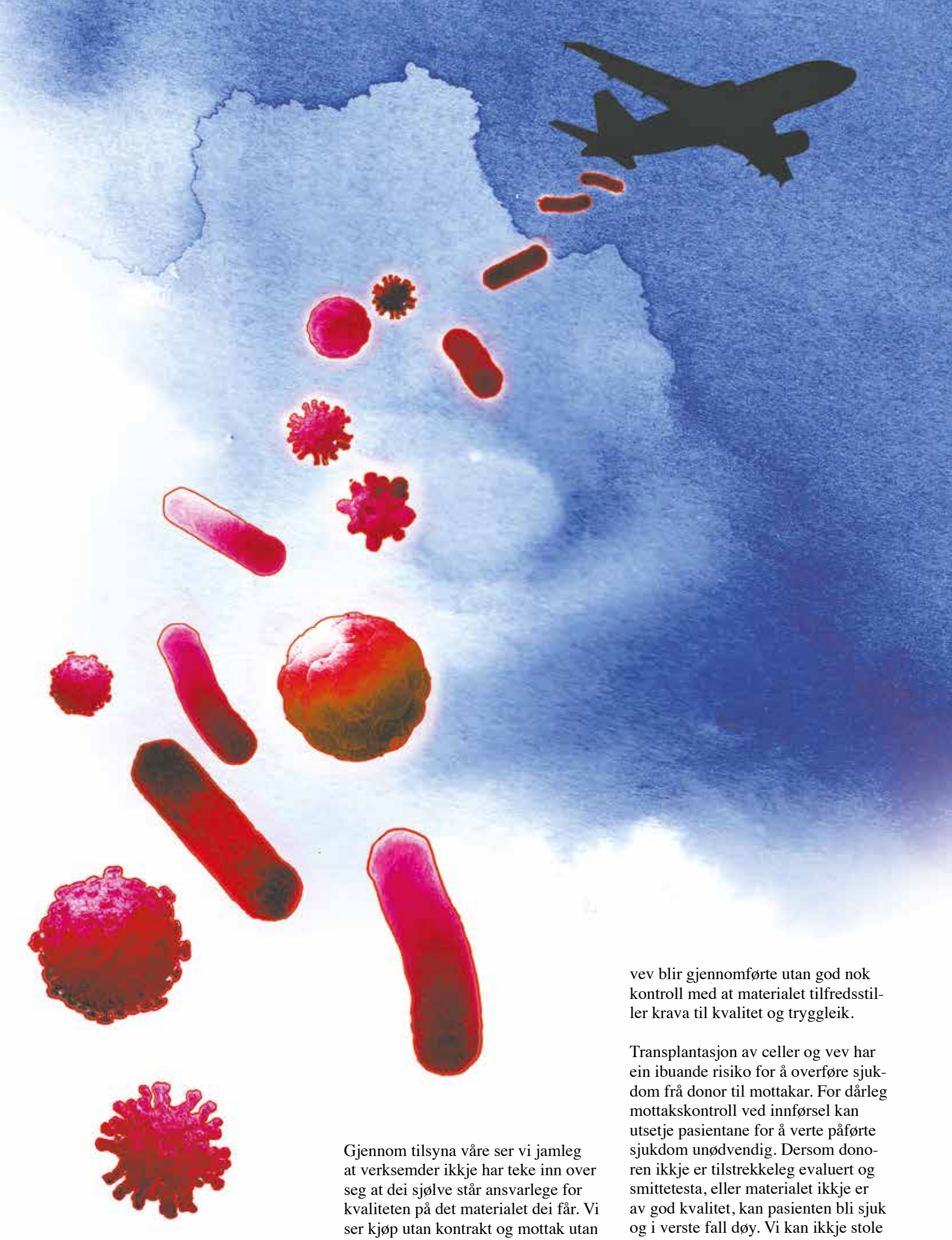
Ulike nasjonale forhold

Noreg skil seg frå mange andre land ved at vi har gunstige epidemiologiske forhold og god økonomi. Vi har ein sterk lojalitet til regelverk, og forholda er mindre og meir gjennomsiktige enn mange andre stader. Verksemder i Noreg set pasienttryggleik høgt og dette gjer at vi har låg risiko for å overføre sjukdommar.

I andre land kan forholda vere annleis, og risikoen kan vere høgare. Meldingar gjennom EU-systemet stadfestar også dette. Fattigdom kan auke risikoen for å rekruttere donorar med høgare sjukdomsrisiko dersom ein ikkje følgjer krava om vederlagsfri donasjon. Epidemiologiske forhold kan vere annleis enn i Noreg, og kvalitetssystemet dårlegare utbygd. I tillegg er verksemdene det blir handla frå, ofte private aktørar med ønske om økonomisk gevinst.
Noreg er ikkje aleine om å mangle donorar, også andre land kan vere avhengige av å kjøpe. Dette vil seie at når det blir kjøpt sæd til assistert befruktning frå Danmark, er det ikkje garantert at sæden stammar frå Danmark. Bein som er kjøpte frå Tyskland eller hornhinner kjøpte frå USA, kan opphavleg stamme frå heilt andre stader enn vi trur med det same. Dette krev at kjøparen som står ansvarleg for kvaliteten og tryggleiken på produktet som blir kjøpt inn, må vere særleg merksam.

Erfaringa til Helsetilsynet etter tilsyn med verksemder som handterer celler og vev

Helsetilsynet skal jamleg og minst annakvart år føre tilsyn med alle verksemder som handterer celler og vev for bruk på menneske. Rutinar ved kjøp og mottak av humant materiale er eitt av temaa som blir undersøkte.



Gjennom tilsyna våre ser vi jamleg at verksemder ikkje har teke inn over seg at dei sjølve står ansvarlege for kvaliteten på det materialet dei får. Vi ser kjøp utan kontrakt og mottak utan kontroll før bruk. Tilsyn i 2017 har stadfesta at kjøp av humane celler og vev blir gjennomførte utan god nok kontroll med at materialet tilfredsstiller krava til kvalitet og tryggleik.

Transplantasjon av celler og vev har ein ibuande risiko for å overføre sjukdom frå donor til mottakar. For dårleg mottakskontroll ved innførsel kan utsetje pasientane for å verte påførte sjukdom unødvendig. Dersom donoren ikkje er tilstrekkeleg evaluert og smittetesta, eller materialet ikkje er av god kvalitet, kan pasienten bli sjuk og i verste fall døy. Vi kan ikkje stole blindt på leverandørane, men må stille dokumenterte krav til dei.

Det gjeld **livet**

Menneske med utviklingshemming treng ofte omfattande og varige tenester, og dei får endra behov undervegs. Mange er avhengige av hjelp og støtte til det aller meste kvar einaste dag, livet ut. For at livet skal ha eit meiningsfylt innhald, må tilbodet vere individuelt tilpassa. Livsvilkår og livskvalitet er for mange i stor grad avhengig av kvaliteten på det kommunale tilbodet. Da er det ikkje godt nok at det «går rundt» frå dag til dag, men kommunen må leggje til rette eit heilskapleg, føreseieleg, tilstrekkeleg, kompetent og trygt tilbod. Mange av brukarane klarer ikkje å fortelje kva dei treng, og seie frå når noko ikkje fungerer. Det kan derfor vere vanskeleg å oppdage svikt i tenesta. Det kan få alvorlege konsekvensar. For personar med utviklingshemming med store og til dels komplekse tenestebehov gjeld det livet.

Fylkesmennene fann lovbrot i 45 av 57 kommunar i eit landsomfattande tilsyn med helse- og omsorgstenestene til menneske med utviklingshemming i 2016. Fylkesmennene avdekte blant anna:

Få spor av brukarmedverknad

I mange kommunar fann fylkesmennene få spor av at brukarane medverka i å fastsetje, forme ut og evaluere eige tenestetilbod. Føresetnadene brukarane har for å medverke, blei i mange tilfelle ikkje kartlagde, og det blei ikkje spurt etter synspunkta deira. Det blei også peikt på at pårørande og verjer ofte ikkje var godt nok informerte til å ta hand om interessene til brukarane.

Utilstrekkelege og lite individuelt tilpassa tenester

Eit hovudfunn var at den personlege assistansen mange stader var utilstrekkeleg og lite individuelt tilpassa. Fleire fylkesmenn fann at dei tenestene som var innvilga ikkje blei gjennomførte på grunn av mangelfull bemanning. I somme tilfelle fekk brukarane ikkje dekt dei grunnleggjande behova sine på grunn av mangelfullt tilsyn og mangelfull hjelp til eigenomsorg frå tilsette. I fleire rapportar går det fram at tenestene ikkje blei gitt med utgangspunkt i behova og føresetnadene til kvar enkelt. Det er eksempel på at vedtak var lite konkrete, at det mangla aktivitetsplanar, at tilsette var dårleg orienterte om kva tilbodet til den enkelte skulle innehalde, og at tilsette ikkje hadde opplæring til å yte tenesta slik det var bestemt.

Ikkje trygge nok helsetenester i heimen

På helseområdet fann fylkesmennene i mange kommunar at det var svikt i korleis helseforholda til brukarane blei følgde opp. Opplysningane kunne vere vanskeleg tilgjengelege, og mange stader hadde tilsette dårleg kunnskap om diagnosar og andre helseforhold til kvar enkelt brukar, om kva dei skulle observere av endringar, og om kva dei skulle dokumentere. I fleire kommunar avdekte fylkesmannen alvorleg svikt i legemiddelhandteringa. Det gjaldt blant anna uklare ansvarsforhold, dårleg kontroll med utdeling av legemiddel og utilstrekkeleg kompetanse hos dei som gjer i stand og deler ut legemiddel.

Svak kompetanse og mangelfull opplæring.

I mange kommunar fann fylkesmennene at tenesteytarar hadde svak kompetanse, og at kommunen ikkje sørgde for planmessig opplæring av dei tilsette. Mange tilsette kunne vere dårleg informerte og oppdaterte både om brukarane dei skulle hjelpe, og om dei oppgåvene dei skulle utføre, og korleis dei skulle gjere det.

Vegen vidare

For å lykkast med nødvendig kvalitetsforbetring av tenestetilbodet til menneske med utviklingshemming, må alle som er involverte, og som det gjeld, bidra; *brukarane og pårørande* må stille krav, spørje etter planar og melde frå, dei tilsette må aktivt følgje med og melde om feil og manglar, og *leiinga i kommunen* må aktivt spørje etter og kontrollere om tenestene blir ytte som føresett, og om brukarane får høve til å medverke i tildeling og yting av tenester.

Tema i tilsynet var

- om kommunen legg til rette for at menneske med utviklingshemming får personleg assistanse i form av tilsyn og hjelp til å ta hand om eigenomsorg, hjelp til aktivisering, og opplæring i gjeremåla i dagleglivet;
- om kommunen legg til rette for at menneske med utviklingshemming får helsetenester i heimen og tilgang til medisinsk undersøking og behandling;
- om brukarane får medverke i eigne tenester, om kommunen legg til rette for samhandling i og utanfor kommunen, og om kommunen hentar inn politiattest ved tilbod om tilsetjing.

Prosjektet **«Godt tilsyn av barnas barnevern»**

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, Buskerud, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Rogaland, Troms og Vestfold har i 2016–2017 hatt eit samarbeid med Forandringsfabrikken for å få barn og unge meir involverte i tilsyn. Prosjektet «Godt tilsyn av barnas barnevern» har sett på både tilsyn med barnevernsinstitusjonar, tilsyn med kommunal barnevernsteneste og mot klagebehandling.

