

Årsrapport 2016 fra Statens helsetilsyn

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



Årsrapport 2016 fra Statens helsetilsyn
Utarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2017.

Årsrapporten finnes tilgjengelig elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no.

ISBN 978-82-90919-99-8
Statens helsetilsyn – Årsrapport 2016, nett 2017

Design: Gazette
Elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

I Leders beretning	7
II Introduksjon til virksomheten og hovedtall	11
Statens helsetilsyn og samfunnsoppdraget.....	11
Statens helsetilsyns rolle	12
Overordnede mål	12
Faglig styringsansvar	12
Organisasjonen.....	13
Hovedtall.....	13
III Årets aktiviteter og resultater.....	15
Strategisk plan	17
Tilsynsskolen.....	17
Brukerinvolvering i tilsyn	18
Forskningsprosjektet «Effekt av tilsyn».....	19
Enhetlig behandling av tilsynssaker	19
Metodeutvikling av virkningsfullt tilsyn	20
Barnevern.....	20
Prioriteringer og ressursbruk	21
Resultater og måloppnåelse.....	22
Tilsyn	24
Klagesaker.....	29
Sosiale tjenester.....	30
Prioriteringer og ressursbruk.....	30
Resultater og måloppnåelse.....	31
Tilsyn.....	32
Klagesaker.....	34
Helse- og omsorgstjenester	35
Prioriteringer og ressursbruk.....	36
Resultater og måloppnåelse.....	37
Tilsyn.....	40
Klagesaker.....	49
Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt	51
Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – bruk av administrative reaksjoner m.v.	54

Undersøkelsesenheten (varselordningen § 3-3 a)	59
Prioriteringer og ressursbruk.....	60
Resultater og måloppnåelse.....	62
Oversikt over varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a mottatt i 2016	63
Nærmere om varselhåndtering og utfall av varselvurdering.....	65
Folkehelse	70
Andre oppdrag.....	71
Prosjekt gjennomgang av barnevernsaker.....	71
Helsetjenester til norsk militært personell i utenlandsoperasjoner	71
Medisinsk og helsefaglig forskning	71
Kontakt mellom brukere og forvaltningen.....	72
Internasjonal virksomhet.....	72
Oppdrag og oppgaver av administrativ karakter	72
IV Styring og kontroll av virksomheten.....	74
Risikostyring	74
Internkontroll	74
Lokalisering	75
Helsetilsynets IKT-utvalg	75
Personellmessige forhold	75
Rapport på likestilling.....	75
Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).....	76
V Vurdering av framtidsutsikter.....	77
VI Årsregnskap 2016.....	81
Ledelseskommentar årsregnskapet 2016	81
Formål	81
Bekreftelse.....	81
Vurderinger av vesentlige forhold	81
Tilleggsopplysninger.....	81
Prinsippnote årsregnskapet	82
Bevilgningsrapporteringen.....	82
Artskontorrapporteringen	83
Riksrevisjonens beretning	84
Regnskap 2016.....	87
VII Vedlegg – tabeller og detaljert tallmateriale	93
Barnevern.....	93
Sosiale tjenester.....	99
Helse- og omsorgstjenester	102
Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt	108
Administrative reaksjoner mot helsepersonell	111
Undersøkelsesenheten.....	113

Figurregister

Figur 1	Styringslinjer	11
Figur 2	Resultatkjede	12
Figur 3	Organisasjonskart per 31.12.2016	13
Figur 4	Tilsynsskolens oppbygging	18
Figur 5	Barnevern – Resultatkjede	21
Figur 6	Barnevern – Utfall for vurderte virksomheter i tilsynssaker som fylkesmennene avsluttet i 2016	28
Figur 7	Sosiale tjenester – Resultatkjede	30
Figur 8	Sosiale tjenester – Utfall i klagesaker som fylkesmennene avsluttet i 2016	34
Figur 9	Helse- og omsorgstjenester – Resultatkjede	36
Figur 10	Helse- og omsorgstjenester – Antall tilsynssaker behandlet av fylkesmennene	47
Figur 11	Helse- og omsorgstjenester – Utfall for helsepersonell / virksomheter vurdert i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2016	48
Figur 12	Helse- og omsorgstjenester – Antall helsepersonell / virksomheter per tjenesteområde i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene	49
Figur 13	Helse- og omsorgstjenester – Rettighetsklager behandlet av fylkesmennene i 2016	50
Figur 14	Helse- og omsorgstjenester – Antall personer det er fattet vedtak overfor 2008–2016	52
Figur 15	Helse- og omsorgstjenester – Formålene med vedtak om tvang overfor utviklingshemmede i 2016	53
Figur 16	Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker avsluttet av Statens helsetilsyn 2007–2016	55
Figur 17	Undersøkelsenheten – Resultatkjede	60
Figur 18	Undersøkelsenheten – Antall varsler 2010–2016	64
Figur 19	Undersøkelsenheten – Antall varsler i 2016 fordelt på helseforetak	64
Figur 20	Utvikling i antall ansatte og fordeling mellom kjønn	76

Tabellregister

Tabell 1	Utvalgte volumtall 2014–2016	14
Tabell 2	Utvalgte nøkkeltall 2014–2016	14
Tabell 3a	Barnevern – Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016	15
Tabell 3b	Sosiale tjenester – Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016	16
Tabell 3c	Helse- og omsorgstjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016	16
Tabell 4	Helse- og omsorgstjenester – Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2016	46
Tabell 5	Helse- og omsorgstjenester – Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2014–2016	54
Tabell 6	Helse- og omsorgstjenester – Tilbakekalling av autorisasjon / lisens fordelt på helsepersonellgrupper 2014–2016 og grunnlag for tilbakekalling i 2016	57
Tabell 7	Innsynsbegjæringer til Statens helsetilsyn	73
Tabell 8	Kjønn og lønn fordelt på ulike stillingskategorier per 31.12.2016	76

Vedlegg tabell 1	Barnevern – Fylkesmennenes tilsynsbesøk og samtaler med barn i barnevernsinstitusjoner 2014–2016	93
Vedlegg tabell 2	Barnevern – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016	94
Vedlegg tabell 3	Barnevern – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2016 fordelt på lovbestemmelser etter barnevernloven	95
Vedlegg tabell 4	Barnevern – Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner) og barnevernsinstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2014–2016	97
Vedlegg tabell 5	Barnevern – Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall	98
Vedlegg tabell 6	Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenrevisjoner etter sosialtjenesteloven 2014–2016	99
Vedlegg tabell 7	Sosiale tjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2014–2016 og utfallet av behandlingen i 2016	100
Vedlegg tabell 8	Sosiale tjenester – Vurderte bestemmelser i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven i 2016	100
Vedlegg tabell 9	Sosiale tjenester – Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016	101
Vedlegg tabell 10	Kommunale helse- og omsorgstjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2014–2016	102
Vedlegg tabell 11	Spesialisthelsetjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2014–2016	103
Vedlegg tabell 12	Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og saksbehandlingstid i 2016	104
Vedlegg tabell 13	Helse- og omsorgstjenester – Utfall av tilsynssaker behandlet av fylkesmennene fordelt på tjenesteområder 2014–2016	104
Vedlegg tabell 14	Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser	105
Vedlegg tabell 15	Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016	106
Vedlegg tabell 16	Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall av behandlingen i 2016	107
Vedlegg tabell 17	Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016 (helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9)	108
Vedlegg tabell 18	Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning 2012–2016	108
Vedlegg tabell 19	Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016	109
Vedlegg tabell 20	Helse- og omsorgstjenester – Kategorisering av tiltakene i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016	109

Vedlegg tabell 21	Helse- og omsorgstjenester – Vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2016 (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A)	110
Vedlegg tabell 22	Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i innkomne vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2012–2016.....	110
Vedlegg tabell 23	Helse- og omsorgstjenester – Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier i 2016.....	111
Vedlegg tabell 24	Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell etter helsepersonellkategori 2014–2106	111
Vedlegg tabell 25	Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn mot helsepersonell og virksomheter i 2016 etter hvor sakene startet	112
Vedlegg tabell 26	Undersøkelsesenheten – Tid før svar på varsel er sendt ut 2014–2016	113
Vedlegg tabell 27	Undersøkelsesenheten – Måten varslene ble fulgt opp på 2014–2016	113
Vedlegg tabell 28	Undersøkelsesenheten – Antall varsler ferdigbehandlet 2014–2016	113
Vedlegg tabell 29	Undersøkelsesenheten – Gjennomsnittlig saksbehandlingstid (i uker) for varsler ferdigbehandlet 2014–2016	113

I Leders beretning

Statens helsetilsynet har ulike roller som må håndteres for å ivareta vårt oppdrag og mandat. Vi er myndighetsutøver – dels direkte og dels gjennom fylkesmennene. Vi er overordnet faglig tilsynsmyndighet på våre områder, og har en rolle som fagdirektorat der vi gir innspill til våre fagdepartementer. Sist, men ikke minst er Helse-tilsynet en samfunnsaktør i kraft av at vi frembringer og formidler kunnskap og erfaring fra tilsyn til nytte i den generelle debatt og samfunnsutvikling.

I dagens situasjon med strammere økonomiske rammer for forvaltningen og uttalte mål om forenkling og effektivisering, opplever vi at tilsynet er debattert og satt under press på ulike måter. På den ene siden øker saksmengden stadig og tilsyn er etterspurt og ønsket i større omfang, hyppighet og grundighet på våre fagområder, mellom dem og i grenseflaten til andre områder og aktører, for eksempel utdanningssektoren og Arbeidstilsynet. På den andre siden pågår det debatter, reformer og endringer der det synes å ligge inne som en forutsetning at innbyggernes rettigheter i mindre grad skal beskyttes gjennom tilsyn, for å lette byrdene til dem som har ansvaret for tjenestene.

Forutsetningen for et virkningsfullt tilsyn er **relevans** – vi må være opptatt av de viktige tingene, **legitimitet** – vi må ha god fagkunnskap og kjenne våre områder godt, og vi må ha gode **arbeidsmetoder** og ferdigheter som frembringer grunnlag for de rette vurderingene og vedtakene. For å kunne innfri disse forutsetningene kreves det tilstrekkelig rom for stadig å kunne utvikle tilsynet og til å prioritere mellom oppgaver. Dersom tilsynsmyndigheten skal endre seg i takt med utviklingen i tjenestene og samfunnet, og bli bedre til å håndtere store, komplekse saker med mange aktører enten det gjelder et barnevernsbarn som også har fått helsetjenester eller det gjelder et dødsfall som kunne vært unngått på sykehus eller i kommunen, så må vi stadig jobbe bedre, men vi må også bruke mindre ressurser på mindre alvorlige saker.

Årsrapporten 2016 viser at Statens helsetilsyn har redusert antall årsverk med ca. 10 % de siste to årene, og at hovedtyngden av ressursene i Statens helsetilsyn går til å behandle tilsynssaker. Vi har lyktes i å innfri kravene til saksbehandlingstid også i 2016 selv om antallet saker langt overstiger det antallet som ligger til grunn for kravet (455 vs. 300). Det er viktig både for den som klager og den aktuelle virksomheten/tjenesten og de medarbeiderne det klages på. Samtidig viser rapporten at prioriteringen av disse sakene reduserer aktivitetene knyttet til planlegging og utvikling av forebyggende tilsyn, metodeutvikling og utredningsoppgaver samt oppsummering, analyse og formidling av tilsynsfunn og -erfaringer. Dette er en utvikling som har gått over noe tid, og som nå særlig får konsekvenser for hvilken kunnskap og vurderinger Helsetilsynet kan bidra med overfor pasienter og brukere, fagmiljøer,

fagdepartementene og beslutningstagere i samfunnet. For å kunne aggregere kunnskap til nytte for eksempel i melding om kvalitet- og pasientsikkerhet, inn i lovarbeid og andre meldinger og utredninger må tilsynsaktiviteten, særlig det forebyggende tilsynet, ha et visst omfang.

De registrerte resultatene om fylkesmennenes måloppnåelse viser imidlertid at hovedtrenden med stadig færre gjennomførte tilsyn holder seg. Den markante reduksjonen i antall gjennomførte tilsyn fra 2015 til 2016 er bekymringsfull. Unntaket er barnevernsfeltet der målene i all hovedsak er nådd. På dette feltet jobbes det også godt for å involvere barn og unge i tilsynet. Når det gjelder sosiale tjenester i NAV var det bare fire embeter som gjennomførte tilsyn i det omfanget som ventes, mens ti embeter innfridde kravet om å behandle klagesaker innen tre måneder.

I tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester ligger måloppnåelsen langt under kravet når det gjelder forebyggende/planlagte tilsyn – 169 gjennomført, mens kravet er 300.

Saksbehandlingstiden i tilsynssaker er også for lang samlet sett. Kun syv embeter nådde resultatmålet. Fylkesmennene mottar imidlertid også langt flere saker enn det som er lagt til grunn ved fastsettelsen av dagens krav til saksbehandlingstid. Etter Helsetilsynets mening er det grunn til å vurdere om Fylkesmannen har tilstrekkelig handlingsrom til å prioritere og velge hvordan saker skal behandles.

Det er særlig grunn til å merke seg at fylkesmennene ikke overprøver vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemming innen den fastsatte fristen. Vedtakene skal overprøves innen tre måneder, noe bare ett embete gjorde i 2016. Seks andre embeter overprøvde over 90% av vedtakene i løpet av tre måneder. At viktige rettssikkerhetsoppgaver for de mest sårbare gruppene som har utfordringer med å ivareta sine egne interesser ikke ivaretas innen forventet tid, er bekymringsfullt.

Statens helsetilsyn følger godt med på og har god dialog med fylkesmennene om ivaretagelsen av tilsynsoppgavene. Vi ser at ressursituasjonen både kapasitets- og kompetansemessig varierer. Det påvirker måloppnåelsen. Helsetilsynet monitorerer flere statistiske variabler i fylkesmennenes behandling av tilsynssaker. Her fremkommer en variasjon som er større enn det som er rimelig å belegge i variasjon i tjenestene og befolkningen lokalt. Denne variasjonen som vises i de kvantitative dataene formidles til fylkesmennene som bruker det i sitt forbedringsarbeid. I tillegg gjennomfører erfarne saksbehandlere fra Statens helsetilsyn besøk med gjennomgang av konkrete saker i utvalgte embeter, og gjør en kvalitativ vurdering av saksbehandlingen. Målet er at et slik målrettet arbeid skal redusere uønsket variasjon og harmonisere myndighetsutøvelsen i disse sakene.

Etablering av Tilsynsskolen for fylkesmennene og ansatte i Helsetilsynet, med et systematisk oppbygget opplegg for opplæring i tilsyn, er et annet høyt prioritert tiltak fra Helsetilsynets side for å styrke og forbedre behandlingen av saker og gjennomføring av tilsyn. Opplæringstiltakene bygger på ulike kurs og opplæringstiltak vi har hatt over tid, men disse suppleres med nye kurs og tiltak og settes inn i en helhetlig sammenheng. Planleggingen og utviklingen har pågått i 2016, og de første kursene i det nye opplegget ble gjennomført i januar 2017.

Prosjektet for brukerinvolvering i tilsyn har fortsatt med full styrke i 2016, og mange embeter gjennomfører tiltak og prosjekt som utvikler og forbedrer tilsynet. Det er en

stadig pågående diskusjon om hvordan få mest mulig virkningsfullt tilsyn, for pasienter og brukere, innenfor gjeldende rammer. Vi må hele tiden være på let etter nye arbeidsmåter. Det er åpenbart at involvering av brukerne, uansett hvilket fagområde vi snakker om, er viktig. Vi jobber kontinuerlig med måter å gjøre det på i de ulike tilsynsoppgavene, og det gir klar merverdi inn i vårt arbeid. Vi erfarer imidlertid også at det er ressurskrevende å gjøre det på en god måte. Det skal ikke være symbolhandlinger, men tiltak og opplegg som gir pasienter og brukere reell påvirkning og innflytelse. For at den positive utviklingen skal fortsette, må innsatsen kunne prioriteres foran andre oppgaver.

Landsomfattende tilsyn med behandling av pasienter med alvorlig infeksjonssykdom (sepsis) i 2016–17 følges av et forskningsprosjekt, «Effekt av tilsyn». Tilsynet har et sterkt faglig fokus og har blitt tatt godt imot og blitt vurdert som svært relevant av fagmiljøet. Legitimiteten er sikret gjennom å ha med fagrevisorer i teamet som ledes av erfarne tilsynsførere. Vi har god dialog og samarbeid med Pasientsikkerhetsprogrammet underveis. Forskningsprosjektet har vakt internasjonal oppmerksomhet.

I 2016 gjennomførte vi også en risiko- og sårbarhetsvurdering av tjenestene til personer med både rus- og psykiatrilidelser. Resultatet er publisert i egen rapport, og har lagt grunnlaget for det landsomfattende tilsynet med disse tjenestene i 2017 og 2018. Dette tilsynet skal omfatte både kommunale helse-, omsorgs- og sosiale tjenester og distriktpsikiatriske poliklinikker.

Varselordningen om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten viser en stadig økning av antallet varsler. I 2016 mottok Helsetilsynet 587 varsler som alle følges opp. Dette er langt flere varsler enn det som ble anslått da ordningen startet opp. Ressurssituasjonen har i 2016 vært særlig krevende på dette området, men samtlige varsler er fulgt opp og svart ut raskt. I 2016 har vi prioritert å få avsluttet flere store, komplekse saker der det har vært gjennomført stedlig tilsyn tidligere, heller enn å gjennomføre stedlige undersøkelser etter nye varsler. Undersøkelsesenheten utgir egen årsrapport fra varselordningen.

Tilsyn på våre områder er dialogbasert. Virkningsfullt tilsyn dreier seg også om at og hvordan tilsynsfunn følges opp. Det å konstatere lovbrudd er ikke målet. Tilsynsmyndigheten må følge opp med god dialog og ev. sterkere virkemidler inntil det er skapt en tilstrekkelig sannsynlighet for at situasjonen er rettet og brakt i henhold til kravene som fremgår i lov og forskrift. Det må til enhver tid gjøres vanskelige prioriteringer mellom å gjennomføre nye tilsyn og oppfølging av tidligere tilsyn. Helsetilsynet gir føringer om å prioritere tilsynsaktiviteter ut fra en konkret vurdering av sårbarhet og risiko. Vi har også pågående et arbeid sammen med fylkesmennene om hvordan det skal stilles krav til omfang av tilsyn. Målet er at kravene skal utformes slik at det stimulerer og understøtter gode prioriteringer og valg som gir virkningsfulle tilsyn og tilfredsstillende omfang av tilsynsaktivitet.

Metodeutvikling er et pågående, aldri avsluttet arbeid. Hvem som har ansvar for hva, er et viktig spørsmål å avklare i tjenestene og for å føre tilsyn. Det er, og må være, kommunene, spesialisthelsetjenesten og den regionaliserte barnevernstjenesten som har ansvaret for at tjenestene brukerne, pasientene og barnevernsbarna får er gode nok. Og for å være gode nok må de lov- og forskriftsfestede kravene etterleves. Det innebærer også at tjenestene må kontrollere og vurdere seg selv. I den metodiske utviklingen av tilsyn legger vi i økende grad vekt på dette. På alle våre områder har vi derfor i de senere årene benyttet ulike former for egenmelding/egenvurdering som supplement til våre tilsynsaktiviteter. Det innebærer at vi tydeliggjør hvilke krav

som er stilt til den aktuelle tjenesten, og vi utferdiger verktøy som virksomhetene kan bruke i sin gjennomgang og vurdering. Dette har blitt tatt godt imot av tjenesten og har etter vår vurdering bidratt til en ønsket spredning av tilsyn.

Helsetilsynet vil mye og har høye ambisjoner. På noen områder skulle vi gjerne vært kommet enda lenger. I 2016 har betydelige ressurser gått med til å innføre en konsernmodell for felles tjenester og til å forberede flytting til Møllergata. Dette er prosesser og endringer som også vil utfordre oss fremover. I tillegg pågår mange andre større prosesser og reformer i samfunnet som vil få betydning for vår rolle og oppgaver i årene som kommer. Statens helsetilsyn er og vil stadig være i utvikling og tilpasse seg de endringene som vil komme. Når det gjelder 2016, er min vurdering at Statens helsetilsyn har løst samfunnsoppdraget tilfredsstillende innenfor de ressurser og rammer som er tilgjengelige.

Oslo, 15. mars 2017



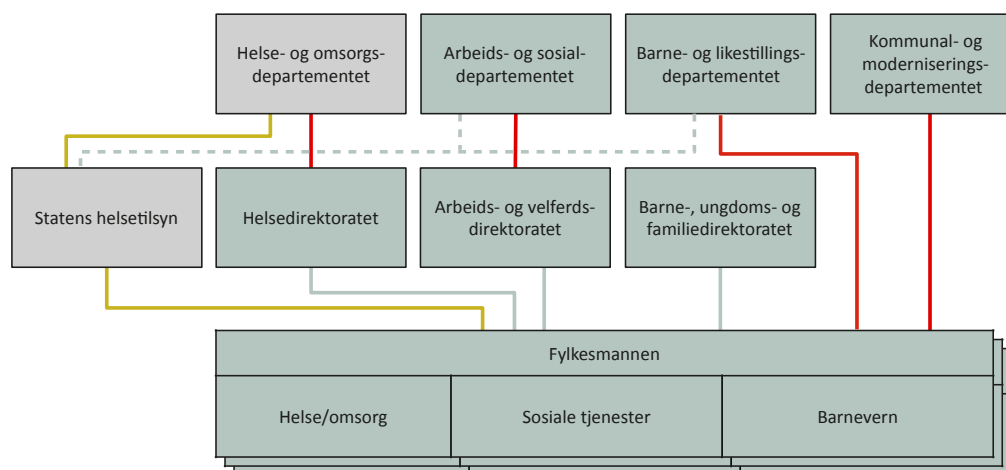
Heidi Merete Rudi
fungerende direktør

II Introduksjon til virksomheten og hovedtall

Statens helsetilsyn og samfunnsoppdraget

Statens helsetilsyn og fylkesmennene er de statlige tilsynsmyndighetene for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn er underlagt styring av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). For tilsyn innen barnevern og sosiale tjenester styrer hhv. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) gjennom HOD.

Figur 1 Styringslinjer



Statens helsetilsyn er et faglig uavhengig organ og har det overordnede faglige tilsynsansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter.

Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene, sørge for koordinering og harmonisering av tilsynet, vedlikehold og styrking av kompetanse, utvikling av effektiv tilsynsmetodikk, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringer.

Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

Statens helsetilsyns rolle

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet både for tilsyn og for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Overordnede mål

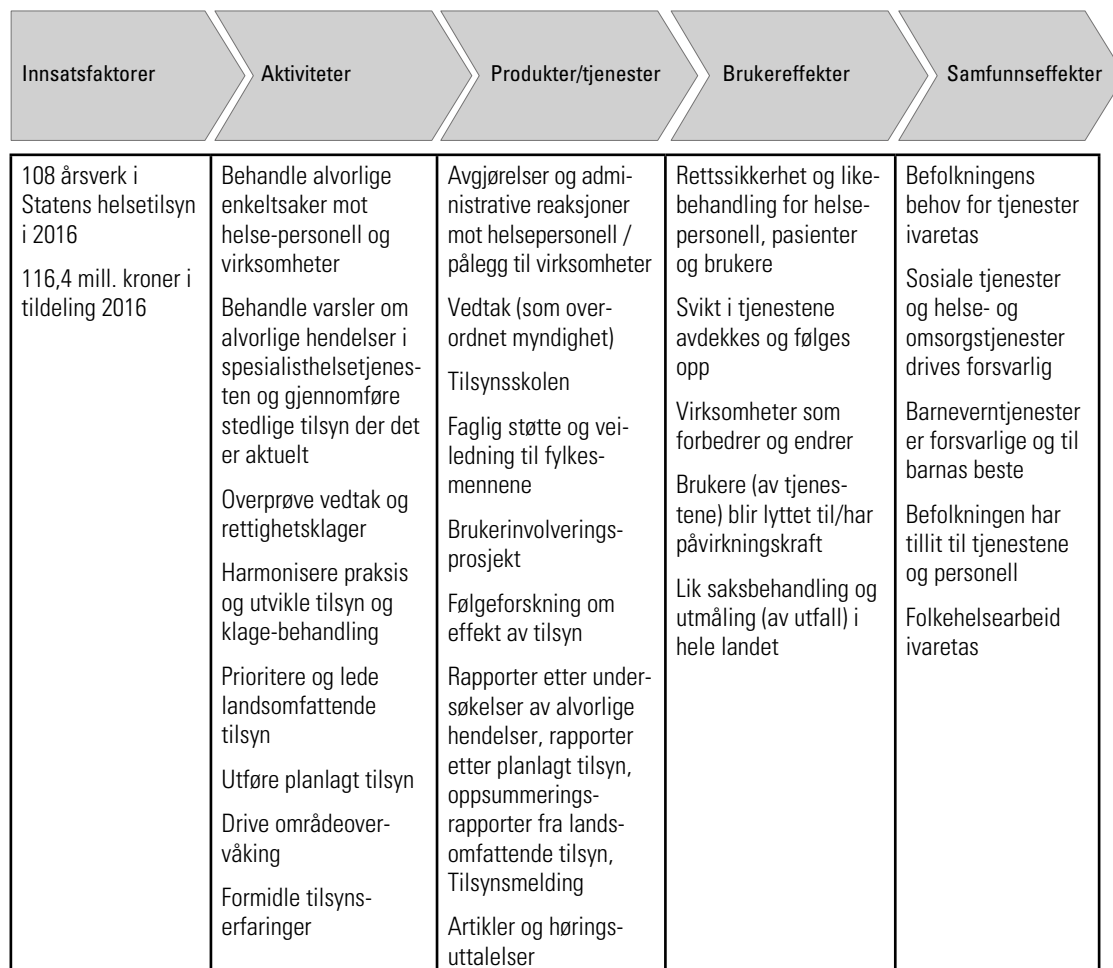
Statens helsetilsyn skal medvirke til at

- rettssikkerheten og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenester er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp

I tillegg skal tilsyn bidra til at befolkningen har tillit til tjenestene og personell.

Figuren nedenfor viser viktige sammenhenger i Statens helsetilsyns resultatkjede.

Figur 2 Resultatkjede



Faglig styringsansvar

Fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, og er direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. barnevernloven, sosialtjenesteloven og helsetilsynsloven.

Statens helsetilsyn styrer gjennom Kommunal- og moderniseringsdepartementets årlige tildelingsbrev til fylkesmennene og gjennom fylkesmennenes virksomhets- og økonomiinstruks hvor faste oppgaver er listet.

Statens helsetilsyn arbeider kontinuerlig med å få til god styring og praktiske arbeidsformer i dialog med fylkesmennene. Årlig blir det holdt tilsynsledermøter og andre fagmøter. I tillegg har Helsetilsynet etablert Tilsynsskolen (se omtale under del III) for å sikre faglighet og harmonisert praksis.

NESTOR er et registrerings- og styringssystem som fylkesmennene og Helsetilsynet benytter for planlagte tilsyn og enkeltsaker. NESTOR bidrar til forenklet dialog og effektiv registrering av styringsdata om omfang, innhold, behandlingstid og restanser.

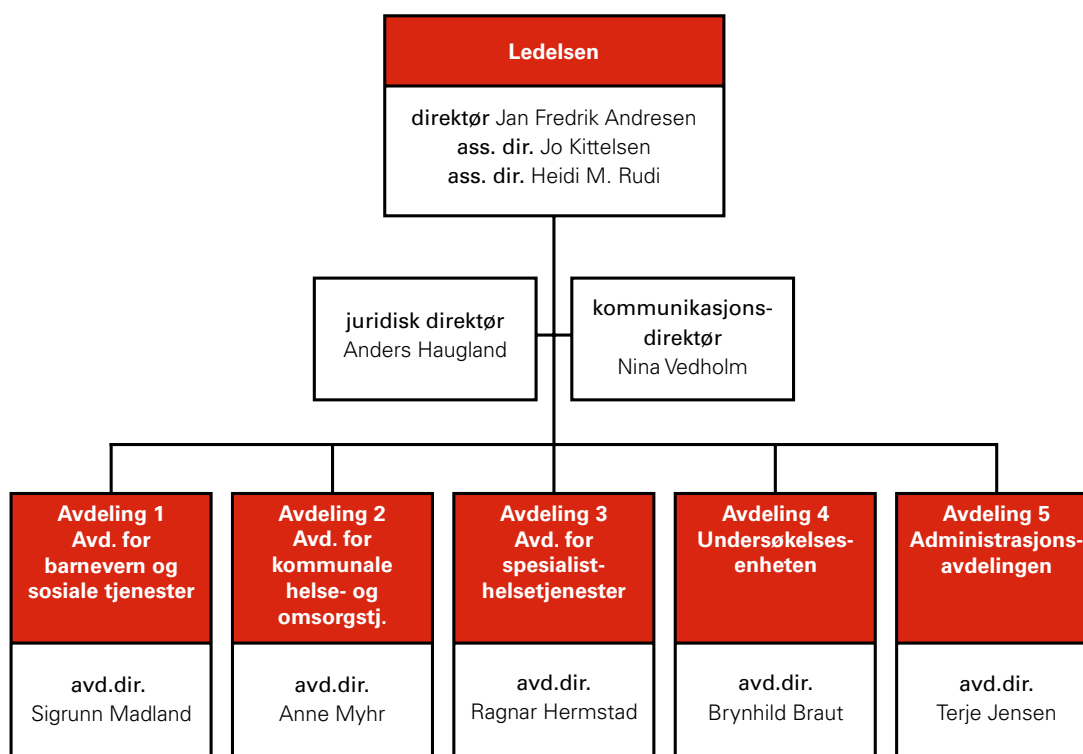
Organisasjonen

Ledelsen i Statens helsetilsyn består av direktør Jan Fredrik Andresen, assisterende direktør Jo Kittelsen og assisterende direktør Heidi Merete Rudi. Ledergruppen består i tillegg av fem avdelingsdirektører, juridisk direktør og kommunikasjonsdirektør. Statens helsetilsyns lokaler ligger i Calmeyers gate 1 i Oslo.

Statens helsetilsyn er inndelt i fem avdelinger. Per 31. desember 2016 hadde tilsynet 115 ansatte inklusiv direktør som til sammen utgjorde 108 årsverk.

Figuren under viser organiseringen av Statens helsetilsyn.

Figur 3 Organisasjonskart per 31.12.2016



Hovedtall

Tabell 1 viser utvalgte volumtall om Helsetilsynets og fylkesmennenes tilsyn og klagebehandling for de siste tre årene. Volumtallene blir nærmere kommentert under de aktuelle kapitlene i del III «Årets aktiviteter og resultater».

Tabell 1 Utvalgte volumtall 2014–2016

	2014	2015	2016
Statens helsetilsyn:	Antall	Antall	Antall
Tilsynssaker mot helsepersonell/virksomhet avsluttet av Statens helsetilsyn	400	595	431
Tilbakekalte autorisasjoner (helsepersonell)	137	162	120
Advarsler, tap av rekvireringsrett og begrensning i autorisasjon/lisens	110	207	130
Antall mottatte varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten	414	501	587
Antall stedlige tilsyn fra Statens helsetilsyn etter varsel	20	13	7
Antall virksomheter innen blod, celler, vev og organer med tilsyn fra Helsetilsynet ¹	17	19	47
	2014	2015	2016
Fylkesmennenes tilsyn og klagebehandling:	Antall	Antall	Antall
Tilsynsbesøk i barnevernsinstitusjoner	949	901	904
Systemrevisjoner (og tilsvarende) med kommunalt barnevern ²	59	89	97
Avsluttede tilsynssaker innen barnevernet	848	973	814
Avsluttede klagesaker mot barneverntjenester eller -institusjoner	660	531	625
Systemrevisjoner (og tilsvarende) etter lov om sosiale tjenester i Nav	87	81	79
Avsluttede klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav	3 556	3 951	3 930
Systemrevisjoner (og tilsvarende) med kommunale helse- og omsorgstjenester	227	200	169
Systemrevisjoner (og tilsvarende) med spesialisthelsetjenesten	58	37	39
Avsluttede tilsynssaker innen helse- og omsorgstjenester	3 043	3 518	3 339
Avsluttede rettighetsklager innen helse- og omsorgstjenester	2 916	3 146	3 072
Godkjente vedtak om bruk av tvang/makt overfor pers. m/ psyk. utviklingshemning	1 357	1 413	1 361
Gjennomgåtte vedtak om bruk av tvang overfor pers. uten samtykkekompetanse	3 124	3 773	3 843

1 Tallene for tilsyn etter blodforskriften og forskrift om håndtering av humane celler og vev er ikke direkte sammenliknbare. Ett tilsyn kan omfatte en liten virksomhet (privat eller offentlig) eller et stort helseforetak inkludert flere sykehus og enheter innen ulike fagområder. 2016 omfatter et økt antall celler og vev-virksomheter og donorsykehus per tilsyn.

2 I 2016 ble det gjennomført 21 systemrevisjoner og 76 egenvurderinger

Tabell 2 Utvalgte nøkkeltall 2014–2016

	2014	2015	2016
Ansatte	127	126	115
Antall årsverk	119	117	108
Samlet tildeling post 01–99 kap. 721	118 942 000	118 942 000	116 422 000
Inntekter /mindreinntekt kap. 3721	4 573 421	-1 404 693	1 819 000
Disponibelt budsjett	123 515 421	117 537 307	118 241 000
Utnyttelsesgrad post 01–29	98 %	99 %	93 %
Driftsutgifter	120 726 162	116 784 599	110 072 171
Lønnsandel av driftsutgifter	73 %	81 %	85 %
Lønnsutgifter per årsverk	744 585	808 255	845 725
Konsulentsandel av driftsutgifter	5 %	2 %	2 %

Merknad til post 01–99: Samlet tildeling er redusert med 15,4 mill. kroner i 2014 og 15,9 i 2015 ifb. tildeling til fylkesmennene ved lovendring for å styrke pasienters, brukeres og pårørendes rettigheter.

Lønnsutgifter er inkl. arbeidsgiveravgift.

III Årets aktiviteter og resultater

I tillegg til de faste oppgavene fikk Statens helsetilsyn i tildelingsbrevet for 2016 særskilte oppdrag for året og konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandling for de enkelte tjenesteområdene. I tabell 3a-c er resultatmålene og resultatene kort presentert samlet.

Resultater og måloppnåelse blir videre drøftet i de følgende kapitlene. Årsrapporten søker å gi et helhetlig bilde av årets aktiviteter og resultater for Helsetilsynet og fylkesmennene. Ytterligere informasjon finnes i Tilsynsmeldingen og fylkesmennenes årsrapporter.

Tabell 3a Barnevern – Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016

	Resultatmål 2016	Resultat 2016	Kommentar
Barnevern			
Tilsyn med barnevernsinstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn	Fylkesmennene skal gjennomføre tilsyn minimum i det omfang som fremgår av gjeldende forskrifter	Nesten alle fylkesmennene gjennomførte tilsyn i tråd med frekvenskrav både ved barnevernsinstitusjonene og omsorgssentrene	Fylkesmennene prioriterer institusjonstilsynet. Jf. del II Barnevern, Tilsyn
Tilsyn med barneverntjenestens arbeid med meldinger	Fylkesmennene skal gjennomføre tilsyn i et omfang som tilsvarer 3 systemrevisjoner i hvert fylke	Det er gjennomført 21 systemrevisjoner og fulgt opp 76 egenvurderinger	Resultatmålet er nådd i 12 av 17 embeter
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid skal være 5 md eller mindre	Median saksbehandlingstid på landsbasis var 3,7 md.	Resultatmålet er nådd
Klagesaker etter barnevernloven	Klagesaker som avsluttes av fylkesmennene skal følge reglene i forvaltningsloven	Dette er et kvalitativt krav som er vanskelig å måle	Fylkesmennene har behandlet klagesakene relativt raskt, gjennomsnittlig behandlingstid er 1,4 md

Tabell 3b Sosiale tjenester – Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016

	Resultatmål 2016	Resultat 2016	Kommentar
Sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen			
Tilsyn med sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende minst 100 systemrevisjoner	Det er til sammen gjennomført 79 systemrevisjoner	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 4 av 17 embeter nådde resultatmålet.
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid skal være 5 md eller mindre	Median saksbehandlingstid på landsbasis var 3,5 md.	Resultatmålet er nådd.
Klagesaker etter lov om sosiale tjenester i Nav	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	På landsbasis ble 80% av sakene avsluttet innen 3 md	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 10 av 17 embeter nådde resultatmålet.