Merksemda som har vore retta mot brukarinvolvering i dette prosjektet, har ført til at ho har flytta seg frå spørsmålet om barn og unge kan inkluderast, til korleis dei kan inkluderast i tilsyn. Erfaringane frå prosjektet er at brukarinvolvering fører til grundigare og meir treffsikkert tilsyn. Dialogen med barn og unge gir kunnskap om kva tenestene bør betre for at barn og unge skal oppleve trygge og gode barnevernstenester.

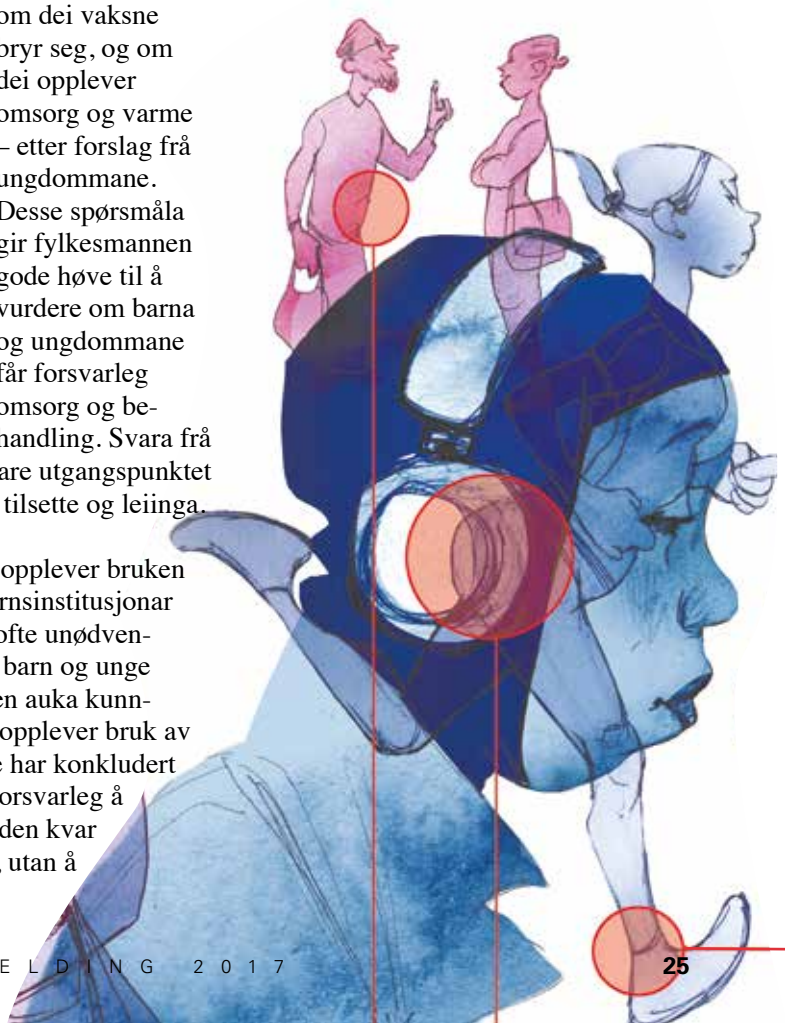
> I planleggingsfasane før tilsyn har samtalane med barn og ungdom gitt fylkesmannen informasjon som elles ikkje ville ha komme fram.

Forandringsfabrikken har gjennomført samlingar i embeta, og fylkesmannen har stilt spørsmål som dei har ønskt svar på frå barn og unge. Forandringsfabrikken har deretter kontakta barn og unge og lagt fram spørsmåla. Svara er summerte opp og leverte over til embeta. Ei tydeleg tilbakemelding er at barn og unge treng å oppleve at fylkesmannen er oppriktig interessert, og bryr seg, for å vere villig til å dele kunnskapar og erfaringar.

Ved å la barn og unge få medverke har tilsynet fått kunnskap om kva dei som får barnevernstenester, i kommunar eller på institusjonar, opplever er viktig å kontrollere. I planleggingsfasane før tilsyn har samtalane med barn og ungdom gitt fylkesmannen informasjon som elles ikkje ville ha komme fram. Dette har vore viktig informasjon for å velje rett tema til tilsynet. Under tilsyn har intervju med dei som får barnevernstenester, gitt utvida forståing og auka kunnskap om tenestene.

Ei tilbakemelding frå barn og unge er at fylkesmannen ved institusjonstilsyn må ha samtalar med ungdommane før dei snakkar med leiinga og dei tilsette. Embeta som har teke del i prosjektet, opplyser at denne praksisen fører til at dei får meir informasjon frå ungdommane. No spør fylkesmennene ungdommane for eksempel om dei er trygge, om dei opplever at dei vaksne liker dei, om dei vaksne bryr seg, og om dei opplever omsorg og varme – etter forslag frå ungdommane. Desse spørsmåla gir fylkesmannen gode høve til å vurdere om barna og ungdommane får forsvarleg omsorg og behandling. Svara frå ungdommane er vidare utgangspunktet for intervju med dei tilsette og leiinga.

Mange ungdommar opplever bruken av tvang på barnevernsinstitusjonar som krenkjande og ofte unødvendig. Det å involvere barn og unge har gitt fylkesmannen auka kunnskap om korleis dei opplever bruk av tvang. Fleire embete har konkludert med at det ikkje er forsvarleg å vurdere tvangsepisoden kvar enkelt blir utsett for, utan å sjå episoden i samanheng med tidlegare tvangsbruk. Ein praksis der fylkesmannen systematisk følgjer med på den totale bruken av tvang på kvar enkelt institusjon og mot kvart enkelt barn, har gitt auka kunnskap og betre høve til evalueringar og dialog med institusjonane. Fleire embete har også opplyst at dei no legg større vekt på å få kunnskap om korleis barn og unge som har vore utsette for tvang, sjølve vurderer tvangen. Tilbakemeldingar frå ungdommane om at dei ofte ikkje kjenner seg igjen i framstillingar som institusjonane gir, har ført til at fylkesmannen oftare hentar inn synspunkt frå ungdommane før dei vurderer tvangsepisodane. Ei følgje av dette er at saksbehandlinga er blitt grundigare.



Nav og **ny kanalstrategi** – utfordringar ved **digitaliseringa**

Kjetil G. Lundberg, forskar II, Uni Research Rokkansenteret
Liv Johanne Syltevik, professor og instituttleiar, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Nav har sett i verk ein ny kanalstrategi. Kanalstrategien inneber blant anna at brukarane skal leiast bort frå den tradisjonelle skranken og over på digitale løysingar. Målet er å utnytte dei samla ressursane i Nav meir målretta inn mot arbeidsretta oppfølging.

Som eit ledd i dette har mange Nav-kontor redusert opningstidene sine og avgrensa tilgangen til å møte tilsette i Nav utan avtale. Dette har ført til mykje støy, kritiske presseoppslag og klager frå brukarane dei siste månadene.

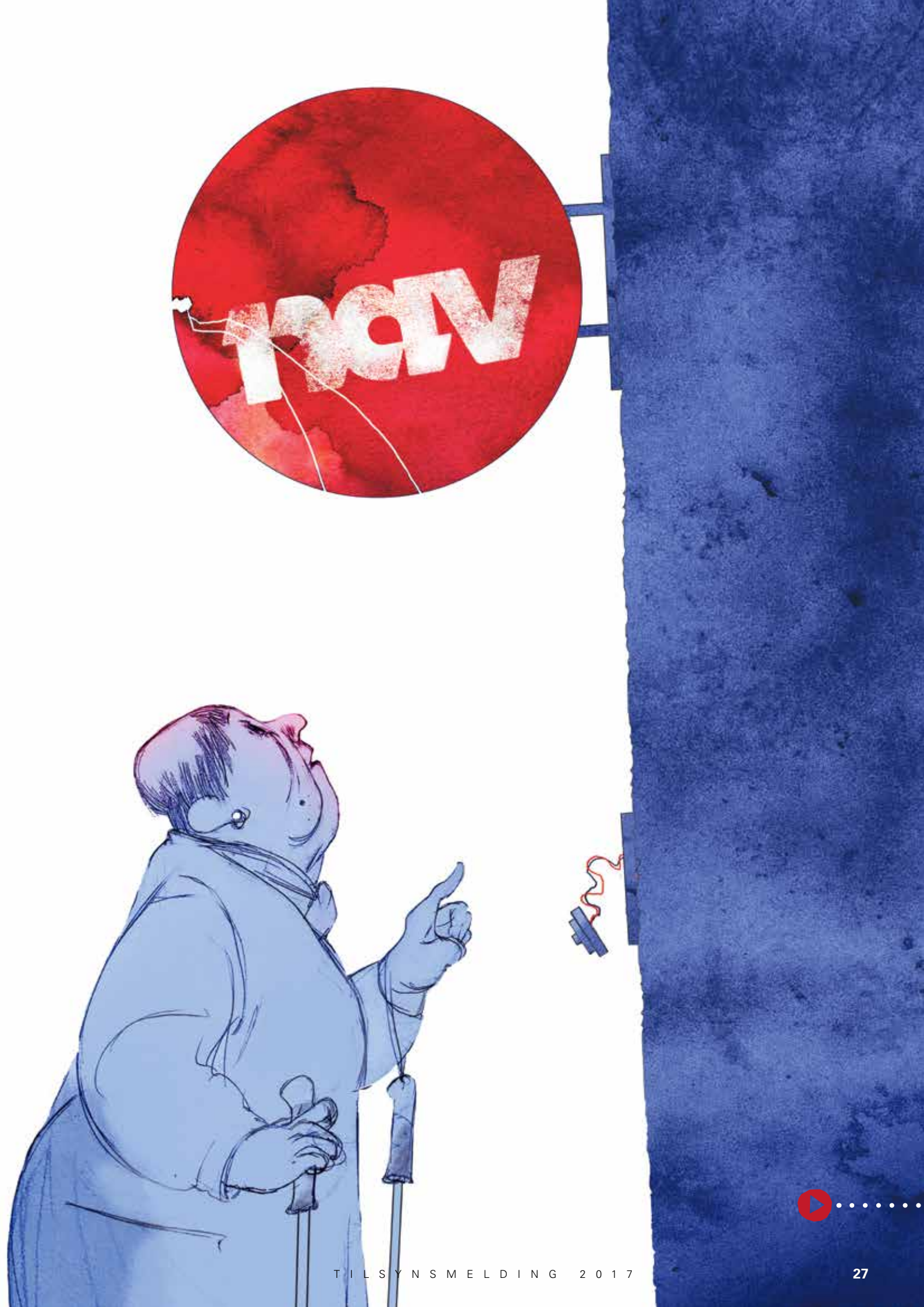
Det å digitalisere tenestene er i dag nødvendig for ein organisasjon som Nav. Gode digitale løysingar gjer kontakten med arbeids- og velferdsetaten enklare for mange som beherskar denne typen kommunikasjon. Dei er ikkje lenger avhengige av å gå til eit kontor, men kan lese informasjon på nettsidene, fylle ut skjema og kommunisere med organisasjonen heimanfrå eller der det høver dei. Digitale løysingar kan også føre til at organisasjonen sparer ressursar. At Nav tek grep for å målrette innsatsen sin i tråd med å bli betre i stand til å nå dei overordna samfunnsmåla for etaten, er utan tvil heilt nødvendig.

Det er likevel viktige utfordringar å ta omsyn til i samband med dette. Vi vil rette søkjelyset mot nokre av desse i denne artikkelen. Ein einsretta kanalstrategi har vesentlege kostnader for viktige brukargrupper, og dette er omsyn som ofte «forsvinn» i digitaliseringsiveren. Førebels er strategien retta mot dei statlege tenestene, men han verkar også inn på andre delar av verksemda i Nav. For eksempel råkar innskrenka opningstider alle, også mottakarar av kommunale tenester. Det å gjere Nav-mottaka til kontor som berre kan besøkjast etter avtale eller innanfor korte tidsrom, fører til at Nav står fram som mindre tilgjengeleg for dei svakaste brukargruppene. Men digitaliseringa gir også utfordringar som råkar breiare. For det første er det å gjere dei digitale løysingane universelle ei formidabel utfordring.

Ein del av dei som er i samhandling med Nav, har variable lese- og skriveferdigheiter, låge norskkunnskapar eller syns- og hørselshemmingar. Ein del kan også ha fysiske problem, for eksempel knytte til styrke og presisjon med omsyn til å taste. Å byggje ned den tradisjonelle skranken ved publikumsmottaka ved Nav-kontora til fordel for digitale kanalar bidreg til at ein del brukarar som tidlegare greidde seg sjølve ved å kontakte Nav-mottaka fysisk, no kan oppleve seg som meir hjelpetrengande.

I tillegg kjem utfordringar knytte til digital kompetanse og digital ulikskap. Digital kompetanse handlar om å kunne bruke IKT-verktøy av ulike slag. Ifølgje Statistisk sentralbyrå har tjuefem prosent av den vaksne befolkninga i Noreg såkalla låg digital kompetanse. Det gjeld dermed også mange av Nav-brukarane. Det kan også oppfattast som eit paradoks at Nav har stor tru på digitalisering for brukarane, mens IKT-løysingar bak skranken ikkje har vore nokon vilkårslaus suksess. Ekspertrapporten frå Vågeng-utvalet peikar på at dei tilsette har ulike gradar av IKT-kompetanse. Utvalet meiner at låg IKT-kompetanse fører til lågare meistring av rettleiarrolla. Sidan så stor del av den norske befolkninga har tilgang til internett dagleg, gløymer Nav ofte at det er stor forskjell på å kunne lese aviser på iPad og å beherske innsending av skjema og meir kompleks kommunikasjon.

Digital ulikskap handlar også om kven som har tilgang til dei nødvendige verktøya som digitale kanalar krev, som datautstyr, skrivar, skannar og telefon. Å sende inn dokumentasjon til Nav kan krevje tilgang til slike hjelpemiddel. Låginntektsgrupper har ikkje nødvendigvis slikt utstyr, og nokre er


TCV

i omskiftelege livssituasjonar, manglar tilgang på stabil telefon og har grunnleggjande utfordringar på dette området.

Kontakt med store byråkratiske system som Nav krev også det vi forskarar ofte kallar byråkratisk kompetanse. Brukarane må kunne forstå kva som er særeige ved denne typen kommunikasjon, kva ordninga inneber, og kva som blir kravd av dei. Dette kan vere svært utfordrande. Mange brukarar med kompleks og langvarig kontakt med Nav (for eksempel gjennom aktivitetsplikt) har mindre eller større utfordringar med tanke på å forstå kompliserte velferdsordningar, kva pliktene og rettane inneber, administrative kategoriar og innhaldet i eit skjema. Forskinga om kontakten brukarane har med Nav, som er utført av oss og andre, avdekkjer viktige utfordringa knytte til slik byråkratisk kompetanse for mange. Det er også viktig å ha i mente at borgaren som skal kontakte Nav for å søkje om ei yting, ikkje nødvendigvis sit klar til å avlevere den rette informasjonen til staten, men er ein person som ofte skal orientere seg i noko nytt, som har behov for tryggleik i prosessen, godkjenning og medverknad. Her har mottaka hos Nav spelt ei viktig rolle. For kvar enkelt kan det vere den første og kanskje einaste gongen i livet dei søkjer om noko, mens det for andre kan vere eit forhold som er langvarig. Kontekst, situasjon og type ytingar betyr mykje for korleis ein opplever maktforholdet mellom ein sjølv og Nav. I slike prosessar vil digitalisering kunne slå ulikt ut.

Problem som har dukka opp som følgje av at den tradisjonelle kontaktkanalen er innskrenka, har vore overbelastning på telefontenester – og telefon blir ei nøkkelteneste når høvet til personleg oppmøte er innskrenka. Andre utilsikta følgjer er at brukarar er blitt viste til å vente på gata før dei kan komme inn til avtalt time, noko vi har sett dekt i media. Dette har fleire brukarar opplevd som stigmatiserande.

Somme av utfordringane som er omtalte over, treffer ein del av brukargruppene til sosialtenesta spesielt. Brukarane av sosialtenesta har tradisjonelt sett vore tettare på dei tilsette, og ytingane har vore meir baserte på skjønn. Ei digitalisering inneber her ei standardisering som fører til at Nav får mindre høve til å ta hand om behova til kvar enkelt.

Eit siste perspektiv: Vi kan sjå møta mellom borgarar og Nav som svært sentrale for tilliten og legitimiteten til heile velferdssystemet vårt. Ein organisasjon som i dag ikkje er på nett, eller ikkje satsar på digitale løysingar, vil kunne bli oppfatta som lite tillitsvekkjande. Samtidig er det også klart at tilliten til organisasjonen kan bli svekt hos dei som opplever at dei ikkje får den hjelpa dei treng (på grunn av telefonkaos) og føler at dei blir ståande og stange mot eit system som ikkje passar situasjonen deira, der dei ikkje blir høyrde eller sette, eller der det er firkanta byråkratiske prosessar. Digitalisering inneber standardisering. Om ein ikkje får det til og gjer feil, kan brukaren straffast ved avslag og ny ventetid. Frå eit samfunnsperspektiv kan det bety at støtta til systemet forvitrar, for eksempel om mediedekninga av slike saker blir dominerande.

Det trengst ei kyndig behandling av slike problemstillingar i utviklingsprosessen. Det er noko anna å digitalisere for eksempel bank og forsikring enn Nav. Nav er tryggleiksnettet i samfunnet. Det er eit argument for å ikkje ta ut moglege effektviseringsgevinstar før dei faktisk kan påvisast, og halde ved lag fleire kanalar inn til Nav til dei eventuelt gjer seg sjølv overflødige.

Kort om forskingsprosjektet

Artikkelen gir eit utdrag frå eit foredrag om moglege implikasjonar av ny kanalstrategi i Nav, som forfattarane heldt for Statens helsetilsyn i juni 2017. Forfattarane byggjer på omfattande forsking om brukarane sine møte med Nav-systemet. Dei har blant anna analysert samhandling i publikumsmottaka i Nav og brukarerfaringar i lys av aukande digitalisering.

Aktuell litteratur:

Hansen, Hans-Tore, Kjetil G. Lundberg og Liv Johanne Syltevik (2017) «Digitalization, street-level bureaucracy and welfare users' experiences», Social Policy & Administration.

Lundberg, Kjetil G. og Liv Johanne Syltevik (2016) «Everyday interaction at the front-line: the case of the Norwegian all-in-one bureaucracy», Journal of Organizational Ethnography, No. 2: 152–166.

Hansen, Hans-Tore, Kjetil G. Lundberg og Liv Johanne Syltevik (red.) (2013) Nav – med brukeren i sentrum? Oslo: Universitetsforlaget.

Lundberg, Kjetil G. (2012) Uforutsigbare relasjoner: Brukererfaringer, Nav-reformen og levd liv. Ph.d.-avhandling, Sosiologisk institutt, UIB.

IKT i velferdstenestene – **for viktig** til å overlatast til datafolk aleine

Digitalisering av tenester er mantraet i tida. Det er det gode grunnar for. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) effektiviserer arbeid og opnar nye faglege dører. I sjukehusa møter vi IKT-baserte system overalt: i det medisinsk-tekniske utstyret som vert brukt til undersøkingar og behandling, i pasientjournalen, i formidlinga av nødvendig informasjon i behandlingskjeda, og i administreringa av pasientflyten. Dei kommunale tenestene følgjer etter. Eitt av stikkorda her er velferdsteknologi. Brukt på rett måte gjer både alarmar og GPS-system brukarane tryggare og meir sjølvstendige. Innanfor barnevernområdet er det sett i gang eit stort utviklingsprosjekt kalla DIGI-barnevern. Her har KS, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og kommunar gått saman for å utvikle krav til eit nytt saksbehandlingssystem for det kommunale barnevernet. Målsetjinga er at systemet skal sikre at kvaliteten i saksbehandlinga og vurderingane skal bli betre. Også i Nav blir det utvikla nye system for å leggje til rette for meir effektiv kommunikasjon med brukarane og mellom statlege og kommunale fagprogram.

Men ny teknologi fører også nye truslar med seg. Vinteren 2017 kokte det i media da det blei kjent at Helse Sør-Aust var i ferd med å flagge ut drifta av IKT-systema sine slik at driftspersonell i Bulgaria kunne få tilgang til 2,8 millionar pasientjournalar. Nokre månader seinare kokte det på nytt da det datadrivne åtaket WannaCry på eitt døgn ramma 230 000 datamaskinar i 150 land. Noreg slapp relativt heldig unna. Verre stilt var delar av det britiske helsevesenet. Pasientjournalar blei utilgjengelege, planlagde operasjonar måtte avlysast, og det var svikt i styringa av ambulanseoppdrag.

> Verksemdene har plikt til å leggje til rette for system som er slik at dei tilsette kan arbeide forsvarleg.

IKT-trygging *er* på dagsordenen. I juni 2017 kom den første stortingsmeldinga om temaet. Meldinga slår fast at tryggingsproblematikken gjeld alle samfunnssektorar, og at samarbeid, utveksling av tryggingskompetanse og standardisering er nødvendig for å møte eit krevjande trusselbilete i stadig forandring. Statens helsetilsyn har starta ein dialog med Datatilsynet, Nasjonalt tryggingsorgan (NSM) og Finanstilsynet om felles utfordringar for tilsyna. Spørsmåla som ligg på bordet, er kva som skal krevjast av arbeid og tiltak for å sikre at IKT-systema er forsvarleg drifta og toler ein støyt når angrepa kjem.

IKT-trygging handlar om vern mot uønskt spreiing av personopplysningar, rettmessig tilgang til opplysningar når det trengst, og visse om at opplysningane er korrekte og fullstendige. Det skal arbeidast målretta for fullt ut å ta vare på desse omsyna. Dersom dei kolliderer, skal ein vege omsyna opp mot reglane for teieplikt og krava til kvalitet i tenestene. Avvegingane skal vere opne og kunne etterprøvast. Nav har særlege utfordringar i kraft av å ha nesten heile befolkninga i Noreg registrert, og Nav har såleis enorme mengder med sensitive opplysningar. Det siste året har det vore nødvendig å setje inn tiltak for å avgrense tilgangen til personopplysningar internt i organisasjonen.

Krava til internkontroll i verksemda gjeld også for IKT-systema. Før ein gjer innkjøp, må ein forsikre seg om at systema oppfyller krava frå styresmaktene, og det må etablerast ei drift som sørgjer for at systema er operative når dei trengst. Som oftast skjer det via driftsavtalar som tydeleg spesifiserer krav til oppetid, feilretting og oppgraderingar. Det må også etablerast nødprosedyrar som gir forsvarleg minimumsdrift ved feil og driftsstans. Når feil blir oppdaga, held det ikkje å melde frå om feilen, drive som før og tenkje at feilen ikkje er mitt ansvar. Arbeidet må om nødvendig leggjast om slik at dei tenestene ein leverer, er forsvarlege.

IKT i tenestene for barnevern, sosial og helse og omsorg handlar om meir enn trygging. Det handlar også om at systema skal støtte opp under forsvarleg verksemd. Ofte ligg det eit vedtak til grunn for å gi ei teneste, for eksempel heimesjukepleie eller vedtak om økonomisk stønad. Slike vedtak skal gjerast på forsvarleg vis. Ein skal undersøkje og dokumentere, hente inn uttalar og halde fristar. Systema må formast ut slik at dei gir hjelp undervegs i prosessen fram til vedtaket, og dei må også bidra til at ein kan følgje med på om vedtaka blir følgde opp. Verksemdene har plikt til å leggje til rette for system som er slik at dei tilsette kan arbeide forsvarleg.