Tabell 3c Helse- og omsorgstjenester – Konkrete resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i tildelingsbrevet til Statens helsetilsyn 2016

	Resultatmål 2016	Resultat 2016	Kommentar
Helse- og omsorgstjenester			
Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 300 systemrevisjoner	Tilsynsaktiviteten er vurdert til 169 systemrevisjoner	Resultatmålet er ikke nådd.
Tilsyn med spesialisthelsetjenesten	Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende minst 70 systemrevisjoner	Tilsynsaktiviteten er vurdert til 99 systemrevisjoner	Resultatmålet er nådd. Jf. del III Tilsyn med spesialisthelsetjenesten om beregning av tilsynsinnsats vs. antall gjennomførte tilsyn.
Tilsynssaker avsluttet hos fylkesmannen	Median saksbehandlingstid 5 md eller mindre, ved maksimalt 2500 nye saker	46% av sakene ble ferdigbehandlet innen fem måneder. Det var 3458 nye saker i landet	Resultatmålet er ikke nådd, men sakstilfanget på landsbasis var høyere enn forutsetningen. Resultatmålet ble nådd i syv embeter.
Tilsynssaker avsluttet i Statens helsetilsyn	Median saksbehandlingstid 6 måneder eller mindre ved maksimalt 300 nye saker	Median saksbehandlingstid var 5,1 md. Det var 455 nye saker.	Resultatmålet er nådd.
Rettighetsklager	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	80% av av sakene ble avsluttet innen 3 md	Resultatmålet er ikke nådd på landsbasis. 10 embeter nådde målet.
Klagesaker etter folkehelseloven	Fylkesmennene skal avslutte minst 90 % innen 3 md	50% av sakene ble avsluttet innen 3 md	Resultatmålet er ikke nådd. Det var 30 saker på landsbasis.
Vedtak om tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning	Fylkesmennene skal overprøve vedtak innen 3 md	Bare ett embete overprøvde alle vedtak innen tre måneder. Seks andre overprøvde mer enn 90% innen 3 md.	Resultatmålet er ikke nådd.

Strategisk plan

Helsetilsynet arbeider for at befolkningen får gode helse-, sosial- og barnevernstjenester når de trenger det. Tilsyn skal være virkningsfullt og føre til forbedring i tjenestene. Dette skal Helsetilsynet gjøre gjennom at tilsynet er kunnskapsbasert, faglig og metodisk godt, at befolkningens erfaringer brukes i gjennomføring og utvikling av tilsyn og at Helsetilsynets tilsynserfaringer er godt kjent og brukes til utvikling av tjenestene. Helsetilsynet samarbeider med fylkesmennene for å lykkes med samfunnsoppdraget.

Strategiske områder 2015–2019 er:

Faglig ledelse av godt tilsyn

Målene er at Helsetilsynet gir faglige føringer for godt tilsyn på en etterrettelig og forutsigbar måte, og at Helsetilsynet er et kompetansesenter for tilsyn som er relevant og nyttig for fylkesmennene.

Brukerinvolvering i tilsyn

Målet er at brukere er involvert i alle tilsynsaktiviteter.

Utvikling av et virkningsfullt tilsyn

Målene er at Helsetilsynet har effektive og nyttige tilsynsmetoder som brukes riktig av kompetente medarbeidere, og at klage- og tilsynssaksbehandlingen innfrir krav til kvalitet og rettssikkerhet innen riktig tid.

Aktiv bruk av kunnskap fra tilsyn og klagesaker

Målene er at kunnskap fra tilsyn er tilgjengelig, tilrettelagt og anvendelig for dem som trenger den, og at Helsetilsynet er en ettertraktet faginstans som formidler og bruker kunnskap fra tilsyn.

Statens helsetilsyn formidler tilsynserfaringer løpende i ulike kanaler, på nettstedet vårt, i sosiale medier og gjennom media. Vi gir ut rapporter med tilsynserfaringer og risikovurderinger, og arrangerer og deltar i fagmøter, seminarer og konferanser.

I det følgende omtales større tiltak som Statens helsetilsyn har jobbet med i 2016 innenfor de nevnte strategiske målområdene, nemlig Tilsynsskolen, brukerinvolveringsprosjektet, forskningsprosjektet «Effekt av tilsyn», enhetlig behandling av tilsynssaker og metodeutvikling for virkningsfullt tilsyn.

Tilsynsskolen

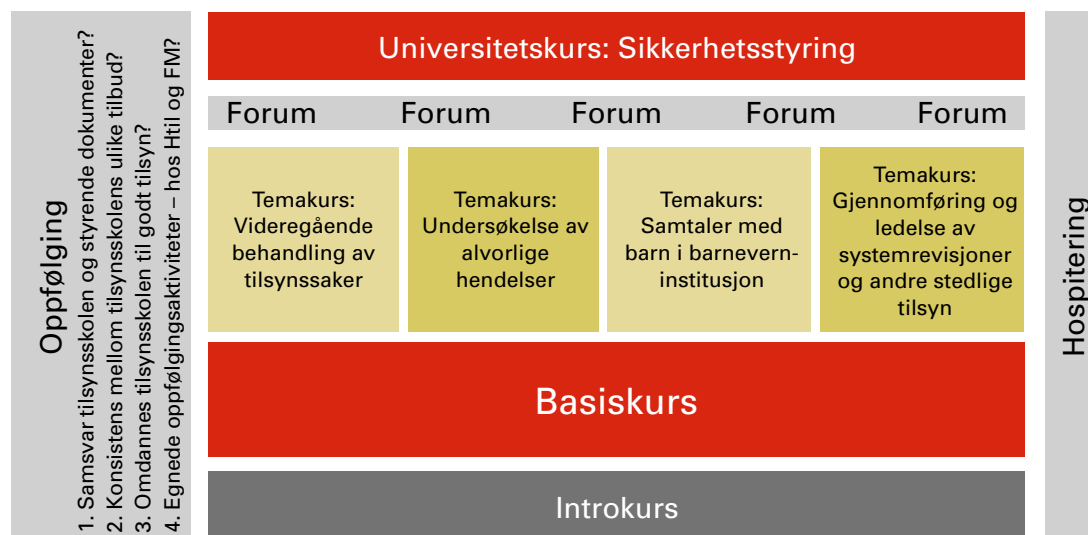
Som et viktig virkemiddel for å realisere det strategiske området Faglig ledelse av godt tilsyn, har Helsetilsynet etablert et læringsopplegg som benevnes Tilsynsskolen. Dette opplegget skal bidra til å sikre at tilsyn på alle våre områder holder et faglig høyt nivå og at praksis er lik over hele landet. Målgruppe for opplæringen er egne ansatte i Helsetilsynet og ansatte i fylkesmannsembetene som arbeider med tilsyn innenfor barnevern-, helse- og sosialfeltet.

I 2016 er det utviklet et samlet sammenhengende kvalifiseringsløp gjennom Tilsynsskolen som erstatter tidligere opplæringstilbud, med deltakelse fra fylkesmannsembetene. Det er lagt opp med et felles Introkurs i form av e-læring, felles Basiskurs og Temakurs rettet mot ferdigheter for spesifikke tilsynsoppdrag.

Introkurset var klart for bruk fra 1. oktober 2016. De første Basiskursene avholdes januar 2017.

Ettersom de fleste nye kursene i Tilsynsskolen fortsatt var under utvikling i 2016, ble det avholdt to grunnkurs i systemrevisjon, ett revisjonslederkurs og fem saksbehandlingskurs i dette året.

Figur 4 Tilsynsskolens oppbygging



Brukerinvolvering i tilsyn

Særskilt oppdrag i tildelingsbrevet for 2016

Statens helsetilsyn skal i 2016 samle erfaringer og prøve ut ulike tiltak og modeller for å involvere pasienter, brukere og pårørende i alle deler av tilsynsvirksomheten, i samarbeid med brukerorganisasjoner.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene har bruker- og pårørendeinvolvering i tilsyn som satsingsområde fram til 2018. I samarbeid med brukerorganisasjoner jobber vi med å utvikle arbeidsmåter som skal bidra til at brukeres og pårørendes erfaringer og kunnskap blir brukt mer og bedre i alle tilsynsaktiviteter. Gode eksempler på hvordan vi kan legge til rette for dialog og involvering danner grunnlag for utvikling av tilsynsarbeidet. I forbindelse med satsinga får fylkesmennene ekstra midler for å prøve ut ulike tilnæringsmåter til bruker- og pårørendeinvolvering i de ulike tilsynsaktivitetene. Dette er eksempler på noe av det som skjer i satsingsperioden:

- Tre av fylkesmennene har med bruker-/pårørenderepresentanter som fagrevisorer i tilsynsteam i gjennomføringen av tilsyn.
- Tre av fylkesmennene innhenter informasjon og erfaringer fra ungdommer i alderen 16–25 år i forbindelse med gjennomføring av tilsyn med sosiale tjenester i NAV.
- Åtte av fylkesmennene har samarbeidet med Forandringsfabrikken og fått innspill til bedre tilsyn i barneverntjenesten.
- Alle fylkesmennene hadde tilsynssamtaler med tjenestebrukere i gjennomføringen av landsomfattende tilsyn 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemning.

- Brukerrepresentanter har bidratt i planlegging av landsomfattende tilsyn 2017–2018 med tjenester til personer med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse.
- Statens helsetilsyn etablerer brukerråd i løpet av 2017.

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

Forskningsprosjektet «Effekt av tilsyn»

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

Enhetlig behandling av tilsynssaker

Helsetilsynet har i 2014 utviklet et redskap for evaluering av fylkesmenneses behandling av hendelsesbaserte tilsynssaker. Formålet med redskapet er å bidra til at embetene fortar en mer enhetlig behandling av disse sakene. Prosjektet Enhetlig behandling av tilsynssaker (Harmoniseringsprosjektet) går ut på over en treårssyklus 2015–2017 å prøve ut og videreutvikle dette redskapet. Avslutningsvis er målet å foreslå et standard evalueringsopplegg for fremtiden.

Embetene ble i 2015 presentert data fra NESTOR for avsluttede saker i perioden 2013–2014 ut fra 24 variabler. Data gjaldt litt forenklet uttrykt 1) tidsbruk, 2) kjennetegn ved sakene, 3) innretning av saksbehandlingen og 4) utfall av sakene. Alle embetene fikk data både om seg selv og de øvrige, og med kommentar fra Helsetilsynet. Embetene ble ut fra data bedt om å reflektere over egen praksis i lys av lovkrav og overordnede føringer ellers for behandling av sakene. Herunder ble de bedt eventuelt å justere egen praksis. De ble også bedt om å meddele seg tilbake til Helsetilsynet om sine refleksjoner og eventuell justert praksis. Helsetilsynet bearbeidet tilbakemeldingene og meddelte det til alle embetene.

Med bakgrunn i data fra NESTOR gjennomførte team fra Helsetilsynet i 2016 en kvalitativ gjennomgang av enkelte sakstyper i fem embeter. Embetene fikk i etterkant en kort rapport om hvordan deres praksis ble vurdert. Primo 2017 får alle embeter en oppsummering av funn fra disse embetene for felles læring og kompetanseutvikling og også med tanke på å sikre bedre harmonisering mellom embetene. Embetene vil i tillegg i 2017 få sammenstilte data for saker avsluttet i 2015–2016 for å foreta ny gjennomgang av egen praksis sett opp mot de andre fylkesmannsembetene.

På bakgrunn av prosjektet blir det utarbeidet en standard for kontinuerlig selvevaluering hos embetene med bidrag fra Helsetilsynet som skal være med på å sikre en mer enhetlig praksis i embetene.

Metodeutvikling av virkningsfullt tilsyn

Statens helsetilsyn har en egen gruppe som skal bidra til videreutvikling av virkningsfullt tilsyn. Her foretas blant annet gjennomgang av fylkesmennenes tilsynsrapporter for å bidra til utvikling og forbedring av kvaliteten på planlagt tilsyn utført som systemrevisjoner. Det gis tilbakemelding på rapporter og gjennomføres i noen grad møter i embetene for videre oppfølging. I 2016 utviklet gruppen en ny rapportmal for tilsyn gjennomført som systemrevisjon. Malen vil bli prøvd ut våren 2017.

Statens helsetilsyn tilbyr ansatte ved fylkesmannsembetene å hospitere i Helsetilsynet. Formålet er at de skal bli bedre kjent med våre oppgaver og hvordan vi samhandler med fylkesmennene. I 2016 arrangerte vi en hospiteringsuke med deltakelse fra fylkesmannsembetene, samt at enkelte nytilsatte avdelingsdirektører hadde egne hospiteringer.

Statens helsetilsyn ønsker å understøtte virksomhetenes eget ansvar for kvalitetsforbedring og ledelse gjennom å utvikle nye tilsynsmetoder. Innhenting av egenvurderinger fra virksomhetene har vært prøvd ut på ulike tilsynsområder som ledd i både overordnet faglig tilsyn, områdeovervåking, planlagt tilsyn, tilsynssaker og ved undersøkelser etter alvorlige hendelser. Samlet sett sammenfaller analyser og funn i egenvurderingene i alle hovedsak med funn gjennom vanlig tilsynsarbeid.

Statens helsetilsyn har fått tilbakemeldinger om at det å selv vurdere kvalitet på egne tjenester er positivt mottatt i virksomhetene. Egenvurderingene er ment både som læringsaktivitet og incentiv til endring av egen praksis etter gjennomgang av alvorlige hendelser eller mer generelle driftsresultater på ulike områder. Vi mener at dersom gjennomføring av slike aktiviteter skjer på en god måte og at tilsynsmyndigheten følger dette forsvarlig opp, så vil dette kunne bidra til å øke virksomhetenes innsikt i egen tjenestekvalitet. Det vil også øke sannsynligheten for at virksomhetens ledelse iverksetter og følger opp nødvendig forbedringsarbeid, og at lovbrudd rettes opp og egen praksis endres i tråd med dette.

Statens helsetilsyn vil derfor prioritere å videreutvikle denne typen tilsynsaktivitet og annen metodikk med tanke på læring og bedre tjenester på flere områder. Slike aktiviteter eller tiltak vil være et viktig supplement til mer ressurskrevende tilsynsaktiviteter overfor virksomhetene.

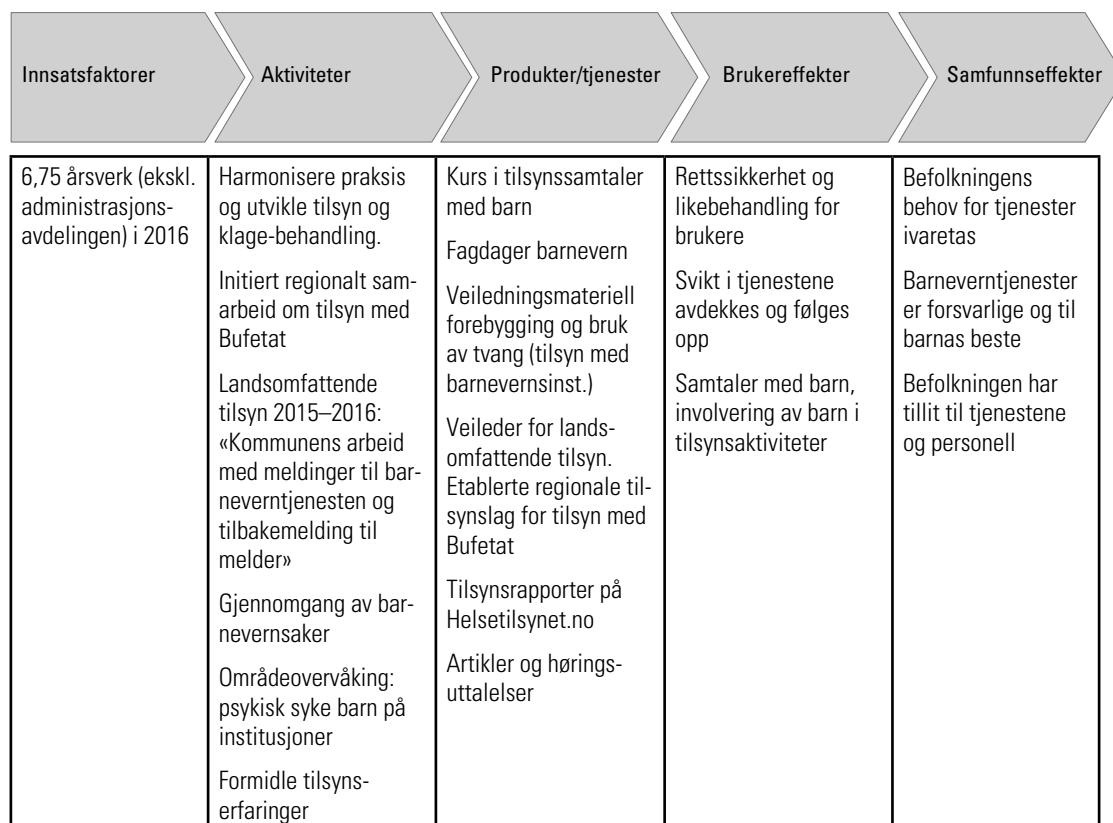
Barnevern

Statens helsetilsyn har ifølge barnevernloven § 2-3b første ledd det overordnede faglige tilsynet med barnevernvirksomheten i de enkelte kommuner, barnevernsinstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn, samt andre statlige tjenester og tiltak etter denne loven. Statens helsetilsyn utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i barnevernloven og forskrifter til denne. I ansvaret inngår også oppfølging av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter barnevernloven, herunder rettighetsforskriften som gjelder for barnevernsinstitusjoner og omsorgssentre for mindreårige. Det er fylkesmennene som gjennomfører tilsyn på barnevernsområdet og snakker med beboere i tråd med krav fastsatt i forskrifter.

I tillegg til det frekvensbaserte tilsynet som gjennomføres på institusjoner skjer også tilsyn innen barnevernet etter en risikovurdering. Dette er dels initiert fra Statens helsetilsyn gjennom landsomfattende tilsyn, og dels etter initiativ fra fylkesmennene selv. Videre kan informasjon om mulige lovbrudd også resultere i tilsyn. Slik infor-

masjon kan fylkesmannen få fra for eksempel barn, pårørende, media eller klagesaker. Fylkesmennene behandler da dette som tilsynssaker, som regel uten å oppsøke virksomheten.

Figur 5 Barnevern – Resultatkjede



Prioriteringer og ressursbruk

På bakgrunn av en sterk økning i nyankomne enslige mindreårige asylsøkere gjennom 2015, var det i 2016 stor oppmerksomhet rettet mot etablering og drift av omsorgssentre og barnas situasjon i sentrene. Mange av fylkesmennene fikk for første gang tilsyn med omsorgssentre, og det ble fra flere uttrykt bekymring for driften av sentere. På bakgrunn av dette, har vi i 2016 prioritert å gjennomføre samlinger for fylkesmennene, for å drøfte tilsynserfaringer, samt innretning og harmonisering av tilsynet.

Samtaler med og involvering av barn, og barns medvirkning i tilsynsaktiviteter, har også vært sentrale satsningsområder i 2016. På barnevernsområdet har åtte embeter hatt et samarbeid med Forandringsfabrikken for å øke barns medvirkning i alle tilsynsrelaterte aktiviteter. Statens helsetilsyn har koordinert og deltatt i samarbeidet. I den forbindelse er det gjennomført inspirasjonssamlinger med relevante tema.

På bakgrunn av at fylkesmennene over tid har meldt bekymring for alvorlig psykisk syke barn på barnevernsinstitusjoner, gjennomførte vi i 2016 en informasjonsinnhenting. Ansatte i alle embetene, med tilsynserfaring fra barnevernsinstitusjoner, ble blant annet spurt om det var barn de gjennom tilsynet var særlig bekymret for, ut fra barnas psykiske helse og institusjonenes ressurser. Parallelt med at dette arbeidet pågikk ble historien om «Glassjenta Ida» en omtalt mediasak. Tilsynssaken som «Glassjenta Ida» resulterte i, ble gjennomført av tre embeter under ledelse av Fylkesmannen i Hordaland. Statens helsetilsyn har fulgt arbeidet tett ved å delta i diskusjoner og på samlinger.

Krav i forskrift om tilsyn med barnevernsinstitusjoner gir klare føringer for fylkesmennenes prioriteringer. For mange av fylkesmennene har tilsynet med barnevernsinstitusjonene, og også tilsynet med omsorgssentrene, utgjort en stor ressursinnsats. Antallet enheter det skal føres tilsyn med varierer mye mellom fylkesmennene. Det er en nær sammenheng mellom antall tilsynsenheter og antall barn fylkesmannen skal tilby og gjennomføre samtale med, og antall klager på tvang og begrensninger i institusjonene. På bakgrunn av dette er det stor variasjon i hvor mye ressurser fylkesmennene må sette av til rettssikkerhetsoppgaver innen barnevernet. Gjennomgående har fylkesmennene prioritert tilsynet med institusjonene høyt. Det gjelder særlig vektleggingen av samtaler med barn i disse institusjonene og behandlingen av eventuelle klager fra barna.

Kurs for fylkesmennene i hvordan samtaler med barn på barnevernsinstitusjon kan brukes i tilsynet, er gjennomført også i 2016. Det er videre utarbeidet ny veileder for institusjonstilsynet. Veilederen vil bli sendt ut i begynnelsen av 2017.

Kunnskap fra tilsyn er etterspurt, og Statens helsetilsyn har holdt foredrag, deltatt på fagsamlinger i embetene, avgitt høringsuttalelser etc. I tillegg til ad hoc-møter med BLD og Bufdir ved behov, gjennomføres det også planlagte kontaktmøter.

På grunn av stillingsstopp og turnover har avdelingen det siste året hatt en svært krevende ressursituasjon. Dette har begrenset kapasiteten og det har vært nødvendig å utsette planlagte oppgaver til 2017.

Resultater og måloppnåelse

Den store veksten i antallet enslige mindreårige asylsøkere førte til at det ble opprettet omsorgssentre i alle fylker. Alle fylkesmennene har ført tilsyn med omsorgssentre, og for mange var dette en ny oppgave. Selv om omfanget av omsorgssentre har gått ned i løpet av året, har tilsynet med omsorgssentrene utgjort en stor og krevende oppgave for mange av fylkesmennene og for Statens helsetilsyn. Fylkesmennene har gjennomført nesten 1000 samtaler med barn i omsorgssentrene, eller med 89 prosent av barna som var registrert på sentrene. Innretningen av tilsynet er drøftet i møter.

Trolig fordi veksten i antall enslige mindreårige flyktninger ble kraftig redusert i løpet av 2016 har fylkesmennene gjennomgående rapportert at de har hatt kontroll på situasjonen og fått gjennomført de fleste tilsyn som planlagt. Fra tilsyn med enkelte omsorgssentre har det vært rapportert om mangelfull kompetanse hos ansatte om flyktningbarns behov og rettigheter. Samlingene som har vært gjennomført for fylkesmennene har særlig vært nyttig for å harmonisere tilsynet. For embeter som har fått tilsyn med omsorgssentre som en ny oppgave har samlingene også gitt muligheter for økt kompetanse.

Statens helsetilsyn har i 2016 vektlagt barns medvirkning i arbeidsprosesser ved innretning og gjennomføring av tilsyn. Dels kommer dette til uttrykk i aktiviteter som er gjennomført, der barns perspektiv i større grad er trukket inn, og gjennom vektleggingen av samtaler med barn i institusjonene. Et eksempel på endret tilsynspolicy er at fylkesmennene nå nokså gjennomgående snakker med barna først under tilsyn.

Det er foretatt en tydeligere skille ved registreringer av tilsyn mellom barn som får tilbud om samtale og barn det gjennomføres samtale med. Endringen gjør at det ikke er enkelt å se utviklingen fra tidligere år, men mye tyder på at fylkesmennene nå

gjennomfører større andel samtaler med barna, og arbeider aktivt for at barna skal få et reelt tilbud om samtale.

Involvering av barn i tilsynet og samarbeidet med Forandringsfabrikken har gitt resultater i form av bedre innretning av tilsynet. I dag rapporteres det eksempelvis fra nær samtlige embeter at de ved tilsyn med institusjoner alltid vektlegger å snakke med barna som bor på institusjonen før intervjuer med leder og ansatte. Dette er en direkte følge av samarbeidet med barn om tilsyn. Fokus i tilsynet blir ved dette bedre og riktigere enn tidligere, og barnets situasjon blir tydeligere vektlagt og vurdert. Samtidig er dette også ressursmessig krevende fordi det mange steder innebærer at fylkesmannen må reise på tilsyn over flere dager og ettermiddager. Det er fortsatt muligheter for å øke barns og unges innflytelse i tilsynsarbeidet og da særlig i planlagt tilsyn og tilsynssaker.

Barn på barnevernsinstitusjoner har en overhyppighet av psykiske lidelser, og noen har alvorlige psykiske lidelser. I spørreundersøkelsen vi gjennomførte relatert til denne gruppen barn kunne alle embetene fortelle om store utfordringer i arbeidet og tilsynet. Beskrivelsene av hvordan barna har det er alvorlige. Ifølge fylkesmennene beskrev barnevernsinstitusjonene bistanden fra psykisk helsevern som varierende og personavhengig. Det ble også informert om at barneverntjenesten følger opp ulikt og tilfeldig og at det er minimalt med tilgang på sengeplasser i psykisk helsevern. Samarbeidet for de aller dårligste barna er vanskeligst.

Situasjonen vurderes som alvorlig. Det er behov for fortsatt oppmerksomhet og tiltak for å bedre forholdene.

Tilsynssaken om «Glassjenta Ida» handlet om en jente som ble flyttet mellom institusjoner og fylker og utsatt for massiv tvangsbruk. Tilsynssaken har fått og får fortsatt stor oppmerksomhet. En av konklusjonene i denne saken er at fylkesmennenes tilsyn må innrettes på en annen måte for å kunne oppdage og avverge omfattende tvangsbruk. I for stor grad har tilsynet vurdert bruk av tvang på barnevernsinstitusjoner som enkeltstående hendelser. Ved dette har ikke tilsynet vurdert om den totale bruken av tvang fratrar barnet en forsvarlig omsorg. Arbeidet med å endre rutiner og praksis er i gang.

Statens helsetilsyn og landets fylkesmenn gjennomførte tilsyn med barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder i 2015 og 2016. Rapportene fra fylkesmennene og kommunenes egenverdinger viser stor grad av svikt på området. Fylkesmennene følger opp barneverntjenestene til svikten er rettet opp og forholdene er bragt i orden i de kommuner som er undersøkt. Det er sannsynlig at flere enn de undersøkte kommuner har tilsvarende svikt. For å få bedre barneverntjenester til de barna som trenger det er det særlig to forhold som peker seg ut; kompetansen i barnevernet må økes, og kommunal ledelse må ta et større ansvar for å sikre forsvarlige barneverntjenester til barna i sin kommune.

Fylkesmennene har gjennomført omtrent 95 prosent av de forskriftspålagte tilsynene med barnevernsinstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn. De har gitt direkte tilbud om samtale til 80 prosent av barna i barnevernsinstitusjonene og til enda høyere andel barn i omsorgssentrene. Når barn ikke er tilbudt samtaler, kan dette skyldes at de av ulike årsaker ikke er til stede på institusjonen når tilsynet gjennomføres.

Samtale er gjennomført med over halvparten av barna i barnevernsinstitusjoner, og nesten alle barna i omsorgssentrene. Vi mener dette er en forsvarlig måloppnåelse

samlet sett, men enkelte av embetene har fortsatt en for lav samtaleandel. Hovedtendensene for tilsynet med institusjonene er gjennomgående mange tilsyn, stor vekst i antallet tilsyn med omsorgssentre, lavere andel uanmeldte tilsyn, flere samtaler med barn og høyere andel barn som har fått tilbud om samtale.

Fylkesmennene har konkludert med lovbrudd i omtrent 6 prosent av tilsynene med institusjonene (63 av 1053 rapporter), mens andelen lovbrudd i de vurderte tilsynsakene var 49 prosent (306 av 624 avsluttede saker). Den store forskjellen kan skyldes selve innretningen av tilsynet. Tilsynssakene opprettes på bakgrunn av hendelser og/eller informasjon om mulige lovbrudd, og man kan da forvente å finne lovbrudd. Tilsyn med institusjonene er i hovedsak frekvensbasert og dermed ikke «risikobasert» på samme måte.

Innen barnevernet er det relativt få klagesaker. Dette har vært et trekk gjennom mange år. Særlig er antallet klager rettet mot barneverntjenestene relativt lavt i forhold til antall barn og familier som har kontakt med barnevernet. I 2016 avsluttet fylkesmennene behandlingen av kun 121 klagesaker rettet mot barneverntjenestene, mens de behandlet 504 saker som gjaldt bruk av tvang og begrensninger i institusjoner. Pr i dag vet vi for lite om klageordningenes innretning, treffsikkerhet og effekt.

Tilsyn

Tilsyn med kommunalt barnevern

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med barneverntjenestens arbeid med meldinger og tilbakemelding til melder.

Konkrete resultatkrav i tildelingsbrevet 2016

Fylkesmennene skal gjennomføre tilsyn med barneverntjenestens arbeid med meldinger i et omfang som tilsvarer 3 systemrevisjoner i hvert fylke.

Det landsomfattende tilsynet som ble gjennomført i 2015 og 2016 har stilt krav til embetene om å gjennomføre systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger i det kommunale barnevernet. Fylkesmennene gjennomførte i 2016 totalt 21 systemrevisjoner og fulgte opp 76 egenvurderinger utført av barneverntjenester, som ledd i det landsomfattende tilsynet. 12 av 17 fylkesmenn innfridde kravene til tilsynsaktiviteter.

Tilsynet med meldinger og tilbakemelding til melder er oppsummert og ble publisert i mars 2017 (Rapport fra Helsetilsynet 1/2017). Tilsynet viser at det svikter i hvordan meldinger blir tatt imot og vurdert. Meldinger som fylkesmennene vurderte at åpenbart skulle vært undersøkt var henlagt. I arbeidet med beslutninger og konklusjoner i meldingsarbeidet skal det gjøres barnevernfaglige vurderinger. Det var et utbredt funn i tilsynet at det ikke kunne dokumenteres at dette ble gjort. Dette utfordrer både forsvarlighet og rettssikkerhet i barneverntjenesten. Barneverntjenestene sviktet i stor grad sitt ansvar for å sende tilbakemeldinger til melder i ulike faser av arbeidet med meldingene. Tilbakemeldingene er viktige for tillit, samarbeid og muligheter for videre oppfølging av barna hvis det er nødvendig. Funnene i rapportene viser at

ledelsen av arbeidet med meldinger svikter. Det er mange ansatte som ikke er tilstrekkelig kjent med kravene som gjelder. Mange steder ga ledere uttrykk for at de var klar over at det ble gjort feil uten at det ble iverksatt tiltak for forbedring.

I tillegg til tilsynene som inngikk i det landsomfattende tilsynet, har Fylkesmannen i Hordaland gjennomført én systemrevisjon med Karmøy kommune, i den såkalte «Glassjentesaken». Fylkesmannen i Møre og Romsdal har gjort et særskilt tilsyn med oppfølging av fristbrudd og et tilsyn i samarbeid med Forandringsfabrikken for å se på barns medvirkning ved tildeling og oppfølging av hjelpetiltak.

Helsetilsynet har utarbeidet retningslinjer for fylkesmannens oppfølging av fristbrudd i barneverntjenestene. Forslag til retningslinjer var på høring hos embetene i 2016 og 11 embeter kommenterte på forslaget.

Fylkesmannen skal følge opp de aktuelle virksomhetene (eiere og ansvarlige) det er ført tilsyn med inntil feil er rettet. I de fleste tilfeller skjer dette innen rimelig tid. I tilsammen 13 tilsyn med barneverntjenester fra 2015 eller tidligere, hvor fylkesmannen hadde avdekket lovbrudd, var forholdene fortsatt ikke brakt i orden ved utgangen av 2016.

Tilsyn med institusjoner og Bufetat

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal utvikle retningslinjer for regionalt samarbeid om tilsyn med Bufetat og gjennomføre pilottilsyn i samarbeid med fylkesmennene.

Statens helsetilsyn skal utarbeide veiledningsmateriell for fylkesmennenes tilsyn med barnevernsinstitusjoner med fokus på forebygging og bruk av tvang.

Konkrete resultatkrav i tildelingsbrevet 2016

Tilsynet med barnevernsinstitusjoner, omsorgssentre og sentre for foreldre og barn skal minimum gjennomføres i det omfang som fremgår av gjeldende forskrifter.

Statens helsetilsyn har arbeidet med veileder for det landsomfattende tilsynet med Bufetat for 2017. Veilederen vil bli ferdigstilt først i begynnelsen av 2017. Det er utarbeidet retningslinjer og gjort avtaler for gjennomføring og harmonisering av tilsynet. Flere embeter har gjennomført tilsyn med Bufetat sin bistandsplikt. Erfaringer fra dette arbeidet er benyttet i utarbeidelse av veileder og retningslinjer for samarbeid i regionene.

På grunn av ressursituasjonen har Statens helsetilsyn utsatt arbeidet med veiledningsmateriell for fylkesmennenes tilsyn med barnevernsinstitusjoner med fokus på forebygging og bruk av tvang, til 2017.

Fylkesmennene prioriterer institusjonstilsynet. Antallet tilsyn med barnevernsinstitusjoner var omtrent likt i 2016 som i 2015, med omsorgssentre var det en tredobling. De fylkesmennene som ikke gjennomførte alle forskriftspålagte tilsyn, har foretatt

en risikovurdering og prioritert anmeldte tilsyn der de snakker med barna i institusjonene.

Fylkesmennene registrerer planlagte tilsyn i et registrerings- og styringssystem – NESTOR. I NESTOR er det registrert 904 tilsyn med barnevernsinstitusjonene og 149 med omsorgssentrene, mot henholdsvis 901 og 55 i 2015. Av fylkesmennenes årsrapporter om tilsyn med institusjoner, går det fram at antallet gjennomførte tilsyn er noe høyere enn registrert i NESTOR. Ut fra årsrapportene har fylkesmennene hatt krav om nesten 1000 tilsyn med barnevernsinstitusjonene og gjennomført omtrent 935, eller nær 95 prosent av tilsynene. Når det gjelder omsorgssentrene er det opplyst at det skulle vært gjennomført 185 tilsyn, og det er gjennomført 165, eller 90 prosent av tilsynene. Noen sentre var nedlagt før fylkesmannen hadde planlagt besøk. (Vi mangler årsrapport fra noen av fylkesmennene, så tallene kan inneholde feil).

I sentre for foreldre og barn er det krav om tilsyn minimum hvert annet år. Det ble i 2016 gjennomført syv tilsyn ved de 18 registrerte sentrene. I 2015 ble det gjennomført fem tilsyn, så flere av sentrene har ikke fått tilsyn i det omfang som kreves.

Krav til fylkesmennenes tilsyn fremgår direkte av forskrifter, både når det gjelder antallet besøk og samtaler med barna i institusjonene. Mange av institusjonene/enhetene som fylkesmennene fører tilsyn med har kun én eller få beboere, og det er mange enheter som blir opprettet og nedlagt i løpet av et år. Avhengig av om en enhet har barn plassert etter de såkalte atferdsbestemmelsene eller ei, skal fylkesmannen føre minimum fire eller to tilsyn. Fordi mange enheter endrer beboersammensetning i løpet av året har vi ikke eksakt oversikt over hvor mange som har hatt barn med atferdsvansker. Hvor mange tilsyn fylkesmennene er pålagt å gjennomføre er dermed ikke klart før ved utgangen av året. I 2016 ble det gjennomført 904 tilsyn med barnevernsinstitusjonene. Av disse ble 891 gjennomført som ordinære institusjonstilsyn der samtaler med beboerne var en sentral del av tilsynet. De øvrige ble gjennomført som systemrevisjoner eller ved bruk av annen metodikk.

Ifølge forskrift om tilsyn med barnevernsinstitusjoner skal minst ett tilsyn være uanmeldt der det er krav om to tilsyn, og minst to være uanmeldt der det er krav om fire tilsyn. I 2016 var 367 av de 891 ordinære institusjonstilsynene som er registrert i NESTOR, eller 41 prosent, uanmeldt. Når andelen uanmeldte tilsyn er lavere enn krav i forskriften, kan det skyldes at fylkesmennene har et dilemma når samtaler med barn skal vektlegges. For å sikre at flest mulig barn er til stede, er varslede tilsyn en fordel. Flere fylkesmenn kan derfor ha valgt å gjennomføre nytt varslet tilsyn der barn ikke var til stede ved forrige besøk. Forskriftens intensjon om at tilsynsmyndigheten skal komme på tilsyn for å avdekke de reelle forholdene i en hverdagssituasjon gjennom uanmeldte besøk, kommer i konflikt med intensjonen om å samtale med barna, og gi barna anledning til å forberede disse samtalerne.

Fylkesmennene har registrert at det var 2399 barn innskrevet ved institusjonene da tilsynene ble gjennomført. Mange barn er da registrert ved flere besøk og antall barn er derfor lavere. 80 prosent av barna fikk et direkte tilbud om samtale og fylkesmennene gjennomførte 1229 samtaler. Dette tilsvare samtaler med 51 prosent av de registrerte barna. I 2015 ble det registrert 1419 samtaler, men da registrerte fylkesmenn også et direkte tilbud om samtale, der beboer takket nei, som samtale. Tallene er derfor ikke sammenlignbare. Men mye tyder på at fylkesmennene både har økt andelen som har fått direkte tilbud om samtale, og andelen gjennomførte samtaler.