Og elles meiner Statens helsetilsyn at …

Kvart år kjem Statens helsetilsyn med høyringsfråsegner til fleire lovforslag og offentlege utgreiingar. I merknadene våre legg vi stor vekt på å formidle erfaringar vi har fått gjennom tilsynsverksemda. Nedanfor følgjer nokre smakebitar frå enkelte saker som vi kommenterte i 2017. Ei fullstendig oversikt over høyringsfråsegnene finn du på nettsidene våre.

NOU 2016:16 Ny barnevernslov, sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse

Statens helsetilsyn støttar forslaget om å styrkje rettane til barnet og gi barn ei sterkare stilling som sjølvstendig rettssubjekt. Vi stiller oss også positive til forslaget om å gi eit betre rettsleg vern for foreldre og andre nære familiemedlemmer, søsken og besteforeldre.

Erfaringane frå tilsyn viser at det er manglande dokumentasjon av vurderingar og arbeidsprosessar i den kommunale barnevernstenesta. Vi sluttar oss derfor til forslaget om å innføre journalføringsplikt. Når dokumentasjonen er mangelfull, er det vanskeleg å vite om barn har fått dei tenestene dei har krav på.

Rettstryggleiken og dei grunnleggjande rettane til foreldra skal vernast, fordi barnevernslova opnar for svært inngripande tiltak. Vi vil understreke at lova ikkje må etterlate tvil om at omsynet til det beste for barnet skal vere det avgjerande omsynet ved alle handlingar og avgjerder som vedkjem barn etter lova.

Retten til medverknad er og har vore i fokus for aktivitetane til tilsynsorgana innanfor barnevernet. Tilsynserfaringar etter landsomfattande tilsyn har vist svikt på dette området. Barnevernet manglar systematikk i å gjennomføre samtalar med barn, og det har vore tilfeldig om barn er snakka med eller ikkje. Vi støttar derfor forslaget om å utvide partsrettane til barn og endringar elles som skal medverke til å styrkje rettsstillinga for barnet, jf. kommentarane våre til kapittel 16.

> Retten til medverknad er og har vore i fokus for aktivitetane til tilsynsorgana innanfor barnevernet.

I høyringsforslaget er det foreslått å erstatte omgrepet «åtferd» hos barnevernsbarn med omgrepet «om barnet utsetter sin helse eller utvikling for fare». Vi ser positivt på at omgrepet «åtferd» ikkje lenger skal knytast til korleis barn uttrykkjer og viser symptom på at dei har ein svært vanskeleg livssituasjon. Formuleringa om at barn utset si eiga helse eller utvikling for fare, er ein god indikator på alvoret i situasjonen til barna.

«NOU 2016/17 På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming»

Utvalet har teke utgangspunkt i FN-konvensjonen om rettane til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD) i si kartlegging av om rettane til personar med utviklingshemming i Noreg blir tekne vare på. Bakgrunnen er at Noreg ratifiserte konvensjonen i 2013, og at norsk politikk lenge har bygt på dei same verdiane og måla som CRPD. Statens helsetilsyn meiner at utvalet gjennom dei foreslåtte åtte løfta har fremja viktige og konkrete forbetringstiltak for å oppnå at personar med psykisk utviklingshemming skal få oppfylt rettane sine.

Gjennomgangen av situasjonen i tenestene til dei utviklingshemma viser at låg kompetanse er ei gjennomgåande utfordring, og da særleg innanfor helse- og omsorgssektoren. Gjennomgangen til utvalet har også avdekt spesifikke kompetansemanglar, blant anna knytte til psykisk sjukdom, fysisk aktivitet og ernæring, alternativ og supplerande kommunikasjon og bruk av velferdsteknologi.

Helsetilsynet kjenner seg att i denne framstillinga og ser ofte gjennom tilsyna våre ein mangel på grunnleggjande kunnskapar om det hjelpe- og

tilretteleggingsbehovet som menneske med utviklingshemming har i kvardagen. Vi vil nedanfor kommentere forslag til tiltak for å sikre at alle som jobbar i tenestene, har forsvarleg kompetanse.

Grunnkurs for tilsette utan formell kompetanse
Helsetilsynet ser det som positivt at utvalet tilrår eit grunnkurs for tilsette utan formell kompetanse som skal tilsetjast for å yte tenester til personar med utviklingshemming.

Det er ei kjend utfordring at mange tilsette utan formell utdanning yter tenester til personar med utviklingshemming. Vi saknar derfor forslag om tiltak som kan medverke til auka relevant formell utdanning, både hos leiarar og tilsette. Det er stilt særskilde krav til personell som skal gjennomføre tvangstiltak etter helse- og omsorgstenestelova kapittel 9, men slik vi ser det, kan det vere like kompetansekrevjande å jobbe førebyggjande.

Vidare- og etterutdanning for tilsette i helse- og omsorgstenestene
Helsetilsynet støttar tilrådinga frå utvalet om eit vidareutdanningstilbod for tilsette i helse- og omsorgssektoren. Manglande kompetanse er ofte årsaka til at det blir påpeikt lovbrot i tilsyna med helse- og omsorgstenestene.

Legemiddelliste for pasienten

Statens helsetilsyn støttar forslaget om å etablere ei legemiddelliste for pasienten. Forbetra høve til kontroll med legemiddelbruken er noko Statens helsetilsyn tidlegare har framheva i ulike samanhengar. Vi ser eit tydeleg behov for betre styring og kontroll med den samla legemiddelbruken til pasienten, og meiner at dette er nødvendig for å betre pasienttryggleiken.

Feil legemiddelbruk har vore eit gjentakande tema i tilsynssaker mot helsepersonell, i tillegg til at fleire systemrevisjonar og landsomfattande tilsyn har vist at det er eit risikoområde.

Feil som kjem av brukarfeil, kan truleg reduserast gjennom å innføre ei legemiddelliste for pasienten, der ein får eit samla oversyn over dei rekvirerte legemidla. Feil bruk av legemiddel som kjem av at ein rekvirent ikkje kjenner til kva andre legemiddel pasienten står på, vil også kunne motverkast gjennom ei innføring av legemiddelliste for pasienten.

For Statens helsetilsyn er det sentrale å leggje til rette for ei forsvarleg behandling med legemiddel. Vi viser derfor til tidlegare innspel om at Statens helsetilsyn ønskjer ei endring av forskrifta for reseptregisteret, slik at det også kan brukast til tilsyn.

Tal og fakta 2017

Barnevern 32
Tilsyn 33
Klager 34
Sosiale tenester i Nav 34
Tilsyn 34
Klager 35
Helse- og omsorgstenester 36
Tilsyn 36
Klager 37
Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt 38
Tilsynssaker som Statens helsetilsyn har behandla 40
Undersøkingseininga 42
Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ 42
Folkehelse 42
Rekneskap og personell 42

Denne delen av Tilsynsmeldinga tek for seg sentrale oppgåver som fylkesmennene og Statens helsetilsyn utfører som tilsynsorgan og klageinstans. Meir materiale om desse oppgåvene blir publiserte i årsrapporten frå Statens helsetilsyn og på nettstaden www.helsetilsynet.no. På nettsida finst også meir detaljert statistikk på dei ulike tilsynsområda.

Barnevern

Fylkesmennene fører tilsyn med dei kommunale barnevernstenestene, barnevernsinstitusjonane, omsorgssentera for mindreårige (under 15 år) som har søkt asyl, og sentera for foreldre og barn, i tillegg til Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Som del av tilsynet fører fylkesmennene også kontroll med korleis barnevernstenesta held fristane som er fastsette i barnevernslova. Dei behandlar også klager på vedtak som barnevernstenestene gjer, og klager på tvangsbruk og avgrensing av rettar i institusjonane.

Tabell 1 Tilsynssaker barnevern, tal på avslutta saker 2015–2017

Fylkesmannen i	Avslutta i 2015	Avslutta i 2016	Avslutta i 2017	Saker i 2017 med eitt eller fleire påpeikte lovbrot
Østfold	20	25	25	64 %
Oslo og Akershus	146	127	141	50 %
Hedmark	44	25	39	56 %
Oppland	36	25	30	57 %
Buskerud	43	53	23	13 %
Vestfold	24	14	11	36 %
Telemark	39	14	23	43 %
Aust- og Vest-Agder	46	33	23	74 %
Rogaland	80	62	55	31 %
Hordaland	69	65	48	33 %
Sogn og Fjordane	27	18	24	46 %
Møre og Romsdal	24	14	16	69 %
Sør-Trøndelag	30	23	41	27 %
Nord-Trøndelag	33	27	26	50 %
Nordland	47	44	29	66 %
Troms	30	36	34	68 %
Finnmark	21	23	33	36 %
Heile landet	**759**	**628**	**621**	**47 %**
I tillegg avslutta utan vurdering	**214**	**191**	**225**	

Tabell 2 viser kva lovreglar i barnevernslova som er blitt vurderte i tilsynssakene.

Tabell 2 Vurderte lovreglar i dei avslutta tilsynssakene mot barnevernstenestene og barnevernsinstitusjonane i 2017

Vurderte lovreglar	Tal gonger vurdert	Påpeikte lovbrot
Barnevernsteneste (kommunal)	**1092**	**51 %**
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	15	6
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	236	117
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	20	10
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	40	18
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	123	58
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barnefamilier	58	28
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	60	35
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	9	2
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	9	4
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	93	40
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	53	23
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	41	26
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	79	53
Bvl. § 6-4 første ledd Innhenting av opplysninger	7	3
Bvl. § 6-7 Taushetsplikt	18	8
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	8	7
Bvl. § 6-9 Frister	28	21
Bvl. § 7-10 annet ledd. Barneverntjenestens innledning til sak	11	10
Bvl. Andre plikter	184	82
Barnevernsinstitusjon*	**88**	**36 %**
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	36	11
Bvl. §§ 5-9/5-9a Rettigheter under opphold i institusjon*	42	14
Bvl. Andre plikter	10	7
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	**37**	**76%**
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	10	8
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	13	11
Bvl. Andre plikter	14	9
Sum vurderingsgrunnlag	**1217**	**612**
Sum saker vurderingane er fordelte på	**621**	
Sum saker med minst eitt påpekt lovbrot		**292**
I tillegg saker løyste på minneleg vis gjennom lokal avklaring mellom dei involverte	**225**	

*Omfattar også omsorgssenter og senter for foreldre og barn

Tilsyn

Dei tilsynssakene som er med i tabell 1, er dei sakene fylkesmennene har avslutta på grunn av hendingar og forhold dei får informasjon om, som kan gjelde svikt i tenestene. I 2017 oppretta fylkesmennene 853 saker, på same nivået som i 2016, da det blei oppretta 846 saker. Talet på avslutta saker var 846, mot 819 året før. Av desse sakene blei 225 overførte til verksemdene for vidare oppfølging i samråd med den som hadde klaga på verksemda. Fylkesmennene vurderte 621 saker opp mot aktuelle lovkrav. Det blei konstatert lovbrot i 47 prosent av desse sakene.

90 prosent av tilsynssakene er retta mot den kommunale barnevernstenesta, resten mot institusjonar eller Bufetat.

Det er mange kjelder til tilsynssakene. Barn var kjelde for 9 prosent, mor/far for 37 prosent, fosterforeldre for 5 prosent, annan privatperson for 12 prosent og advokat for 12 prosent.