Når 20 prosent ikke har fått tilbud om samtale, betyr det at de ikke var til stede da tilsynet ble gjennomført eller ikke ble kontaktet av fylkesmannen i forbindelse med tilsynet. Alle barna skal få informasjon om tilsyn og at de kan kontakte fylkesmannen. Dette er generell informasjon som ikke registreres ved hvert besøk. At barn ikke er til stede, kan skyldes at de er hos familie, deltar i fritidsaktiviteter, sammen med venner eller av andre grunner ikke i institusjonen under tilsynet.

Som et resultat av stor tilstrømning av enslige mindreårige asylsøkere høsten 2015, var det våren 2016 etablert omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere i alle fylker. Alle fylkesmennene har gjennomført tilsyn med omsorgssentre i 2016. Totalt var det 95 enheter som fikk 149 tilsyn. Kun 14 av tilsynene ble gjort uanmeldt. Det skyldes blant annet at fylkesmannen er avhengig av tolk for å gjennomføre samtaler med beboerne. Det var registrert 1095 beboere da tilsynene ble gjennomført. Mange beboere kan også her være registrert flere ganger. Nesten alle beboerne fikk tilbud om samtale, 98 prosent, og fylkesmennene gjennomførte 978 samtaler, eller med 89 prosent av beboerne. Årsaken til en vesentlig høyere samtaleandel enn ved barnevernsinstitusjonene skyldes trolig at det bare helt unntaksvis er beboere borte fra senteret. De sier også i mindre grad nei til samtale, kanskje fordi de ikke tidligere har fått tilbud, ønsker samtale eller oppfatter at de bør gjennomføre slik samtale.

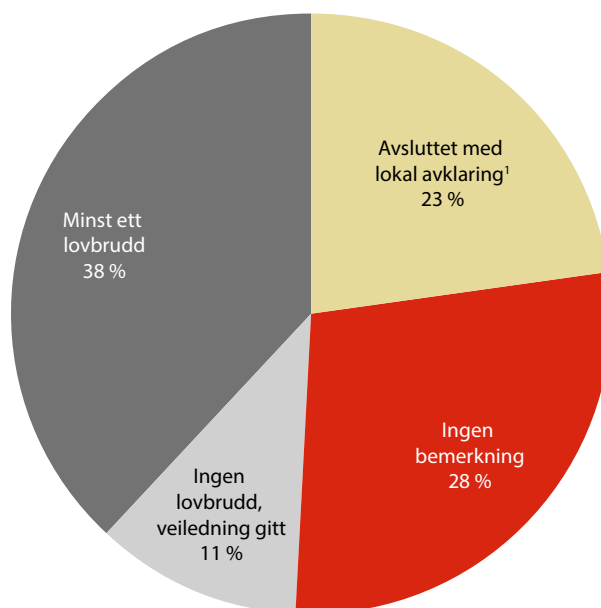
Tilsynssaker

Tildelingsbrevet 2016:

Tilsynssaker etter barnevernloven skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

Fylkesmennene behandlet i 2016 totalt 814 tilsynssaker, mot 973 i 2015. Det er en nedgang på 16 prosent. Årsaken til dette kan ligge i at Statens helsetilsyn høsten 2015 utarbeidet en ny veileder for behandling av slike saker. Denne førte antakelig til en noe strengere vurdering om hva som ga grunnlag for å opprette tilsynssak. Av de avsluttede tilsynssakene ble 194 oversendt virksomheten for oppfølging. De resterende sakene vurderte fylkesmennene opp mot plikter i barnevernloven. De fleste sakene er rettet mot kommunene. I sakene som ble vurdert, gjaldt 1050 vurderinger forhold i kommunene, 86 forhold ved institusjonene og 45 ved Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat).

Figur 6 Barnevern – Utfall for vurderte virksomheter i tilsynssaker som fylkesmennene avsluttet i 2016



¹ Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

I Vedlegg tabell 2 Barnevern – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 gis en oversikt over saker som fylkesmennene avsluttet i 2016. 194 av de 814 sakene ble avsluttet etter at saken var oversendt virksomheten for videre oppfølging. Det betyr at hendelsen/forholdet er brakt inn for virksomheten og løst etter kontakt mellom klager og virksomheten uten noen ytterligere oppfølging og vurdering av fylkesmannen. I de øvrige sakene ble det vurdert forhold mot ulike lovbestemmelser. En tilsynssak kan inneholde flere tema som blir vurdert. I 640 av de 1181 vurderingene påpekte fylkesmannen lovbrudd, dvs. i 54 prosent av vurderingene.

Fylkesmennene hadde krav om at median behandlingstid for tilsynssakene skulle være fem måneder eller mindre. Median behandlingstid i 2016 var 3,7 måneder. Dette innebærer at de fleste fylkesmenn behandler saker innen en forsvarlig tidsramme.

Vedlegg tabell 3 Barnevern – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennenes i 2016 fordelt på lovbestemmelser etter barnevernloven viser oversikt over vurderte bestemmelser. Bestemmelsene som er hyppigst vurdert er barnevernloven § 1-4 Krav til forsvarlighet, § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser, § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse og § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak. Ved utgangen av året var det registrert 303 saker som ikke var avsluttet, omtrent som ved utgangen av 2015 (304). Median foreløpig saksbehandlingstid for restansene var 2,7 måneder.

Formålet med behandling av tilsynssaker er å bidra til endring i tjenestenes praksis. Fylkesmennene har ved å undersøke, bedømme og konkludere med lovbrudd i til sammen 596 enkeltsaker bidratt til nødvendig kvalitetsforbedring i barneverntjenester, hovedsakelig i kommuner, men også i barnevernsinstitusjoner.

Barnet selv var kilde til 47 saker, eller 8 prosent av sakene. Mor/far var den mest dominerende kilden, i 31 prosent av sakene. Barneverntjenesten var kilde i 17 prosent, advokat i 14 prosent og fylkesmannen selv i 10 prosent. Fosterforeldre var kilde i

6 prosent av sakene. Helsetilsynet vil følge opp i hvilken grad tilsynssakene fremstår som en kanal der barn får fremmet informasjon om uheldige hendelser og kritikkverdige forhold i barnevernet.

Klagesaker

Tildelingsbrevet 2016:

Klagesaker etter barnevernloven som avsluttes av fylkesmannen i 2016 skal følge reglene i forvaltningsloven.

Statens helsetilsyn har gjennomgått klagesaker behandlet av alle fylkesmennene etter klager på tvangstiltak, fra barn i institusjoner. Gjennomgangen er gjort for å få et bedre grunnlag for senere arbeid med materiell til bruk for fylkesmennenes saksbehandling. De relativt få sakene gir ikke nok informasjon til å avgjøre om fylkesmennene følger reglene i forvaltningsloven, men hovedinntrykket er at forvaltningsloven følges. Utfordringen synes i større grad å gjelde barns muligheter til å omformulere misnøye til klager og få fram egne synspunkter i klagesakene.

I 2016 avsluttet fylkesmennene behandlingen av totalt 677 klagesaker etter barnevernloven, hvorav 52 ble avvist. De fleste klagesakene gjelder klager på tvangsbruk eller begrensninger i barnevernsinstitusjoner. Av de 625 sakene som ble realitetsbehandlet, gjaldt 504 slik tvangsbruk/begrensninger, mens 121 gjaldt klage på vedtak fattet av barneverntjenester. Særlig synes antallet klagesaker rettet mot barneverntjenestene lavt, sett i lys av antallet barn som berøres av tiltak fra barnevernet. Det er behov for å få til en klageordning som er mer tilpasset barnas behov og som bedre fanger opp de reelle klagene.

I en klagesak kan flere tema eller forhold bli vurdert. I de 121 sakene mot barneverntjenester, ble 127 lovbestemmelser vurdert. Klager fikk medhold i 30 saker, eller i 24 prosent av vurderingene. I de 504 klagesakene rettet mot institusjoner ble 608 lovbestemmelser vurdert. Klager fikk medhold i 21 prosent av vurderingene. Utfallet av vurderingene fremgår av *Vedlegg tabell 4 Barnevern – Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner) og barneverninstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2014–2016*, og bestemmelsene som er vurdert er det gjort nærmere rede for i *Vedlegg tabell 5 Barnevern – Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall* samme sted. At klager får medhold i kun hver femte klage som gjelder tvang og begrensninger, gir en utfordring i å forklare barna hvorfor de ikke får medhold.

Statens helsetilsyn har ikke oversikt over hvor mange tvangsprotokolleringer som ble gjort i barnevernsinstitusjoner og omsorgssentre i 2016. Det er derfor vanskelig å vurdere om antallet klager har et rimelig omfang. Klager skal fremmes direkte til fylkesmannen uten å først behandles av underinstansen. Når det gjelder klager rettet mot barneverntjenestene, er det mye som tyder på at klageordningen er lite kjent blant barn og blir lite benyttet. Av de 121 mottatte klagesakene ble kun 38 fremmet av barnet selv, 66 av mor/far og 33 av advokat. Det kan være flere som har fremmet samme klagesak. Sett mot det totale antallet barn involvert i undersøkelser, som mottar hjelpetiltak eller er under omsorg, er 38 klager fra barn svært få. Det gir antakelig fylkesmannen et svakt grunnlag for å ivareta rettssikkerheten til barna og deres pårørende.

Sosiale tjenester

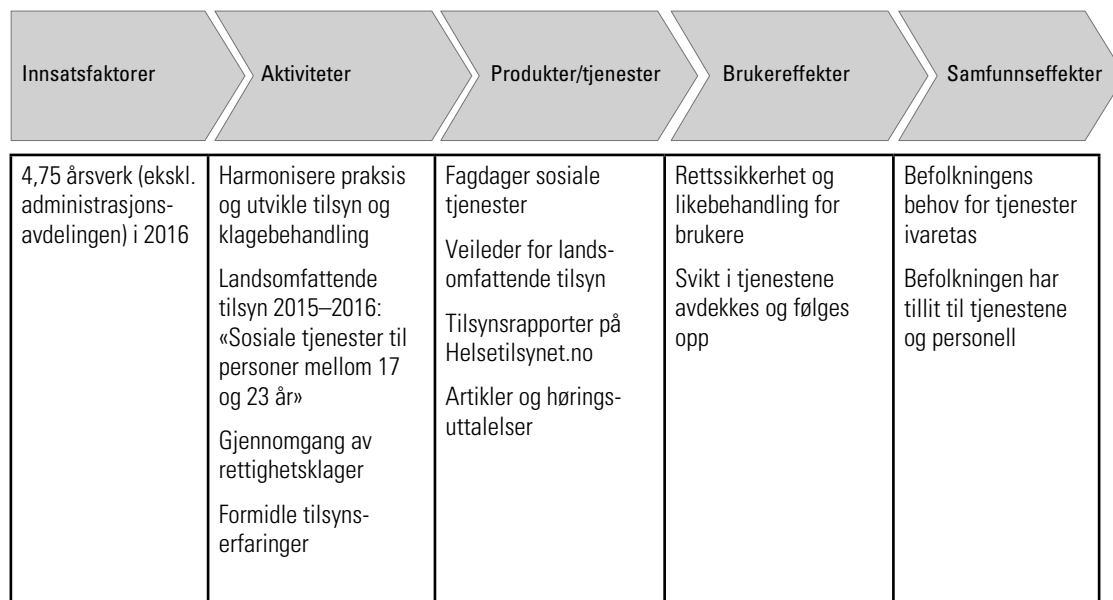
Statens helsetilsyn har ifølge sosialtjenesteloven § 10 det overordnede faglige tilsynet med kommunen i NAV, herunder oppfølgingen av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven. Fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller sine plikter etter sosialtjenesteloven kapittel 4 – opplysning, råd og veiledning, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad og § 16 – beredskapsplan. Fylkesmannens tilsynsansvar er hjemlet i sosialtjenesteloven § 9.

Tilsyn med de sosiale tjenestene i NAV skjer etter en risikovurdering, dels initiert fra Statens helsetilsyn gjennom landsomfattende tilsyn, eller etter initiativ fra fylkesmennene selv. Ved systemrevisjoner eller i tilsynssaker der fylkesmannen avdekker brudd på lov- og forskriftskrav, følger fylkesmannen opp den aktuelle virksomheten inntil feil er rettet, slik at forholdene er i samsvar med krav i lov eller forskrift.

Som del av tilsynet inngår oppfølgingen av fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven. Fylkesmannen kan prøve alle sider av kommunens vedtak. Når det gjelder prøvingen av det frie skjønn, kan fylkesmannen likevel bare endre vedtaket når skjønnets er åpenbart urimelig.

Fylkesmannens avgjørelse av klagen er endelig. I de tilfeller der Helsetilsynet blir klar over at en avgjørelse som er truffet av fylkesmannen høyst sannsynlig er feil, kan tilsynet som overordnet myndighet på eget initiativ prøve saken og omgjøre avgjørelsen. Slik overprøving kan også skje etter initiativ fra andre, for eksempel fra den som klager. I praksis prøver Helsetilsynet sjelden fylkesmannens avgjørelser.

Figur 7 Sosiale tjenester – Resultatkjede



Prioriteringer og ressursbruk

Statens helsetilsyn har i 2016 prioritert å jobbe med kommunenes ansvar for tilgjengelige tjenester etter sosialtjenesteloven. Bakgrunnen for dette er at fylkesmennene har meldt en bekymring for at terskelen for å komme i kontakt med de sosiale tjenestene i NAV har blitt for høy. Dette henger blant annet sammen med NAVs kanalstrategi, der det er en ønsket utvikling at henvendelser til NAV-kontorene ikke skal

skje ved personlig oppmøte, men på telefon til kontaktsentrene eller via internett. Dette arbeidet videreføres i 2017.

Medvirkning og involvering har vært et sentralt satsningsområde i 2016. Dette har også vært viktig i arbeidet med veilederen for det landsomfattende tilsynet i 2017–2018 hvor det ble gjennomført workshop med brukerrepresentanter, og enkelte embeter vil ha brukerrepresentanter med i tilsynslagene. Gjennom Helsetilsynets involveringsprosjekt har tre fylkesmannsembeter (Nordland, Telemark og Rogaland) hatt prosjekter som omhandler brukerinvolvering i de sosiale tjenestene i NAV.

På sosialtjenesteområdet har Statens helsetilsyn ferdigstilt veileder for landsomfattende tilsyn med kommunene i 2017–2018. Temaet i tilsynet er kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse, og tilsynet omfatter både de sosiale tjenestene i NAV og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etter en risikovurdering var det å skaffe bolig til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse pekt på som et viktig område med stor fare for svikt. Kommunene har imidlertid ikke en lovfestet plikt til å skaffe bolig utover medvirkningsansvaret i sosialtjenesteloven §15, dette tema er derfor ikke tatt inn i tilsynet.

I det landsomfattende tilsynet som ble gjennomført med sosiale tjenester i NAV 2015–2016 ble det også gitt muligheter for at fylkesmennene kunne samarbeide med kommunene om egenvurderinger av kommunenes praksis på de samme områdene som tilsynet omfattet. De fleste fylkesmennene har vært aktive med å tilby dette, og mange kommuner har benyttet muligheten. Fylkesmennene har hatt et omfattende arbeid knyttet til oppfølgingen i etterkant. Statens helsetilsyn har analysert og vurdert vurderingsskjemaene og dette omtales i oppsummeringsrapporten fra tilsynet. Oppsummeringsrapporten ferdigstilles våren 2017.

Statens helsetilsyn arrangerte i 2016 fagdager om de sosiale tjenestene for fylkesmennene. Tema for samlingen var blant annet brukerinvolvering, tilsynssaker og egenvurderinger.

På grunn av ressursituasjonen i avdelingen, har Statens helsetilsyn måttet utsette samling for fylkesmennene om rettighetsklager etter sosialtjenesteloven til 2017.

For øvrig har Statens helsetilsyn avgitt hørings svar og gitt faglige innspill til fagmyndighetene på sosialtjenesteområdet. Vi har holdt innlegg for fylkesmenn og kommuner, og avholdt faste samarbeidsmøter med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det har også vært holdt møte på ledernivå med Arbeids- og sosialdepartementet.

Fylkesmennene må hele tiden prioritere ressurser mellom utviklingsoppgaver og rettssikringsoppgaver, som klagesaksbehandling og tilsyn. I prioriteringen mellom klagesaker og tilsyn er det alltid en fare for at tilsynet blir nedprioritert hvis klagesaksrestansene vokser, fordi klagesakene uansett må behandles. I 2016 var det en nedgang på 6 prosent i antallet innkomne klagesaker. Det kunne tilsi en vekst i tilsynsomfanget, men det skjedde verken for tilsynssaker eller planlagt tilsyn. Det er altså behandlet noen færre tilsynssaker og gjennomført noen færre planlagte tilsyn. Forklaringen kan være en prioritering for å få unna klagesaksrestanser. Ved inngangen til 2017 er det vesentlig færre restanser enn tilfellet var ved inngangen til 2016.

Resultater og måloppnåelse

I det landsomfattende tilsynet med sosiale tjenester i NAV i 2015 og 2016 har fylkesmennene undersøkt om kommunene sikrer at NAV-kontoret tilbyr og yter forsvarlige

sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år. I tilsynet ble det funnet svikt som tilsvarer det fylkesmennene gjennom flere år har rapportert fra andre tilsyn med sosiale tjenester i NAV. Resultatene viser svikt som kan føre til at ungdom ikke får de tjenestene de har rett på og at kommunene ikke har god nok kontroll på arbeidet som utføres.

Som overordnet tilsynsmyndighet vil Statens helsetilsyn fortsette å sette fokus på rettssikkerheten til unge brukere av de sosiale tjenestene i NAV. Vi vil fortsette å påpeke viktigheten av at NAV-kontorene øker sin grunnleggende forståelse av sentrale prinsipper i sosialt arbeid. Det er alvorlig når velferdssamfunnets siste sikkerhetsnett ikke klarer å fange opp ungdom som av ulike grunner trenger bistand for å klare overgangen til et selvstendig voksenliv.

Fylkesmennene har ved det landsomfattende tilsynet invitert kommuner til selv å gjøre en egen vurdering av sin praksis. Mange kommuner har gjennomført egen vurderingene, og resultater herfra samsvarer i stor grad med fylkesmennes funn. Embetene har gjennom arbeid med egen vurderinger fått bedre kjennskap til kommunene, og deres arbeid med de sosiale tjenestene. Dette er verdifullt for senere risikovurderinger og tilsynsaktiviteter.

I 2016 har Statens helsetilsyn prioritert å jobbe med problemstillinger vedrørende tilgjengelighet i NAV-kontorene. Svikten i tilgjengelighet henger blant annet sammen med NAVs kanalstrategi, der det er en ønsket utvikling fra NAV at henvendelser til NAV-kontorene ikke skal skje ved personlig oppmøte, men på telefon til kontaktsentrene eller via internett. Kanalstrategien er tilpasset de statlige tjenestene i NAV. Det er imidlertid ingen endringer i sosialtjenesteloven som tilsier at kommunes rolle som samfunnets siste sikkerhetsnett er endret. Statens helsetilsyn har hatt en overordnet tilnærming til denne problematikken, da dette er forhold som ikke kan rettes opp bare ved å ansvarliggjøre den enkelte kommune gjennom tilsyn. Statens helsetilsyn har fulgt opp problematikken gjennom møter og korrespondanse med Arbeids- og sosialdepartementet, og gjennom systematisk samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeidet skal videreføres i 2017.

Som nevnt ovenfor kan det se ut som fylkesmennene i 2016 prioriterte klagesaksbehandling, noe på bekostning av tilsyn. Vi hadde forventet vekst i antallet tilsynsaker. Dette fordi det i 2015 ble utarbeidet en veileder for behandling av slike saker etter sosialtjenesteloven, og fordi denne typen tilsyn ble gitt mye oppmerksomhet. Slik vekst skjedde ikke. De tilsynssakene som ble behandlet ble avsluttet relativt raskt og godt innenfor resultatkravet. Volumkravet til tilsyn ble ikke innfridd, ei heller resultatkravet for behandling av klagesakene. Variasjonen mellom fylkesmennene er stor. Fire embeter innfridde volumkravet, og de innfridde også andre krav.

Tilsyn

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunens ansvar for å sikre at NAV-kontoret tilbyr og yter forsvarlige sosiale tjenester til personer mellom 17 og 23 år.

Fylkesmennene har i 2015 og 2016 gjennomført landsomfattende tilsyn med de sosiale tjenestene – opplysning, råd og veiledning og økonomisk stønad – til personer mellom 17 og 23 år. Tilsynet er gjennomført ved bruk av systemrevisjoner kombinert med egenvurderinger. Totalt har fylkesmennene ført tilsyn med 72 kommuner, mens til sammen ca. 150 kommuner har gjennomført egenvurderinger. Statens helsetilsyn har fulgt opp fylkesmenn som har gjennomført systemrevisjoner i 2016, og oppsummert funn fra både fylkesmennenes systemrevisjoner og fra egenvurderingene som kommunene har gjort og fylkesmennene fulgt opp. Tilsynene oppsummeres i en egen rapport.

I over 70 prosent av kommunene hvor fylkesmannen har hatt tilsyn konkluderes det med lovbrudd eller at kommunene bør forbedre tjenestene. Konsekvensene kan være at ungdom ikke får de tiltak de har behov for og som kan forebygge sosial isolasjon og manglende aktivitet. I de kommuner hvor tilsyn har vært gjennomført og det er funnet lovbrudd er det gjennomgående behov for at kommunene tar et større ansvar for sosiale tjenester i Nav-kontorene.

Resultatkrav i tildelingsbrev

Det skal gjennomføres tilsyn tilsvarende minst 100 systemrevisjoner med sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen. Statens helsetilsyn fordeler disse tilsynene på de enkelte fylkesmenn.

Statens helsetilsyn har i Tildelingsbrevet til fylkesmennene fordelt kravet til tilsyn på de enkelte embedene. Kravet og gjennomførte tilsyn fremgår av *Vedlegg tabell 6 Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger etter sosialtjenesteloven 2014–2016*. Samlet gjennomførte fylkesmennene tilsyn tilsvarende 79 systemrevisjoner, mot 81 i 2015. Det ble gjennomført 53 systemrevisjoner, fulgt opp 68 egenvurderinger, samt 6 tilsyn med annen metodikk. Tilsynene som ikke er systemrevisjoner er gitt verdi ut fra metodikk og forventet ressursinnsats. F.eks. er oppfølgingen av egenvurderinger gitt verdien 0,33 systemrevisjon.

Det var kun 4 av de 17 embedene som innfridde resultatkravet, men 10 av embedene hadde over 80 prosent måloppnåelse.

Det ble gjennomført få tilsyn som ikke inngikk i det landsomfattende tilsynet. Noen videreførte tema fra tidligere landsomfattende tilsyn, som tilsyn med økonomisk stønad til forsørgere med barn eller kvalifiseringsprogrammet, eller gjennomførte tilsyn med den økonomiske rådgivningstjenesten.

Flere fylkesmenn har rapportert at de, basert på en vurdering av hva som kan ha effekt, har prioritert andre aktiviteter enn tilsyn i sitt arbeid med å bidra til forsvarlige sosiale tjenester i NAV. Tidligere tilsyn er fulgt opp med møter, kurs og råd og veiledning.

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

Resultatkrav i tildelingsbrev

Tilsynssaker etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

Fylkesmennene har avsluttet behandlingen av 90 saker i 2016. Av disse ble 27 saker overført NAV-kontor for oppfølging (lokal avklaring). Median behandlingstid for de 63 sakene som fylkesmennene har vurdert opp mot lovbestemmelser i sosialtjenesteloven er 3,5 måneder, dvs. godt innenfor resultatkravet på fem måneder.

I de 63 sakene som fylkesmennene behandlet, ble det gjort 110 vurderinger. Av disse ble det påpekt lovbrudd i 51 vurderinger, eller 46 prosent av vurderingene. Av disse var 29 brudd på kravet til forsvarlighet. Se *Vedlegg tabell 7 Sosiale tjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2014–2016 og utfallet av behandlingen i 2016.*

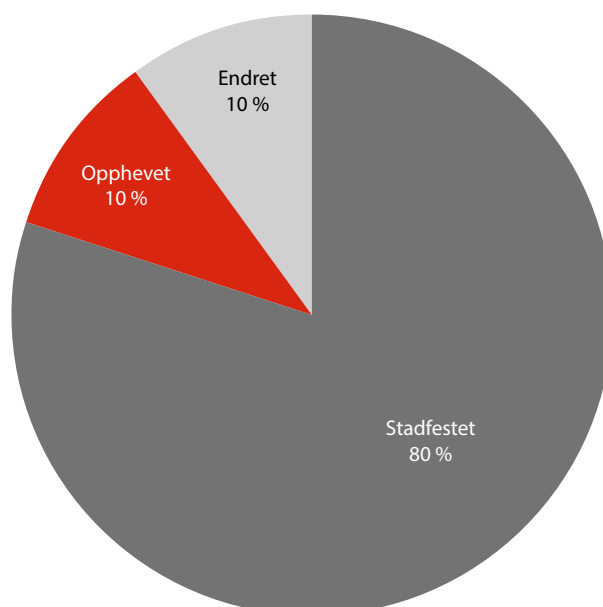
Klagesaker

Resultatkrav i tildelingsbrev

Av klagesaker etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som avsluttes av fylkesmannen i 2016, skal minst 90 prosent ha en saksbehandlingstid på tre måneder.

Fylkesmennene fikk inn 3886 klagesaker, og avsluttet behandlingen av 4004. Av disse ble 74 avvist eller trukket. 80 prosent av de 3930 realitetsbehandlede sakene ble avsluttet innen tre måneder. 10 av de 17 embetene innfridde resultatkravet om at minst 90 prosent skal avsluttes innen tre måneder. Det er en svakere måloppnåelse enn i 2015, da det var 88 prosent. Men det er noen positive trekk. Restansene ved utgangen i 2015 var 671 saker, ved utgangen av 2016 hadde antallet sunket til 553.

Figur 8 Sosiale tjenester – Utfall i klagesaker som fylkesmennene avsluttet i 2016



Kanskje noe overraskende, sett i lys av den økonomiske utviklingen i landet og vekst i arbeidsledighet, gikk antallet innkomne klagesaker ned, fra 4130 i 2015 til 3886 i 2016.

Den relativt svake måloppnåelsen skyldes særlig resultatene hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Kun 36 prosent av klagesakene her ble avsluttet innen tre måneder, samtidig hadde embetet en svært positiv utvikling gjennom året. Ved inngangen til 2016 var det 92 saker som hadde ligget lenger enn tre måneder, ved utgangen kun 6. Restansene var redusert fra 272 til 135. Selv om måloppnåelsen for embetene samlet var dårligere i 2016 enn i 2015, er situasjonen ved inngangen til 2017 vesentlig lysere enn den var ved inngangen til 2016.

Gjennom mange år har andelen stadfestete vedtak etter klagebehandlingen ligget på 80 prosent. Det er også tilfellet for 2016. Ti prosent av vedtakene ble opphevet, og sakene sendt tilbake til NAV-kontor for ny behandling, elleve prosent av vedtakene ble endret.

Nesten alle klagesakene gjelder økonomisk stønad, 3841 av de 3930 avsluttede sakene. 46 saker gjelder kvalifiseringsprogrammet og 199 gjelder andre bestemmelser etter sosialtjenesteloven. Statens helsetilsyn har i 2016 gjort en analyse av disse sakene for å få til en ny registreringspraksis som kan gi mer kunnskap om hva klagesakene handler om. I samarbeid med fylkesmennene har vi ikke funnet fram til noen ny oppdeling av klagesakene om økonomisk stønad. Klager om penger til mat, boliggifter eller andre livsoppholdsutgifter dreier seg ofte om det samme, en klage på utmålingen av stønad. Fra 2017 er det gjort et forsøk på å skille ut stønad i særlige tilfeller, jf. sotjl. § 19.

I NESTOR registreres saksbehandlingstiden i underinstansen (NAV-kontorene) og hos fylkesmennene. I 2016 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klagesakene totalt 3,8 måneder. Av dette var 2 måneder ved NAV-kontorene og 1,8 måneder hos fylkesmennene.

Helse- og omsorgstjenester

Statens helsetilsyn har ansvar for det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester i landet, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Figur 9 Helse- og omsorgstjenester – Resultatkjede

Innsatsfaktorer	Aktiviteter	Produkter/tjenester	Brukereffekter	Samfunnseffekter
53 årsverk (ekskl. administrasjonsavdelingen) i 2016	Behandle alvorlige enkeltsaker mot helsepersonell og virksomheter Overprøve fylkesmennenes vedtak i rettighetsklager Harmonisere praksis og utvikle tilsyn og klagebehandling Beslutte tema for landsomfattende tilsyn på områder der risiko for svikt er stor Utarbeide veiledningsmaterieill til bruk i landsomfattende tilsyn Utføre planlagt tilsyn med håndtering av humant materiale (blod, celler, vev og organer) Drive områdeovervåking Formidle tilsynserfaringer	Avgjørelser og administrative reaksjoner mot helsepersonell og pålegg til virksomheter Vedtak (som overordnet myndighet) Faglig støtte, opplæring og veiledning til fylkesmennene Sammenstilling og formidling av tilsynsfunn Utarbeidelse av Tilsynsmelding, artikler og høringsuttalelser Tilsynsrapporter etter tilsyn med humant materiale	Bidra til: Rettsikkerhet og likebehandling for helsepersonell, pasienter og brukere At svikt i tjenestene avdekkes og følges opp Aktiv bruk av kunnskap fra tilsyn og klagesaker for bedre tjenester	Befolkningens behov for tjenester ivaretas Helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig Befolkningen har tillit til tjenestene og personell Folkehelsearbeid ivaretas

Prioriteringer og ressursbruk

Statens helsetilsyns visjon er Vårt tilsyn – din trygghet. Prioriteringene for 2016 har vært knyttet til de strategiske hovedmålene i Strategisk plan for 2015–2019. Målene bygger på samfunnsoppdraget som overordnet tilsynsmyndighet på våre områder, og som myndighetsutøver – dels direkte og dels gjennom fylkesmennene. Statens helsetilsyn og fylkesmennene samarbeider om faglig ledelse av godt tilsyn, brukerinvolvering i tilsyn, utvikling av virkningsfullt tilsyn og aktiv bruk av kunnskap fra tilsyn og klagesaker. Rettsikkerhet og god kvalitet skal ivaretas i Statens helsetilsyn og hos fylkesmennene.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenester har Statens helsetilsyn i 2016 utarbeidet flere veiledere for landsomfattende tilsyn i fylkene, hatt samlinger/opplæring i de aktuelle temaene, i saksbehandling og tilsynsmetodikk og gjennomført risikovurderinger.

Det er arbeidet videre med utvikling av Tilsynsskolen som er et modulbasert og sammenhengende kvalifiseringsprogram for ansatte hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Opplegget tas i bruk tidlig i 2017.

Statens helsetilsyn har i 2016 også behandlet 431 antall tilsynssaker og har videreført et prosjekt for å bidra til harmonisering av fylkesmennenes praksis i tilsynssaker.

Statens helsetilsyn har også videreført satsningen på å involvere brukere, pasienter og pårørende i alle tilsynsaktiviteter. Ved hjelp av stimuleringsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet er det gitt støtte til ulike prosjekter i regi av fylkesmennene for å bidra til større brukerinvolvering. Det er etablert en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner, fylkesmennene og Statens helsetilsyn som blant annet arbeider med å etablere et fast brukerråd for Statens helsetilsyn.

Gjennom oppsummering av landsomfattende tilsyn, den årlige tilsynsmeldingen samt fagartikler og aktiv bruk av nettstedet og sosiale medier, har vi formidlet erfaringer og funn fra ulike tilsynsaktiviteter.

Bruk av blod, celler, vev og organer i pasientbehandlingen innebærer fare for overføring av sykdom fra donor til mottaker. Donasjon skal være frivillig og vederlagsfri, og humanitært materiale skal fordeles rettferdig og transparent. Av hensyn til pasientsikkerheten er derfor håndtering av blod, celler, vev og organer regulert i egne forskrifter som implementerer EUs regelverk for området. Statens helsetilsyn fører jevnlig tilsyn med at de aktuelle virksomhetene i Norge følger opp forskriftenes bestemmelser.

Utfordringen i Statens helsetilsyn i 2016 har vært å finne en riktig balanse mellom oppgavene. Prioriteringen av lovpålagte oppgaver, tilretteleggingen av fylkesmennenes landsomfattende tilsyn og utvikling av Tilsynsskolen har ført til at det har vært mindre rom for metodeutvikling og områdeovervåkning. En følge av prioriteringsbeslutningene er at det er gitt ut færre oppsummeringsrapporter enn hva som har vært vanlig tidligere år.

Fylkesmennene har gjennomført landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med utviklingshemming i kommunene og med helseforetakenes somatiske akuttinntak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med blodforgiftning. I tilknytning til tilsynet med helseforetakene er det også startet et arbeid for å evaluere effekten av tilsyn. I tillegg har fylkesmennene gjennomført tilsyn med temaer basert på lokal kunnskap og risikovurdering. Embetene har også ferdigbehandlet tilsynssaker mot individer og virksomheter, rettighetssaker og overprøvinger etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Resultater og måloppnåelse

Statens helsetilsyn og fylkesmennene følger med på helse- og omsorgstjenestene og identifiserer områder med fare for svikt. Arbeidet danner grunnlag for selvvalgte tilsyn foretatt av fylkesmennene, inngår i vurderingen av valg av tilsynstemaer for landsomfattende tilsyn og danner grunnlag for særskilte tilsynsaktiviteter. Rapport fra Helsetilsynet 3/2016 presenterer resultater fra en risikovurdering av tjenestetilbudet til personer med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse som ble gjennomført i 2015. Tema var valgt ut etter at tilsynsmyndighetene over år, både gjennom tilsynssaker og annen kunnskap, var kjent med at dette er et område med stor risiko for svikt.

Fylkesmennene og Helsetilsynet har gjennomført en kartlegging for å undersøke omfanget av fastleger som reserverer seg mot å gi bistand til kvinner i forbindelse med uønskede svangerskap, og for å få oversikt over hva kommunene gjør for å sørge for at fastlegene ikke praktiserer lovstridig reservasjon. Resultatene tyder på at kvinner i Norge får nødvendig bistand. Men det er fremdeles enkeltkommuner med fastleger som reserverer seg, og nær en tredjedel av kommunene har forholdt seg passive overfor fastlegene.

Med bakgrunn i våre tilsynserfaringer påbegynte Statens helsetilsyn i 2016 en gjennomgang og analyse av tilsynssaker innen svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Fylkesmennene har krav til aktivitet på planlagt tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester tilsvarende 370 systemrevisjoner. Innen spesialisthelsetjenesteområdet har fylkesmennene i 2016 samlet sett fylt opp volumkravet på tilsyn tilsvarende 70 systemrevisjoner. På kommunehelsetjenesteområdet har fylkesmennene ikke kommet i mål med kravet om tilsynsaktivitet tilsvarende 300 systemrevisjoner. 2016 utpeker seg som et år med særlig lav måloppnåelse.

Fylkesmennene avsluttet 3339 tilsynssaker i 2016. Det er noe færre enn året før, da 3518 tilsynssaker ble avsluttet. Det er krav om at fylkesmennene skal rekke å behandle minst halvparten av tilsynssakene i løpet av fem måneder fra saken har startet. Syv fylkesmenn oppfylte dette kravet. For fylkesmennene samlet ble kravet ikke nådd, idet 46 prosent av tilsynssakene hadde kortere saksbehandlingstid enn fem måneder.

Statens helsetilsyn har bedt fylkesmennene i 2016 om å øke antall stedlige tilsyn overfor personer med utviklingshemming. Antall stedlige tilsyn har økt fra 205 i 2015 til 221 i 2016. Statens helsetilsyn vil fortsatt ha fokus på at det blir gjennomført stedlig tilsyn og fortsetter arbeidet med å videreutvikle tilsynsmetodikken inklusive samtaler med brukerne.

Statens helsetilsyn er bekymret for om økningen av tvangsbruk overfor personer med utviklingshemming er et resultat av for dårlig og knapp kompetanse i tjenestene, og for at tjenestetilbudet til den enkelte ikke blir tilstrekkelig individuelt tilrettelagt for å unngå tvang. På dette viktige området mangler det faglig veiledning som beskriver gode og forsvarlige løsninger som kan forsøkes før tvangstiltak blir brukt, og for anbefalinger om faglig og etisk forsvarlige tiltak når andre løsninger ikke fører frem.

Fylkesmennene skal følge opp hvert enkelte tilsyn inntil lovbruddene er bragt i orden. I enkelte tilfeller kreves det store endringer i kommunene og helseforetakene og oppfølgingen fra fylkesmennenes side kan være omfattende og tidkrevende. Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 22 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2015 eller tidligere, fortsatt ikke var bragt i orden ved utgangen av 2016.

Statens helsetilsyn har flere faste samarbeidsarenaer med Helsedirektoratet for å drøfte felles utfordringer og saker av vesentlig betydning for å løse samfunnsoppgavet. Møtene avholdes både på ledernivå og på divisjonsdirektør-/avdelingsdirektørnivå. Ut over disse faste møtearenaene bringes også Helsedirektoratet inn i arbeidet med risikovurderinger for hvilke områder som skal velges for gjennomføring av nye tilsyn, og som lovfortolker når det er behov for juridisk avklaring på sentrale spørsmål osv. I løpet av de to siste årene har det også vært samarbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet i Helsedirektoratet, særlig med tanke på å sikre gode prosesser for rask diagnostikk og behandling av pasienter med blodforgiftning (sepsis), hvor det også gjennomføres landsomfattende tilsyn.

Fylkesmennene har i 2016 gjort et landsomfattende tilsyn med helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Det er gjennomført tilsyn i 55 kommuner. Tilsynet har avdekket forhold av vesentlig betydning for brukerne. Funnene vil bli oppsummert og presentert i en samlerapport våren 2017.

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

I perioden 2013–2017 gjennomfører Statens helsetilsyn et prosjekt for å få mer kunnskap om effekt av planlagt tilsyn i helsetjenesten. Prosjektet følger det landsomfattende tilsynet med gjenkjennelse og behandling av blodforgiftning i sykehus og vil kunne si noe om tilsyn bidrar til forbedring av tjenestene. Se nærmere omtale av prosjektet på side 19.

Så vel det enkelte helsepersonell som virksomhetene innenfor helse- og omsorgstjenesten har ansvar for gode og trygge tjenester. Virksomhetene har ansvar for å legge til rette for at det er mulig å yte forsvarlige tjenester. Statens helsetilsyn kan ved behov gi administrative reaksjoner til helsepersonell. Formålet med administrative reaksjoner som for eksempel tilbakekall eller begrensning i autorisasjonen, er å bidra til beskyttelse av nåværende og fremtidige pasienter.

Den hyppigste årsaken til tilbakekall er misbruk av rusmidler, adferd i og utenfor yrkesutøvelsen som ansees uforenelig med de krav som stilles til helsepersonell, legemiddeltveri og helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen.

Statens helsetilsyn tilbakekaller også årlig autorisasjoner fra helsepersonell som har utsatt pasienter og brukere for overgrep. Virksomhetene har et eget ansvar for å forebygge at overgrep skjer og for å bidra til at eventuelle overgrep avdekkes. Dette kan for eksempel gjøres gjennom bevisst arbeid med opplæring og tilrettelegging for etiske refleksjoner. Det er også viktig at virksomhetene undersøker oppføringene i Helsepersonellregisteret på det enkelte helsepersonell, og at de innhenter politiattest der dette er et krav.

I tilsynssakene Statens helsetilsyn behandler, ser vi ofte at det også er mangler ved journalføringen. Dette gjelder så vel plikt til å føre journal og krav til journalens innhold. Journalføring var tema i 68 av de hendelsesbaserte sakene som Statens helsetilsyn behandlet i 2016. Dette er bekymringsfullt. Journalen skal være helsepersonellens arbeidsverktøy for oppfølging av pasienten. Fortløpende og god journalføring er viktig for å sikre pasientene forsvarlig diagnostikk og behandling. Journalen skal inneholde relevante opplysninger og være lett å forstå for annet samarbeidende helsepersonell. Skriftliggjøring er også viktig for pasienten som har rett til informasjon og innsyn i egen journal. Journalen har videre betydning i eventuelle klagesaker eller i saker om pasienterstatning. Mangelfull journalføring er en fare for pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.

Gjeldende regelverk for håndtering av blod, celler, vev og organer stiller strenge krav til ledelse og kvalitetsforbedring ved virksomhetene. Våre tilsyn viser lovbrudd der oppgaver og ansvar blir ivaretatt på et lavt nivå i virksomhetene uten at ledelsen styrer aktiviteten i tilstrekkelig grad. Lovbruddene viser at mangelfull styring fører til at virksomhetene ikke har konsistent gjennomføring og kvalitet på oppgaver og tjenester. Faren for at kvaliteten på blod, celler, vev og organer ikke oppfyller myndighetenes krav og virksomhetenes egne spesifikasjoner blir dermed for høy. Vi prioriterer å følge opp hvert enkelt tilsyn i etterkant. Hensikten er å bidra til at ledelsen

ved virksomheter der det er avdekket lovbrudd, følger opp at korrigerende tiltak har tilsiktet effekt. I tillegg samarbeider vi tett med Helsedirektoratet og Legemiddelverket for å sikre utveksling av informasjon om regelverk og risikoområder mellom de ulike etatene.

Tilsyn

Særskilte oppdrag i 2016

Med bakgrunn i en egen og bredt anlagt risikovurdering i 2015 av tjenestetilbudet til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet, skal Statens helsetilsyn i 2016 forberede et landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og sosiale tjenester til denne pasient- og brukergruppen som skal gjennomføres i 2017 og 2018.

Statens helsetilsyn gjorde i 2015 en risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Risikovurderingen viste at tilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan svikte innen både spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Resultatet er beskrevet i Rapport fra Helsetilsynet 3/2016.

Resultatet av risikovurderingen ble, sammen med annen kunnskap, benyttet som grunnlag for valg av tema for landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018.

Statens helsetilsyn har i 2016 ferdigstilt to veiledere for landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, en veileder for tilsyn med spesialisthelsetjenesten og én for tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i NAV. Som en del av tilsynet skal et utvalg pasienter/brukere i spesialisthelsetjenesten og i kommunen intervjues.

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

Fylkesmennene gjennomførte i 2015 et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det ble gjennomført i alt 56 tilsyn, med 19 helseforetak og 37 kommuner, og påpekt lovbrudd i 36 tilsyn. Tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 1/2016.

Svikt i overføring av informasjon mellom sykehus og kommune er et av hovedfunnene. Svikten handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte.

Tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester

Resultatkrav i tildelingsbrev

Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene, hvorav minst 70 skal rettes mot spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn fordeler tilsynene på de enkelte fylkesmenn.

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

Statens helsetilsyn har utarbeidet en verdifastsetting av tilsynene ut fra hvilken tilsynsmetode som benyttes, kompleksitet i tilsynet og forventet tidsbruk. Systemrevisjon er metoden som benyttes mest. For å kunne følge aktiviteten fra år til år blir tilsynene omregnet til antall systemrevisjoner. Samlet har fylkesmennene gjennomført planlagte tilsyn med kommunens helse- og omsorgstjenester tilsvarende 169 systemrevisjoner. Det utgjør 56 prosent av samlet volumkrav på 300 systemrevisjoner. Oppfyllelse av volumkravet ved det enkelte fylkesmannsembete varierer fra 23 prosent til 103 prosent. Det har vært nedgang i den prosentvise måloppnåelsen de siste årene, fra 76 prosent i 2014 og 67 prosent i 2015. Det vises til tabell V10.

Ved landsomfattende tilsyn beslutter Statens helsetilsyn tema for tilsynet etter en omfattende prosess med risikovurderinger og innspill fra ulike relevante instanser, inkludert brukerorganisasjoner. Tilsyn der den enkelte fylkesmann selv har valgt tema ut fra lokal kunnskap og risikovurderinger benevnes som egeninitierte. Temaer for egeninitierte tilsyn i 2016 med helse- og omsorgstjenesten med systemrevisjon som metode, var bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming, tvungen helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, tjenester til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet, tjenester til eldre med demens og eldre med underernæring, legemiddelhåndtering, personlig assistanse til hjemmeboende, legevakt og skolehelsetjeneste.

Fylkesmennene følger opp kommunene til de har rettet opp i forholdene hvor det var påpekt lovbrudd.

Fylkesmennene har også fulgt opp egenrevisjoner av vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvungen helsehjelp i 11 kommuner, og gjennomført 7 uanmeldte tilsyn med samme tema.

I tillegg ble det ført tilsyn med folkehelsearbeidet i 6 kommuner/fylkeskommuner, og med beredskapsarbeidet i 11 kommuner.

Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen 22 tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2015 eller tidligere fortsatt ikke var brakt i orden ved utgangen av 2016.

Statens helsetilsyn er bekymret for at antall gjennomførte tilsyn viser en fallende tendens gjennom flere år, og særlig for den store nedgangen fra 2015. Det betyr at tilsynsmyndigheten får bidratt mindre til at helse- og omsorgstjenestene i kommunen drives forsvarlig og i henhold til regelverket. Det kan medføre at kommuner som ikke yter forsvarlige tjenester kan fortsette denne praksisen, noe som kan få konsekvenser for pasienter og brukere. Det er kommunenes ansvar å sørge for at tjenestene de yter er forsvarlige. En annen følge av lavere aktivitet, er at kompetansen på gjennomføring av planlagte tilsyn hos fylkesmennene blir vanskelig å opprettholde.

Statens helsetilsyn skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

Det ble gjennomført 55 tilsyn som ledd i det landsomfattende tilsynet.

Fylkesmennene undersøkte om kommunene legger til rette for at brukerne får bistand til egenomsorg og aktivisering, om det er personell til stede når det trengs, og om den enkelte får nok hjelp til å opprettholde og øke sin selvhjulpenhet og til å mestre dagliglivets gjøremål. Videre undersøkte fylkesmennene om kommunene gir forsvarelig helsehjelp i hjemmet og sørger for at brukerne blir fulgt til lege når de trenger det. Fylkesmennene undersøkte også om kommunene tilrettelegger for samhandling og om brukerne får medvirke i eget tjenestetilbud. Tilsynet var på områder med stor betydning for brukerne som ofte mottar omfattende og varige tjenestetilbud som er svært avgjørende for den enkeltes livskvalitet. Brukerne sier selv i liten grad ifra om mangler i tjenestene.

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester var omfattende og ressurskrevende. Som ledd i tilsynet og Statens helsetilsyns utviklingsarbeid for å styrke brukernes involvering ved tilsyn, skulle fylkesmennene ha samtaler med minst fire brukere eller deres representanter under hvert tilsyn. Erfaringene fra samtalene viser at samtalen ga viktig informasjon i gjennomføringen av tilsynet og at tilbudet om samtalen ble positivt mottatt av brukerne som ga informasjon. Dette krevde et mer omfattende forarbeid og tettere dialog med kommunene. Det ble også utarbeidet en kartlegging som kunne benyttes for å innhente informasjon om legemiddelhåndteringen i kommunen.

Vi har fått bekreftet at tilsynet har vært relevant og avdekket forhold av vesentlig betydning for brukerne. Funnene på landsbasis vil bli oppsummert og presentert i en rapport våren 2017. Erfaringene fra samtalene med brukerne skal også oppsummeres. Det er innhentet informasjon i oppsummeringssamling med tilsynslagene og gjennom skriftlige tilbakemeldinger fra fylkesmennene. Vår oppfatning så langt er at involveringen av brukerne i tilsynet ga fylkesmennene viktig informasjon om de tjenestene tilsynet omfattet.

Andre oppgaver, kommunale helse- og omsorgstjenester

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal gjøre en egnet tilsynsmessig oppfølging av kommunenes og fastlegenes tilbud til kvinner som vurderer eller ønsker svangerskapsavbrudd.

Nye bestemmelser i abortforskriften og fastlegeforskriften trådte i kraft den 1. januar 2015. Endringene innebar at fastleger ikke lenger skal henvise abortsøkende kvinner til sykehuset. Alle fastleger skal gi kvinnen informasjon og veiledning, gjennomføre kliniske undersøkelser og sende kvinnens begjæring om abort til sykehus sammen med undersøkelsesfunn. Kommunene har fått et tydeligere ansvar for å påse at fastleger ikke reserverer seg i strid med regelverket.

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn gjennomførte i 2016 en kartlegging i alle landets kommuner. Formålet var (1) å få oversikt over praksis og (2) å bidra til at kommunene sørger for at fastlegene ikke praktiserer lovstridig reservasjon av samvittighetsgrunner. Resultatene vil bli presentert i en rapport våren 2017.

Tilsyn med petroleumsvirksomhet

Tilsyn med helsetjenesten i petroleumsvirksomheten er delegert til Fylkesmannen i Rogaland. Som overordnet tilsynsmyndighet har Statens helsetilsyn et løpende samarbeid med Fylkesmannen i Rogaland og bistår i hovedsak med regelverksavklaringer. I Statens helsetilsyn er dette oppgaveområdet forankret i avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I 2016 hadde Staten helsetilsyn 3 henvendelser på petroleumsområdet. Videre pågår et arbeid med revidering av gjeldende samarbeidsavtale mellom Staten helsetilsyn og Petroleumsstilsynet. Dette arbeidet er ikke avsluttet, men forventes å være ferdig i løpet av 2017.

Tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Resultatkrav i tildelingsbrev

Fylkesmennene skal til sammen gjennomføre tilsyn tilsvarende 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene, hvorav minst 70 skal rettes mot spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn fordeler tilsynene på de enkelte fylkesmenn. Tilsynene med spesialisthelsetjenesten skal fortrinnsvis gjennomføres med regionale tilsynslag.

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med behandling av uavklarte medisinske tilstander i spesialisthelsetjenesten med fokus på hvordan pasienter med blodforgiftning/alvorlige infeksjoner blir diagnostisert og behandlet.

I 2016 har fylkesmennene gjennomført 39 tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Det har i 2016 vært gjennomført tilsyn med spesialisthelsetjenesten i alle landets fylker. Flesteparten av tilsynene er gjennomført som systemrevisjoner, og det store flertallet av systemrevisjonene er del av det landsomfattende tilsynet med identifisering og gjenkjennelse av pasienter med blodforgiftning/alvorlig infeksjon. Tilsynene gjennomføres etter en plan, og tilsynene er fordelt på 2016 og 2017 på tidspunkter besluttet av Statens helsetilsyn. Noen fylkesmenn skal gjennomføre tilsynene først i 2017.

I tillegg til tilsyn gjennomført som del av det landsomfattende tilsynet med blodforgiftning/alvorlig infeksjon, har fylkesmennene ført tilsyn basert på egne risikovurderinger. Noen av disse tilsynene tar utgangspunkt i tidligere landsomfattende tilsyn. Noen fylkesmenn samarbeider også om planlegging og gjennomføring av disse tilsynene, andre tilsyn gjennomføres av den enkelte fylkesmann og som oftest i ett sykehus. I 2016 har temaene blant annet vært samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, psykisk helsevern til barn og unge, helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp, tverrfag-

lig spesialisert rusbehandling, voksenhabilitering, kvalitet på pasientbehandling ved overbelegg i sykehus, helseforetakets håndtering av barn som pårørende og taushetsplikt, informasjon til pasienter og pasientens rett til å medvirke til helsehjelp.

Det er avdekket lovbrudd i alle tilsyn gjennomført i 2016 med blodforgiftning/alvorlig infeksjon. Det er også avdekket lovbrudd i de fleste av de andre tilsynene som er gjennomført av fylkesmennene på spesialisthelsetjenesteområdet.

Det tar tid for virksomhetene å gjennomføre omfattende endringer og fylkesmennene følger opp inntil forholdene er bragt i orden, slik at pasientene tilbys forsvarlige tjenester. Fylkesmennene har rapportert at lovbrudd i til sammen ni tilsyn med spesialisthelsetjenester fra 2015 eller tidligere, fortsatt ikke er avsluttet.

For at tilsyn skal forebygge svikt og avdekke når tjenestene ikke er gode og sikre nok, må tilsynene være målrettede, gjennomføres av kompetent personell og med egnet metode. Vår tilsynserfaring er at systematisk styring er en nøkkelfaktor for kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene. Forholdet mellom styring og tjenestekvalitet stiller store krav til tilsynsmyndighetens undersøkelse, bedømming og kommunikasjon. Virkemidler for å få til godt tilsyn er eksempelvis veiledning på saksbehandler- og ledernivå mellom fylkesmenn og Statens helsetilsyn, regionalt samarbeid og kompetanseutveksling, systematisk arbeid med harmonisering av praksis og etablering av Tilsynsskolen. Dette er et prioritert og kontinuerlig arbeid, jf. Statens helsetilsyns Strategiske plan for 2015–2019. Statens helsetilsyn har i 2016 bidratt inn i arbeidet med ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og til veilederen til forskriften. Vi vurderer at en god implementering av forskriften er svært viktig for helse- og omsorgstjenestens arbeid for kvalitet og pasientsikkerhet.

Statens helsetilsyn har utarbeidet en verdifastsetting av tilsynene ut fra kompleksitet og forventet tidsbruk. Det landsomfattende tilsynet i spesialisthelsetjenesten med identifisering og gjenkjennelse av pasienter med blodforgiftning/alvorlig infeksjon, er omfattende og arbeidskrevende. Hver tilsyn i dette landsomfattende tilsynet er derfor gitt en verdi på 1,5 systemrevisjon.

Vedlegg tabell 11 Spesialisthelsetjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2014–2016 gir et bilde av tilsynsaktiviteten på spesialisthelsetjenesteområdet i fylkesmannsembetene. Hver fylkesmann får uttelling for tilsyn de har bidratt i. Ettersom tilsynene som oftest gjennomføres av flere fylkesmenn i fellesskap (i regionale tilsynslag), vil hvert gjennomførte tilsyn gi uttelling hos alle embeter som har deltatt. Den samlede uttellingen som fremgår av tabellen vil derfor være vesentlig høyere enn antallet gjennomførte tilsyn. I 2016 er tilsynsaktiviteten verdsatt til 98,5 mens antallet gjennomførte tilsyn er 39. Kravet til fylkesmennene om tilsynsaktivitet på spesialisthelsetjenesten tilsvarende 70 systemrevisjoner, er således oppfylt med god margin. Som vist i tabellen, er det imidlertid store aktivitetsforskjeller fylkesmennene imellom. Ulikhetene kan utjevne seg fra år til år, men vi ser også tendenser til at enkelte embeter har personell/kompetanse- og kapasitetsutfordringer over år som det tar tid å løse. Ved andre enn de landsomfattende tilsynene, ser vi variasjoner i bruk av faglig og metodisk kompetanse på tvers av embetene. Embetene med høyest måloppnåelse er langt på vei de embeter som ifølge tilsynsrapportene fra 2016 også har samarbeidet om tilsyn basert på egne/regionale risikovurderinger.

Statens helsetilsyn skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med behandling av uavklarte medisinske tilstander i spesialisthelsetjenesten med fokus på hvordan pasienter med blodforgiftning/alvorlige infeksjoner blir diagnostisert og behandlet.

Fylkesmennene gjennomfører i 2016–2018 landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med blodforgiftning. Mottak, prioritering, undersøkelse, behandling og overvåking av pasientene i akuttmottak krever ressurser og samarbeid fra mange avdelinger og klinikker. Ledelsen av foretaket må følge opp den samlede virksomheten i akuttmottaket. For å sikre faglig forsvarlighet er det viktig at aktivitetene blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Temaene i tilsynet er helseforetakenes tilrettelegging av rammer og oppfølging av arbeidsprosesser knyttet til:

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

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

Andre oppgaver, spesialisthelsetjenesten

Svangerskaps- og fødselsomsorgen er et annet fagfelt hvor det skjer uventede og alvorlige hendelser. At barn dør eller får skade under fødsel kunne i mange tilfeller vært unngått hvis fødselen hadde blitt håndtert annerledes. Med bakgrunn i vår tilsynserfaring påbegynte Statens helsetilsyn i 2016 en gjennomgang og analyse av tilsynssaker som ble behandlet i løpet av en femårsperiode innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Hensikten er å se hva som svikter og i så fall om det ble vurdert som individ- og/eller systemsvikt. I 2017 vil vi gjøre en kartlegging i 12 utvalgte fødeinstitusjoner. I dette tilsynet blir det tatt utgangspunkt i tre ulike kategorier av alvorlige hendelser som skjer i fødeinstitusjonene; barn som dør eller blir født med alvorlig oksygenmangel, vanskelig skulderforløsning og alvorlig blødning hos den fødende. På bakgrunn av disse hendelsene ønsker vi å kartlegge hvordan virksomhetene har fulgt opp hendelsen både når det gjelder analyse av hendelsen og hvilke tiltak de har iverksatt for å forebygge at det samme skjer igjen. Vi vil også se på hvilken oppfølging og informasjon pasient eller pårørende fikk i etterkant av den alvorlige hendelsen.

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

Statens helsetilsyn fører tilsyn etter blodforskriften, forskrift om kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon. Forskriftene stiller krav til Statens helsetilsyn om å føre jevnlige tilsyn med at virksomhetene overholder bestemmelsene i forskriftene.

I 2016 ble det gjennomført 13 tilsyn som omfattet totalt to private distribusjonsfirmaer, to frittstående sykehus og 28 offentlige sykehus organisert under ni helseforetak. Alle tilsyn på helseforetak omfattet flere ulike områder og aktiviteter. Det ble konkludert med avvik ved 11 av 13 tilsyn.

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

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

Tabell 4 Helse- og omsorgstjenester – Tilsyn etter blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon i 2016

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

Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene

Resultatkrav i tildelingsbrev

Tilsynssaker som avsluttes hos fylkesmannen i 2016 skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet, og median saksbehandlingstid skal være fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2500 nye saker i landet.

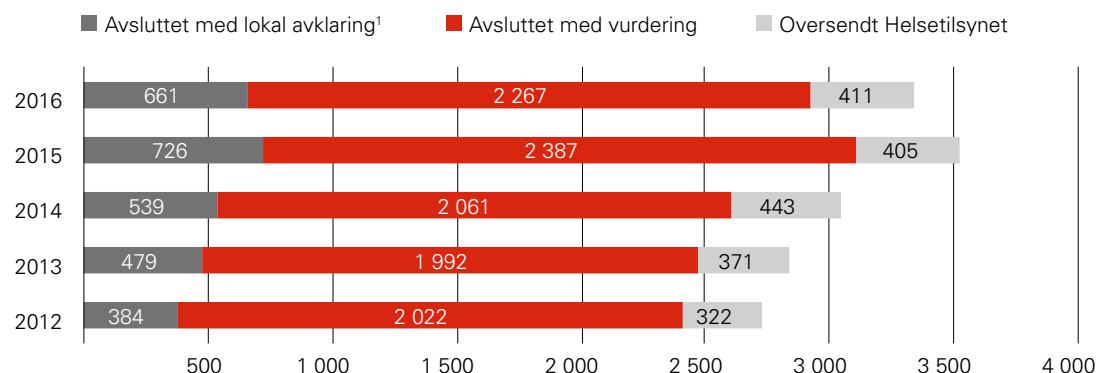
Grunnlaget for at det blir opprettet tilsynssak er ofte klager fra pasienter og pårørende om mulig svikt i tjenestene. I saker som resulterer i tap av autorisasjonen på grunnlag av rusmiddelbruk kommer informasjonen ofte fra arbeidsgiver. Også informasjon fra media, pasient- og brukerombud, erstatningssaker og ulike meldinger danner grunnlag for tilsynssaker.

Tilsynssaker er saker som er behandlet på grunn av klager fra pasienter, pårørende og andre kilder, og som handler om mulig svikt i tjenestene. For hele landet var det 3458 nye tilsynssaker innen helse og omsorg i 2016. Det er på samme nivå som i 2015, da antallet nye saker var 3436. Antall avsluttede saker var 3339 i 2016, mot 3517 året før. Dermed har antallet tilsynssaker under arbeid (restanser) hos fylkesmennene økt. Økningen var fra 1618 ved begynnelsen til 1734 ved utgangen av 2016.

Kravet til fylkesmennene er at minst halvparten av tilsynssakene skal være behandlet innen fem måneder. Dette kravet ble nådd i syv av de 17 fylkesmannsembetene; Østfold, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder, Hordaland, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag. For fylkesmennene samlet ble kravet ikke innfridd i det 46 prosent av sakene ble ferdigbehandlet innen fem måneder.

Tilsynssakene er ikke jevnt fordelt i landet i forhold til folketall. Flest nye tilsynssaker i 2016 var det i Finnmark med 149 saker per 100 000 innbyggere. Færrest var det i Buskerud og Rogaland med henholdsvis 48 og 49 nye saker per 100 000. For landet som helhet var tallet 66.

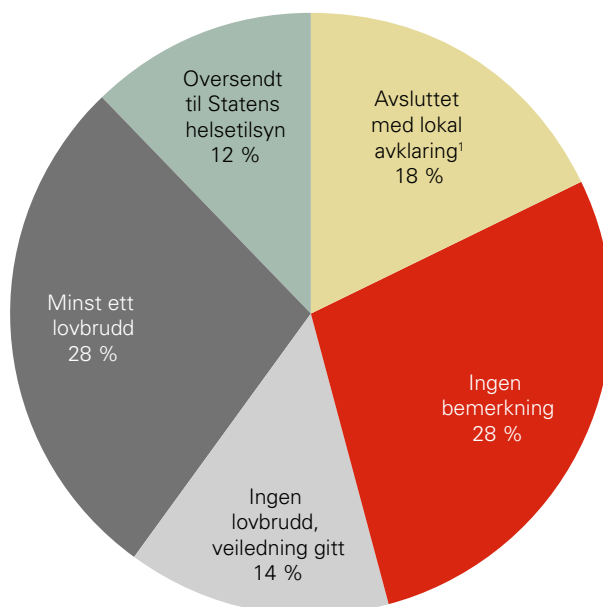
Figur 10 Helse- og omsorgstjenester – Antall tilsynssaker behandlet av fylkesmennene



1 Lokal avklaring er når påklagde tjenesteyter (personell/virksomhet) og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Tilsynssakene er ofte sammensatt. Det kan være mer enn ett helsepersonell og/eller mer enn én virksomhet som blir vurdert i den sammen saken. Figur 11 viser utfall av vurderingene.

Figur 11 Helse- og omsorgstjenester – Utfall for helsepersonell / virksomheter vurdert i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2016



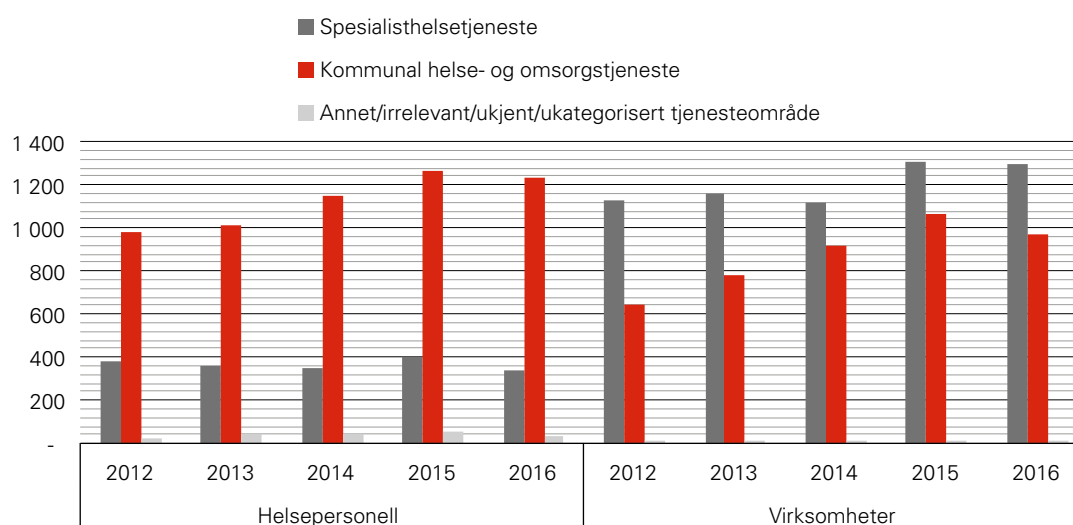
1 Lokal avklaring er når påklagde tjenesteytere (personell/virksomhet) og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

I tillegg til at én tilsynssak kan være rettet mot mer enn ett helsepersonell/virksomhet, kan hvert helsepersonell/virksomhet bli vurdert opp mot flere pliktbestemmelser i helselovgivningen. I 2016 gikk antall vurderingsgrunnlag ned til 4085 fra 4325 året før. Det er plikten til å gi forsvarlige helsetjenester som oftest blir vurdert. Forsvarlighetsplikten er både en individuell plikt (helsepersonelloven § 4) og en plikt som virksomheter har (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1). Samlet sett gjaldt 69 prosent av vurderingene en av disse bestemmelsene. Denne andelen er som i 2015. Se *Vedlegg tabell 14 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser*.

Tilsynssakene hos fylkesmennene har de siste tre årene hatt en stabil fordeling mellom saker rettet mot spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og saker rettet mot begge tjenestenivåer. I 2016 var 40 prosent av sakene rettet mot personell og virksomheter i spesialisthelsetjenesten, mens 55 prosent av sakene var rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og fire prosent var saker som gjaldt begge tjenestenivåer. I et fåtall tilsynssaker (én prosent) var tjenestenivå ikke relevant for saken.

Figur 12 under viser fordelingen av tilsynssaker på om tilsynssaken gjelder helsepersonell eller virksomheter. Saker som gjelder spesialisthelsetjenesten er langt oftere rettet mot en virksomhet enn et helsepersonell. For saker i kommunal helse- og omsorgstjeneste er tallene omvendt, der gjelder tilsynssakene oftere helsepersonell enn en virksomhet. Dette skyldes blant annet at mange av sakene retter seg mot fastleger og deres rekvirering av legemidler.

Figur 12 Helse- og omsorgstjenester – Antall helsepersonell / virksomheter per tjenesteområde i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene



Klagesaker

Resultatkrav i tildelingsbrev (6)

Av rettighetsklagesakene etter pasient- og brukerrettighetsloven, tannhelse-tjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som fylkesmannen avslutter i 2016, skal minst 90 prosent ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre.

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

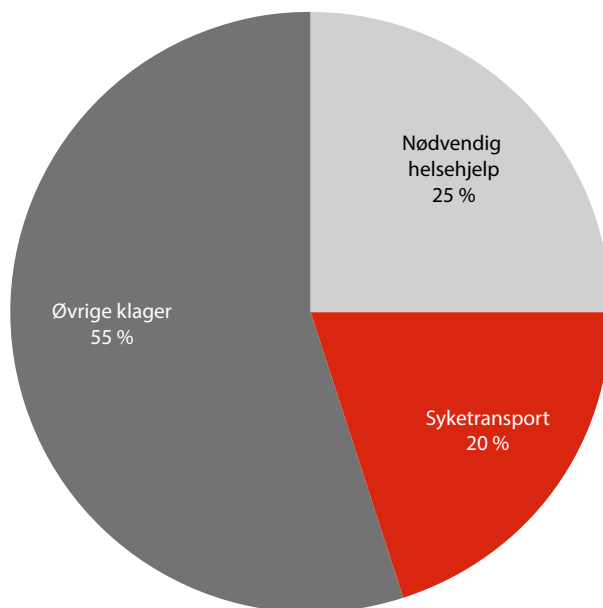
Mens det var en økning i antallet rettighetsklager fra 2014 til 2015, gikk antallet saker litt ned i 2016. For landet under ett ble 80% av sakene behandlet innen 3 måneder. Resultatmålet ble nådd i 10 embeter. Se *Vedlegg tabell 18 Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016.*

I 28 prosent av de vurderingene som gjøres i sakene, fikk den som klagde, medhold, enten ved at fylkesmannen endret vedtaket til klagers gunst, eller ved at fylkesmannen sendte saken tilbake for ny behandling. Dette er omtrent som i 2015. Det vises til *Vedlegg tabell 18 Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016.*

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

To andre områder det også blir klaget mye på er manglende oppfyllelse av rettigheten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b) og til nødvendig helsehjelp fra kommunen i form av omsorgslønn (pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a). I 2016 behandlet fylkesmannen 517 klager på manglende oppfyllelse i spesialisthelsetjenesten (370 i 2015) og 444 klager på manglende oppfyllelse av omsorgslønn i kommunene (404 i 2015). Det vises til Vedlegg tabell 19 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall av behandlingen i 2016.

Figur 13 Helse- og omsorgstjenester – Rettighetsklager behandlet av fylkesmennene i 2016



Rettighetsklager behandlet i Statens helsetilsyn

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan etter anmodning vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan.

Statens helsetilsyn har i 2016 stadfestet fylkesmannens vedtak i 3 saker, i en sak ble fylkesmannens vedtak opphevet. En sak ble ikke realitetsbehandlet da fylkesmannen omgjorde sitt eget vedtak.

Saken der fylkesmannens vedtak ble opphevet, gjaldt klage fra en LAR-pasient på endring i henteordning og kontrolltiltak ved inntak av substitusjonslegemiddel. Klager hadde hatt en stabil bruk av substitusjonslegemiddel i LAR i ca. to år. Likevel krevde helseforetaket en innstramming av både henteordningen og kontrolltiltakene rundt inntaket, uten at dette var begrunnet i forhold hos pasienten. Det var vist til en generell fare for misbruk og videresalg, uten at det var påvist at klager hadde hatt noe sidemisbruk eller illegalt videresalg. Statens helsetilsyn opphevet derfor vedtaket om endring i henteordning og kontrolltiltak, da det ikke var gjort en individuell vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Vi sa at helseforetaket måtte foreta en vurdering av om de generelle risikofaktorene var reelle i den aktuelle pasientens situasjon.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Kontroll av bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning

Utviklingshemmede er en sårbar gruppe som i mindre grad enn mange andre kan ivareta egne interesser. Bruk av tvang og makt er derfor detaljert regulert i lovverket både for å sikre at utviklingshemmede får nødvendig hjelp og for å hindre unødvendig tvangsbruk. Statens helsetilsyn har overordnet ansvar for de oppgaver som fylkesmennene utfører når meldte beslutninger om tvang i nødssituasjoner kontrolleres, vedtak overprøves, søknader om dispensasjon fra utdanningskrav behandles og tilsyn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 gjennomføres.

Fylkesmennene registrerer meldte beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, overprøvede vedtak, søknader om dispensasjon og fra 2016 stedlige tilsyn i NESTOR. Det er meldt beslutninger overfor 1257 personer, og det er overprøvd 1456 vedtak som gjelder enkeltpersoner. 1361 av vedtakene ble godkjent. Ved utløpet av 2016 var det 1227 personer med godkjent vedtak om bruk av tvang, enten for å dekke grunnleggende behov, eller for å avverge skade på seg selv eller omgivelsene, eller begge deler.

Statens helsetilsyn satte i tildelingsbrevet til fylkesmennene for 2016 et styringsparameter med krav til økt antall stedlige tilsyn etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Dette kravet ble nådd for landet som helhet ved at antall stedlige tilsyn gikk opp fra 205 til 221. Det var en økning hos fylkesmennene i Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder, Rogaland, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms. Se *Vedlegg tabell 17 Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning 2016 (helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9)*.

Kontroll av beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner

Det treffes et stort antall beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, og for et stort antall personer. Antall beslutninger var i 2016 på samme nivå som i 2014, men gjaldt 100 flere personer. Dette er bruk av tvang som ikke er hjemlet i vedtak. Det kan være ulike forklaringer til disse høye tallene. Kommuner kan mangle rutiner og personell for å utforme nye og fornye eksisterende vedtak, spesialisthelsetjenesten kan ha dårlig kapasitet til å bidra til utforming og gjennomføring, og noen embeter har lang saksbehandlingstid. Dette er Statens helsetilsyn bekymret for fordi det svekker rettsikkerheten til brukerne når tvangstiltak som benyttes planlagt gjennomføres uten godkjent vedtak. Det lave antallet beslutninger for 2015 henger trolig sammen med overgang til ny registreringsordning hos fylkesmennene dette året.

Overprøving av vedtak

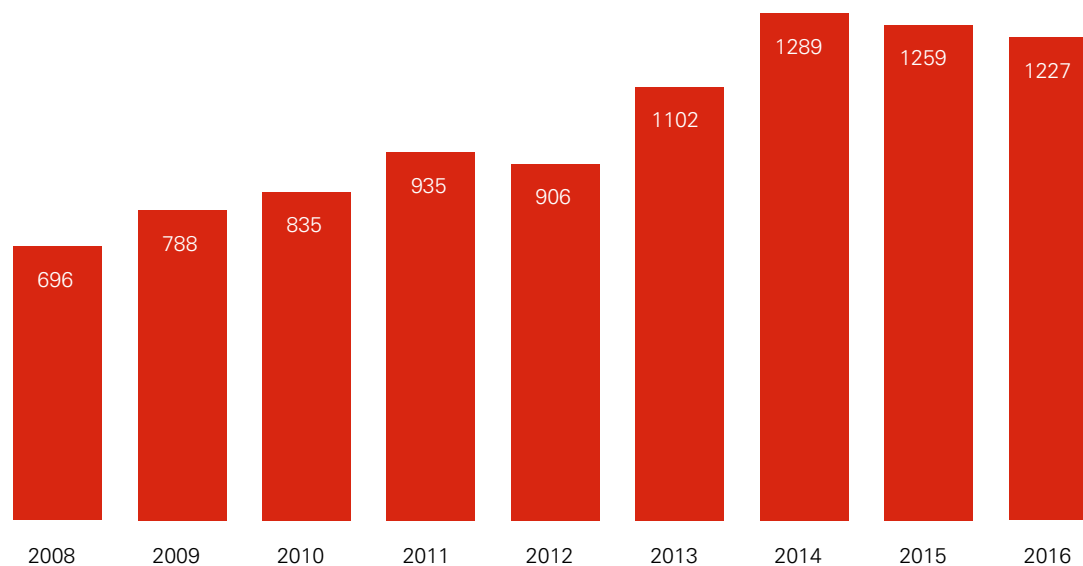
Resultatkrav i tildelingsbrev

Fylkesmennene skal overprøve vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning og behandle søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innen tre måneder.