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éin lovregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). Krav til forsvarleg drift er den lovregelen som verksemdene flest gonger blir vurderte opp mot (bvl. § 1-4), deretter retten og plikta barnevernstenesta har til å undersøkje (§ 4-3), plikta til å følgje opp barn som barnevernstenesta har teke under omsorg (§ 4-16), rettane barn har under saksbehandlinga (§ 6-3), oppfølging av hjelpetiltak (§ 4-5) og plikta til å gi hjelpetiltak til barn og barnefamiliar (§ 4-4).

Tabell 3 gjeld tilsyn i barnevernsinstitusjonane som er pålagde gjennom forskrift. Det er stor variasjon mellom fylkesmennene på kor mange institusjonar og einingar/avdelingar dei må føre tilsyn med.

Tabell 3 Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utførte av fylkesmennene i 2017

Fylkesmannen i	Tal på einingar i institusjonar 2017	Tal på gjennomførte tilsyn	Tal på samtalar med barn	Samtaledel*
Østfold	48	80	83	38 %
Oslo og Akershus	78	141	96	24 %
Hedmark	28	53	92	55 %
Oppland	17	29	46	78 %
Buskerud	19	38	62	57 %
Vestfold	15	43	80	67 %
Telemark	17	34	45	59 %
Aust- og Vest-Agder	60	118	144	68 %
Rogaland	32	61	104	63 %
Hordaland	52	114	156	53 %
Sogn og Fjordane	6	19	43	59 %
Møre og Romsdal	12	30	45	49 %
Sør-Trøndelag	38	91	168	75 %
Nord-Trøndelag	7	16	41	63 %
Nordland	6	17	38	58 %
Troms	25	49	73	65 %
Finnmark	5	12	18	45 %
Heile landet	**465**	**945**	**1334**	**53 %**

*Del barn det blei samtalt med, ut frå kor mange barn som var registrerte i institusjonen da tilsynet blei utført

Tilsyn med barnevernsinstitusjonar utgjer ein stor del av arbeidet som fylkesmennene utfører innanfor barnevernet. I 2017 blei det gjennomført 945 tilsyn med barnevernsinstitusjonane, mot 935 i 2016. Av desse tilsyna var 334 (35 prosent) umelde. Fylkesmennene førte tilsyn med 170 institusjonar i 2017, som i 2016. Desse institusjonane hadde 465 einingar som fekk to eller fire tilsyn, avhengig av om barna var plasserte etter dei såkalla åtferdsreglane i barnevernslova.

Samtalar med barna i institusjonane er ein viktig del av desse tilsyna. Fylkesmannen skal ta kontakt med kvart enkelt barn og spørje kva syn barnet har på opphaldet. I 2017 fekk 84 prosent av barna i barnevernsinstitusjonane tilbod om samtale, mot 80 prosent i 2016. Når tilbodet ikkje blir gitt til alle, kjem det av at ein del barn av ulike grunnar ikkje er til stades når tilsynet blir gjennomført. Fylkesmennene gjennomførte samtalar med 53 prosent av barna som var registrerte ved institusjonane. I alt blei det gjennomført 1334 samtalar.

I 2015 blei det oppretta mange omsorgssenter for mindreårige asylsøkjarar, og i 2016 førte alle fylkesmennene tilsyn med slike senter. Mange senter blei avvikla etter kort tid, og i 2017 har 12 av dei 17 fylkesmennene gjennomført 61 tilsyn med 46 einingar i 30 senter, mot 147 tilsyn med 95 einingar i 2016. Under tilsyna hadde fylkesmennene 149 samtalar med bebuarane, eller 56 prosent av bebuarane som var registrerte ved sentera. Av dei registrerte bebuarane fekk 86 prosent tilbod om samtale med fylkesmannen.

I 2017 blei det gjennomført tilsyn med to senter for foreldre og barn. I landet er det registrert 19 senter, og dei skal ha tilsyn minimum annakvart år.

Fylkesmennene har gjennomført 22 tilsyn med kommunale barnevernstenester. Ti av tilsyna var systemrevisjonar, seks eigenvurderingar, fem stikkprøver og eit ved annan metodikk. I mange år har fylkesmennene ført tilsyn med barnevernstenestene som del av landsomfattande tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. I 2017 var det landsomfattande tilsynet retta mot Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Det blei ført tilsyn i kvar region (fem), og eitt tilsyn med Nasjonalt inntaksteam, som har ein støttefunksjon for dei regionale inntakseiningane i åtferdssaker. Fylkesmennene samarbeidde om tilsyna gjennom å bruke regionale tilsynslag. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Det er gjort greie for desse tilsyna ein annan stad i denne meldinga.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrot i til saman 5 tilsyn med barnevernstenester frå 2016 eller tidlegare framleis ikkje var retta opp ved utgangen av 2017.

Klager

Det er relativt få klagesaker innanfor barnevernet. Hovudtyngda av dei 607 realitetsbehandla sakene i 2017 var klager frå barn i barnevernsinstitusjonar. Rettighetsforskriften, som gjeld for barnevernsinstitusjonar og omsorgssenter for mindreårige, gir institusjonane rett til – på visse vilkår – å bruke tvang og setje i verk avgrensingar. Av klagesakene gjaldt 83 prosent klager frå barn i barnevernsinstitusjonar og omsorgssenter. Dei siste 17 prosentane gjaldt klager mot barnevernstenestene på tenester og tiltak, eller på mangel av slike.

I 2017 kom det inn 680 klagesaker, mot 642 året før. Fylkesmennene avslutta behandlinga av 676 saker. Av desse blei 69 avviste. Tabell 4 har berre med dei realitetsbehandla sakene, altså ikkje avviste saker. Gjennomsnittleg saksbehandlingstid for dei realitetsbehandla sakene var 1,1 månad. Hovudregelen er at klager først blir behandla av verksemda som har gjort vedtaket, slik at ho kan gjere om eige vedtak ut frå momenta i klaga. Denne regelen gjeld for klager mot barnevernstenestene. For klager etter rettighetsforskriften er ordninga annleis. Da det i dei aller fleste tilfella allereie er gjennomført tvang og avgrensingar i institusjonane, skal desse klagene sendast direkte til fylkesmannen. Gjennomsnittleg tid frå klaga blei fremja til fylkesmannen fekk klaga, var 0,6 månader. Talet på ikkje avslutta saker (restansar) ved utløpet av året var 68, mot 65 ved utgangen av 2016.

Tabell 4 Avslutta klagesaker mot barnevernstenester og barnevernsinstitusjonar 2015–2017

Fylkesmannen i	2015	2016	2017	
	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagaren
Østfold	29	42	30	47 %
Oslo og Akershus	117	157	129	25 %
Hedmark	32	34	46	28 %
Oppland	12	18	22	41 %
Buskerud	29	33	18	44 %
Vestfold	22	29	27	41 %
Telemark	10	17	16	6 %
Aust- og Vest-Agder	44	36	66	35 %
Rogaland	45	59	54	19 %
Hordaland	67	72	50	36 %
Sogn og Fjordane	8	15	11	0 %
Møre og Romsdal	15	15	7	14 %
Sør-Trøndelag	12	31	50	24 %
Nord-Trøndelag	27	22	15	13 %
Nordland	15	14	29	7 %
Troms	44	29	26	15 %
Finnmark	3	11	11	55 %
Heile landet	**531**	**634**	**607**	**27 %**

Tabell 5 Vurderingsgrunnlag i avslutta klager på vedtak i barnevernstenesta og i barnevernsinstitusjonar i 2017

Vurderte reglar	Tal gonger vurderte	Heilt eller delvis medhald for klagaren
Barnevernstenester (kommunale)	**123**	**38 %**
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	22	14
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	3	
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	71	22
Bvl. § 4-4 sjette ledd Plass i fosterhjem/ institusjon/omsorgssenter	2	1
Bvl. Andre rettigheter	25	10
Barnevernsinstitusjonar og omsorgssenter (offentlege og private)	**604**	**22 %**
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte fare-situasjoner	189	51
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	36	7
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	62	13
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegging, tilintet-gjøring eller overlevering til politiet	47	7
Rettighetsforskr. § 18 Beboernes korrespondanse	1	1
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensinger	94	13
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	4	-
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunika-sjonsmidler	106	17
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	65	25
Sum vurderingsgrunnlag	**727**	**181**
Sum saker vurderingane er fordelte på	**607**	

Prosentdelen der klagaren får heilt eller delvis medhald, er høgare for forhold retta mot barnevernstenestene (38 prosent) enn for forhold retta mot barnevernsinstitusjonane og omsorgssentera (22 prosent).

I ei sak kan fleire forhold, og dermed lovreglar, bli vurderte. Tabell 5 gir ei oversikt over vurderingane, skilde mellom barnevernstenestene og institusjonane. Den mest vurderte regelen er tvang i akutte faresituasjonar (rettighetsforskr. § 14).

Statens helsetilsyn har som overordna organ ikkje behandla førespurnader om å overprøve klagesaker etter barnevernslova i 2017.

Statens helsetilsyn er klageinstans for pålegg som fylkesmennene har gitt. Vi har ikkje behandla klager i 2017.

Sosiale tenester i Nav

Tilsyn

Tilsyn blir gjennomførte ved at fylkesmennene behandlar hendingar og forhold som dei blir kjende med gjennom klager frå enkeltpersonar, informasjon frå tilsette i sosialtenesta eller andre kjelder, eller ved at det blir gjennomført planlagt tilsyn, vanlegvis som systemrevisjon.

Tabell 6 Planlagde tilsyn med sosiale tenester i Nav utført av fylkesmennene i 2017

Fylkesmannen i	Systemrevisjonar	Andre metodar
Østfold	5	0
Oslo og Akershus	7	0
Hedmark	3	0
Oppland	4	0
Buskerud	3	0
Vestfold	3	0
Telemark	3	0
Aust- og Vest-Agder	8	1
Rogaland	5	0
Hordaland	7	0
Sogn og Fjordane	2	0
Møre og Romsdal	3	0
Sør-Trøndelag	2	1
Nord-Trøndelag	0	5
Nordland	4	3
Troms	2	3
Finnmark	1	0
Heile landet	**62**	**13**

Tradisjonelt behandlar fylkesmennene få tilsynssaker retta mot Nav-kontor. I 2017 blei det oppretta 71 saker og avslutta 72, mot høvesvis 83 og 90 i 2016. Av dei avslutta sakene blei 18 overførte til Nav-kontor for vidare oppfølging, sidan typen sak tilsa at verksemda sjølv skulle følgje opp moglege lovbrot i samråd med den som hadde klaga. I dei 54 sakene som fylkesmennene vurderte, blei det peikt på lovbrot i 52 prosent av sakene.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 75 tilsyn der sosiale tenester var tema. 62 av tilsyna var systemrevisjonar, 13 tilsyn blei gjennomførte ved bruk av annan metodikk som stikkprøver og oppfølging av kommunale eigenvurderingar. 40 av desse tilsyna var del av det landsomfattande tilsynet retta mot kommunale tenester til pasientar med psykisk liding og mogleg samtidig rusliding, der også kommunale helse- og omsorgstenester blei undersøkte. Tilsynet er toårig og blir også gjennomført i 2018.

Systemrevisjonane elles har anten handla om tema frå tidlegare landsomfattande tilsyn eller har kombinert dei med eigne tema, som mellombels bustad, bruk av vilkår, oppfølging av klagesaker eller økonomisk rådgiving.

Fylkesmennene har rapportert at det ved utgangen av 2017 framleis ikkje var retta opp i lovbrot i til saman 6 tilsyn med sosiale tenester i Nav frå 2016 eller tidlegare.

Klager

Innanfor sosialtenesta er det relativt mange klager, sjølv om talet er lågt sett i forhold til vedtaka som blir gjorde overfor dei ca. 130 000 mottakarane av sosialhjelp. I 2017 kom det inn 3678 klagesaker, mot 3883 i 2016, ein nedgang på 5,5 prosent. Det blei avslutta 3556 saker, av desse blei 59 avviste. Talet på ikkje avslutta saker (restansar) ved utløpet av året var 698, mot 552 ved utgangen av 2016.

Tabell 7 Klagesaker behandla av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven

	2015	2016	2017	
Fylkesmannen i	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagar
Østfold	485	373	321	23 %
Oslo og Akershus	673	892	633	23 %
Hedmark	222	238	273	24 %
Oppland	167	124	128	20 %
Buskerud	462	370	283	23 %
Vestfold	223	186	211	21 %
Telemark	128	94	115	30 %
Aust- og Vest-Agder	304	265	234	19 %
Rogaland	289	294	364	12 %
Hordaland	367	448	404	15 %
Sogn og Fjordane	26	29	25	16 %
Møre og Romsdal	157	112	95	28 %
Sør-Trøndelag	122	162	102	27 %
Nord-Trøndelag	68	62	61	26 %
Nordland	155	121	117	27 %
Troms	71	107	85	14 %
Finnmark	34	54	46	33 %
Heile landet	**3953**	**3931**	**3497**	**21 %**

I 79 prosent av vedtaka det blei klaga på, stadfesta fylkesmennene vedtaka Nav-kontora hadde gjort. Gjennom mange år har omtrent fire av fem klager blitt stadfesta. Elleve prosent av vedtaka blei endra, og ti prosent blei oppheva og sakene sende tilbake til Nav-kontora for ny behandling.

Dei fleste klagesakene gjeld økonomisk stønad, men ein del gjeld andre tema etter sosialtjenesteloven. Tabell 8 gir ei oversikt over klagetemaa og utfallet av sakene som fylkesmennene har behandla.

Tabell 8 Vurderingane til fylkesmennene i klagesaker etter sosialtjenesteloven

Vurderte reglar i sosialtenestelova	Tal gonger vurderte	Av desse heilt eller delvis medhald for klagaren
Lovens virkeområde § 2 (personar utan fast bustad i Noreg)	97	34 %
Opplysning, råd og veiledning (§ 17)	25	20 %
Stønad til livsopphold (§ 18)	3175	19 %
Stønad i særlige tilfeller (§ 19)	562	8 %
Bruk av vilkår (§ 20)	63	57 %
Midlertidig botilbud (§ 27)	15	33 %
Kvalifiseringsprogrammet (§§ 29-40)	31	23 %
Andre tema i sosialtenestelova	137	37 %
Sum vurderingsgrunnlag	**4105**	19 %
Tal saker som vurderingane er fordelte på	**3497**	

Helse- og omsorgstenester

Tilsyn med helse- og omsorgstenestene blir dels utført av fylkesmennene og dels av Statens helsetilsyn. I gjennomgangen nedanfor blir det først gjort greie for tilsyn og klagesaker som fylkesmennene har utført og behandla, deretter oppgåvene som Statens helsetilsyn har utført.

Tilsyn

Tilsynssaker er saker som er behandla på grunn av klager frå pasientar, pårørande og andre kjelder, og som handlar om mogleg svikt i tenestene. For heile landet var det 3581 nye tilsynssaker innanfor helse/omsorg i 2017. Det er litt fleire enn i 2016, da talet på nye saker var 3496. Talet på avslutta saker var 3454 i 2017, mot 3340 året før. Dermed har talet på tilsynssaker under arbeid (restansar) hos fylkesmennene auka. Auken var frå 1765 ved byrjinga av 2017 til 1891 ved utgangen av 2017.

Fylkesmennene konstaterte eitt eller fleire lovbrot i 38 prosent av sakene (1041 av 2702). I tillegg blei 313 saker (12 prosent) vurderte som så alvorlege at dei blei sende over til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell. Delen saker med lovbrot var på nivå med året før (37 prosent i 2016), mens delen oversende saker gjekk litt ned (15 prosent i 2016).

Tabell 9 Tilsynssaker, helse/omsorg, hos fylkesmennene – tal på avslutta saker 2015–2017

				Av sakene i 2017	
Fylkesmannen i	Avslutta 2015	Avslutta 2016	Avslutta 2017	har desse eitt eller fleire påpeikte lovbrot	er desse sende til Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon
Østfold	185	137	139	40	22
Oslo og Akershus	457	469	547	209	63
Hedmark	171	149	172	86	21
Oppland	123	77	80	29	15
Buskerud	137	173	91	33	9
Vestfold	114	145	141	88	11
Telemark	94	104	94	42	12
Aust- og Vest-Agder	177	171	161	61	15
Rogaland	238	210	215	57	21
Hordaland	219	264	283	98	27
Sogn og Fjordane	88	78	94	37	7
Møre og Romsdal	127	108	85	24	17
Sør-Trøndelag	155	151	157	76	7
Nord-Trøndelag	140	111	124	35	14
Nordland	147	151	138	41	23
Troms	165	142	84	46	14
Finnmark	62	41	97	39	15
Heile landet	**2799**	**2681**	**2702**	**1041**	**313**
I tillegg avslutta utan vurdering	**732**	**659**	**752**		

Tabell 10 Vurderingsgrunnlag i avslutta tilsynssaker hos fylkesmennene i 2017

	Tal på vurderingar	Av desse er det konstatert lovbrot eller grunnlag for oversending til Statens helsetilsyn
Regel i helsepersonellova		
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	77	24
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	42	30
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	129	85
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	940	411
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	8	6
Informasjon (§ 10)	47	28
Organisering av virksomhet (§ 16)	64	34
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	205	122
Pasientjournal (§§ 39-41)	255	208
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	39	33
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	75	65
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	168	111
Regel i spesialisthelsetenestelova		
Plikt til forsvarleg teneste (§ 2-2)	1058	396
Andre pliktreglar i spesialisthelsetenestelova	164	100
Regel i helse- og omsorgstenestelova		
Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1)	71	41
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	623	252
Informasjon (§ 4-2a)	21	8
Plikt til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	21	16
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	69	49
Pliktreglar i anna helselovgiving	111	68
Sum vurderingsgrunnlag	**4187**	**2087**
Tal på saker vurderingane er fordelte på	**2702**	**1354**

Tilsynssakene er ofte samansette, slik at mange av dei blir vurderte etter meir enn éin pliktregel (meir enn eitt vurderingsgrunnlag). Talet på vurderingsgrunnlag auka i 2017 til 4187 frå 4082 året før. Det er plikta til å gi forsvarlege helsetenester som oftast blir vurdert. Plikta til å yte forsvarlege tenester er både ei individuell plikt (helsepersonellova § 4) og ei plikt som verksemder har (spesialisthelsetenestelova § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstenestelova § 4-1). Samla sett gjaldt 69 prosent av vurderingane ein av desse reglane. Denne delen er som i begge dei to åra før.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 204 planlagde tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstenesta, 11 prosent fleire enn året før, da det blei gjennomført 183. Av dei gjennomførte tilsyna var 131 systemrevisjonar, og av desse blei 40 gjennomførte som ledd i det landsomfattande tilsynet retta mot kommunale tenester til pasientar med psykisk liding og mogleg samtidig rusliding, der også sosiale tenester blei undersøkte. Tilsynet er toårig og blir gjennomført også i 2018.

Tabell 11 Planlagde tilsyn med helse- og omsorgstenester utførte av fylkesmennene i 2017

	Tilsyn i kommunar		Tilsyn i spesialisthelsetenesta	
Fylkesmannen i	System-revisjonar	Andre metodar	System-revisjonar	Andre metodar
Østfold	3	6	1	0
Oslo og Akershus	6	0	1	3
Hedmark	9	1	1	1
Oppland	9	4	2	2
Buskerud	7	0	1	2
Vestfold	8	12	1	2
Telemark	7	0	1	2
Aust-og Vest-Agder	24	0	2	4
Rogaland	8	0	2	4
Hordaland	20	0	1	2
Sogn og Fjordane	8	0	1	2
Møre og Romsdal	3	2	2	2
Sør-Trøndelag	3	11	1	1
Nord-Trøndelag	2	11	4	1
Nordland	8	10	1	2
Troms	3	16	1	1
Finnmark	3	0	0	1
Heile landet	**131**	**73**	**24**	**32**

I tillegg blei 73 tilsyn gjennomførte som umelde tilsyn, oppfølging av kommunale eigenvurderingar, stikkprøver eller ved bruk av andre tilsynsmetodar.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrot i til saman 34 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstenester frå 2016 eller tidlegare framleis ikkje var ordna opp i ved utgangen av 2017.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 56 planlagde tilsyn i spesialisthelsetenesta, mot 39 i 2016. 24 av tilsyna var system-revisjonar. Dei fleste var del av det landsomfattande tilsynet med spesialisthelsetenester til pasientar med psykisk liding og mogleg samtidig rusliding. Dei 32 tilsyna som ikkje var systemrevisjonar, var journalgjennomgang av saker som var del av det landsomfattande tilsynet med korleis somatiske akuttmottak kjenner att og behandlar pasientar med sepsis.

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

Fylkesmennene har rapportert at det ved utgangen av 2017 framleis ikkje var retta opp i lovbrot i til saman 17 tilsyn med spesialisthelsetenester frå 2016 eller tidlegare. Av desse er 14 frå det landsomfattande tilsynet med sepsis som blir følgt opp etter ein særskild plan med gjennomgangar 8 og 14 månader etter tilsynet.

Klager

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

Talet på saker har hatt ein svak nedgang i begge dei to siste åra.

I 24 prosent av sakene fekk den som klaga, medhald, anten ved at fylkesmannen endra vedtaket til beste for klagaren, eller ved at fylkesmannen sende saka tilbake for ny behandling. Dette er ein svak nedgang frå året før (27 prosent).

Det blir klaga mest på manglande refusjon av reiseutgifter til og frå behandling i spesialisthelsetenesta (pasient- og brukarrettslova § 2-6). Talet på slike saker har variert kraftig. I 2017 var det 949 saker mot 631 og 924 i 2016 og 2015.

Tabell 12 Klagesaker om manglande oppfylling av rettar etter lovgivinga om helse- og omsorgstenester. Talet på saker avslutta av fylkesmennene 2015–2017

	2015	2016	2017	
Fylkesmannen i	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Tal på behandla saker	Del saker med heilt eller delvis medhald for klagar*
Østfold	188	178	243	34 %
Oslo og Akershus	642	701	477	33 %
Hedmark	131	92	76	18 %
Oppland	111	98	93	22 %
Buskerud	167	191	211	32 %
Vestfold	167	159	148	27 %
Telemark	77	73	99	22 %
Aust- og Vest-Agder	196	149	158	24 %
Rogaland	194	166	199	24 %
Hordaland	333	393	434	10 %
Sogn og Fjordane	115	72	73	21 %
Møre og Romsdal	162	146	121	35 %
Sør-Trøndelag	125	131	165	22 %
Nord-Trøndelag	108	118	141	10 %
Nordland	173	175	163	22 %
Troms	176	181	172	29 %
Finnmark	84	57	82	24 %
Heile landet	**3149**	**3080**	**3055**	**24 %**

*Delen saker der fylkesmannen anten endra vedtak i førsteinstansen heilt eller delvis, eller sende saka tilbake til førsteinstansen for ny behandling på grunn av formelle feil i behandlinga til førsteinstansen

Tabell 13 Klagesaker om manglande oppfylling av rettar innanfor helse og omsorg – talet på vurderingar i saker avslutta av fylkesmennene i 2017

	2017	
	Tal på vurderingar	Av desse med heilt eller delvis medhald for klagaren
Pasient- og brukarrettslova (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp frå kommunen		
– augeblikkeleg hjelp	1	0
– helsetenester i heimen	74	27
– plass i sjukeheim	145	36
– plass i annen institusjon	53	11
– praktisk bistand og opplæring	106	44
– støttekontakt	113	45
– brukarstyrt personleg assistanse	207	83
– omsorgslønn	345	114
– avlastingstiltak	191	94
– kommunal helse- og omsorgshjelp elles	83	27
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	559	99
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	24	4
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	3	1
Pbrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	11	8
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	7	5
Pbrl. § 2-6. Rett til syketransport	949	105
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	37	11
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	59	18
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	1	0
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	158	36
Andre lovparagrafar som gir rettar på helse- og omsorgsområdet	13	6
Sum vurderingsgrunnlag	**3139**	**774**
Tal på saker vurderingane er fordelte på	**3055**	**744**

*Nokre av sakene omfattar vurderingar opp mot meir enn éin regel om rettar. Derfor blir summen av vurderingane større enn summen av talet på saker.