Bare Fylkesmannen Nord-Trøndelag oppfylte i 2016 kravet om at alle vedtak skal være overprøvd innen tre måneder. Ytterligere seks fylkesmenn har overprøvd mer enn 90 prosent av vedtakene innen tre måneder.

Fylkesmennene overprøvde i 2016 1456 vedtak, mot 1516 vedtak året før. 39 prosent av vedtakene gjaldt kvinner, 61 prosent gjaldt menn. 95 vedtak ble ikke godkjent.

Figur 14 Helse- og omsorgstjenester – Antall personer det er fattet vedtak overfor 2008–2016



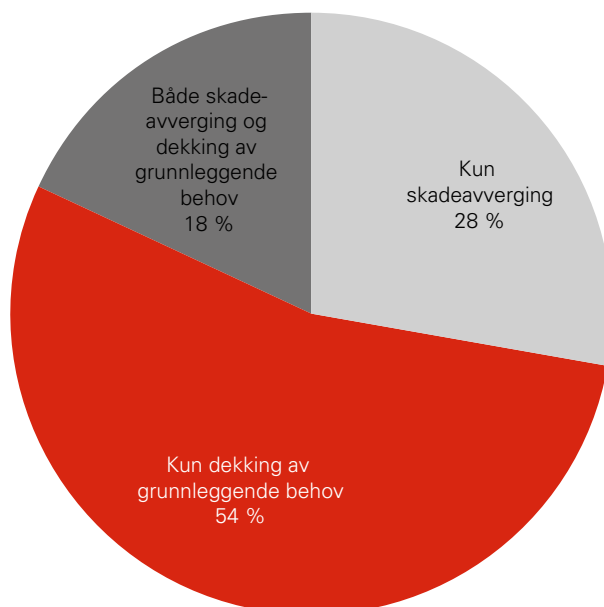
Fra 2008 til 2014 var det en nær dobling i antallet personer med vedtak om tvangs-tiltak. I 2015 og 2016 har det vært en svak nedgang. En vekst i antallet personer utsatt for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, sammenholdt med at mange vedtak ennå ikke var overprøvd ved utgangen av 2016, kan bety at nedgangen ikke skyldes mindre tvangsbruk.

Statens helsetilsyn er bekymret for om økningen av tvangsbruk er et resultat av for dårlig og knapp kompetanse i tjenestene, og for at tjenestetilbudet til den enkelte ikke blir tilstrekkelig individuelt tilrettelagt for å unngå tvang. På dette viktige området mangler det faglig veiledning som beskriver gode og forsvarlige løsninger som kan forsøkes før tvangstiltak blir brukt, og for anbefalinger om faglig og etisk forsvarlige tiltak når andre løsninger ikke fører frem.

De regionale variasjonene kan skyldes at det i noen fylker bor flere personer som har store utfordringer, men de kan også skyldes ulik forståelse og praktisering i kommunene, og i spesialisthelsetjenesten som veileder kommunene om tiltak.

Når det fattes vedtak, begrunnes tiltakene etter formål. Formålet kan være skadeavverging eller dekking av grunnleggende behov eller en kombinasjon av disse. Dekking av grunnleggende behov var formålet i 73 prosent av vedtakene, enten alene eller i kombinasjon med skadeavverging, jf. figur 15.

Figur 15 Helse- og omsorgstjenester – Formålene med vedtak om tvang overfor utviklingshemmede i 2016



Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

Formålet med bestemmelsene i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Bestemmelsene gjelder helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Pasientene det gjelder er hovedsakelig personer med demenssykdom og utviklingshemning. Helsetjenesten skal fatte vedtak om bruk av tvang. Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det.

Dersom det ikke er klaget på vedtak om tvungen helsehjelp etter kapittel 4A, og helsehjelpen varer, skal fylkesmannen av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen når det er gått 3 måneder fra vedtaket ble fattet. Et vedtak varer maksimalt ett år. Når vedtakstiden er over, må virksomheten vurdere situasjonen på nytt og eventuelt fatte nytt vedtak.

I 2016 gjennomgikk fylkesmennene 3843 vedtak om tvang, det er om lag som i 2015 da det kom inn 3773 saker.

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

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

Tabell 5 Helse- og omsorgstjenester – Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2014–2016

	2014	2015	2016
Antall vedtak mottatt hos fylkesmannen	3 390	3 918	4 158
Antall vedtak tatt til etterretning	2 757	3 410	3 405
Antall opphevede vedtak	246	286	299
Antall endrede vedtak	72	110	136
Antall vedtak som varer mer enn 3 måneder	1 958	2 488	2 477
Antall mottatte klager på vedtak	14	17	23

I 2016 fikk fylkesmennene inn 4158 vedtak om tvang. Det er 240 vedtak flere enn i 2015. Antall vedtak som ble opphevet økte til 299 fra 286 året før, mens antall vedtak som ble endret gikk opp til 136 fra 110, se tabell 5.

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal vurdere tilpasninger i registreringsverktøyet NESTOR, for å bidra til god informasjon om tvangsbruk, kompetanse og enhetlig registreringspraksis som oppfølging av kap 4 A i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vises til eget oppdragbrev av 10.2015.

Oppgaven med tilpasninger i registreringsverktøyet NESTOR er påbegynt. Arbeidet videreføres i 2017.

Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – bruk av administrative reaksjoner m.v.

Resultatkrav i tildelingsbrev

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2016, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 300 nye saker.

Når fylkesmannen mener at det kan være grunnlag for å reagere mot helsepersonell og/eller virksomhet, blir saken sendt til Statens helsetilsyn som har myndighet til å gi administrative reaksjoner. Det kan være å gi advarsel, begrense eller tilbakekalle helsepersonellens autorisasjon, og gi pålegg eller tvangsmulkt til virksomheter.

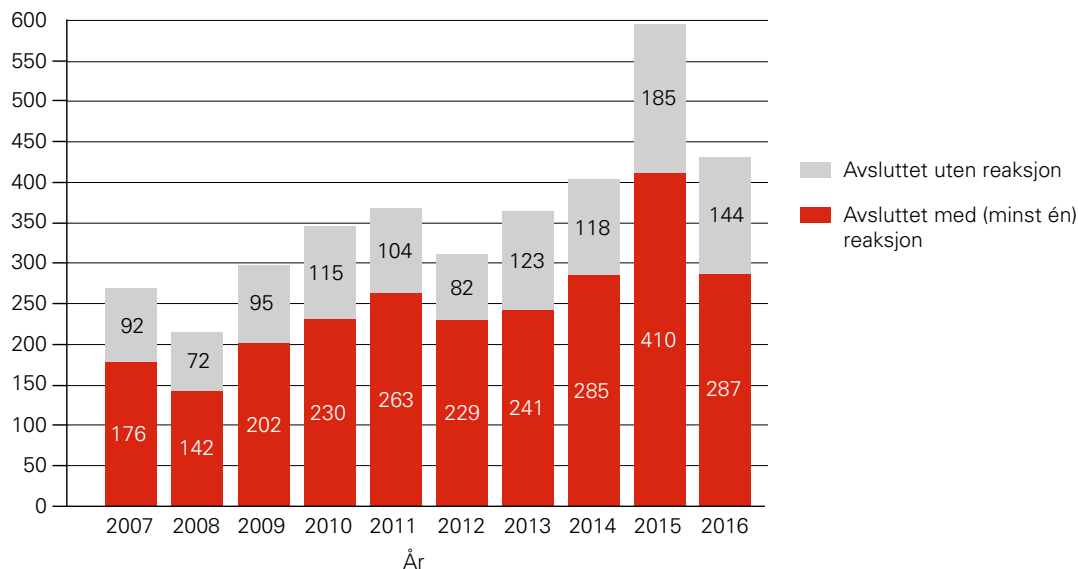
I 2016 fikk Statens helsetilsyn 455 nye saker til behandling, mot 485 i 2015.

I 2016 behandlet vi 431 saker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, mens vi i 2015 behandlet 595 saker. Dette er en nedgang på 28 prosent. Nedgangen skyldes i all hovedsak at vi i 2015 omprioriterte ressurser og gjennomførte et målrettet prosjekt for å redusere restansene og derfor behandlet langt flere saker enn vanlig.

Av de 431 sakene som ble behandlet i 2016, var 380 oversendt fra fylkesmennene, 12 saker var oversendt fra andre lands tilsynsmyndigheter og 39 saker startet i Helsetilsynet. 278 av sakene (64 %) gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester, mens 153 sakene gjaldt spesialisthelsetjenester.

Statens helsetilsyn ga 250 reaksjoner til helsepersonell i 2016, mot 372 i 2015. Vi konkluderte med brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor 62 virksomheter mot 59 i 2015. I 2016 avsluttet vi 144 saker uten å gi reaksjoner verken til helsepersonell eller virksomheter. Tilsvarende tall for 2015 var 185.

Figur 16 Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker avsluttet av Statens helsetilsyn 2007–2016



Resultatkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) var at median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2016 skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 300 nye saker. I 2016 var median saksbehandlingstid 5,1 måneder, mot 6,1 måneder året før, noe som medfører at resultatkravet for 2016 er innfridd. Måloppnåelsen har vært mulig gjennom streng prioritering av sakene. Som omtalt i Leders beretning, har dette medført at det har vært mindre aktivitet på andre oppgaver.

Imidlertid vil vi påpeke at det er stor variasjon i omfang og kompleksitet i sakene vi har til behandling, noe som bidrar til at saksbehandlingstiden for en del saker blir lengre enn 6 måneder. I en og samme sak må vi ofte vurdere flere virksomheter på ulike tjenestenivå, samt flere helsepersonell. Slike saker er ressurskrevende og medfører ofte utstrakt tverrfaglig samarbeid og i enkelte tilfeller bruk av eksterne sakkyndige.

I 2016 var saksbehandlingstiden for 48 av sakene mer enn 8 måneder. For 10 av disse var behandlingstiden mer enn 12 måneder. Statens helsetilsyn følger løpende med på saksbehandlingstiden og iverksetter tiltak ved behov.

Per 31. desember 2016 var 253 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 229 året før. Foreløpig median saksbehandlingstid for restansene var 3,8 måneder. Vi ser at antall restanser har økt noe i 2016 sammenlignet med antallet i 2015.

Reaksjoner mot helsepersonell

Formålet med å gi advarsel er å reagere på alvorlige overtredelser av helsepersonelloven, bidra til å hindre fremtidige overtredelser av samme art og å sikre kvalitet i og tillit til helsetjenesten.

I 2016 var det 113 helsepersonell som mistet til sammen 120 autorisasjoner. Dette er 42 færre autorisasjonstap enn året før og tilsvarer en reduksjon på 26 prosent.

Reduksjonen av antall autorisasjonstap må sees i sammenheng med reduksjonen i antall ferdigbehandlede saker i 2016.

Den hyppigste årsaken til at autorisasjonen ble tilbakekalt, er misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen. Eksempler på slik atferd er tyveri av legemidler, narkotikalovbrudd og vold.

24 helsepersonell fikk sin autorisasjon tilbakekalt med bakgrunn i helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen. For fem av disse var uforsvarlig virksomhet i form av svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper det eneste grunnlaget. For 19 tilbakekall var svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper ett av flere andre grunnlag for tilbakekallet.

Statens helsetilsyn begrenset i 2016 autorisasjonen til 13 helsepersonell i medhold av helsepersonelloven §§ 59 og 59 a. For 11 helsepersonell var grunnlaget svikt i medisinske eller pleiefaglige ferdigheter/kunnskaper. Fem av disse var leger og de fikk som vilkår blant annet at de ikke kunne arbeide selvstendig som lege.

Ut over dette mistet 7 leger rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B på grunn av uforsvarlig rekvirering, mot 8 i 2015. I 2016 ble det gitt 110 advarsler. Det ble gitt advarsler til 63 leger og til 16 sykepleiere/jordmødre.

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

19 helsepersonell ga frivillig avkall på autorisasjonen, og 5 leger ga frivillig avkall på rekvireringsretten for legemidler i gruppe A og B.

I 2016 ba Statens helsetilsyn om sakkyndig vurdering i 6 tilsynssaker. Videre påla vi 2 helsepersonell å underkaste seg sakkyndig medisinsk eller psykologisk undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60.

Tabell 6 Helse- og omsorgstjenester – Tilbakekalling av autorisasjon / lisens fordelt på helsepersonellgrupper 2014–2016 og grunnlag for tilbakekalling i 2016

Vurderingsgrunnlag	2014	2015	2016	Vurderingsgrunnlag fordelt på helsepersonellgrupper i 2016			
				Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere Omsorgsarbeidere Helsefagarbeidere	Andre
Helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen ¹	8	23	24	5	11	7	1
Ikke innrettet seg etter advarsel	2	7	4	3			1
Rusmiddelbruk	88	86	79	9	40	21	9
Legemiddeltyveri	33	31	25	1	20	3	1
Seksuell utnytting av pasient/bruker	18	13	6	3	1		2
Rollesammenblanding	1	4	1	1			
Annen atferd i yrkesutøvelsen	27	34	20	4	8	4	4
Annen atferd utenfor yrkesutøvelsen	24	22	27	4	8	7	8
Sykdom	5	7	4	1	3		
Mistet godkjenning i utlandet	9	2	8	6	2		
Sum vurderingsgrunnlag²	215	229	198	37	93	42	26
Antall tilbakekalte autorisasjoner	140	161	120	28	52	24	16

1 I tidligere publikasjoner (mellom 2012 og 2015) framstod tallene i denne kategorien som høyere enn de gjør nå, pga. ny tellemåte f.o.m. 2016.

2 I noen av sakene foreligger flere grunnlag for tilbakekall av en og samme autorisasjon. Derfor er summen av vurderingsgrunnlag høyere enn antall tilbakekalte autorisasjoner.

Forøvrig henviser vi til ytterligere tabeller i vedlegget.

Klage på vedtak

I 2016 oversendte Statens helsetilsyn 72 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) v/ sekretariatet Helseklage, mot 162 i 2015.

Av de oversendte klagene var 54 klager på vedtak om administrativ reaksjon, inkludert 4 suspensjonsvedtak. Femten klager gjaldt avslag på søknad om ny autorisasjon/begrenset autorisasjon, 2 klager gjaldt avslag på søknad om ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B og 1 klage gjaldt avslag på søknad om opphevelse av begrenset autorisasjon.

HPN behandlet 103 klager på våre vedtak i 2016. De stadfestet 87 vedtak, og omgjorde 13. Videre opphevet de 3 av våre vedtak og returnerte dem for fornyet behandling.

Søknader om ny/begrenset autorisasjon og ny rekvireringsrett

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

Vi ga 22 helsepersonell ny autorisasjon uten begrensninger og 20 fikk ny begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår. Vi opphevet etter søknad

begrensninger i autorisasjonen for 10 helsepersonell. To leger fikk ny rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B.

Reaksjoner mot virksomheter

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

Statens helsetilsyn behandlet i 2016 til sammen 94 saker mot virksomheter, hvorav 54 saker var knyttet til spesialisthelsetjenester og 38 knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester. En sak gjaldt tjenester innen NAV og en gjaldt alternativ behandling. Til sammenlikning behandlet Statens helsetilsyn 103 slike saker i 2015.

I 2016 har vi ikke behandlet virksomhetssaker knyttet til tannhelsetjeneste, smitteverntjeneste, miljørettet helsevern eller apotek.

Vi påpekte brudd på helse- og omsorgslovgivningen overfor til sammen 62 virksomheter, mot 59 i 2015.

Statens helsetilsyn konkluderte med lovbrudd overfor 16 virksomheter innen kommunale helse- og omsorgstjenester og overfor 2 kiropraktor-klinikker. Videre påpekte vi lovbrudd overfor 41 virksomheter innen offentlig spesialisthelsetjeneste og overfor 3 innen private spesialisthelsetjeneste.

I 17 av sakene forelå det brudd på opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten. Statens helsetilsyn ser alvorlig på at virksomheter ikke overholder sin opplysningsplikt og derved bidrar til å forlenge saksbehandlingstiden og påføre pasienter/pårørende ekstra belastning. Et stort antall av bruddene på opplysningsplikten gjaldt samme helseforetak. Helseforetaket ble fulgt opp av tilsynsmyndigheten i 2016 og Helsetilsynet varslet at vi ville vurdere dagbøter. Forholdet ble imidlertid bragt i orden og tilsynsmyndigheten forventer at helseforetaket i fremtiden sørger for å følge opp de rutiner som er etablert for å sikre at tilsynet får nødvendige opplysninger innen gjeldende tidsfrister.

Pålegg eller varsel om tvangsmulkt til virksomheter

I 2016 ga Statens helsetilsyn varsel om tvangsmulkt til en virksomhet som ikke hadde oppfylt opplysningsplikten til tilsynsmyndigheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Virksomheten oppfylte opplysningsplikten innenfor angitt frist og tvangsmulkten ble derfor ikke effektuert.

Begjæring av påtale med mer

I 2016 behandlet Statens helsetilsyn behandlet 22 saker der vi vurderte om vi skulle begjære påtale. I 10 saker begjærte vi påtale, mens vi i 13 saker konkluderte med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. Vi anmeldte et helsepersonell på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Undersøkelsesenheten (varselordningen § 3-3 a)

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a). Statens helsetilsyn er i helsetilsynsloven § 2 sjette ledd pålagt en plikt til snarest mulig å foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.

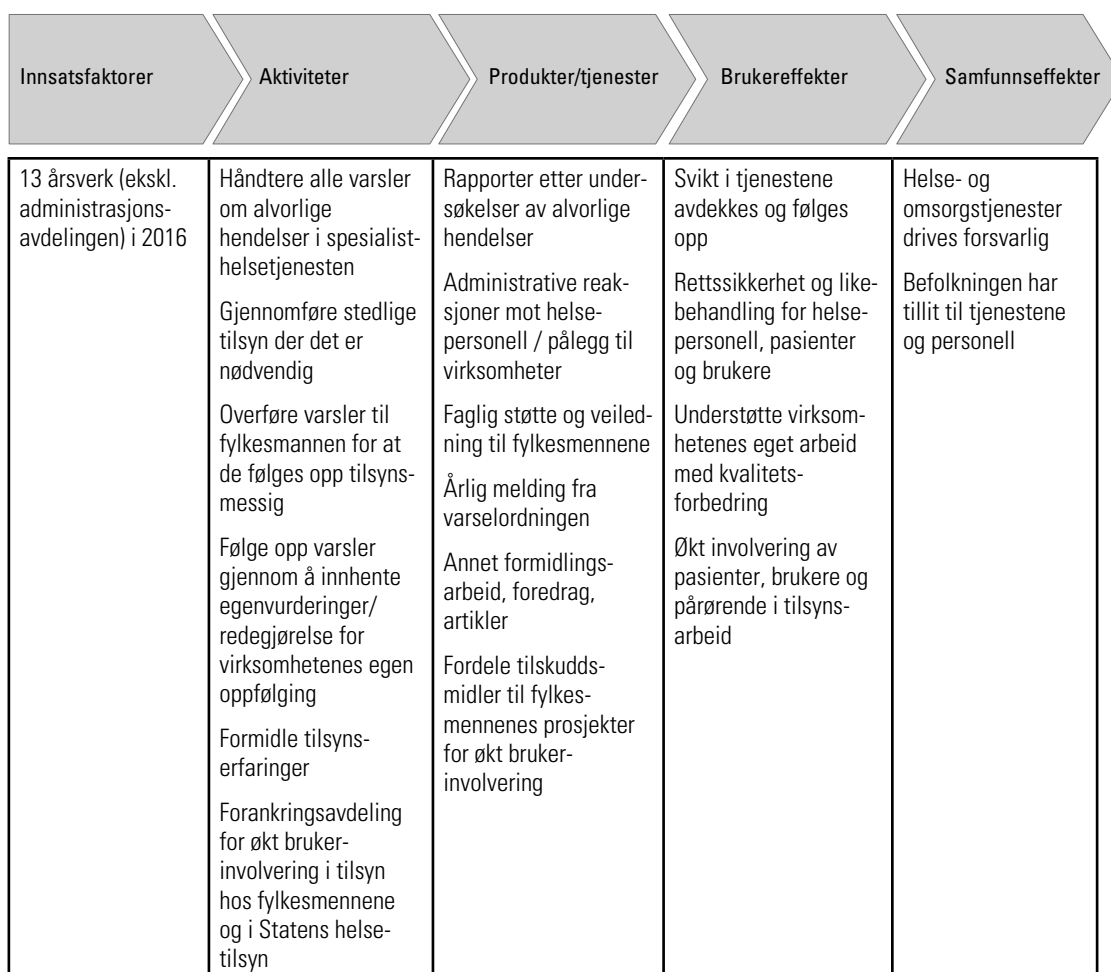
Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn mottar disse varslene og gjør innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen, for å beslutte hva som er nødvendig og hensiktsmessig oppfølging. I saker der stedlig tilsyn ikke er nødvendig følges hendelsene opp med andre, mindre ressurskrevende tilsynsmetoder, som innhenting av redegjørelse/egenvurdering, overføring til fylkesmannen for videre oppfølging, eller sakene avsluttes etter innledende undersøkelser fordi det ikke er tegn til eller risiko for svikt.

Ved de stedlige tilsynene kartlegges hendelsesforløpet og de relevante organisatoriske forholdene som har hatt betydning for at den alvorlige hendelsen kunne skje. Undersøkelsene foretas ved gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon, strukturerte intervjuer med involvert helsepersonell og ledere på ulike nivå, befaringsrekonstruksjon, undersøkelse av utstyr mv. Pasienter og pårørende tilbys samtale og deres innspill er verdifulle bidrag i opplysning av saken. Deretter analyseres saken med tanke på å identifisere årsakssammenhenger og bakenforliggende risiko for at tilsvarende hendelser kan skje igjen. Statens helsetilsyn sine erfaringer er at grundige undersøkelser og analyser av disse sakene er nødvendig for å få et korrekt bilde av hendelsen, og sammenhengen mellom hendelsen og virksomhetens risikostyring. Dette danner grunnlaget for vurderingene av ansvaret til virksomhetens ledelse og involvert helsepersonell, og om kravene i helselovgivningen er overholdt.

Undersøkelsesenheten må undersøke bakenforliggende årsaker tilstrekkelig slik at saken blir opplyst nok til å plassere ansvar korrekt. Dersom det avdekkes avvik fra kravene, er korrekt ansvars plassering viktig for at tilsynet skal kunne bidra til at forholdene rettes.

I rapportene etter stedlig tilsyn vil sentrale spørsmål være om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, om virksomheten var forsvarlig organisert, om virksomheten har identifisert og iverksatt risikoreduserende tiltak, og om pasienter og pårørende er ivaretatt og informert i tråd med myndighetskravene.

Figur 17 Undersøkelsesenheten – Resultatkjede



Prioriteringer og ressursbruk

Antallet varsler har økt jevnt siden etablering av varselordningen i 2010, og i 2016 mottok vi 587 varsler som ble undersøkt nærmere. Alle varslene må følges forsvarlig opp fordi det involverer pasienter som har vært utsatt for alvorlig skade eller død, og det kan alltid foreligge risiko for svikt og for at tilsvarende skal kunne ramme andre pasienter. For å sikre forsvarlig saksbehandling ved den innledende undersøkelsen av varslene, innhenter saksbehandlere med så relevant helsefaglig kompetanse som mulig, nærmere informasjon om hendelsesforløpet. Deretter drøftes saken tverrfaglig, og i mange tilfeller med fylkesmannen, før beslutning om videre oppfølging tas. Forsvarlig håndtering av alle varsler har vært, og er, hovedprioriteten til avdelingen.

I 2015 var det 19,45 årsverk avsatt til varselordningen, mens det i 2016 var redusert til ca. 13 årsverk. Antallet inkluderer saksbehandlere og avdelingsledelsen. De ansatte i avdelingen har juridisk kompetanse og ulik helsefaglig kompetanse, og arbeidet skjer i stor utstrekning tverrfaglig. Det er også nødvendig med personell med statistikk- og formidlingskompetanse, og ordningen medfører mange merkantile oppgaver da antallet dokumenter og brev er stort. Reduksjonen i årsverk er særlig knyttet til turnover blant saksbehandlere med medisinskfaglig kompetanse (legespesialister), samtidig med midlertidig ansettelsesstopp. Ansatte i andre avdelinger har i økende grad måttet bidra i løpende drift for å håndtere det stadig økende volumet av innkomne varsler. Det ble høsten 2016 utlyst to legestillinger (1,5 årsverk) for å styrke bemanningen. Disse er nå besatt og de vil tiltre sine stillinger våren/sommeren 2017.

Avdelingen har prioritert arbeidet med økt brukerinvolvering i tilsyn generelt og knyttet til stedlig tilsyn spesielt. Involvering av pasienter/pårørende bedrer saksbehandlingen og er av stor verdi, men det krever også ressurser. Pasienter og pårørende har i tillegg til den ordinære skriftlige saksbehandlingen ofte behov for møter, gjerne på flere stadier i saksbehandlingen. Avdelingen har prioritert å tilby møter når pasienter og pårørende har ytret ønske om det.

Statens helsetilsyn har i perioden 2010–2016 mottatt til sammen 2359 varsler, og det er gjennomført 86 stedlige tilsyn på bakgrunn av varsler i denne perioden. I tillegg er det utført to store stedlige tilsyn i saker som burde vært varslet, men som vi fikk informasjon om på andre måter. Ved stedlig tilsyn kartlegges hendelsesforløpet og relevante organisatoriske forhold grundig, utløsende og bakenforliggende forhold undersøkes, virksomhetens egen oppfølging av hendelsen og pasienter/pårørende kartlegges som en nødvendig forutsetning for å undersøke om det foreligger lovbrudd. Ved beslutning av om et stedlig tilsyn skal utføres, vektlegges særlig om det er grunn til å mistenke vesentlig svikt, om det er uklart hva som er skjedd, om sikkerhetsrisikoen er stor og/eller saken er kompleks, dvs. involverer flere organisatoriske enheter som flere helseforetak, ev. flere kommunale helsetjenester. Tilsynsmyndigheten vil derfor ved stedlig tilsyn avdekke årsakssammenhenger på tvers av de ulike organisatoriske grenser i større grad enn virksomhetene selv synes å gjøre. Vi avdekker også årsaksfaktorer bestemt gjennom overordnede myndigheters vedtak knyttet til organisering og ressursdisponering. I mange saker vil det ofte være spørsmål om svært komplekse årsakssammenhenger, der et for enkelt risikobilde lett kan lede til feilaktige slutninger, for å avdekke hvilke faktorer som egentlig var avgjørende for utfallet i saken. Dessuten er det viktig at ansvaret skal plasseres på rett sted for å redusere risiko for at tilsvarende skal skje igjen.

Avdelingen har fra varselordningen ble opprettet i 2010 prioritert å gjøre stedlig tilsyn i tråd med forventningene og oppdragsbrevet. I en avdeling under etablering og med en varsels- og tilsynsordning i utvikling har dette krevd store ressurser og det har bygget seg opp restanser. Vi har i 2016 prioritert å avslutte tidligere gjennomførte stedlige tilsyn på en forsvarlig måte heller enn å gjennomføre nye stedlige tilsyn. Det er åpenbart at en altfor lang saksbehandlingstid reduserer mulighetene for at tilsynet skal ha virkning, og det er belastende for involverte. Denne prioriteringen og samtidig reduksjon av saksbehandlerkapasitet, har medført at det i 2016 er gjennomført færre stedlige tilsyn. Det har siden oppstarten årlig vært gjennomført 12–20 stedlige tilsyn basert på varsler med unntak av 2016, hvor antallet var 7.

Saksbehandlingen knyttet til varselhåndtering og ulike former for tilsynsmessig oppfølging av varslene skiller seg fra annen tilsynsmessig oppfølging i Statens helse-tilsyn. Det gjelder både hvordan Helsetilsynet blir gjort kjent med sakene, hvordan de utredes uten forberedende saksbehandling hos fylkesmannen, gjennomføring av intervjuer raskt etter hendelsen, hvilke vurderingstemaer som undersøkes nærmere og hvordan virksomhetsperspektivet vektlegges underveis og ved avslutning av saken. For å sikre god saksbehandling og som et harmoniserings- og opplæringstiltak ble det våren 2016 utarbeidet en veileder i varselhåndtering og stedlig tilsyn til bruk i Statens helsetilsyn og ev. hos fylkesmennene som ønsker å benytte seg av metoden.

Helsetilsynet har redegjort overfor Helse- og omsorgsdepartementet om at vi har måttet omprioritere ressurser fra tilsyns- og klagesaksbehandling og planlagt tilsyn for å levere etter forventningene i varselordningen. Situasjonen har i tillegg til for få stedlige tilsyn, ført til lang saksbehandlingstid på rapportene, mindre formidling og

bruk av erfaringer, mindre metodeutvikling av mindre ressurskrevende tilsynsmetoder, samt lengre saksbehandlingstid for flere sakstyper og redusert kapasitet for annen tilsynsaktivitet.

Situasjonen med et stadig økende antall varsler og noen store, kompliserte tilsynsaker som Sebastiansaken, har medført at ulike utviklingsoppgaver som var planlagt i tråd med vår strategiske plan er blitt forsinket. Dette gjelder både aktiviteter for bedre involvering av pasienter og pårørende i den innledende fasen, og tydeliggjøring av kriterier for, og veiledning til, virksomhetene om hvilke hendelser som er varslingspliktige.

Avdelingen har gjort noe arbeid med å oppsummere og analysere funn etter tilsynsmessig oppfølging av varsler om alvorlige hendelser for å øke kunnskapen om hvor og hvordan det svikter i helsetjenesten.

Ved flere stedlige tilsyn etter alvorlige hendelser er det avdekket svikt som involverer ulike former for medisinskteknisk og elektromedisinsk utstyr. Helsetilsynet erfarer at myndighetenes organisering av ansvaret for oppfølging av disse hendelsene har noen svakheter og kunne vært bedre koordinert. Dette gjør at disse hendelsene ikke undersøkes grundig nok og nødvendige risikoreducerende tiltak ikke identifiseres eller iverksettes. Undersøkelsesenheten har i 2016 tatt initiativ til å bidra til å utvikle samarbeid med andre relevante aktører for å kunne følge opp disse sakene bedre.

I andre saker avdekker tilsynet at det foreligger betydelige utfordringer i det psykososiale arbeidsmiljøet som kan ha betydning for pasientsikkerheten. Det er nødvendig med et tettere samarbeid med fagmiljøer og myndigheter som har komplementær kompetanse for å utvikle hensiktsmessige verktøy for å følge opp disse sakene forsvarelig.

Resultater og måloppnåelse

Oppdraget til Undersøkelsesenheten er å behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til at tilsynet raskere identifiserer uforsvarlige forhold. Det skal videre utarbeides en årlig rapport fra Undersøkelsesenheten med særlig tanke på forbedring i tjenestene.

Undersøkelsesenheten beslutter hva som er hensiktsmessig og nødvendig oppfølging i hver enkelt sak, men har valgt fire følgende hovedkategorier:

Avsluttet etter innledende undersøkelser

I de hendelsene der Undersøkelsesenheten i samråd med eller i forståelse med fylkesmannen ikke finner tegn til svikt og grunnlag for oppfølging etter innhentet informasjon og vurdering, avsluttes saken.

Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen

I de hendelsene der det fremkommer opplysninger som tyder på svikt i helsehjelpen eller organiseringen av denne, men det ikke er påkrevd med stedlig tilsyn for å få saken tilstrekkelig opplyst, overføres saken til fylkesmannen for videre oppfølging.

Anmodning om redegjørelse/egenvurdering

I en del hendelser finner Undersøkelsesenheten i samråd med fylkesmannen ikke tegn til alvorlig svikt etter innhentet informasjon og vurdering, men det foreligger

informasjon som tilsier at det kan være risiko for at tilsvarende hendelser kan ramme pasienter dersom ikke helseforetaket iverksetter nødvendige tiltak. I slike saker anmoder tilsynsmyndighetene helseforetaket selv om å stå for oppfølgingen av hendelsen og ber dem gjøre en hendelses- og årsaksanalyse. Det stilles konkrete og generelle spørsmål til helseforetaket og det bes om en skriftlig tilbakemelding. Saken følges videre opp til den anses tilstrekkelig undersøkt og at Statens helsetilsyn har vurdert at helseforetaket har igangsatt nødvendige tiltak.

Stedlig tilsyn

I de mest kompliserte hendelsene der kriteriene for stedlig tilsyn er oppfylt, blant annet ved at hendelsesforløpet er dårlig opplyst, det er mange involverte og det er mistanke om alvorlig svikt, gjennomføres stedlig tilsyn i sykehuset. Etter tilsynet utarbeides en rapport som oversendes helseforetaket. Saken følges opp, eventuelt i samarbeid med fylkesmannen, til de påpekte lovbruddene/uforsvarlige forholdene er rettet opp.

Tilsynsrapporter etter stedlig tilsyn legges som hovedregel ut på www.helsetilsynet.no i anonymisert versjon slik at funn og vurderinger skal være tilgjengelig for andre virksomheter særlig med tanke på forbedring av tjenestene. I tillegg utarbeides det en årlig rapport som vil bli publisert våren 2017 der også andre erfaringer og refleksjoner fra både Statens helsetilsyn, fylkesmennene, virksomhetene og pårørende formidles. Formålet med denne rapporten er å være et grunnlag for læring og forbedring i tjenestene. Årsrapportene fra Undersøkelsesenheten ligger også på www.helsetilsynet.no.

Oversikt over varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a mottatt i 2016

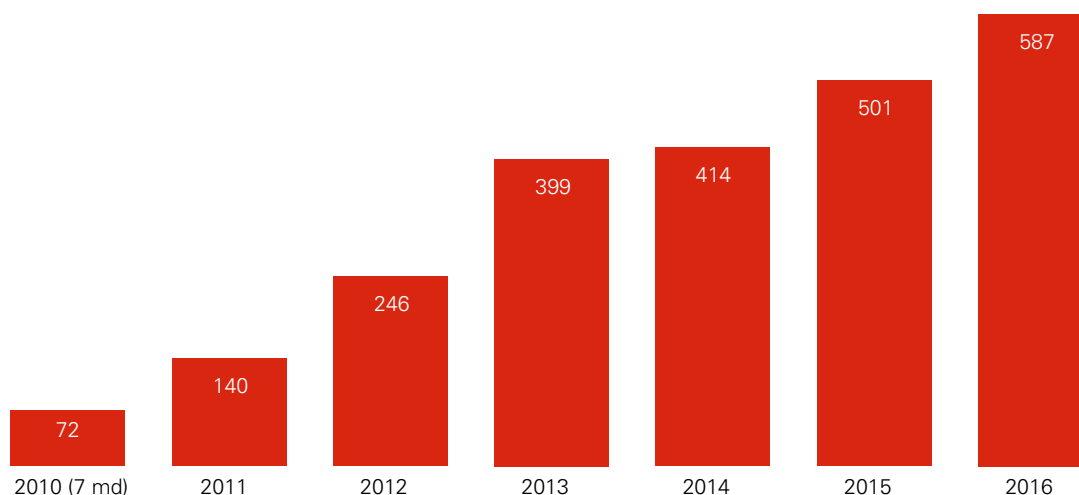
Antall varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a har økt jevnt siden ordningen ble innført i juni 2010 og senere lovpålagt i januar 2012. I tillegg mottar vi en del henvendelser fra pasienter og pårørende, og fra kommunehelsetjenesten gjennom varselordningen. Disse oversendes fylkesmannen for oppfølging eller den som henvendte seg får tilbakemelding om hvor de kan henvende seg i stedet.

50 prosent av varslene var i 2016 fra enheter i somatisk spesialisthelsetjeneste og 50 prosent av varslene fra enheter i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.

66 prosent av varslene i 2016 gjaldt dødsfall, mens 18 prosent av varslene gjaldt betydelig skade, 11 prosent gjaldt forhold som kunne ha ført til betydelig skade og 6 prosent annet eller usikkert utfall.

Dette innebærer at mange varsler dreide seg om forhold som ikke er omfattet av varslingsplikten, fordi varslingskriteriet om alvorlig utfall ikke var innfridd. En annen utfordring er at ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a ikke er i tråd med anerkjente internasjonale definisjoner av alvorlige hendelser («serious events» / «sentinel events»). I loven defineres alvorlig hendelse som skaden eller dødsfallet, og ikke som en uheldig eller utilsiktet hendelse («adverse event») som har ført til alvorlig skade eller død. Dette fører til at mye tilsynsressurser har gått til å følge opp alvorlig skade eller død som ikke er forutgått av en alvorlig hendelse, og som derfor som regel har liten pasientsikkerhetsmessig eller tilsynsmessig betydning.

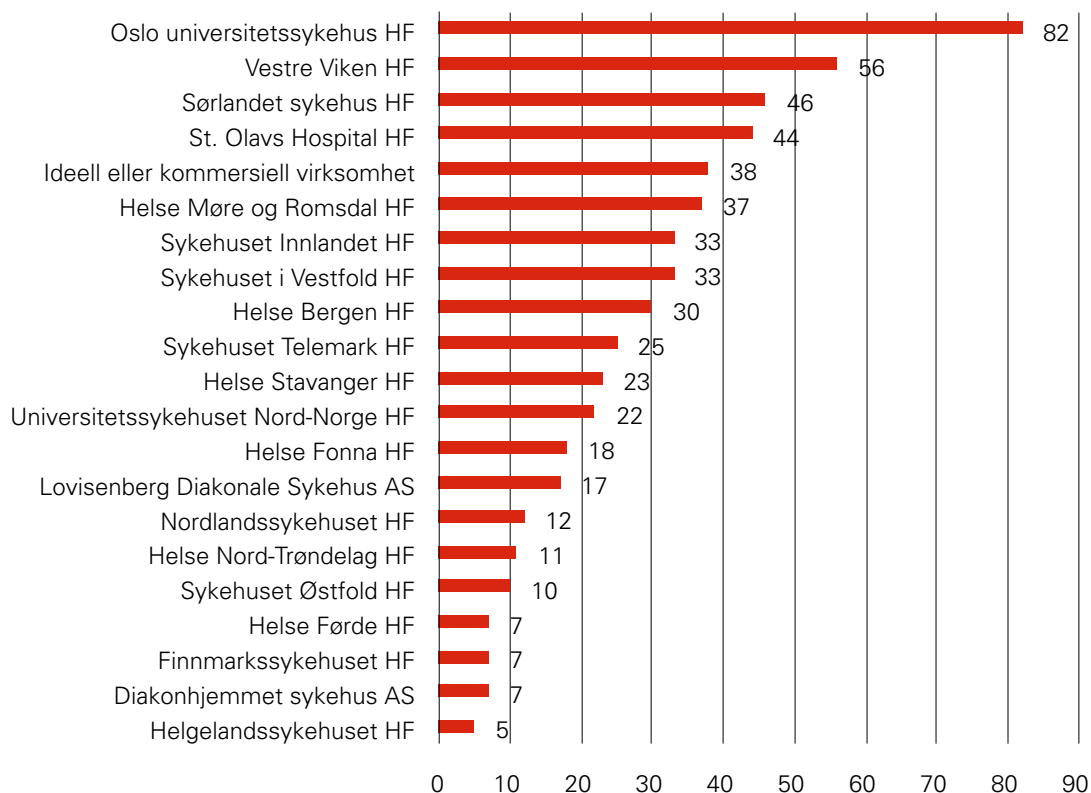
Figur 18 Undersøkelsesenheten – Antall varsler 2010–2016



Antall varsler varierer mye mellom fagområder og helseforetak, og det er grunn til å tro at det er en viss usikkerhet og uenighet om hvilke hendelser som er varslingspliktige til Statens helsetilsyn. Det gjelder særlig at vurderinger rundt påregnelig risiko vurderes ulikt, og om selvmord/selvmordsforsøk hos pasienter som har mottatt eller venter på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som ikke er i aktiv behandling, er varslingspliktige.

Det er fortsatt behov for informasjon om varselordningen/varslingsplikten for at ordningen skal implementeres, samtidig som det er behov for tydeliggjøring av hvilke hendelser som skal varsles innenfor de ulike fagområdene, og hvilke forventninger som påhviler virksomhetene når det gjelder plikten til selv å følge opp alvorlige hendelser uavhengig av varslingsplikten til Statens helsetilsyn.

Figur 19 Undersøkelsesenheten – Antall varsler i 2016 fordelt på helseforetak



Nærmere om varselhåndtering og utfall av varselvurdering

Resultatkrav i tildelingsbrev

Statens helsetilsyn skal ta imot og håndtere alle varsel om alvorlige hendelser, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, og gjennomføre utrykning/stedlig tilsyn der kriterier for slik tilsynsmessig oppfølging er til stede.

Varslene fra virksomheten sendes inn på e-post til varsel@helsetilsynet.no. Etter at de er mottatt fordeles varslene til en helsefaglig saksbehandler som telefonisk kontakter kontaktpersonene som er oppgitt. Hendelsen undersøkes nærmere ved at hendelsesforløpet kartlegges som grunnlag for en tverrfaglig vurdering, ev. i samråd med fylkesmannen som har tilsynsansvaret for virksomheten. Kopi av pasientjournal eller andre supplerende opplysninger innhentes ved behov. Beslutningen om hvilken tilsynsmessig oppfølging som er nødvendig, herunder om stedlig tilsyn er aktuelt, formidles til virksomheten som varslet om hendelsen. Informasjonen som er innhentet og vurderinger som er gjort dokumenteres og oversendes fylkesmannen til orientering og oppfølging.

Dette arbeidet er prioritert, og det er et mål å svare helseforetaket snarest mulig etter at de innledende undersøkelsene er gjennomført. Etter 77 prosent av varslene har virksomheten fått svar om og ev. hvilken videre tilsynsmessig oppfølging som er besluttet innen sju virkedager, og 97 prosent er håndtert innen 14 virkedager.

I 2016 ble 51 prosent av varslene avsluttet etter innledende undersøkelser, og 5 prosent av varslene ble fulgt opp med oppfølging av egenvurderinger/redegjørelser. Vi besluttet å oversende 42 prosent av sakene til fylkesmannen for videre tilsynsmessig oppfølging.

I tabellene vil det fremkomme en kategori kalt «annen tilsynsmessig oppfølging/skriftlig tilsynsmessig oppfølging» fra Statens helsetilsyn. Det er et uttrykk for at vi i tidlig fase av arbeidet besluttet etter noen få varsler, av ulike årsaker, å starte opp tilsynssaker i Statens helsetilsyn uten at det ble gjennomført stedlig tilsyn. Dette er en praksis vi har gått bort fra annet enn i helt spesielle tilfeller. De sakene som skal håndteres som en tilsynssak men der det ikke er funnet grunnlag for stedlig tilsyn, oversendes som beskrevet ovenfor til fylkesmannen. Flere av de sakene som ble opprettet i Statens helsetilsyn tidligere, har vært en del av den krevende restansesituasjonen, og er blitt avsluttet først i 2016.

Avsluttede tilsynssaker og annen tilsynsmessig oppfølging på bakgrunn av varsler etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 a i 2016

Resultatkrav i tildelingsbrev

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2016, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 300 nye saker.

I vår statistikk har vi to tabeller knyttet til oppfølging av varsler. Den ene (*Vedlegg tabell 1 Undersøkelsesenheten – Måten varslene ble fulgt opp på 2014–2016*) viser antall mottatte varsler og hvilke beslutninger som ble fattet da varselet ble vurdert. Den andre (*Vedlegg tabell 2 Undersøkelsesenheten – Antall varsler ferdigbehandlet*)

2014–2016) viser hvor mange varsler som ble ferdigbehandlet det aktuelle året. Disse tallene er ikke like, da de ulike formene for oppfølging tar ulik lang tid slik at noen vil bli ferdigbehandlet først året etter at de er mottatt.

Vedlegg tabell 3 Undersøkelsesenheten – Gjennomsnittlig saksbehandlingstid (i uker) for varsler ferdigbehandlet 2014–2016 viser saksbehandlingstid for de ulike formene for tilsynsmessig oppfølging.

Statens helsetilsyn avsluttet i 2016 den tilsynsmessige oppfølgingen av 66 saker, hvorav 14 saker var utført som stedlig tilsyn, 6 saker som annen tilsynsmessig oppfølging og 46 saker som oppfølging av egenvurdering/redegjørelse fra virksomheten etter innledende undersøkelser.

Som nevnt ovenfor har prioriteringen i 2016 vært å avslutte gjennomførte tilsynsaktiviteter og få ned restansene fremfor å starte opp nye stedlige tilsyn.

Saksbehandlingstidene i de sakene som ikke ble avsluttet etter innledende undersøkelser varierer fra i overkant av fem måneder (21,6 uker) der vi har anmodet om redegjørelse/egenvurdering til over 16 måneder (72,1 uker) der vi har gjennomført stedlige tilsyn. I de stedlige tilsynene har det imidlertid vært sendt ut foreløpige rapporter tidligere.

I saker der vi ber om virksomhetens egenvurdering, redegjørelse for intern avvikshåndtering og svar på spørsmål av særlig tilsynsmessig interesse under henvisning til forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse §§ 8 og 9, var saksbehandlingstiden i 2016 gjennomsnittlig i overkant av fem måneder eller 21,6 uker. Dette er saker der vi forutsetter at virksomhetene følger opp hendelsen grundig og systematisk og ev. på tvers av organisatoriske enheter for å analysere og vurdere et risikoområde med tanke på å identifisere, planlegge og iverksette risikoreduserende tiltak. En slik prosess krever saksbehandlingstid i virksomhetene for at den skal være forsvarlig og bærekraftig. Etter vår vurdering er en gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra varselet mottas til redegjørelsen/egenvurderingen er endelig vurdert i Statens helsetilsyn på fem måneder hensiktsmessig og forsvarlig.

Saker som overføres til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging hadde en saksbehandlingstid i 2016 på drøyt 8 måneder (34,8 uker). Som hovedregel innebærer dette ordinær skriftlig saksbehandling, men noen fylkesmenn gjennomfører stedlig tilsyn etter modell fra Statens helsetilsyn. I noen saker gjennomfører fylkesmannen møter med virksomhetens ledelse som ledd i oppfølging av saken. Saken må opplyses og vurderes i tråd med saksbehandlingsveilederen, inkludert innsyns- og uttalerett for pasienter og pårørende samt ivaretagelse av kontradiksjon. Noen saker krever også innhenting av sakkyndig vurdering som bidrar til lengre saksbehandlingstid. Etter Statens helsetilsyns vurdering er en gjennomsnittlig saksbehandlingstid for slike, ofte omfattende, saker på 8 måneder fra saken varsles, akseptabelt.

Saker som er utført som stedlig tilsyn eller *annen tilsynsmessig oppfølging fra Statens helsetilsyn* (se over) har en saksbehandlingstid som langt overskrider resultatmålet på seks måneder. Dette er svært uheldig for de involverte (både pasienter, pårørende, helsepersonell og virksomheter).

Årsakene til at målet ikke er nådd er sammensatte. Ressurssituasjonen med en stadig økende mengde varsler, turnover og midlertidig stillingsstopp i 2016, har vært krevende og tvunget frem en prioritering av arbeidet med å motta og håndtere varslene.

Avslutning av rapporter etter stedlig tilsyn i komplekse saker med komplisert hendelsesforløp og organisatoriske forhold er arbeidskrevende og stiller store krav til medisinsk kompetanse og saksbehandlererfaring. Rammevilkårene knyttet til dette har i 2016, som redegjort for, vært svært stramme. Situasjonen når det gjelder sykepleie- og jordmorfaglig kompetanse har vært adekvat, men mangelen på medisinskfaglig kompetanse har medført lange saksbehandlingstider i de mest komplekse sakene. Måloppnåelsen preges også av at avdelingen fortsatt er relativt ny og under utvikling. Det tar tid å etablere en ny stabil enhet med rett kompetanse. I ettertid ser vi at antallet stedlige tilsyn i 2014 og 2015 var for høyt i forhold til den kapasiteten avdelingen hadde for å avslutte sakene, og det bygde seg opp restanser. Dette vises ved at saksbehandlingstiden på de eldste sakene trekker opp gjennomsnittlig saksbehandlingstid.

Involvering av pasienter/pårørende i saker som er varslet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

I saker der det gjennomføres stedlig tilsyn tilbys alltid pårørende, ev. pasient der det er mulig, en samtale med tilsynsteamet. Tidspunktet for samtalen tilpasses pasienter og pårørendes ønsker og behov. Noen pasienter/pårørende har behov for ny samtale på et senere tidspunkt, og deres ønske imøtekommes. De fleste pasienter/pårørende takker ja til tilbudet, og har relevant og nyttig informasjon til det stedlige tilsynet. Deres innspill får ofte betydning for hvilke spørsmål tilsynet undersøker nærmere.

Pasienter og pårørende har innsyns- og uttalerett til tilsynssaken, og de involveres derfor også senere i forløpet. Fordi pasienter/pårørende er ulike, og fordi den alvorlige hendelsen er en alvorlig påkjenning/krisesituasjon for dem, vil de innspillene og spørsmålene de har til tilsynsmyndigheten kunne endres i tiden etter at hendelsen fant sted.

I saker som overføres til fylkesmannen involveres pasienter og pårørende på vanlig måte i tråd med kravene i saksbehandlingsveilederen.

Når det gjelder innledende undersøkelser tilbys foreløpig ikke pasienter og pårørende samtaler med Statens helsetilsyn. De involveres ved at involvert helsepersonell og helseforetaket som har varslet hendelsen pålegges å informere dem om Statens helsetilsyns beslutning, om at de har innsyns- og uttalerett til saksdokumentene, og klageadgang til fylkesmannen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Statens helsetilsyn gjennomførte høsten 2016 et heldagsseminar der samtaler med mennesker i krise var tema. Formålet med seminaret var øke innsikten i hvordan mennesker, herunder pasienter, pårørende og helsepersonell, reagerer i forbindelse med alvorlige hendelser. Seminaret besto av foredrag fra en psykologspesialist med særlig kompetanse på dette området, rollespill og refleksjoner fra deltagerne. Erfaringene fra seminaret skal innarbeides i veiledere og i Tilsynsskolens kurs om alvorlige hendelser. Seminaret vil bli vurdert gjentatt senere for å vedlikeholde kompetansen.

Noen erfaringer fra tilsynssaker opprettet etter varsler etter spesialisthelsetjenesten § 3-3 a

I rapportene etter stedlig tilsyn vil sentrale spørsmål være om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, om virksomheten var forsvarlig organisert, om virksomheten har identifisert og iverksatt risikoreduserende tiltak og om pasienter og pårørende er ivaretatt og informert i tråd med myndighetskravene.

Andre aktører i tilsynssakene

Ved noen av de stedlige tilsynene er også kommunehelsetjenesten involvert fordi et av kriteriene er at flere enheter er involvert. Statens helsetilsyn vurderer da også om helsehjelpen og organiseringen fra kommunehelsetjenesten er forsvarlig. Statens helsetilsyn har også myndighet til å vurdere om RHF-ene har ytt forsvarlig helsehjelp, men i praksis har vi hovedsakelig kommentert hvordan beslutninger fra regionalt nivå har påvirket hendelsen uten å konkludere med lovbrudd. Når det gjelder råd og veiledning basert på tilsynserfaringer har Statens helsetilsyn i utvalgte saker kommet med sikkerhetstilrådninger og utfordringer til både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Råd og veiledning basert på tilsynserfaringer

Gjennom saksbehandlingsprosessen avdekkes risikoforhold som ikke nødvendigvis kvalifiserer til å være lovbrudd, men som likevel gir informasjon som har betydning for pasientsikkerhet og kvalitet både i det involverte helseforetaket og andre virksomheter, og Statens helsetilsyn gir derfor råd og veiledning basert på tilsynserfaringer til virksomhetene på ulike måter.

Åpenhet og trygghet i intervjusituasjonen

Statens helsetilsyn har gjennom de knapt 90 stedlige tilsynene opparbeidet seg betydelig erfaring om hvordan helsepersonell, ledere og pasienter/ pårørende reagerer og agerer når et eksterne myndighetsorgan som Statens helsetilsyn innhenter informasjon gjennom intervjuer og befaring kort tid etter alvorlige hendelser. Erfaringene er at de involverte som regel er villige til å gi detaljert og uforbeholden informasjon om hendelsen dersom de opplever trygghet i intervjusituasjonen. En slik trygghet forutsetter god faglig kompetanse fra dem som innhenter informasjon og vektlegging av ønske om å kartlegge både hendelsesforløpet og relevante organisatoriske forhold med tanke på avdekke mulig svikt som kan rettes opp. Statens helsetilsyn opplever ikke at de involverte er tilbakeholdne med informasjon av redsel for sanksjoner fra tilsynsmyndigheten.

Manglende oppfølging av et lite barn med omfattende og sammensatte behov for helse-tjenester

I en tilsynssak som ble opprettet etter varsel om et dødsfall hos et lite barn med medfødte komplekse misdannelser og gjentatte kontakter med helsetjenesten, ble det avdekket alvorlig svikt både hos involvert helsepersonell og hos virksomheten. Helseforetaket hadde valgt å organisere helsetilbudet til barn som en femdøgnspost. Statens helsetilsyn kom til at virksomheten ikke hadde sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av denne pasientgruppen i forkant av endringen fra sjudøgnspost til femdøgnspost. Ulik innleggelsespraksis, vekslingen i tjenestetilbudet i sykehuset og det samlede utfordringsbildet for alle involverte aktører, inkludert oppfølgingen av kronisk syke barn, skulle vært tydelig diskutert i forkant av omleggingen. Videre skulle tilstrekkelig kompensierende tiltak vært igangsatt, blant annet tydelige rutiner for transport ved manglende flyvær og alternative løsninger ved samtidighetskonflikter. De ulike beslutningene ble fattet av forskjellige instanser innen helseforetaket, inkludert av styret for helseforetaket og i det regionale helseforetaket, uten at de ble godt nok kommunisert til alle berørte enheter i helseforetaket. Foretaket hadde heller ikke sikret at retningslinjer for koordinering og bruk av ressurser ved AMK var oppdaterte og implementert. Det ble også gitt kritikk til virksomheten med landsfunksjon for denne pasientgruppen for ikke å lagt til rette for forsvarlig og samordnet helsehjelp til pasienten da ansvaret for han ble overført til helseforetaket der hendelsen skjedde.

Sviktende oppfølging og behandling av en ungdom med selvmordstanker og depressive symptomer

I en tilsynssak som ble opprettet etter et varsel om selvmord under behandling i psykisk helsevern, ble det avdekket alvorlig svikt i organiseringen og tilretteleggingen av helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser. Vår vurdering var at pasienten ikke ble fulgt opp i tråd med den vurdering som ble gjort av henvisningen, og at akutteamet ikke ivaretok pasientens behov for utredning og behandling. Vi avdekket også at pasientjournalen ikke var ført i henhold til journalforskriftens bestemmelser. Ingen av journalnotatene, bortsett fra innkostnotatet, var strukturerte, og det manglet vesentlige opplysninger om sykehistorie, undersøkelser, vurdering og tiltak. Statens helsetilsyn har videre kommet fram til at helseforetaket ikke la til rette for at denne pasientgruppen fikk forsvarlig helsehjelp. Statens helsetilsyn mener at svikten kunne skje på grunn av manglende tilrettelegging, rammer og styring av den helsehjelpen som skulle gis. Statens helsetilsyn er kjent med at helseforetaket har betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell, blant annet på grunn av en pågående omstillingsprosess. Det er sannsynlig at dette har påvirket tjenestetilbudet.

Sviktende kommunikasjon i forbindelse med hjertetransplantasjon

I en tilsynssak som ble opprettet etter et dødsfall hos en middelaldrende pasient ble det avdekket en kommunikasjonssvikt i forbindelse med en hjertetransplantasjon. Dette førte til at et donorhjerne ble sendt til et annet transplantasjonssenter, mens pasienten ble liggende på hjertelungemaskin i påvente av et nytt donorhjerne. Vi avdekket at hendelsen kunne skje fordi kritiske opplysninger om prioritering og fordeling av donororganer til de aktuelle mottakere av organer ikke ble kommunisert tydelig nok ved samhandling mellom thoraxkirurgen og transplantasjonskoordinatoren. Det forelå ikke rutiner for hvordan kommunikasjonen mellom involvert helsepersonell skulle foregå. Det var heller ikke innført en tilpasset sjekkliste for «Trygg kirurgi» som kunne avdekket slike misforståelser.

Sviktende oppfølging hos en pasient under behandling med et potent medikament mot psykisk lidelse

I en tilsynssak som ble opprettet etter et dødsfall hos en ung pasient som fikk komplikasjoner på grunn av bivirkninger av et potent medikament mot sin psykiske lidelse, ble det avdekket svikt i helsehjelpen. Legemidlet pasienten fikk kan forårsake en tilstand som kan gi alvorlige og potensielt livstruende tilstander med økt risiko for alvorlige komplikasjoner. Tilsynet avdekket mangelfulle rutiner for oppfølging av pasienter som fikk dette medikamentet. Det ble også avdekket at virksomheten hadde alvorlige bemanningsproblemer, og hadde hyppige skifter av spesialister i psykiatri som hadde behandlingsansvaret for pasienten. Helseforetaket hadde heller ikke sørget for tilstrekkelig informasjon til pasient, pårørende, kommunehelsetjenesten eller fastlege om mulige alvorlige bivirkninger av behandlingen, betydningen av hyppige og regelmessige blodprøvekontroller, og at lege måtte kontaktes umiddelbart ved tegn til infeksjon. En viktig medvirkende faktor til at hendelsen kunne skje, var manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegen og pårørende.

Pasienten ble gradvis dårligere og innlagt som øyeblikkelig hjelp. Pasienten oppfylte kriteriene for sepsis, og burde derfor hatt kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner. På kvelden utviklet pasienten tiltakende pustevansker, men anestesilegen ble imidlertid ikke kontaktet før pasienten hadde fått akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans, og uerfarent helsepersonell ble stående alene om å håndtere pasientens pustevansker. Monitoreringen av pasientens tilstand var mangelfull, og respirasjonssvikten ble ikke behandlet i tråd med god praksis. Det å sikre adekvat kompetanse i denne

situasjonen, vurderes som et ansvar for virksomhetens ledelse, og vi har kommet til at involvert helsepersonell ble satt i en vanskelig situasjon, og at de handlet så godt de kunne.

Forsinket behandling av alvorlig infeksjon i hjernen

Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse ved mangelfull oppfølging av en ungdom med akutt hjernehinnebetennelse med komplikasjoner. I tilsynet kom det fram at hendelsen kunne skje fordi det tok for lang tid før pasienten ble lagt inn og behandlet ved helseforetaket. Hovedårsaken til hendelsen var mangel på gode samarbeidsrutiner og forståelse av hvor syk pasienten var. Det var også mangelfulle rutiner for involvering av helsepersonell med rett kompetanse til rett tid. Vi har videre kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging og behandling ved sykehuset ved at erfarene lege ikke ble kontaktet. Antibiotikabehandling burde ha vært startet på et tidligere tidspunkt. Vi vurderer også at det var uforsvarlig å ikke konsultere nevrokirurg og/eller overflytte pasienten til nevrokirurgisk avdeling på et tidligere tidspunkt da undersøkelser viste at pasienten hadde alvorlig sykdom i hjernen. Vi har også kommet til at sykehuset ved sin styring ikke hadde lagt til rette for forsvarlig utredning og behandling. Det vil si at virksomheten ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester. Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ikke hadde organisert seg slik at barn med uavklarte tilstander som ble vurdert sendt hjem, ble sikret undersøkelse av lege med nødvendig kompetanse. Virksomheten hadde heller ikke implementert rutiner som sikret tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt. Det forelå ikke omforente rutiner for å kommunisere og følge opp røntgensvar hos alvorlig syke pasienter som måtte prioriteres.

Mangelfull opplæring i bruk av kirurgisk utstyr

Bakgrunnen for tilsynet var et varsel om en alvorlig komplikasjon under et rutinemessig kirurgisk inngrep. Tilsynet avdekket at inngrepet ble gjort uten klar indikasjon. Videre finner vi at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp under selve inngrepet, da operasjonsutstyret ikke ble brukt på riktig måte. Vi finner at hendelsen kunne skje fordi metoden for bruk av utstyret ikke var formidlet godt nok gjennom systematisk opplæring ved avdelingen. Vi fant også at notatet i pasientjournalen fra inngrepet ikke var i tråd med dokumentasjonsplikten. I tillegg bemerket vi at helseforetaket ikke har oppfylt kravet om å melde til Helsedirektoratet om mulige feil eller feilbruk av medisinsk utstyr.

Folkehelse

Resultatkrav i tildelingsbrev

Av klagesaker etter folkehelseloven kapittel 3 som fylkesmannen avslutter i 2016, skal minst 90 prosent ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre.

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

Helsetilsynet vurderer det som positivt at fylkesmennene viderefører tilsynet med kommunenes folkehelsearbeid. Fylkesmannen kan derved identifisere kommuner som ikke har kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet og følge dem opp til arbeidet er i gang. Det løpende oversiktsarbeidet har nær sammenheng med utarbeidningen av et samlet oversiktsdokument. Tilsynet bidrar til at kommunene får tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å ivareta folkehelseperspektivet i sitt planarbeid.

I 2016 behandlet fylkesmennene 30 klagesaker om miljørettet helsevern. Kun 15 av disse sakene ble behandlet innen tre måneder og resultatmålet ble ikke nådd.

Andre oppdrag

Prosjekt gjennomgang av barnevernsaker

Statens helsetilsyn fikk i 2016 i oppdrag fra Barne-, og likestillingsdepartementet å gjennomgå et utvalg saker om akutt plassering og omsorgsovertakelse etter barnevernloven. Formålet med gjennomgangen er å frembringe mer kunnskap om dilemmaene, kompleksiteten og kvaliteten på barnevernets arbeid.

Helsetilsynet har ansatt to prosjektmedarbeidere på fulltid, og har i løpet av 2016 kommet godt i gang med de innledende fasene av arbeidet. Det er etablert samarbeid med aktuelle fagmyndigheter på området, og arbeidet med å nedsette fagpaneler og referansegruppe er i rute. Helsetilsynet avventer nå den endelige behandlingen og iverksettelsen av Prop. 38 L (2016–2017) for å kunne starte arbeidet med å innhente saker.

Helsetjenester til norsk militært personell i utenlandsoperasjoner

Særskilte oppdrag i 2016

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner i henhold til avtale med Forsvarsdepartementet.

Avtalen mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner ble reforhandlet og undertegnet i november 2015 med virkning for årene 2016–2018. Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med helsetjenester til militærpersonell i utenlandsoperasjoner for å undersøke om personellet får tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. Statens helsetilsyn har foretatt risikovurderinger som grunnlag for utvelgelse av områder aktuelt å gjennomføre tilsyn på. Videre er det arbeidet med å ta i bruk formålstjenlige metoder for gjennomføring av tilsynet.

Medisinsk og helsefaglig forskning

Statens helsetilsyn har i flere saker de siste årene vurdert at eksperimentell behandling, enten med legemidler eller i form av en ny behandlingsmetode, skulle ha vært organisert som utprøvende behandling i et forskningsprosjekt. Hvis formålet med den eksperimentelle behandlingen er å finne ny kunnskap om sykdom og helse, omfattes behandlingen i utgangspunktet av helseforskningsloven. I vurderingen av om eksperimentell behandling skal anses som forskning vil det være av betydning om behandlingen er systematisk (som for eksempel ved randomisering), involverer flere pasienter og/eller skjer i henhold til en fastlagt plan (forskningsprotokoll). Det er hensynet til pasienter og deres sikkerhet og personvern som gjør at eksperimentell

behandling bør være underlagt de samme regler som ved utprøvende behandling i et forskningsprosjekt.

Kontakt mellom brukere og forvaltningen

Statens helsetilsyn og fylkesmennene har bruker- og pårørendeinvolvering i tilsyn som satsingsområde fram til 2018. I samarbeid med brukerorganisasjoner jobber vi med å utvikle arbeidsmåter som skal bidra til at brukeres og pårørendes erfaringer og kunnskap blir brukt mer og bedre i alle tilsynsaktiviteter. Se nærmere omtale av fjorårets aktiviteter under omtalen av involveringsprosjektet og de ulike tilsynsaktivitetene.

Internasjonal virksomhet

Særskilte oppdrag og oppgaver i 2016

Statens helsetilsyn forutsettes å delta i internasjonalt samarbeid på helse- og sosialpolitikens område, herunder følge med på og delta i internasjonalt FoU-arbeid, i samsvar med tilsynets nasjonale ansvar og oppgaver.

Helsetilsynet deltar i EPSO (European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care) som er en organisasjon for tilsynsorgan i Europa som samles 1–2 ganger i året og diskuterer aktuelle temaer og hvordan disse løses i de respektive landene. Det har vært to møter i 2016 – et i Pristina, Kosovo og et i Stockholm, Sverige.

Helsetilsynet er sammen med Helsedirektoratet medlem av Nordisk gruppe for helsepersonell, som er opprettet av Nordisk Ministerråd. Nordisk gruppe for helsepersonell har i oppdrag å overvåke og følge opp Nordisk overenskomst (Arjeplogavtalen), og utarbeide en årlig oversikt over det nordiske arbeidsmarkedet for helsepersonell. Viktige temaer er hvordan de nordiske landenes samarbeid kan øke pasientsikkerheten i Norden, herunder hvordan man kan sikre en smidig utveksling av informasjon om autorisasjon av helsepersonell, jf. Stortingsmelding 5 (2014–2015). Gruppen hadde i 2016 to møter i Helsinki.

Hvert fjerde år arrangeres nordisk tilsynskonferanse. I 2017 er det konferanse på Island, og Helsetilsynet har i 2016 deltatt i planlegging av konferansen.

Oppdrag og oppgaver av administrativ karakter

Arbeidsgruppe felles retningslinjer for styringsdialogen

Statens helsetilsyn deltok i en arbeidsgruppe mellom departementet og de underliggende etatene for å utarbeide omforente og felles retningslinjer for styringsdialogen. HOD ferdigstilte retningslinjen i juni 2016.

Etablering av konsernmodell i helseforvaltningen

Som ledd i HODs oppdrag om å etablere en konsernmodell for administrative tjenester, har Helsetilsynet i likhet med de andre av HODs underliggende virksomheter hatt omfattende aktiviteter knyttet til dette ved kartlegginger, identifisering av muligheter og deltakelse i ulike grupper som har arbeidet med dette. Våre IT-medarbeidere ble overført til Norsk helsenett (NHN) fra 1.1.2017, og dette berører så vel daglig drift, tilgjengelig brukerstøtte, opplæring, kompetanse til strategiske vurderinger ved bruk av IKT og vår egen evne til risiko- og sårbarhetsanalyser på dette området. De

fleste av disse funksjonene forutsettes ivaretatt av NHN, men Helsetilsynet har fra 2017 selv ikke egne ansatte integrert i daglig drift med den forståelsen for vår virksomhet som løpende kan understøtte ledelsens behov for å realisere kravene i digitaliseringsrundskrivet. Denne kompetansen er overført til NHN. Våre kostnader til IT-drift har med dette grepet også økt betydelig, men intensjonen på sikt er å få bedre og mer robust drift av IT.

Det ble vedtatt å opprette et anskaffelsesfaglig miljø i NHN som skal betjene helseforvaltningen fra 1.1.2017. Helsetilsynet har sjelden kompliserte anskaffelser og har ved noen få anledninger brukt eksterne konsulenter for faglig bistand i forbindelse med anskaffelser. I utgangspunktet blir dette er dyrere løsning enn vi har hatt til nå, men intensjonen med konsernmodellen er at dette skal gi økt profesjonalitet, billigere innkjøp og samlet sett en bedre løsning for virksomhetene under HOD.

Når det gjelder arkivfunksjonen, er det også føringer på at denne skal overføres til NHN. Tjenestesenteret skal omfatte felles håndtering av arkivverdig papirpost, felles håndtering av avsluttede papirarkiver og sentralenhet for faglig styring og utvikling. På sikt ser man for seg en samling av alle virksomhetenes arkivfunksjoner.

Arbeidet med å effektivisere og standardisere oppgaver på HR-feltet er videreført inn i 2017.

Helsetilsynet ble fullservicekunde hos Direktoratet for økonomistyring (DFØ) på lønns- og regnskapsområdet fra 1.1.2017. På kort sikt medfører dette økt ressursbruk, men det er ventet at ordningen på sikt vil bidra til effektiviseringsgevinster.

Innsynsbegjæringer

Helsetilsynet behandler en stor mengde innsynsbegjæringer. Det ble i 2016 behandlet 3474 begjæringer om innsyn. Det er en nedgang på 454 behandlede begjæringer fra 2015.

Tabell 7 Innsynsbegjæringer til Statens helsetilsyn

	Behandlede innsynsbegjæringer
2014	3 783
2015	3 928
2016	3 474

I tillegg behandlet Helsetilsynet 23 klager på egne vedtak om avslag på innsyn og 25 klager på fylkesmennes vedtak om avslag på innsyn i 2016. Både innsynsbegjæringer og klager kan omfatte mange dokumenter.

På grunn av en stor mengde innsynsbegjæringer og klager brukte Statens helsetilsyn i 2016 et helt årsverk til dette formålet (jusstudenter i faste deltidsstillinger).

IV Styring og kontroll av virksomheten

Risikostyring

Det statlige økonomiregverket stiller krav til risikostyring i statlige virksomheter, jf. Regelverket for økonomistyring i staten § 4. Helse- og omsorgsdepartementet har også tatt dette opp i etatsstyringsmøter med Statens helsetilsyn og i tildelingsbrevet de siste årene. På denne bakgrunn er det i forbindelse med Helsetilsynets felles virksomhetsplan utarbeidet risiko- og sårbarhetsvurderinger knyttet til måloppnåelse og gjennomføring av virksomhetsplanen. Vedlagt felles virksomhetsplan følger også en vurdering av avdelingenes kompetanse og kompetansebehov på kort og mellomlang sikt.

Valg av tilsynstemaer til landsomfattende tilsyn forberedes gjennom en prioriteringsprosess som er forankret i vårt styringssystem, baseres på risikovurderinger. Det er også stilt krav til at fylkesmennene skal basere sine egeninitierte tilsyn på vurderinger av risiko og sårbarhet. I budsjettinnspill og etatsstyringsmøter har Statens helsetilsyn de siste årene framhevet at våre overordnede risikovurderinger i stor grad er knyttet til fylkesmennes rammebetingelser med særlig vekt på kapasitet og kompetanse. Vi har særlig tatt opp at forholdet mellom oppgaver og ressurser etter hvert har utviklet seg slik at sentrale oppgaver må prioriteres ned. Fagmiljøene i fylkesmannsembetene er små og sårbare, og vi arbeider derfor aktivt med hvordan vi best kan innrette vår virksomhet slik at vi reelt understøtter det arbeidet fylkesmennene gjør. Vårt hovedfokus har derfor vært opplæringsaktiviteter, dialog og tilbakemeldinger.

Statens helsetilsyn er videre aktiv med å gi innspill gjennom de årlige budsjettprosessene. Dette er et tiltak for å redusere risikoen for manglende måloppnåelse i forhold til de oppgavene vi til enhver tid er satt til å løse.

Statens helsetilsyn har fast rutine med tertialrapportering for virksomheten hvor risiko, behov for ressursallokering etc. vurderes og budsjett, regnskap, virksomhetsplan og produksjonsdata gjennomgås av ledelsen.

Internkontroll

Det har vært foretatt en gjennomgang av styrende dokumenter i 2016 hvorav en del har fått mindre justeringer og forlenget varighet. Det er også identifisert noen styrende dokumenter som krever mer omfattende behandling som følge av praksisendring og endringer i lover og forskrifter.

Administrasjonsavdelingen har i 2016 holdt orienteringer for fagavdelingene om Helsetilsynets sikkerhetspolicy med vekt på IKT-sikkerhet, bygningsmessig sikkerhet, dokumentetsikkerhet/taushetsplikt og retningslinjene for interne misligheter. Én avdeling gjenstår, og denne orienteringen vil bli gjennomført første kvartal 2017. I tillegg ble det orientert om avvikssystemet og systemet for varsling etter arbeidsmiljøloven § 24. Formålet med dette har vært å sikre at de ansatte er kjent med vår virksomhets opplegg for ivaretagelse av sikkerhet samt hvilke plikter og rettigheter de ansatte har i denne sammenheng.