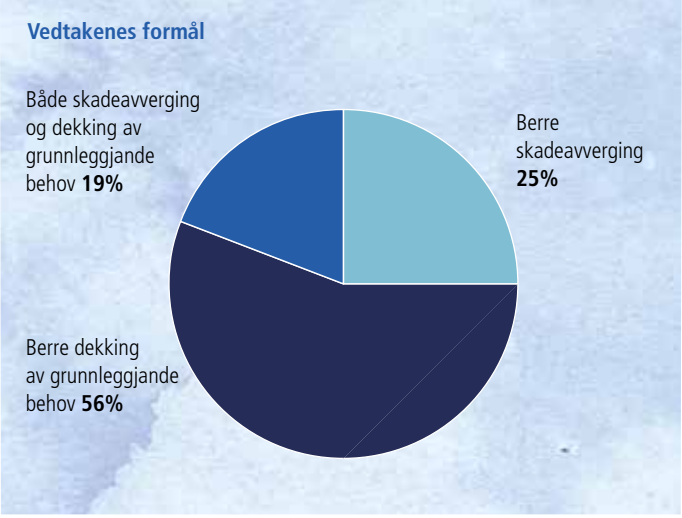
Det er ikkje høve til å klage på vedtak fylkesmannen har gjort i ei klage som gjeld rettar. Statens helsetilsyn kan som overordna forvaltingsorgan vurdere saka, jf. forvaltingslova § 35. Statens helsetilsyn har i 2017 stadfesta fylkesmannens vedtak i fire saker. Vi oppheva fylkesmannens vedtak i éi sak. I ei anna sak blei vedtaket til fylkesmannen delvis oppheva.

Rettstryggleik ved bruk av tvang og makt

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

Fylkesmannen må godkjenne vedtak før tvangstiltak kan setjast i verk. I 2017 overprøvde fylkesmannen 1605 vedtak, mot 1459 året før. 1503 av vedtaka blei godkjende.

Figur 1 Formål med vedtak om tvang overfor personar med utviklingshemming 2017



I vel halvparten av vedtaka (56 prosent) var formålet å dekkje grunnleggjande behov, i ein fjerdedel (25 prosent) var formålet å hindre skade, mens nær ein femdel av vedtaka (19 prosent) hadde begge formåla.

Tabell 14 Tvang og makt overfor personar med utviklingshemming i 2017, helse- og omsorgstenestelova kap. 9

Fylkesmannen i	Meldingar om skadehindrande tvangstiltak i nødssituasjonar		Vedtak om tvang som skadehindrande tiltak og tiltak for å dekkje grunnleggjande behov					Tal på tilsyn på staden
	Tal på melde vedtak	Tal på personar vedtaka gjaldt	Tal på over-prøvde vedtak	Del overprøvd innan 3 md.	Tal godkjende vedtak	Godkjende vedtak med innvilga dispensasjon	Tal på personar med godkjent vedtak per 31.12.2017	
Østfold	2033	56	36	42%	34	24	35	6
Oslo og Akershus	5098	379	219	44%	211	176	203	13
Hedmark	224	51	118	98%	118	113	119	12
Oppland	167	48	67	84%	66	50	63	22
Buskerud	299	62	95	75%	84	54	80	12
Vestfold	459	47	79	96%	74	65	71	13
Telemark	195	38	41	80%	39	29	32	4
Aust- og Vest-Agder	546	81	129	91%	127	67	118	29
Rogaland	4124	114	150	21%	129	110	123	8
Hordaland	1158	127	232	94%	230	165	183	30
Sogn og Fjordane	1401	28	28	46%	28	14	26	4
Møre og Romsdal	576	78	131	36%	98	69	86	19
Sør-Trøndelag	1153	80	90	97%	87	35	76	20
Nord-Trøndelag	747	30	41	100%	31	12	30	5
Nordland	244	44	72	97%	71	45	62	7
Troms	189	29	73	99%	73	57	67	3
Finnmark	182	19	4	50%	3	3	2	13
Heile landet	**18795**	**1311**	**1605**	**72%**	**1503**	**1088**	**1376**	**220**

Ved utgangen av 2017 var det vedtak med verksame tvangstiltak overfor 1376 personar, mot 1240 ved utgangen av 2016. 41 prosent av desse var kvinner, 59 prosent menn. Dei godkjende vedtaka i 2017 omfatta 3149 enkelttiltak, mot 2552 i 2016.

Dei vanlegaste tiltaka for å dekkje grunnleggjande behov er å avgrense tilgangen til mat, drikke, nytingsmiddel og eigedelar; hindre tilgangen til vatn/eigedelar; låse dør/vindauge; innføre tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl- og hårklipp og liknande) og varslingssystem for utgang.

Fylkesmennene registrerte også skadehindrande tiltak i enkelte nødssituasjonar jf. helse- og omsorgstenestelova § 9-5 tredje ledd bokstav a. I 2017 ble det registrert 18795 tiltak mot 16603 i 2016. Totalt var 1311 personar utsette for skadehindrande tiltak i nødssituasjonar, mot 1257 i 2016.

Vanlegvis er det svært få klager på denne typen tvangsbruk. I 2017 blei det registrert 14 klager på avgjerder om tvang i nødssituasjonar og overprøvde vedtak. Dette er det same talet som i 2016.

I 2017 gjennomførte fylkesmennene 220 tilsyn på staden for å kontrollere godkjende tvangstiltak eller undersøkje tilhøva der fylkesmannen anten kjenner til eller reknar med at det blir brukt tvang. I 2016 blei det gjennomført 221 tilsyn på staden.

Kapittel 4A i pasient- og brukarrettslova gjeld somatisk helsehjelp til pasientar som ikkje har samtykkekompetanse, og som motset seg helsehjelp. Pasientane det gjeld, er hovudsakleg personar med demens og utviklingshemming. Helsetenesta skal gjere vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendast til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det. I 2017 gjekk fylkesmennene gjennom 4259 vedtak, mot 3913 året før.

Dersom det ikkje er klaga på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A og helsehjelpa varer, skal fylkesmannen av eige tiltak vurdere om det framleis er behov for helsehjelpa når det er gått tre månader frå vedtaket blei gjort. Eit vedtak varer maksimalt eitt år. Når vedtakstida er over, må verksemda vurdere situasjonen på nytt og eventuelt gjere nytt vedtak. Talet på tremånadersgjennomgangar hos fylkesmennene i 2017 var 1807, mot 1637 året før.

Fylkesmennene oppheva eller endra 12 prosent av vedtaka som blei gjennomgått ved innkomst, og 19 prosent av vedtaka ved den fornya gjennomgangen etter tre månader. Det er svært få klager på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, mindre enn éin prosent. I 2017 blei det behandla 11 klager, mens det blei behandla 20 klager året før.

Statens helsetilsyn har i 2017 ikkje behandla klager på vedtak hos fylkesmannen etter kapittel 4A.

Tabell 15 Fylkesmennenes behandling av vedtak etter pasient- og brukarrettslova kap. 4A i 2017

	Tvungen helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse. Gjennomgåtte vedtak i 2017				
	Gjennomgang ved innkomst		Fornya gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandla klager på vedtak
	Tal	Del oppheva eller endra	Tal	Del oppheva eller endra	Tal
Østfold	334	4 %	77	8 %	0
Oslo og Akershus	652	12 %	156	23 %	0
Hedmark	187	12 %	96	17 %	0
Oppland	198	5 %	89	16 %	0
Buskerud	140	13 %	55	4 %	0
Vestfold	243	5 %	116	14 %	2
Telemark	113	10 %	66	6 %	1
Aust- og Vest-Agder	245	15 %	78	22 %	1
Rogaland	237	34 %	113	27 %	2
Hordaland	414	24 %	114	12 %	2
Sogn og Fjordane	62	6 %	25	0 %	1
Møre og Romsdal	193	9 %	120	7 %	2
Sør-Trøndelag	413	14 %	201	15 %	0
Nord-Trøndelag	184	5 %	48	13 %	0
Nordland	390	3 %	321	37 %	0
Troms	172	10 %	71	6 %	0
Finnmark	82	6 %	61	28 %	0
Heile landet	**4259**	**12 %**	**1807**	**19 %**	**11**

Tilsynssaker som Statens helsetilsyn har behandla

Statens helsetilsyn behandlar dei alvorlegaste tilsynssakene, som i all hovudsak blir sende over frå fylkesmennene. I 2017 avslutta vi 450 saker mot helsepersonell og verksemder i helse- og omsorgstenesta, mot 430 i 2016. Median saksbehandlingstid var 5,7 månader, mot 5,1 månader i 2016.

I 2017 fikk Statens helsetilsyn 399 nye saker til behandling, mot 458 i 2016. Per 31. desember 2017 var 207 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 258 året før.

Statens helsetilsyn kravde påtale i fem saker i 2017. I sju saker konkluderte vi med at det ikkje var grunnlag for å krevje påtale mot helsepersonell eller verksemd.

I 325 av dei avslutta sakene gav vi til saman 291 reaksjonar retta mot helsepersonell og påpeikte lovbrot overfor 53 verksemder. I dei 125 sakene elles gav vi verken reaksjon mot helsepersonell eller påpeikte lovbrot overfor verksemder.

Reaksjonar mot personell

155 helsepersonell mista til saman 160 autorisasjonar i 2017. Dette er 41 fleire autorisasjonar enn året før, og svarer til ein auke på 34 prosent. Årsakene til at autorisasjonen blei kalla tilbake, er i dei fleste tilfella misbruk av rusmiddel og åtferd som ikkje let seg sameine med yrkesutøvinga. Døme på slik åtferd er tjuveri av legemiddel, narkotikalovbrot og vald.

Vi kalla tilbake autorisasjonen til 5 helsepersonell der uforsvarleg verksemd i form av svikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar var einaste grunnlaget. For 17 tilbakekallingar var svikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar eitt av fleire andre grunnlag for tilbakekallinga, der rusmiddelbruk var det hyppigaste tilleggsgrunnlaget.

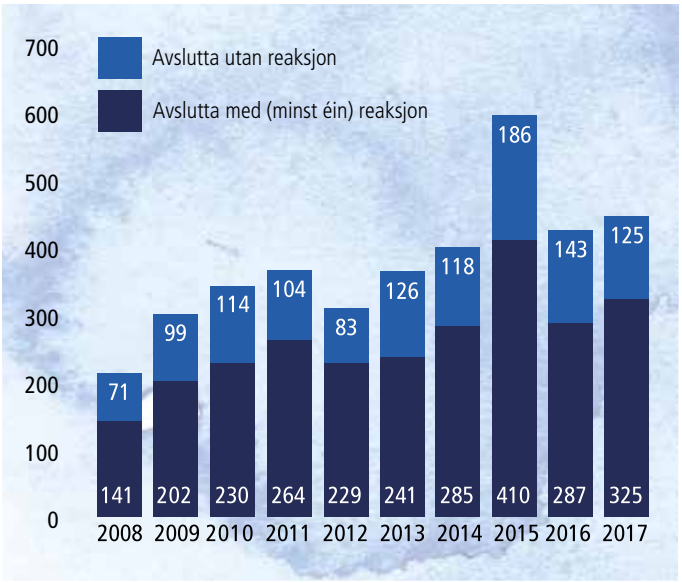
Statens helsetilsyn avgrensa i 2017 autorisasjonen til 18 helsepersonell etter helsepersonellova §§ 59 og 59 a. For 15 helsepersonell var grunnlaget svikt i medisinske eller pleiefaglege ferdigheiter/kunnskapar. Utover dette mista 7 legar rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B heilt eller delvis på grunn av uforsvarleg rekvirering.