Lokalisering

Helsetilsynets nåværende leieavtale utløper 31. mai 2017. Derfor hentet vi våren 2016 inn tilbud på fremtidig lokalisering. Den prosessen ble stoppet da HOD bestemte at vi skulle tre inn i et tomgangsleieforhold som oppstod i forbindelse med at Helseklage skal flytte til Bergen. Vi har hatt en omfattende prosess knyttet til dette med bistand fra Statsbygg og arkitektfirma Metropolis. Resultatet av denne prosessen ble at Helsetilsynet med 120 ansatte skal innplasseres i Møllergata 24 i lokaler som rommet ca. 70 ansatte. Dette vil medføre betydelige kostnader til ombygging, IKT/AV-utstyr, inventar, flytting etc. som til dels dekkes som engangsbevilgning i 2017 og fast rammeøkning pga. forhøyet husleie. Ombyggingen gjennomføres annet halvår 2017 med innflytting i desember.

Helsetilsynets IKT-utvalg

Det ble i 2016 opprettet en tverrgående gruppe for IKT i Helsetilsynet bestående av medarbeidere fra alle avdelingene. Formålet med gruppas arbeid er:

- Å ha et felles forum for IKT i Helsetilsynet
- Å utveksle synspunkter, avklare krav og forventninger på IKT-området
- Å finne fram til områder hvor IKT kan effektivisere saksbehandlingen og bidra til å utvikle organisasjonen
- Å diskutere status, behov og løsninger
- Å bli krevende brukere med bestillerkompetanse når IKT drift skal skje fra eksternt driftsmiljø slik det er foreslått i konsernmodellen
- Å være rådgivende overfor ledelsen/ledermøte

Grappa har hatt tre møter og konkret definerte tekniske utfordringer er langt på vei løst. Toppledelsen har med utgangspunkt i lederopplæring på dette feltet i HODs regi og føringer i Digitaliseringsrundskrivet kommuniserte krav og forventninger til IKT-utvalget om videre utvikling av IT i Helsetilsynet. Utvalget vil på sitt første møte i 2017 diskutere hvordan direktørens ambisjoner kan følges opp.

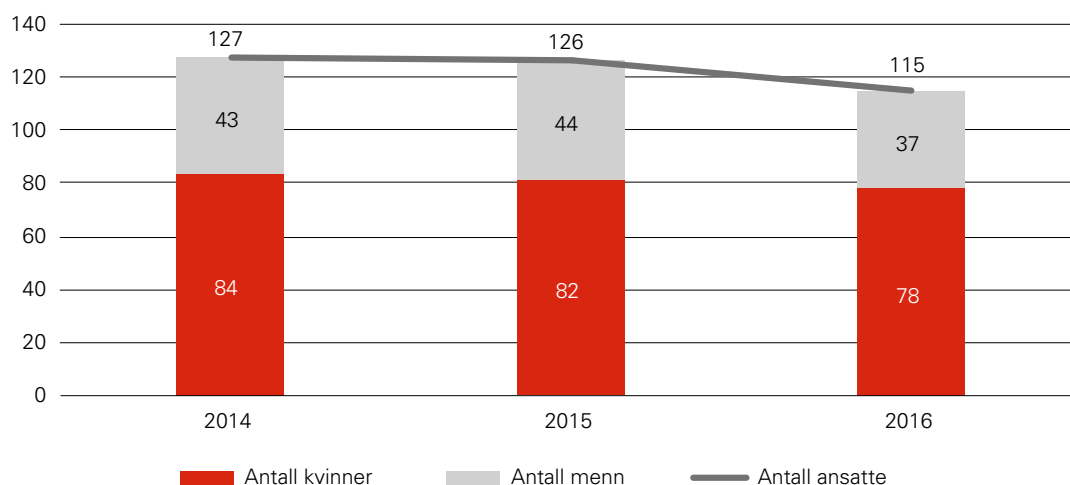
Personellmessige forhold

Rapport på likestilling

I Statens helsetilsyn var det 115 ansatte inkl. direktør pr. 31. desember 2016. 78 ansatte er kvinner og 37 menn, dette gir en kvinneandel på 68 prosent.

Statens helsetilsyn hadde i 2016 et stramt driftsbudsjett og har som følge av dette hatt en restriktiv ansettelsespolitikk som har medført en reduksjon i antall stillinger.

Figur 20 Utvikling i antall ansatte og fordeling mellom kjønn



Tabellen under viser antall ansatte i ulike stillingskategorier samt forholdet mellom kvinner og menns lønn.

Tabell 8 Kjønn og lønn fordelt på ulike stillingskategorier per 31.12.2016

	Kjønnsbalanse		Kvinner andel av menns lønn	
	K %	M %	K %	M %
Avdelingsdirektør	57,1	42,9	95,9	100,0
Mellomledernivå (fagsjef og underdirektør)	72,7	27,3	96,0	100,0
Seniorrådgivere	66,7	33,3	94,8	100,0
Rådgivere	70,0	30,0	107,4	100,0
Førstekonsulenter og konsulenter	87,5	12,5	91,5	100,0
Andre stillinger ¹	50,0	50,0	95,2	100,0
Totalt i virksomheten	68,0	32,0	94,7²	100,0

¹ herunder særlig uavhengige stillinger (fagdirektør, utredningsleder, prosjektleder etc.)

² utredningsleder og prosjektleder i lav stillingsprosent er ikke tatt med i lønnsstatistikken

Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)

IA-avtalen har tre delmål som skal ha særlig fokus: sykefravær, personer med redusert funksjonsevne og avgangsalder.

Målet i Statens helsetilsyns lokale IA-avtale er at sykefraværet skal være under 4 %. Sykefraværet har vært stabilt og lavt de senere årene og målet er oppfylt.

Statens helsetilsyn en relativt stor andel ansatte over 62 år og i 2016 utgjorde denne aldersgruppen 15 ansatte (av 115 totalt). Statens helsetilsyn legger til rette for eldre arbeidstakere ved blant annet mulighet for fleksible arbeidsformer.

Som et virkemiddel for å stimulere eldre arbeidstakere til å forlenge yrkeskarrieren, gis alle ansatte over 62 år tjenestefri med lønn i 14 dager per år (8 dager er avtalt sentralt og 6 dager er avtalt lokalt, jf. HTA § 5.6.1).

V Vurdering av framtidutsikter

Vi er midt i virkeperioden for vår strategiske plan for perioden 2015–2019. Planen, vårt formål og våre mål for perioden er beskrevet på side 14 i denne rapporten og gjentas ikke her. De strategiske områdene ligger til grunn når vi her beskriver hvordan vi vurderer tilsynets framtidutsikter og hvordan vi vil møte disse.

Statlig tilsyn med velferdstjenestene er gjenstand for en kontinuerlig samfunnsmessig vurdering. Slik skal det være – tilsynet skal ha høy samfunnsmessig legitimitet for å kunne bidra til at tjenestene holder den kvalitet loven krever. Tilsynet skal være relevant for brukere og for tjenestene og skal bruke metoder som er effektive, åpne og tilpasset den hendelsen eller den problemstillingen som skal undersøkes.

Tilsynets kvalitet og effektivitet vil i årene fremover påvirkes av en rekke forhold av svært ulik karakter. Noen er interne og handler om lokaler, rekruttering og kompetanse, andre er samfunnsendringer som strukturendringer i kommunal og regional forvaltning og etablering av en egen undersøkelseskomisjon for helsetjenesten. Regelverket fornyes, et offentlig utvalg foreslår for eksempel ny barnevernslov (NOU 2016:16 *Ny barnevernslov*). NOU 2015:11 *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene* foreslår en rekke endringer i helse- og omsorgslovgivningen som også vil ha betydning for utøvelse av godt tilsyn. Utvikling av de ulike fagområdene vi har tilsyn med og endringer i organisering av tjenestene skal også påvirke tilsynet.

Helsetilsynets budsjetter er redusert de siste par årene. Vi legger vekt på å opprettholde den delen av driften som er knyttet til kompetanseoppbygging og dialog med fylkesmennene og flytter aktiviteter på disse områdene over til elektroniske plattformer så langt vi finner forsvarlig. Våre erfaringer så lang er gode og vil videreutvikles fremover. I det vesentlige har budsjettreduksjonen måttet tas ut der utgiftene er størst, det vil si ved en reduksjon i antall årsverk med ca 10 % de siste to årene. Denne reduksjonen er gjennomført ved at ledige stillinger ikke blir besatt. Det gir på kort sikt ikke mulighet for å styre sammensetning av nødvendige kompetanse. Kapasiteten til å nå våre mål når det gjelder varselordningen, stedlig tilsyn og behandling av tilsynssaker påvirkes, men fordi dette er arbeidsområder av stor betydning for enkeltmennesker har vi søkt, og vil fortsatt søke, å kompensere disse områdene ved ledighet i stillinger.

Vi har ambisjoner om å videreføre, og helst øke, fylkesmennenes og vårt aktivitetsnivå når det gjelder det forebyggende, risikobaserte planlagte tilsynet. Det er dette tilsynet som best sikrer «det neste barnet» eller «den neste pasienten». Balanseringen mellom våre to hovedtyper av oppgaver, den reaktive hvor vi behandler saker som kommer inn på en faglig god måte innen forsvarlige tidsrammer, og det proaktive

planlagte tilsynet er en kontinuerlig utfordring som tvinger frem effektivisering og prioritering.

For å være en faglig og tematisk relevant tilsynsetat må vi analysere og formidle våre egne resultater. Vi må også analysere og bedømme hvordan annen kunnskap om for eksempel sosiale forhold, sykkelighet og befolknings sammensetning, skal påvirke tilsynets risikovurderinger og prioriteringer. For å realisere ambisjonene i strategisk plan er det nødvendig å styrke dette arbeidet i årene fremover.

Når tilsynsmyndigheten skal bedømme faglig forsvarlighet i kompetansesterke virksomheter må vi selv ha høy fagkompetanse. Det er ikke mulig for fylkesmenn og heller ikke for Helsetilsynet å ha all tjenestefaglig kompetanse blant egne ansatte, selv om vi legger stor vekt på å ha en kompetansesammensetning som speiler tjenestene. Vi vil i økende grad ha behov for å hente inn spisskompetanse både på barnevern og på medisin til vurdering av enkeltsaker og som deltakere i planlagt forebyggende tilsyn. Vi må gjøre en kontinuerlig avveining av forholdet mellom ressurser brukt på lønn til faste stillinger og ressurser til å innhente spisskompetanse.

Effektivisering og ressursbruk vil å være et tema for tilsynsmyndighetene i årene fremover. Fylkesmennene og Helsetilsynet har tatt ut en betydelig effektiviseringsgevinst de senere årene. Det har ført til at saksbehandlingstider ikke har økt i samme grad som økningen i antall saker. Vi ser at vi de nærmeste årene vil ha en betydelig utfordring med å opprettholde både forsvarlige saksbehandlingstider og et tilfredsstillende omfang på forebyggende planlagt tilsyn. Vi ser med bekymring på en utvikling der enkeltsaker etter hendelser kan bli tilsynets tilnærmet eneste fokus. Som fagdirektorat på tilsyn med sentrale velferdsoppgaver er det vår oppgave å gjennomføre forebyggende undersøkelser av kommuner og virksomheter basert på en vurdering av risiko for svikt med sikte på å understøtte virksomhetenes eget ansvar for å drive kontinuerlig forbedring.

Vi er ikke tilfreds med det antall stedlige tilsyn vi har kapasitet til å gjennomføre på bakgrunn av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Vi må behandle hvert enkelt varsel forsvarlig og sikre tilsynsmessig oppfølging. Økningen i antall varsler har ført til en dreining i aktiviteten fra stedlige tilsyn og til mottak, vurdering og oppfølging av varsler. Det er ingen tegn til at antallet varsler skal reduseres fremover. Vi vil i årene som kommer kontinuerlig måtte vurdere prioritering av arbeidsoppgaver innen hele Helsetilsynets oppgaveportefølje, men kan på kort sikt ikke se at vi vil ha kapasitet til en ønsket økning i antall stedlige tilsyn.

Den overgripende kanskje viktigste endringen som har betydning for tilsyn fremover er at involvering av pasienter, pårørende og brukere skal gjennomføres i alt tilsynsarbeid. Vi er godt i gang, men langt fra i mål, når det gjelder å bringe de det gjelder inn i tilsynsarbeidet. Vi er overbevist om at samarbeidet er helt nødvendig for å videreutvikle tilsynets kvalitet og sikre relevante prioriteringer, og vil prioritere utvikling og gjennomføring av et slikt samarbeid i enkeltsaker og i det forebyggende planlagte tilsynet.

Vi står foran en fortsatt utvikling av befolkningens kompetanse om egen helse og rett til de ulike tjenestene. Det øker presset på de virkemidlene som skal ivareta sikkerhet og kvalitet. Samtidig ser vi en mulig økende todeling i samfunnet. De som av ulike grunner ikke har kompetanse og kapasitet til å ivareta egne rettigheter øker ikke nødvendigvis i antall, men utenforskap kan se ut til å gi mer alvorlige følger for den enkelte. Tilsynsmyndigheten må følge utviklingen og legge vekt på over-

våkingsfunksjonen for å sikre at vi har tilstrekkelig kunnskap om situasjonen for rusmisbrukere, mennesker med utviklingshemming, barnevernbarn og andre til at vi kan gjøre riktige prioriteringer i tråd med lovens krav til likhet og kvalitet.

Det arbeides med reformer som vil påvirke tilsynets fremtid. Etableringen av en egen undersøkelseskommisjon for helsetjenestene vil innebære behov for etablering av gode samarbeidsrutiner og avklaring av roller og oppgaver. Det må legges til rette for god informasjon til tjenestene og befolkningen slik at det blir lett å finne frem til hvem og hvordan tilsyn og gransking skal iverksettes. I skrivende stund legger vi til grunn at en kommisjon vil ha oppgaver som supplerer, men ikke erstatter tilsyn.

Kommunereform vil heller ikke i seg selv føre til vesentlige endringer i tilsynets arbeidsoppgaver. Metodeutvikling og metodetilpasning av tilsyn og god oppfølging etter tilsyn, sammen med en økende profesjonalisering av kommunenes egne styringsverktøy, vil påvirke hvordan tilsynet gjennomføres. I nær fremtid ser vi ikke at det vil bli mindre behov for å behandle enkeltsaker eller gjennomføre forebyggende risikobasert tilsyn i sammenslåtte kommuner. Vi vil også peke på at selve sammenslåingsprosessen i seg selv kan innebære risiko for at fokus skifter fra tjenestekvalitet til organisering i en periode, og dette kan øke snarere enn å redusere behovet for tilsyn.

Regionaliseringen og endringen i fylkesmannsstrukturen vil ha betydning for tilsyn og for Helsetilsynets overordnede rolle. En samling av ressurser til tilsyn med spesialisthelsetjenester og med det ikke-kommunale barnevernet vil styrke muligheten til å rekruttere og beholde robuste fagmiljøer med kompetanse og legitimitet. Vi har i vår høringsuttalelse til NOU 2015:11 anbefalt at tilsyn med spesialisthelsetjenesten legges til fire eller fem fylkesmenn og at tilsyn med kommunale helsetjenester ligger hos alle fylkesmenn uavhengig av antallet embeter. Også tilsyn med kommunene vil kunne styrkes ved en samling av ressurser, men det må da kompenseres der det blir større avstand mellom det enkelte embete og den enkelte kommune.

NOU 2015:11 gir en rekke anbefalinger om endringer både i tilsynsmyndighetenes struktur, i regelverk som har betydning for tilsyn og om gjennomføring av relevant og godt tilsyn.

Forslaget om å etablere varselordning for kommunale helse- og omsorgstjenester vil ha vesentlig betydning for tilsynsmyndighetene dersom ordningen legges til oss. Erfaringer beskrevet andre steder i denne årsrapporten viser at mottak og vurdering av varsler og den tilsynsmessige oppfølgingen er stimulerende for metode- og kompetanseutvikling og samtidig svært arbeidskrevende.

Utvalget foreslår også en utvidelse av varselordningene slik at også pasienter og pårørende kan varsle. Vi er positive til en slik utvidelse. Den vil imidlertid etter vår vurdering føre til behov for etablering av en elektronisk varslingsplattform, eller meldeportal, for alle de ulike varselordningene. En meldeportal vil kunne bidra til at ansatte og brukere veiledes til den rette varselordningen. En meldeportal vil også kunne gi pasienter, pårørende og brukere nødvendig informasjon om hvordan varsler behandles og følges opp.

Helsetilsynets forskningsprosjekt om effekt av tilsyn vil bli ferdigstilt i løpet av de neste to årene. Den vil gi oss verdifull kunnskap om hvordan tilsynet skal forbedres fremover. Vi mener det er behov for en tilsvarende undersøkelse av effekten av barneverntilsyn og vil ta initiativ til dette.

NOU 2015:11 tar opp spørsmål om tilsynsmyndighetens reaksjonsformer overfor helsepersonell og om endring av terskelen for begrensnig og tilbakekall av autorisasjon og lisens på bakgrunn av faglig svikt. Vi har anbefalt at reaksjonssystemet, inkludert bruk av advarsel, gjennomgås i en bred evaluering for å se på effekt og hensiktsmessighet av de ulike reaksjonene. Vi kjenner i skrivende stund ikke resultatet av lovgivers arbeid med disse spørsmålene.

Helse- og omsorgsministeren og Barne- og likestillingsministeren har gått sammen om å stille krav til tjenestene om samarbeid om barn som trenger både barnevern og psykisk helsevern. Helsetilsynet ser at det også er klare forventninger til at også fylkesmennene og vi selv skal intensivere den samhandling om tilsyn på tvers av disse tjenestene som blant annet den såkalte «Ida-saken» har aktualisert.

Det samme samarbeidet må tilsynsmyndighetene i årene som kommer også forventes å ha når det gjelder tilsyn med tjenester til voksne med psykiske lidelser, rusproblematikk og eldre med psykiske lidelser og andre grupper som har behov for tilpassede og dynamiske tjenester fra flere sektorer.

Helsetilsynet har ambisiøse mål for forbedring av tilsyn og tilpasning til samfunnets endringer i 2017 og årene fremover. I 2017 skal vi flytte til nye lokaler sentralt plassert i Oslo. Våre ansatte skal der tilpasse seg nye arbeidsformer og mindre plass med de utfordringer og muligheter det fører med seg. Vi skal også i 2017 videreføre og videreutvikle et tett og godt samarbeid med den nye konsernet for administrative tjenester i Norsk helsenett som skal samle og tilby tjenester og kompetanse på de ulike administrative funksjonene et veldrevet fagdirektorat er avhengig av i den daglige drift.

VI Årsregnskap 2016

Ledelseskommmentar årsregnskapet 2016

Formål

Statens helsetilsyn er et statlig forvaltningsorgan som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og som fører regnskap i henhold til kontantprinsippet. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i NAV og helse- og omsorgstjenester, er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet og hovedinstruks for økonomiforvaltning i Statens helsetilsyn fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 26. juni 2014. Regnskapet gir et bilde av disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter og inntekter.

Vurderinger av vesentlige forhold

I 2016 har Statens helsetilsyn samlet disponert tildelinger på utgiftssiden pålydende kr 116 422 000, jf. bevilgningsrapporteringen og note A. Regnskapet for 2016 viser en mindretgift på kr 3 141 230, jf. note B.

Mellomværende med statskassen utgjorde pr 31.12.16 kr - 4 162 935.

Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d., men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2017.

Oslo, 15. mars 2017



Heidi Merete Rudi
fungerende direktør

Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskap for statlige virksomheter er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten («bestemmelsene»). Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av november 2015 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av overordnet departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene samsvarer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen «Netto rapportert til bevilgningsregnskapet» er lik i begge oppstillingene.

Virksomheten er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1. Bruttobudsjetterte virksomheter tilføres ikke likviditet gjennom året men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

Bevilgningsrapporteringen

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen, og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstillstand som virksomheten har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet virksomheten har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser virksomheten står oppført med i statens kapitalregnskap.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsoppstillingen.

Artskontorapporteringen

Oppstillingen av artskontorapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter, og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorapporteringen viser regnskapstall virksomheten har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Virksomheten har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.



STATENS HELSETILSYN
Org. nr.: 974761394

Riksrevisjonens beretning

Til Statens helsetilsyn

Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

Konklusjon

Riksrevisjonen har revidert Statens helsetilsyns årsregnskap for 2016. Årsregnskapet består av ledelseskommmentarer og oppstilling av bevilgnings- og artskontorrapportering, inklusive noter til årsregnskapet for regnskapsåret avsluttet per 31. desember 2016.

Etter Riksrevisjonens mening gir Statens helsetilsyns årsregnskap et rettviseende bilde av virksomhetens disponible bevilgninger, inntekter og utgifter i 2016 og av mellomværende med statskassen per 31. desember 2016, i samsvar med regelverk for statlig økonomistyring.

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet under «Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet». Vi er uavhengige av virksomheten slik det kreves i lov og instruks om Riksrevisjonen og de etiske kravene i ISSAI 30 fra International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI's etikkregler), og vi har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene og INTOSAI's etikkregler. Etter Riksrevisjonens oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Øvrig informasjon i årsrapporten

Ledelsen er ansvarlig for årsrapporten, som består av årsregnskapet (del VI) og øvrig informasjon (del I–V). Riksrevisjonens uttalelse om revisjonen av årsregnskapet og uttalelsene om etterlevelse av administrative regelverk dekker ikke øvrig informasjon i årsrapporten (del I–V), og vi attesterer ikke denne informasjonen.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det revisors oppgave å lese øvrig informasjon i årsrapporten. Formålet er å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom øvrig informasjon og årsregnskapet, kunnskapen opparbeidet under revisjonen, eller hvorvidt den øvrige informasjonen tilsynelatende inneholder vesentlig feilinformasjon. Dersom det konkluderes med at den øvrige informasjonen inneholder vesentlig feilinformasjon, er Riksrevisjonen pålagt å rapportere dette i revisjonsberetningen.

Ledelsens og overordnet departements ansvar for årsregnskapet

Ledelsen er ansvarlig for å utarbeide et årsregnskap som gir et rettviseende bilde i samsvar med regelverk for økonomistyring i staten. Ledelsen er også ansvarlig for å etablere den interne kontrollen som de finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Overordnet departement har det overordnede ansvar for at virksomheten rapporterer relevant og pålitelig resultat- og regnskapsinformasjon og har forsvarlig internkontroll.

Riksrevisjonens oppgaver og plikter

Målet med revisjonen er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som gir uttrykk for Riksrevisjonens konklusjon. Betryggende sikkerhet er et høyt sikkerhetsnivå, men det er ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og internasjonale standarder for offentlig revisjon (ISSAI 1000–2999) alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir ansett som vesentlig dersom den, enkeltvis eller samlet, med rimelighet kan forventes å påvirke beslutningene som treffes av brukere på grunnlag av årsregnskapet.

Som del av en revisjon i samsvar med *lov om Riksrevisjonen, instruks om Riksrevisjonens virksomhet* og ISSAI 1000–2999, utøver revisor profesjonelt skjønn og utviser profesjonell skepsis gjennom hele revisjonen.

Revisor identifiserer og anslår risikoene for vesentlig feilinformasjon i årsregnskapet, enten det skyldes misligheter eller utilsiktede feil. Revisjonshandlinger utformes og gjennomføres for å håndtere slike risikoer, og tilstrekkelig og hensiktsmessig revisjonsbevis innhentes som grunnlag for revisors konklusjon. Risikoen for at vesentlig feilinformasjon som følge av misligheter ikke blir avdekket er høyere enn for feilinformasjon som skyldes utilsiktede feil. Dette skyldes at misligheter kan innebære samarbeid, forfalskning, bevisste utelatelser, feilpresentasjoner, eller overstyring av intern kontroll.

Revisor gjør også følgende:

- opparbeider en forståelse av den interne kontroll som er relevant for revisjonen, for å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av virksomhetens interne kontroll
- evaluerer hensiktsmessigheten av regnskapsprinsippene som er brukt, og rimeligheten av tilhørende opplysninger som er utarbeidet av ledelsen
- evaluerer den totale presentasjonen, strukturen og innholdet i årsregnskapet, herunder tilleggsopplysningene, og hvorvidt årsregnskapet representerer de underliggende transaksjonene og hendelsene på en måte som gir et rettvisende bilde

Revisor kommuniserer med ledelsen og informerer overordnet departement, blant annet om det planlagte omfanget av revisjonen og til hvilken tid revisjonsarbeidet skal utføres. Revisor vil også kommunisere om forhold av betydning som er avdekket i løpet av revisjonen, herunder eventuelle svakheter av betydning i den interne kontrollen.

Av de forholdene som kommuniseres med ledelsen og som overordnet departement blir informert om, tar revisor standpunkt til hvilke som er av størst betydning ved revisjonen av årsregnskapet, og avgjør om disse regnes som sentrale forhold ved revisjonen. Disse beskrives i så tilfelle under eget avsnitt i revisjonsberetningen, med mindre lov eller forskrift hindrer offentliggjøring. Forholdene omtales ikke i beretningen hvis Riksrevisjonen beslutter at de negative konsekvensene av en slik offentliggjøring med rimelighet må forventes å være større enn offentlighetens interesse av at saken blir omtalt. Dette vil bare være aktuelt i ytterst sjeldne tilfeller.

Dersom Riksrevisjonen gjennom revisjon av årsregnskapet får indikasjoner på vesentlige brudd på administrative regelverk for økonomistyring, gjennomføres utvalgte revisjonshandlinger for å kunne gi uttalelse om hvorvidt det er vesentlige brudd på disse.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon knyttet til administrative regelverk for økonomistyring

Vi gir en uttalelse med moderat sikkerhet på om vi er kjent med forhold som tilsier at virksomhetens disponering av bevilgningene i vesentlig grad er i strid med administrative regelverk for økonomistyring.

Uttalelsen bygger på ISSAI 4000-serien for etterlevelsesrevisjon. Moderat sikkerhet for uttalelsen oppnås gjennom revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi finner nødvendig.

Basert på revisjon av årsregnskapet og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til ISSAI 4000-serien, er vi ikke kjent med forhold som tilsier at virksomhetens disponering av bevilgningene er i strid med administrative regelverk for økonomistyring.

Oslo; 28.04.2017

Etter fullmakt

Tora Struve Jarlsby
ekspedisjonssjef

Ola Hollum
avdelingsdirektør

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur

Regnskap 2016

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Rapport kjørt: 27.02.2017

Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2016

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merutgift (-) og mindretgift
0702	Spesielle driftsutgifter	21		B		200 000	-200 000
0721	Driftsutgifter	01		A, B	116 422 000	110 072 171	6 349 829
0854	Spesielle driftsutgifter	21		B		1 486 108	-1 486 108
1633	Nettoordning for mva i staten	01			0	1 924 974	
<i>Sum utgiftsført</i>					116 422 000	113 683 253	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merinntekt og mindreinntekt(-)
3721	Leieinntekter	02		B	91 000	95 552	4 552
3721	Diverse inntekter	04		B	1 728 000	1 726 852	-1 148
5309	Tilfeldige inntekter, ymse	29			0	150 384	
5700	Arbeidsgiveravgift	72			0	11 247 092	
<i>Sum inntektsført</i>					1 819 000	13 219 880	

<i>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</i>						100 463 372	
Kapitalkontoer							
60048201	Norges Bank KK /innbetalinger					3 465 261	
60048202	Norges Bank KK/utbetalinger					-103 727 570	
707004	Endring i mellomværende med statskassen					-201 063	
<i>Sum rapportert</i>						0	

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)				31.12.2016	31.12.2015	Endring
707004	Mellomværende med statskassen			-4 162 935	-3 961 872	-201 063

* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
72 101		116 422 000	116 422 000
XXXXXX			0
XXXXXX			0
XXXXXX			0

Note B Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter/ mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Ondisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
72 101		6 349 829	-3 212 003	3 137 826	3 404			3 141 230	[5% av årets tildeling i note A]	3 141 230
xxxx21	"kan nytes under post 01"			0				0	[5% av årets tildeling i note A]	
xxxx21				0				0	[5% av årets tildeling i note A]	
xxxx45	"kan overføres"			0				0		
xxxx45				0				0	[Sum årets og forårets tildeling]	
xxxx70				0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
xxxx75	"overslagsbevilgning"			0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres". Se årlig rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.										

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter

Statens helsetilsyn har mottatt en belastningsfullmakt på kr 200 000 på kapittel 0702 post 21, som er benyttet fullt ut. Statens helsetilsyn har mottatt belastningsfullmakter på totalt 2 525 000 millioner kroner på kapittel 0854 post 21, som er benyttet kr 1 486 108.

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre)

Statens helsetilsyn har gitt belastningsfullmakter knyttet til brukerinvolvering til fylkesmennene tilsvarende 3 708 000 millioner kroner.

Mulig overførbart beløp

Ubrukt bevilgning på kapittel/post 0721/01 beløper seg til kr 3 141 230. Da dette beløpet er under grensen på 5% regnes hele beløpet som mulig overføring til neste budsjettår.

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2016

	Note	2016	2015
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	0	0
Salgs- og leieinntekter	1	1 822 404	1 275 307
Andre inntekter	1	0	0
<i>Sum inntekter fra drift</i>		1 822 404	1 275 307
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	91 338 284	94 565 850
Andre utbetalinger til drift	3	20 124 499	22 196 707
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		111 462 783	116 762 558
Netto rapporterte driftsutgifter		109 640 379	115 487 251
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling til investeringer	5	293 406	694 213
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	2 089	2 637
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		295 495	696 850
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		295 495	696 850
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	0	800 000
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0	800 000
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		150 384	160 656
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		11 247 092	11 624 708
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		1 924 974	2 426 772
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		-9 472 502	-9 358 592
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		100 463 372	106 025 508

Oversikt over mellomværende med statskassen **

Eiendeler og gjeld	2016	2015
Fordringer	57 453	0
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-4 220 180	-3 998 090
Skyldige offentlige avgifter	0	-1 009
Annen gjeld	-208	37 227
Sum mellomværende med statskassen	8	-4 162 935

* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

** Spesifiser og legg til linjer ved behov.

Virksomhet S1 - Statens helsetilsyn (SFK)**Note 1 Innbetalinger fra drift**

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Sum innbetalinger fra gebyrer	0	0
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	0	0
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Diverse inntekter (post 01-29)	1 726 852	822 626
Leieinntekter	95 552	452 681
Sum salgs- og leieinnbetalinger	1 822 404	1 275 307
<i>Andre innbetalinger</i>		
Sum andre innbetalinger	0	0
Sum innbetalinger fra drift	1 822 404	1 275 307

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)**Note 2 Utbetalinger til lønn**

	31.12.2016	31.12.2015
Lønn	79 544 101	82 845 029
Arbeidsgiveravgift	11 247 092	11 624 708
Pensjonsutgifter*	0	0
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-1 209 959	-1 565 326
Andre ytelser	1 757 051	1 661 440
Sum utbetalinger til lønn	91 338 284	94 565 850
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
Antall årsverk:	108	117

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)**Note 3 Andre utbetalinger til drift**

	31.12.2016	31.12.2015
Husleie	7 680 609	7 678 020
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	68 205	152 071
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	1 118 742	1 535 287
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	1 060 030	657 016
Mindre utstyrsanskaffelser	132 921	461 397
Leie av maskiner, inventar og lignende	592 399	802 323
Kjøp av fremmede tjenester	2 258 525	2 048 059
Reiser og diett	1 879 626	2 821 405
Øvrige driftsutgifter	5 333 441	6 041 128
Sum andre utbetalinger til drift	20 124 499	22 196 707

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
Sum innbetaling av finansinntekter	0	0

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	2 089	2 637
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	2 089	2 637

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	111 874	342 558
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	181 532	351 655
Sum utbetaling til investeringer	293 406	694 213

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetaling til kjøp av aksjer	0	0

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2016	31.12.2015
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	0	800 000
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	0	800 000

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2016	31.12.2015
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	0	0

Virksomhet: S1 - Statens helsetilsyn (SFK)

Rapport kjørt: 27.02.2017

Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

	31.12.2016 Spesifisering av bokført avregning med statskassen	31.12.2016 Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
Sum	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	17 325	0	17 325
Andre fordringer	57 453	57 453	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
Sum	74 778	57 453	17 325
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-3 375 288	0	-3 375 288
Skyldig skattetrekk	-4 220 180	-4 220 180	0
Skyldige offentlige avgifter	0	0	0
Annen kortsiktig gjeld	-208	-208	0
Sum	-7 595 676	-4 220 388	-3 375 288
Sum	-7 520 898	-4 162 935	-3 357 963

* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler

	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balanseført egenkapital i selskapet	Balanseført verdi i regnskap*
<i>Aksjer</i>							
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
Balanseført verdi 31.12.2016							0

* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balanseført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.

VII Vedlegg – tabeller og detaljert tallmateriale

Barnevern

Vedlegg tabell 1 Barnevern – Fylkesmennenes tilsynsbesøk og samtaler med barn i barnevernsinstitusjoner 2014–2016

Fylkesmannen i	Gjennomførte tilsyn				Antall samtaler med barn			Andel samtaler ut fra barn i institusjonene, 2016	
	2014	2015	2016	Andel uanmeldt i 2016	2014	2015	2016	Tilbud om samtale	Gjennomført samtale
Østfold	102	90	79	34 %	183	129	70	74 %	28 %
Oslo og Akershus	155	144	135	44 %	150	122	110	67 %	30 %
Hedmark	50	62	67	45 %	83	102	91	73 %	57 %
Oppland	74	62	53	81 %	134	91	67	81 %	55 %
Buskerud	35	34	50	46 %	60	56	82	86 %	71 %
Vestfold	31	34	29	48 %	61	85	85	77 %	70 %
Telemark	34	35	29	52 %	65	39	35	75 %	44 %
Aust- og Vest-Agder	98	70	106	37 %	156	99	121	82 %	65 %
Rogaland	68	70	68	37 %	116	103	104	97 %	57 %
Hordaland	118	121	102	29 %	78	129	99	98 %	41 %
Sogn og Fjordane	18	19	15	20 %	47	42	47	82 %	61 %
Møre og Romsdal	16	21	30	31 %	58	53	38	75 %	47 %
Sør-Trøndelag	61	39	51	45 %	160	156	103	91 %	75 %
Nord-Trøndelag	12	11	10	40 %	42	38	42	39 %	63 %
Nordland	13	12	17	47 %	62	55	44	84 %	65 %
Troms	60	71	53	35 %	74	96	76	87 %	68 %
Finmark	4	6	10	22 %	17	24	15	100 %	42 %
Hele landet	949	901	904	35 %	1546	1419	1229	80 %	51 %

Vedlegg tabell 2 Barnevern – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Utfall av behandlingen 2016 ¹			
	2014	2015	2016	Avsluttet med lokal avklaring ²	Ingen bemerkning	Råd/veil. gitt, men ikke lovbrudd	Påpekt lovbrudd
Østfold	45	45	49	24	11	18	23
Oslo og Akershus	80	173	149	24	68	38	109
Hedmark	43	46	32	7	18	12	40
Oppland	44	51	45	20	9	4	24
Buskerud	66	51	61	8	32	16	16
Vestfold	44	40	26	13	15	3	8
Telemark	15	44	15	1	11	1	6
Aust- og Vest-Agder	58	64	41	9	10	3	48
Rogaland	71	91	74	12	50	6	45
Hordaland	66	82	85	22	61	3	59
Sogn og Fjordane	34	35	21	3	11	5	17
Møre og Romsdal	34	28	21	7	10	2	10
Sør-Trøndelag	30	36	25	4	17	10	16
Nord-Trøndelag	34	44	47	20	18	3	42
Nordland	58	66	57	13	19	10	63
Troms	77	49	41	5	14	6	62
Finmark	49	28	25	2	24	3	52
Sum	848	973	814	194	398	143	640

1 Flere forhold kan bli vurdert i en tilsynssak. Det er derfor flere vurderte bestemmelser enn saker. Majoriteten (1050) av vurderingene gjelder kommunale barneverntjenester. 81 av vurderingene gjelder barnevernsinstitusjoner, 5 gjelder omsorgssentre og sentre for foreldre og barn, og 45 Bufetat.