Statens helsetilsyn suspenderte autorisasjonen til 17 helsepersonell mens saka var til behandling.

Det var 9 helsepersonell som gav frivillig avkall på autorisasjonen, og 2 legar som gav frivillig avkall på rekvireringsretten for legemiddel i gruppe A og B.

I 2017 bad Statens helsetilsyn om sakkunnig vurdering i 9 saker. Vidare påla vi 2 helsepersonell å underkaste seg sakkunnig medisinsk eller psykologisk undersøking, jf. helsepersonellova § 60.

Figur 2 Tal på avslutta tilsynssaker og reaksjonar



Tabell 16 Administrative reaksjonar mot helsepersonell 2015–2017*

Reaksjon:	Åtvaring			Avgrensa autorisasjon eller lisens			Tilbakekalling av autorisasjonen eller lisensen			Tap av rekvireringsretten heilt eller delvis			Sum	Sum	
År:	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	Sum 2017
Legar	100	63	59	14	10	12	38	27	47	8	7	7	160	107	125
Tannlegar	6	5	3				6	2	2				12	7	5
Psykologar	8	4	6			1	5	1	2				13	5	9
Sjukepleiarar	19	14	18	2	1	3	53	52	70				74	67	91
Jordmødrer	4	2	1		1		4						8	3	1
Fysioterapeutar	8	9	4	2			7	2	2				17	11	6
Hjelpepleiarar/ omsorgsarbeidarar/ helsefagarbeidarar	10	5	13	3	1	1	32	24	22				45	30	36
Anna autorisert helsepersonell	4	8	2			1	17	11	15				21	19	18
Uautorisert helsepersonell	22												22		
Sum	**181**	**110**	**106**	**21**	**13**	**18**	**162**	**119**	**160**	**8**	**7**	**7**	**372**	**249**	**291**

Tabell 17 Årsak til tilbakekalling av autorisasjon i 2017

Årsaker til tilbakekalling* av autorisasjon/lisens fordelt på helsepersonell-kategori	Legar	Sjuke-pleiarar	Hjelpepleiarar / Omsorgs-arbeidarar / Helsefag-arbeidarar	Andre	Sum
Helsefagleg svikt i yrkesutøvinga	7	8	5	2	22
Ikkje innretta seg etter åtvaring	5			1	6
Rusmiddelbruk	17	48	17	9	91
Legemiddeltjuveri		19	4	2	25
Seksuell utnytting av pasient/brukar	7	7	1	3	18
Rollesamanblanding	1	3			4
Anna åtferd i yrkesutøvinga	7	3	2	5	17
Anna åtferd utanfor yrkesutøvinga	11	15	5	2	33
Sjukdom	2	2	1	2	7
Mista godkjenning i utlandet	8	6			14
Sum årsaker/ vurderingsgrunnlag for tilbakekalling	**65**	**111**	**35**	**26**	**237**
Tal på tilbakekalla autorisasjonar/ lisensar **	**47**	**70**	**22**	**21**	**160**
Tal på helse-personell					**155**

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

** I enkelte saker har eit og same helsepersonell fått fleire autorisasjonar tilbakekalla (f.eks. både autorisasjonen som sjukepleiar og hjelpepleiar). Talet på tilbakekalla autorisasjonar er derfor litt høgare enn talet på helsepersonell.

Søknader om ny/avgrensa autorisasjon og ny rekvireringsrettI

I 2017 behandla Statens helsetilsyn 146 søknader frå 119 ulike helsepersonell. Vi innvilga 56 søknader heilt eller delvis og avslo 90.

Vi gav 21 helsepersonell ny autorisasjon utan avgrensingar, og 17 fekk ny avgrensa autorisasjon til å utøve verksemd under bestemte vilkår. Vi oppheva etter søknad avgrensingar i autorisasjonen for 12 helsepersonell. 6 legar fekk ny rekvireringsrett for legemiddel i gruppe A og B.

Klage på vedtak

I 2017 sende Statens helsetilsyn over 110 klager på vedtak til Helseklage v/Statens helsepersonellnemnd (HPN), mot 72 i 2016. Av dei klagene som var sende over, var 82 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 5 suspensjonsvedtak. Det var 28 klager som gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon / avgrensa autorisasjon.

HPN behandla 70 klager på vedtaka våre i 2017. Dei stadfesta 66 og gjorde om 4 vedtak.

Reaksjonar mot verksemder

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

I 2017 behandla Statens helsetilsyn 82 saker som inkluderte 88 verksemder i spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta (81 saker i 2016). Vi påpeikte brot på helse- og omsorgslovgivinga overfor 53 verksemder (62 i 2016). I 15 av sakene var det brot på opplysningsplikta til tilsynsorganet (14 saker i spesialisthelsetenesta).

Statens helsetilsyn gav eitt pålegg om stans av forskingsprosjekt med heimel i helseforskingslova § 51 i 2017. Vi gav varsel om tvangsmulkt til éi verksemd som ikkje hadde oppfylt opplysningsplikta til tilsynsorganet, jf. spesialisthelsetenestelova § 6-2. Saka er avslutta da verksemda oppfylte opplysningsplikta. Vi gav varsel om pålegg til to kommunar med heimel i helsetilsynslova § 5, jf. helse- og omsorgstenestelova § 12-3. Vi gav ingen pålegg eller varsel om tvangsmulkt til verksemder med heimel i spesialisthelsetenestelova § 7-1.

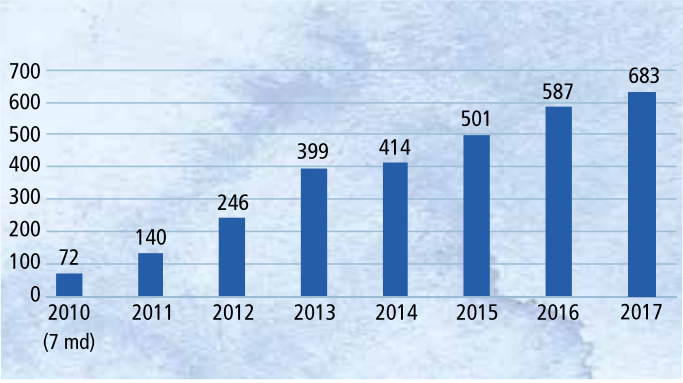
Undersøkingseininga

Helseføretak og verksemder som har avtale med helseføretak eller regionale helseføretak, har plikt å varsle om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetenestelova § 3-3 a.

Varsel vi har fått i 2017

I I 2017 fekk Statens helsetilsyn 638 varsel (figur 3). 47 prosent av varsla var frå psykisk helsevern og 53 prosent frå den somatisk helsetenesta.

Figur 3 Tal på varsel fordelte på år



Undersøkingseininga følgjer opp varsla om alvorlege hendingar på fleire ulike måtar. Alle varsel blir opplyste ved at ein hentar informasjon om hendinga og vurderer om det er mistanke om lovbrot. Der det ikkje er mistanke om lovbrot, blir oppfølginga av saka avslutta etter innleiande undersøkingar.

Er det mistanke om lovbrot eller forbetringspotensial, blir saka følgd opp på ulike måtar, gjennom:

- tilsynsoppfølging hos fylkesmannen
- tilsyn på staden frå Statens helsetilsyn
- førespurnad om forklaring frå helseføretaket / den private verksemda om korleis dei internt handterer avvik
- tilsynsoppfølging frå Statens helsetilsyn

Tabell 18 Tal på varsel fordelte på utfall

Korleis varsla er følgde opp	2015	2016	2017
– tilsynsoppfølging hos fylkesmannen	170	249	248
– tilsyn på staden frå Statens helsetilsyn	14	7	13
– førespurnad om forklaring frå helseføretaket / den private verksemda	36	32	17
– tilsynsoppfølging frå Statens helsetilsyn	5	1	2
– avslutta etter innleiande undersøkingar	276	298	358
Totalt	**501**	**587**	**638**

Tilsyn med handtering av blod, celler, vev og organ

Statens helsetilsyn fører jamlege tilsyn etter blodforskrifta, forskrift om handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organ til transplantasjon. I 2017 ble det gjennomført elleve tilsyn som omfatta totalt tre private fertilitetsklinikkar med i alt seks einingar, eitt frittstående sjukehus, eitt statleg forvaltingsorgan og femten offentlege sjukehus organiserte under fem helseføretak. Ved helseføretaka omfatta tilsynet fleire ulike fagområde og aktivitetar. På grunn av høg aktivitet ved eitt helseføretak blei det her gjennomført to tilsyn. Helsetilsynet konkluderte med avvik ved åtte av totalt elleve tilsyn.

Tabell 19 Tilsyn etter blodforskrifta, forskrift om handtering av humane celler og vev og forskrift om humane organ til transplantasjon i 2017

Område det er ført tilsyn med	Tal på besøkte avdelingar/einingar	Tal på avvik	Aktivitet
Blod	45	6	Blod og blodkomponentar
Celler og vev	19	7	Egg, sæd, embryo, beinvev, hornhinner, frysetørka sklera og amnionhinner, kraniebein, autolog stamcellebehandling, smittetesting av donorar og distribusjon av produkt som inneheld humant beinvev
Organ	8	3	Organdonasjon
Totalt tal	**72**	**16**	**Blod, celler, vev og organ**

Folkehelse

I 2017 gjennomførte ein av fylkesmennene fem tilsyn med folkehelsearbeidet i kommunane. Fire tilsyn handla om korleis kommunen fører tilsyn med og godkjenner etter forskrift om miljøretta helsevern i barnehagar og skular. Eitt tilsyn handla om arbeidet i kommunen med å halde løpande oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorane som påverkar han. Det blei konstatert lovbrot ved tre av tilsyna. I 2017 behandla fylkesmennene 28 klagesaker om miljøretta helsevern.

Rekneskap og personell

Det tildelte budsjettet for Statens helsetilsyn var 141,3 millionar kroner. Rekneskapen for 2017 viste eit mindreforbruk på 5,1 millionar kroner.

Rekna om til årsverk var det 107 tilsette i Statens helsetilsyn ved utgangen av 2017.

Rapportar frå Helsetilsynet

Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemelding til den som har meldt

(Rapport frå Helsetilsynet 1/2017)

Utenkelig eller forutsigbart? Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

(Rapport frå Helsetilsynet 2/2017)

«Med lua i handa?» Oppsummering av det landsomfattande tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

(Rapport frå Helsetilsynet 3/2017)

Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgs¬tjenester til personer med utviklingshemming

(Rapport frå Helsetilsynet 4/2017)

www.helsetilsynet.no

Nettstaden til Statens helsetilsyn er laga for alle som arbeider med eller har ansvar for barnevern, sosiale tenester eller helse- og omsorgstenester. Andre viktige målgrupper er pasientar, brukarar og journalistar.

På nettstaden finn du:

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

FSC
www.fsc.org
RECYCLED
Papir laget av resirkulert materiale
FSC® C101826

MILJØMERKET TRYKKERI
07 MEDIA – 2041 0578

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: Møllergata 24

Mars 2018