2 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Vedlegg tabell 3 Barnevern – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene i 2016 fordelt på lovbestemmelser etter barnevernloven

Vurderte bestemmelser i 2016	Antall ganger vurdert	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
Barneverntjeneste (kommunal)	1 050	33 %	12 %	55 %
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	14	9	4	1
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	203	56	20	127
Bvl. § 2-1 Kommunens oppgaver	24	6	6	12
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	1	1	-	-
Bvl. § 2-3 tredje ledd Internkontroll	6	-	2	4
Bvl. § 3-2a Plikt til å utarbeide individuell plan	5	-	1	4
Bvl. § 4-1 første ledd Barnets beste	3	1	-	2
Bvl. § 4-1 annet ledd Medvirkning og til-litsperson	4	-	-	4
Bvl. § 4-2 Meldinger til barneverntjenesten	64	32	3	29
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barnevern-tjenesten til å foreta undersøkelser	141	57	11	73
Bvl. § 4-4 Hjelpetiltak for barn og barne-familier	72	33	11	28
Bvl. § 4-5 Oppfølging av hjelpetiltak	60	17	3	40
Bvl. §§ 4-6, 4-9 og 4-25 Midlertidige og foreløpige vedtak	8	3	2	3
Bvl. § 4-13 Iverksetting av vedtak om omsorgsovertakelse	3	3	-	-
Bvl. § 4-15 tredje ledd Plan for barnets omsorgssituasjon	9	1	1	7
Bvl. § 4-15 fjerde ledd Plan for framtidige tiltak (etter fylte 18 år)	2	1	-	1
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	87	31	21	35
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	53	16	7	30
Bvl. § 4-28 Tiltaksplan	2	1	-	1
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	53	15	5	33
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saks-behandlingen	69	21	5	43
Bvl. § 6-4 første ledd Innhenting av opplysninger	5	3	-	2
Bvl. § 6-7a Tilbakemelding til melder	18	1	1	16
Bvl. § 6-9 Frister	34	3	3	28
Bvl. § 7-10 annet ledd Barnevern-tjenestens innledning til sak	21	2	-	19
Bvl. § 8-1 Oppholdskommunens ansvar	3	1	2	-
Bvl. Andre plikter	86	32	18	36
Barneverninstitusjon	81	51 %	14 %	36 %
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	32	21	2	9
Bvl. § 2-3 tredje ledd Internkontroll	1	-	-	1
Bvl. § 4-16 Oppfølging av vedtak om omsorgsovertakelse	1	-	-	1
Bvl. § 5-1 Ansvar for institusjoner	1	-	-	1

Vurderte bestemmelser i 2016	Antall ganger vurdert	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
Bvl. § 5-4 Inntak i og utskrivning fra institusjon	1	-	-	1
Bvl. § 5-9 Rettigheter under opphold i institusjon	36	15	9	12
Bvl. § 5-9a Rettigheter under opphold i senter for foreldre og barn	1	1	-	-
Bvl. § 5-10 Generelle krav til institusjoner og sentre for foreldre og barn	2	1	-	1
Bvl. § 6-1 Anvendelse av forvaltningsloven	1	1	-	-
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	1	1	-	-
Bvl. Andre plikter	4	1	-	3
Omsorgssenter	3	33 %	0 %	67 %
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	2	1	-	1
Bvl. § 5-10 Generelle krav til institusjoner og sentre for foreldre og barn	1	-	-	1
Senter for foreldre og barn	2	0%	100%	0%
Bvl. § 4-3 Rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser	1	-	1	-
Bvl. § 5-9a Rettigheter under opphold i senter for foreldre og barn	1	-	1	-
Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)	45	22 %	9 %	69 %
Bvl. § 1-4 Krav til forsvarlighet	14	2	1	11
Bvl. § 2-3 annet ledd Bistand ved plassering av barn m.m.	26	8	2	16
Bvl. § 4-22 Fosterhjem	1	-	-	1
Bvl. § 6-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen	1	-	-	1
Bvl. Andre plikter	3	-	1	2

Vedlegg tabell 4 Barnevern – Klagesaker mot barneverntjenester (kommuner) og barnevernsinstitusjoner behandlet av fylkesmennene 2014–2016

Fylkesmannen i	Avsluttede klagesaker, barneverntjenester			Utfall 2016			Avsluttede klagesaker, institusjoner				Utfall 2016		2016 prosent behandl. innen 3 md
	2014	2015	2016	Stadfestet	Endret	Opphevet	2013	2014	2015	2016	Ikke medhold	Medhold	
Østfold	3	9	1	-	-	1	26	41	20	41	33	9	79 %
Oslo og Akershus	39	26	29	12	12	7	75	156	91	128	140	28	91 %
Hedmark	11	2	6	5	1	-	20	36	30	28	26	9	91 %
Oppland	4	2	5	1	1	3	18	11	10	13	11	3	94 %
Buskerud	17	11	16	9	3	6	27	15	18	17	10	8	88 %
Vestfold	10	4	3	3	-	-	36	25	18	26	24	5	100 %
Telemark	7	3	2	2	-	-	14	12	7	15	14	3	100 %
Aust- og Vest-Agder	2	8	5	3	1	1		32	36	28	31	9	100 %
Rogaland	6	9	7	5	2	-	55	61	36	50	34	20	100 %
Hordaland	14	22	20	13	2	6	37	53	45	52	46	12	92 %
Sogn og Fjordane	2	1	1	1	-	-	7	17	7	14	12	3	93 %
Møre og Romsdal	-	3	6	4	1	1	8	8	12	9	11	2	80 %
Sør-Trøndelag	7	8	7	5	1	1	22	9	4	20	23	2	100 %
Nord-Trøndelag	1	6	4	1	2	2	6	9	21	18	13	8	50 %
Nordland	6	5	6	4	2	-	4	15	10	8	8	-	93 %
Troms	4	8	3	1	-	2	41	21	36	26	28	5	100 %
Finnmark	2	2	-		-	-	10	4	1	11	16	2	100 %
Sum	135	129	121	69	28	30	406	525	402	504	480	128	92 %

Vedlegg tabell 5 Barnevern – Klagesaker behandlet av fylkesmennene i 2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall

Vurderte bestemmelser	Antall ganger vurdert	Stadfestet/ ikke medhold	Endret helt eller delvis/ medhold	Opphevet, tilbakesendt for ny behandling
Bvl. § 1-3 annet ledd Ettervern	31	11	9	11
Bvl. § 4-4 første ledd Råd og veiledning	4	3		1
Bvl. § 4-4 annet ledd Hjelpetiltak	52	32	10	10
Bvl. § 4-4 fjerde ledd Plass i fosterhjem/institusjon	0			
Bvl. Andre rettigheter	40	23	9	8
Sum – barneverntjenester (kommunale)	127	69	28	30
Rettighetsforskr. § 14 Tvang i akutte faresituasjoner	194	141	53	
Rettighetsforskr. § 15 Kroppsvisitasjon	33	24	9	
Rettighetsforskr. § 16 Ransaking av rom og eiendeler	75	57	18	
Rettighetsforskr. § 17 Beslaglegn., tilintetgjøring eller overlev.politi	46	38	8	
Rettighetsforskr. § 22 Bevegelsesbegrensinger	89	81	8	
Rettighetsforskr. § 23 Besøk i institusjonen	8	8		
Rettighetsforskr. § 24 Elektroniske kommunikasjonsmidler	98	88	10	
Rettighetsforskr. Andre rettigheter	65	43	22	
Sum – barneverninstitusjoner	608	480	128	0

Sosiale tjenester

Vedlegg tabell 6 Sosiale tjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og oppfølging av egenvurderinger etter sosialtjenesteloven 2014–2016

Fylke	2014	2015	2016				
	Antall systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Antall systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Antall systemrevisjoner	Egenvurderinger o.a.	Volumverdi	Volumkrav fordelt	Resultat
Østfold	4	2	3	7	5,3	6	88 %
Oslo og Akershus	10	7	7	12	11	12	92 %
Hedmark	5	4	1	8	4	5	80 %
Oppland	9	6	1	9	4,5	5	90 %
Buskerud	5	7	2	0	2	6	33 %
Vestfold	5	5	5	1	5,5	5	110 %
Telemark	2	4	1	9	4	4	100 %
Aust- og Vest-Agder	8	8	9	1	9,3	8	116 %
Rogaland	6	4	1	10	4,3	7	61 %
Hordaland	8	6	8	0	8	8	100 %
Sogn og Fjordane	4	4	1	8	3,7	4	93 %
Møre og Romsdal	6	5	3	0	3	6	50 %
Sør-Trøndelag	2	5	2	0	2	6	33 %
Nord-Trøndelag	1	1	2	0	2	4	50 %
Nordland	7	6	2	4	3,3	6	55 %
Troms	4	5	2	5	3,7	4	93 %
Finmark	2	3	3	0	3	4	75 %
Sum	88	81	53	74	78,6	100	79 %

¹ Andre tilsyn er vektet ut fra ressursinnsats ved ordinær systemrevisjon, f.eks. er oppfølging av egenvurdering gitt verdi 0,33 systemrevisjon. Kolonnene tilsvarer kolonnen Volumverdi for 2016.

Vedlegg tabell 7 Sosiale tjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2014–2016 og utfallet av behandlingen i 2016

Fylkesmannen i	Antall saker 2014	Antall saker 2015	Antall saker 2016	Utfall av behandlingen 2016 ¹			
				Avsluttet med lokal avklaring ²	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt, men ikke lovbrudd	Påpekt lovbrudd
Østfold	7	2	10	1	4	2	5
Oslo og Akershus	9	9	11	-	23	7	1
Hedmark	11	16	7	2	-	1	12
Oppland	-	-	2	1	-	-	1
Buskerud	7	5	13	3	2	1	14
Vestfold	1	1	2	-	-	-	4
Telemark	3	-	3	1	1	1	-
Aust- og Vest-Agder	9	3	-	-	-	-	-
Rogaland	-	4	3	-	-	-	5
Hordaland	20	19	19	10	4	-	5
Sogn og Fjordane	1	5	2	-	1	-	1
Møre og Romsdal	12	7	6	4	1	4	-
Sør-Trøndelag	3	5	-	-	-	-	-
Nord-Trøndelag	2	3	1	-	2	-	-
Nordland	3	1	1	-	1	-	-
Troms	3	5	5	3	2	-	-
Finnmark	1	4	5	2	-	2	3
Hele landet	92	89	90	27	41	18	51

1 I en tilsynssak kan forholdene vurderes mot flere bestemmelser, derfor er summen av antallet vurderinger høyere enn antallet saker.

2 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

Vedlegg tabell 8 Sosiale tjenester – Vurderte bestemmelser i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven i 2016

Vurderte bestemmelser i 2016	Antall ganger vurdert	Ingen bemerkning	Råd/veiledning gitt	Påpekt lovbrudd
Nav-kontor	110	37 %	16 %	46 %
Sotjl. § 3 Kommunens ansvar	13	10	1	2
Sotjl. § 4 Krav til forsvarlighet	58	21	8	29
Sotjl. § 5 Internkontroll	18	7	4	7
Sotjl. § 15 Boliger til vanskeligstilte	1	-	1	-
Sotjl. § 41 Anvendelse av forvaltningsloven	8	1	1	6
Sotjl. § 42 Plikt til å rådføre seg med tjenestemottaker	4	-	2	2
Sotjl. § 43 Innhenting av opplysninger	3	-	1	2
Sotjl. Andre plikter	5	2	-	3

Vedlegg tabell 9 Sosiale tjenester – Klagesaker behandlet av fylkesmennene etter sosialtjenesteloven 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016

Fylkesmannen i	2014	2015	2016					
	Antall saker	Antall saker	Antall saker	Vurderte bestemmelser	Andel ¹			Andel behandlet innen 3 md
					Stadfestet	Endret	Opphevet	
Østfold	387	484	373	407	76 %	14 %	10 %	99 %
Oslo og Akershus	719	671	891	916	79 %	17 %	3 %	36 %
Hedmark	185	222	238	250	78 %	14 %	8 %	65 %
Oppland	160	167	124	128	81 %	4 %	15 %	84 %
Buskerud	420	462	370	379	76 %	9 %	15 %	100 %
Vestfold	189	223	186	187	80 %	3 %	17 %	100 %
Telemark	102	128	94	99	84 %	9 %	7 %	100 %
Aust- og Vest-Agder	226	304	265	270	83 %	6 %	12 %	97 %
Rogaland	230	289	294	299	86 %	7 %	6 %	87 %
Hordaland	320	367	448	457	86 %	3 %	11 %	100 %
Sogn og Fjordane	23	26	29	32	72 %	16 %	13 %	79 %
Møre og Romsdal	102	158	112	127	72 %	17 %	11 %	93 %
Sør-Trøndelag	142	122	162	167	77 %	7 %	16 %	98 %
Nord-Trøndelag	58	68	62	63	87 %	6 %	6 %	94 %
Nordland	161	155	121	129	74 %	12 %	14 %	100 %
Troms	105	71	107	110	77 %	8 %	15 %	83 %
Finmark	22	34	54	66	73 %	12 %	15 %	72 %
Hele landet	3 551	3 951	3930	4 086	79 %	10 %	11 %	80 %

1 Andelen utfall bygger på vurderte bestemmelser. I en klagesak kan flere bestemmelser bli vurdert.

Helse- og omsorgstjenester

Vedlegg tabell 10 Kommunale helse- og omsorgstjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2014–2106

Fylkesmannen i	2014		2015		2016		
	Sum systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Resultat	Sum systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Resultat	Sum systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Volumkrav (veiledende fordeling)	Resultat
Østfold	9,0	53 %	7,6	45 %	10,0	17	59 %
Oslo og Akershus	23,0	66 %	8,0	23 %	8,0	35	23 %
Hedmark	13,0	87 %	16,7	111 %	11,5	15	77 %
Oppland	17,0	113 %	11,0	73 %	12,5	15	83 %
Buskerud	13,0	76 %	3,0	18 %	5,0	17	29 %
Vestfold	8,0	53 %	14,5	97 %	7,0	15	47 %
Telemark	13,0	100 %	10,0	77 %	12,0	13	92 %
Aust- og Vest-Agder	28,4	109 %	16,0	62 %	19,0	26	73 %
Rogaland	14,4	65 %	12,6	57 %	7,2	22	33 %
Hordaland	24,6	103 %	29,2	122 %	23,1	24	96 %
Sogn og Fjordane	13,4	103 %	13,2	102 %	8,2	13	63 %
Møre og Romsdal	12,0	71 %	18,0	106 %	6,7	17	39 %
Sør-Trøndelag	4,0	24 %	11,0	65 %	8,0	17	47 %
Nord-Trøndelag	5,8	45 %	6,0	46 %	4,0	13	31 %
Nordland	15,0	88 %	10,0	59 %	9,8	17	58 %
Troms	8,0	62 %	7,5	58 %	13,4	13	103 %
Finmark	5,8	53 %	6,0	55 %	4,0	11	36 %
Hele landet	227	76 %	200,3	67 %	169,4	300	56 %

1 Stikkprøver og egenvurderinger teller lik hhv 0,5 og 0,2 systemrevisjon.

Vedlegg tabell 11 Spesialisthelsetjenester – Fylkesmennenes systemrevisjoner og tilsvarende tilsyn 2014–2016

Fylkesmannen i	2014		2015		2016		
	Antall systemrevisjoner ¹	Resultat	Antall systemrevisjoner ¹	Resultat	Antall systemrevisjoner og tilsvarende ¹	Volumkrav fordelt	Resultat
Østfold	0,0	0 %	1,0	25 %	2,0	4	50 %
Oslo og Akershus	5,4	68 %	2,0	25 %	6,0	8	75 %
Hedmark	3,5	117 %	3,0	100 %	3,5	3	117 %
Oppland	4,0	133 %	3,0	100 %	2,0	3	67 %
Buskerud	3,4	85 %	2,0	50 %	1,5	4	38 %
Vestfold	1,0	33 %	2,0	67 %	6,5	3	217 %
Telemark	8,0	267 %	3,0	100 %	4,0	3	133 %
Aust- og Vest-Agder	8,5	121 %	12,0	171 %	7,0	7	100 %
Rogaland	4,0	100 %	5,0	125 %	6,0	4	150 %
Hordaland	6,5	108 %	4,0	67 %	9,5	6	158 %
Sogn og Fjordane	2,5	83 %	4,0	133 %	7,0	3	233 %
Møre og Romsdal	6,0	150 %	7,0	175 %	12,0	4	300 %
Sør-Trøndelag	9,5	238 %	4,0	100 %	11,0	4	275 %
Nord-Trøndelag	5,5	183 %	4,0	133 %	10,5	3	350 %
Nordland	4,5	113 %	4,0	100 %	3,0	4	75 %
Troms	4,5	113 %	3,0	75 %	4,0	4	100 %
Finmark	4,5	150 %	3,0	100 %	3,0	3	100 %

¹ De fleste systemrevisjonene er gjennomført av tilsynslag med representanter fra flere fylkesmannsembeter. Krav gjelder for regioner, slik at krav kan være oppfylt selv om et embete har under 100 % måloppnåelse.

Vedlegg tabell 12 Helse- og omsorgstjenester – Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og saksbehandlingstid i 2016

Fylkesmannen i	Antall avsluttede saker			Andel med mindre enn 5 md. behandlingstid i 2016
	2014 ¹	2015 ¹	2016	
Østfold	133	185	138	57 %
Oslo og Akershus	353	457	464	30 %
Hedmark	139	171	149	49 %
Oppland	82	123	77	35 %
Buskerud	138	137	174	17 %
Vestfold	148	115	145	64 %
Telemark	114	94	105	57 %
Aust- og Vest-Agder	182	177	171	54 %
Rogaland	241	238	211	42 %
Hordaland	221	219	264	60 %
Sogn og Fjordane	74	88	78	45 %
Møre og Romsdal	118	127	108	84 %
Sør-Trøndelag	117	148	150	60 %
Nord-Trøndelag	122	140	111	46 %
Nordland	160	147	151	42 %
Troms	104	165	142	39 %
Finmark	58	60	40	20 %
Sum	2 504	2 791	2 678	46 %
Avsluttet med lokal avklaring²	539	726	661	

1 Noen tall har små avvik fra foregående års publiseringer fordi tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

2 Lokal avklaring er når påklagd personell/virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt. Disse sakene har forenklet saksbehandling og inngår ikke i beregningene av saksbehandlingstid.

Vedlegg tabell 13 Helse- og omsorgstjenester – Utfall av tilsynssaker behandlet av fylkesmennene fordelt på tjenesteområder 2014–2016

Tjenesteområde	Avsluttet med lokal avklaring ¹			Avsluttet med vurdering			Oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon			Sum		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Spesialisthelsetjeneste	178	284	259	843	954	980	136	148	100	1 157	1 386	1 339
Kommunal helse- og omsorgstjeneste ²	350	431	395	1 061	1 276	1 150	277	227	288	1 688	1 934	1 833
Både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste	10	8	7	130	128	124	9	4	5	149	140	136
Annet/irrelevant/ukjent/ukategorisert tjenesteområde	1	3	-	27	29	13	21	26	18	49	58	31
Antall saker	539	726	661	2 061	2 387	2 267	443	405	411	3 043	3 518	3 339

1 Lokal avklaring er når påklagd virksomhet og den som har klaget til fylkesmannen sammen har kommet fram til en minnelig løsning, og at behovet for nærmere tilsynsmessig vurdering/oppfølging av fylkesmannen med det har bortfalt.

2 Kommunal helse- og omsorgstjeneste omfatter her også tannhelsetjeneste og andre tjenester utenom spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg tabell 14 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i tilsynssaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser

	Antall vurderinger		2016	
	2014 ¹	2015 ¹	Antall vurderinger	Herav konstatert lovbrudd / oversendt til Statens helsetilsyn
Bestemmelse i helsepersonelloven				
Forsvarlighet: Omsorgsfull hjelp (§ 4)	120	122	102	38
Forsvarlighet: Rollesammenblanding inkl. seksuelle relasjoner (§ 4)	40	49	49	41
Forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler (§ 4)	160	174	147	103
Helsefaglig forsvarlighet for øvrig (§ 4)	881	948	885	425
Øyeblikkelig hjelp (§ 7)	7	8	9	7
Pliktmessig avhold (§ 8)	43	35	44	33
Informasjon (§ 10)	55	57	21	12
Krav til attester, legeerklæringer og lignende (§ 15)	23	30	30	14
Organisering av virksomhet (§ 16)	73	73	69	41
Taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikt (kap. 5 og 6)	156	162	183	126
Pasientjournal (§§ 39-41)	224	294	241	204
Atferd som svekker tilliten til helsepersonell (§ 56)	37	58	53	45
Uegnet som helsepersonell (§ 57)	87	115	79	73
Andre pliktbestemmelser i helsepersonelloven	60	88	76	60
Bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven				
Journal- og informasjonssystemer (§ 3-2)	33	45	46	36
Pasientansvarlig lege (§ 3-7)		2	4	
Plikt til forsvarlighet (§ 2-2)	931	1023	1022	367
Andre pliktbestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven	93	115	115	75
Bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven				
Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-1)	78	88	84	36
Plikt til forsvarlighet (§ 4-1)	596	672	605	235
Plikt til å informere pasient/bruker/pårørende (§ 4-2a)		14	16	6
Journal- og informasjonssystemer (§ 5-10)	26	25	24	20
Andre pliktbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven	66	50	75	43
Bestemmelse i helseforskningsloven	2		3	3
Helsetilsynsloven				
Plikt til internkontroll (§ 3)	48	63	47	33
Andre				
Pliktbestemmelser i annen helselovgivning		15	56	37
Sum vurderinger²	3 839	4 325	4 085	2 113
Antall saker vurderingene er fordelt på²	2 505	2 789	2 678	1 401

¹ Små avvik fra foregående års rapporteringer skyldes at tidligere rapporterte data korrigeres når det oppdages feil og mangler.

² Flere av tilsynssakene omfatter mer enn én vurdering opp mot mer enn ett helsepersonell og/eller én virksomhet. Derfor blir sum vurderinger større enn antall saker.

Vedlegg tabell 15 Helse- og omsorgstjenester – Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen behandlet av fylkesmennene 2014–2016 og utfall av behandlingen i 2016

Fylkes- mannen i	Antall behandlede saker			2016				
				Antall vurde- ringer	Andel ¹			Andel behandlet innen 3 md
	2014	2015	2016		Stadfestet	Endret	Opphevet	
Østfold	174	188	178	182	55 %	23 %	22 %	99 %
Oslo og Akershus	482	641	695	715	65 %	26 %	9 %	36 %
Hedmark	145	131	92	92	86 %	5 %	9 %	65 %
Oppland	110	111	97	98	79 %	10 %	11 %	84 %
Buskerud	142	167	191	202	70 %	7 %	23 %	100 %
Vestfold	174	167	159	178	72 %	10 %	17 %	100 %
Telemark	89	77	73	76	63 %	21 %	16 %	100 %
Aust- og Vest-Agder	174	196	149	160	74 %	14 %	12 %	97 %
Rogaland	146	194	166	171	74 %	6 %	19 %	87 %
Hordaland	342	332	393	406	87 %	4 %	9 %	100 %
Sogn og Fjordane	58	115	72	85	68 %	20 %	12 %	79 %
Møre og Romsdal	225	162	146	152	67 %	11 %	22 %	93 %
Sør-Trøndelag	120	125	131	134	74 %	10 %	16 %	98 %
Nord-Trøndelag	81	108	118	120	90 %	3 %	8 %	94 %
Nordland	200	173	175	179	73 %	17 %	10 %	100 %
Troms	143	176	181	185	75 %	8 %	17 %	83 %
Finmark	111	83	58	62	69 %	16 %	15 %	72 %
Landet	2916	3146	3074	3197	72 %	14 %	13 %	80 %

¹ Andelen bygger på antall vurderinger. I en klagesak kan flere bestemmelser bli vurdert.

Vedlegg tabell 16 Helse- og omsorgstjenester – Vurderinger i klagesaker behandlet av fylkesmennene 2014–2016 fordelt på lovbestemmelser og utfall av behandlingen i 2016

			2016	
	2014 ¹	2015 ¹	Antall vurderinger	Herav helt/delvis medhold for klager
Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunen				
– øyeblikkelig hjelp	2	1	2	
– helsetjenester i hjemmet	72	88	74	23
– plass i sykehjem	140	165	150	60
– plass i annen institusjon	46	64	73	16
– praktisk bistand og opplæring	140	189	218	80
– støttekontakt	177	189	168	77
– brukerstyrt personlig assistanse	151	203	206	85
– omsorgslønn	317	404	444	158
– avlastningstiltak	219	193	214	104
– kommunal helse- og omsorgshjelp for øvrig	71	94	106	32
Pbrl. § 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten	292	370	517	78
Pbrl. § 2-2. Rett til vurdering	7	7	12	5
Pbrl. § 2-3. Rett til fornyet vurdering	7	7	1	
Pbrl. § 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.	8	3	10	1
Pbrl. § 2-5. Rett til individuell plan	20	14	16	9
Pbrl. § 2-6. Rett til syketransport	1 018	924	631	60
Pbrl. kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon	34	32	30	4
Pbrl. kapittel 4. Samtykke og rett til å nekte helsehjelp	3	2	1	
Pbrl. kapittel 5. Rett innsyn/retting/sletting i journal	65	58	63	13
Tannhelsetjenesteloven § 2-1. Rett til nødvendig tannhelsehjelp	1		4	
Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	237	238	225	70
Andre lovparagrafer som gir rettigheter på helse- og omsorgsområdet	15	19	30	6
Sum vurderingsgrunnlag	3 042	3 264	3 195	881
Antall saker vurderingene er fordelt på	2 916	3 146	3 072	841

1 Små avvik fra tidligere publiserte tall skyldes at feil og mangler rettes fortløpende etter hvert som de oppdages.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt

Vedlegg tabell 17 Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016 (helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9)

Fylkesmannen i	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall overprøvde vedtak	Andel overprøvd innen 3 md.	Antall godkjente vedtak	Godkjente vedtak med innvilget dispensasjon	Antall personer med godkjent vedtak per 31.12.2016	Antall stedlige tilsyn
Østfold	870	49	28	43 %	28	19	26	1
Oslo og Akershus	4 460	367	201	52 %	186	149	176	26
Hedmark	998	65	113	99 %	113	106	111	13
Oppland	311	56	62	85 %	52	45	51	37
Buskerud	217	56	92	80 %	88	60	84	12
Vestfold	239	40	71	93 %	69	57	62	9
Telemark	258	44	39	90 %	36	33	32	9
Aust- og Vest-Agder	392	74	96	66 %	93	34	85	28
Rogaland	1 016	94	137	39 %	115	103	106	13
Hordaland	682	141	218	94 %	216	159	172	27
Sogn og Fjordane	401	24	20	80 %	13	8	12	5
Møre og Romsdal	242	49	113	70 %	99	74	87	9
Sør-Trøndelag	1 653	78	80	96 %	78	33	73	14
Nord-Trøndelag	4 126	36	32	100 %	27	14	25	9
Nordland	187	33	83	93 %	81	61	67	0
Troms	436	35	68	37 %	64	53	55	7
Finnmark	115	16	3	33 %	3	3	3	2
Landet	16 603	1 257	1 456	74 %	1 361	1 011	1 227	221

Vedlegg tabell 18 Helse- og omsorgstjenester – Beslutninger og vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning 2012–2016

	Melding om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner		Fylkesmannens overprøving av vedtak				Antall stedlige tilsyn
	Antall meldte beslutninger	Antall personer beslutningene gjaldt	Antall vedtak godkjent	Antall ikke godkjente vedtak	Antall personer vedtakene gjaldt 31.12.	Antall godkjente vedtak med minst én innvilget søknad om dispensasjon fra utdanningskrav	
2012	20 791	1 086	992	37	906	739	173
2013	24 123	1 103	1 259	41	1 102	973	206
2014	16 823	1 166	1 357	64	1 289	1 029	198
2015	8 447	1 152	1 413	103	1 259	1 064	205
2016	16 603	1 257	1 361	95	1 227	1 011	221

Det lave antallet beslutninger for 2015 henger trolig sammen med overgang til ny registreringsordning hos fylkesmennene dette året.

Vedlegg tabell 19 Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016

Tiltak (underkategori)	Forekomst i godkjente vedtak	
	Antall vedtak	Andel av vedtakene
Remmer/seler/skinner	76	6 %
Sengegrind	46	3 %
Spesialklær	36	3 %
Sengealarm	78	6 %
Utgangsalarm	234	17 %
Holding	370	27 %
Nedlegging	84	6 %
Skjerming	126	9 %
Avbryte aktivitet	31	2 %
Innlåsning av gjenstander	141	10 %
Låsning av dør/vindu (v. planlagt skadeavvergende tiltak)	97	7 %
Fotfølging	41	3 %
Begrense tilgang til mat/drikke/nyttelsesmidler/eiendeler	495	36 %
Låsning av dør/vindu (v. dekking av grunnl. behov)	153	11 %
Tvangspleie (tannpuss, vask, dusj, negl-, hårklipp og lignende)	119	9 %
Annet	404	30 %
Sum tiltak i godkjente vedtak	2 531	
Gjennomsnittlig antall tiltak per godkjente vedtak		1,9
Antall godkjente vedtak	1 361	

Vedlegg tabell 20 Helse- og omsorgstjenester – Kategorisering av tiltakene i godkjente vedtak om tvang og makt overfor personer med utviklingshemning i 2016

Tiltakskategori	Forekomst i godkjente vedtak	
	Antall vedtak med minst ett tiltak i kategorien	Andel av vedtakene
Mekanisk tvangsmiddel som skadeavvergende tiltak	77	6 %
Inngripende varslingssystem som skadeavvergende tiltak	103	8 %
Annet planlagt skadeavvergende tiltak	575	42 %
Mekanisk tvangsmiddel for å dekke grunnleggende behov	137	10 %
Inngripende varslingssystem for å dekke grunnleggende behov	297	22 %
Opplæring- og treningstiltak	12	1 %
Annet tiltak for å dekke grunnleggende behov	772	57 %

Ett vedtak kan inneholde flere tiltak, og ett tiltak kan kategoriseres i mer enn én tiltakskategori. Summering av tiltakskategoriene og prosentene i denne tabellen gir derfor ikke mening.

Vedlegg tabell 21 Helse- og omsorgstjenester – Vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp i 2016 (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A)

Fylkesmannen i	Gjennomgang ved innkost		Fornytt gjennomgang av vedtak som varer lenger enn 3 md.		Behandlede klager på vedtak
	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall	Andel opphevet eller endret	Antall
Østfold	215	4 %	80	3 %	1
Oslo og Akershus	617	10 %	121	13 %	3
Hedmark	207	15 %	95	14 %	1
Oppland	187	3 %	85	13 %	1
Buskerud	102	7 %	43	5 %	1
Vestfold	238	9 %	89	9 %	2
Telemark	194	25 %	116	33 %	1
Aust- og Vest-Agder	288	13 %	95	19 %	0
Rogaland	219	21 %	117	14 %	2
Hordaland	337	20 %	113	21 %	0
Sogn og Fjordane	51	8 %	21	5 %	1
Møre og Romsdal	230	10 %	132	4 %	2
Sør-Trøndelag	249	12 %	121	21 %	1
Nord-Trøndelag	119	3 %	26	12 %	1
Nordland	358	1 %	302	39 %	0
Troms	164	18 %	60	12 %	3
Finmark	68	12 %	23	22 %	0
Landet	3 843	11 %	1 639	19 %	20

Vedlegg tabell 22 Helse- og omsorgstjenester – Tiltak i innkomne vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp 2012–2016

Tvangstiltak	Antall				
	2012	2013	2014	2015	2016
Innleggelse i institusjon	238	323	348	435	439
Tilbakeholdelse i institusjon	772	911	939	1 086	1 200
Bevegelsehindrende tiltak	742	827	923	1 091	966
Bruk av reseptbelagte legemidler	606	691	867	940	998
Tannbehandling	344	370	430	507	500
Inngrep i/på kroppen ekskl. tannbehandling	331	374	413	507	560
Varslingssystemer	187	270	258	304	302
Annet	586	775	978	1 202	1 248
Sum tiltak	3 806	4 541	5 156	6 072	6 213
Antall vedtak som tiltakene fordeler seg på	2 742	3 211	3 390	3 918	4 158

Administrative reaksjoner mot helsepersonell

Vedlegg tabell 23 Helse- og omsorgstjenester – Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier i 2016

Yrkesgruppe	Advarsel	Begrenset autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av rekvireringsrett helt/delvis	SUM
Leger	63	10	28	7	108
Tannleger	5		2		7
Psykologer	4		1		5
Sykepleiere	14	1	52		67
Jordmødre	2	1			3
Fysioterapeuter	9		2		11
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere	5	1	24		30
Annet autorisert helsepersonell	8		11		19
SUM	110	13	120	7	250

Vedlegg tabell 24 Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner fra Statens helsetilsyn mot helsepersonell etter helsepersonellkategori 2014–2106

Yrkesgruppe	Advarsel, tap av autorisasjon/ rekvireringsrett/ spesialistgodkjenning eller begrensning av autorisasjon/ lisens		
	2014	2015	2016
Leger	98	159	108
Tannleger	8	12	7
Psykologer	5	13	5
Sykepleiere	63	74	67
Jordmødre	1	8	3
Fysioterapeuter	7	17	11
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/ helsefagarbeidere	26	45	30
Annet autorisert helsepersonell	28	21	19
Uautorisert helsepersonell ¹	15	22	
Sum	251	371	250

¹ Saker mot uautorisert helsepersonell opprettet av fylkesmennene etter desember 2014 avsluttes på fylkesnivå. Dette medfører at vi i 2016 ikke lenger ga advarsler i disse sakene. I 2015 behandlet vi tidligere oversendte saker og ga advarsel til 22 uautoriserte helsepersonell.

Vedlegg tabell 25 Helse- og omsorgstjenester – Reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn mot helsepersonell og virksomheter i 2016 etter hvor sakene startet

Saken startet hos	Antall avsluttede saker	Antall administrative reaksjoner mot helsepersonell / påpekte lovbrudd mot virksomheter						
		Helsepersonell					Virksomheter	SUM
		Tilbakekall av autorisasjon/lisens	Advarsel	Begrensning av autorisasjon/lisens (hpl. § 59)	Begrensning av autorisasjon/lisens (hpl. § 59 a)	Tilbakekall av rekvireringsrett i gr. A og/ eller gr. B	Påpekt lovbrudd	
Østfold	21	7	6					13
Oslo og Akershus	78	19	16	2	3	1	5	46
Hedmark	20	6	8	1	1		2	18
Oppland	18	6	4		1		3	14
Buskerud	20	3	8				3	14
Vestfold	23	3	10			2	5	20
Telemark	9	4	4					8
Aust- og Vest-Agder	19	6	2			1	1	10
Rogaland	13	7	3					10
Hordaland	39	11	14			1	1	27
Sogn og Fjordane	5	1	2		1			4
Møre og Romsdal	32	10	7		2		4	23
Sør-Trøndelag	9	4	4		1			9
Nord-Trøndelag	16	6	6					12
Nordland	24	4	9		1		6	20
Troms	25	8	4				8	20
Finmark	9	2					2	4
Statens helsetilsyn	39	5	3				22	30
Utenlandsk tilsynsmyndighet	12	8				2		10
SUM	431	120	110	3	10	7	62	312

Undersøkelsesenheten

Vedlegg tabell 26 Undersøkelsesenheten – Tid før svar på varsel er sendt ut 2014–2016

Tid fra varsel ble mottatt til helseforetaket fikk svar	Antall varsler mottatt			Andel varsler mottatt		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
1–7 dager	233	307	452	56 %	61 %	77 %
8–14 dager	146	147	115	35 %	29 %	20 %
15–21 dager	29	38	15	7 %	8 %	3 %
22–28 dager	4	9	3	1 %	2 %	1 %
> 28 dager	1		2	0 %	0 %	0 %
ikke registrert	1			0 %	0 %	0 %
Totalsum	414	501	587	100 %	100 %	100 %

Vedlegg tabell 27 Undersøkelsesenheten – Måten varslene ble fulgt opp på 2014–2016

Måten varslene ble fulgt opp	Antall varsler mottatt			Andel
	2014	2015	2016	2016
Avsluttet etter innledende undersøkelser	189	276	298	51 %
Anmodning om redegjørelse	29	36	32	5 %
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	169	170	248	42 %
Annen tilsynsmessig oppfølging	7	5	2	0 %
Stedlig tilsyn fra Htil	20	14	7	1 %
	414	501	587	100 %

Vedlegg tabell 28 Undersøkelsesenheten – Antall varsler ferdigbehandlet 2014–2016

Måten varslene ble fulgt opp	Antall varsler ferdigbehandlet		
	2014	2015	2016
Avsluttet etter innledende undersøkelser	191	276	297
Anmodning om redegjørelse	19	34	46
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	112	123	169
Annen tilsynsmessig oppfølging	2	7	6
Stedlig tilsyn fra Htil	13	12	14
	337	452	532

Vedlegg tabell 29 Undersøkelsesenheten – Gjennomsnittlig saksbehandlingstid (i uker) for varsler ferdigbehandlet 2014–2016

	Gjennomsnittlig saksbehandlingstid		
	2014	2015	2016
Avsluttet etter innledende undersøkelser	1,0	1,0	0,7
Anmodning om redegjørelse	24,0	23,9	21,6
Videre tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	28,8	36,6	34,8
Annen tilsynsmessig oppfølging	73,2	75,1	61,7
Stedlig tilsyn fra Htil	55,6	58,0	72,1

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2017

1/2017 Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbake-melding til den som har meldt

2/2017 Utenkelig eller forutsigbart? Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

Utgivelser 2016

1/2016 Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsom-fattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialist-helsetjenesten til kommunen

2/2016 Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? Status og er-faringer 2015 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

3/2016 Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no.

Årsrapport fra Statens helsetilsyn er utarbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet og inngår ikke i serien Rapport fra Helsetilsynet.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for barnevern-, og sosial- og helse- og omsorgs-tjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

OPPSUMMERING

Årsrapport 2016 fra Statens Helsetilsyn

Årsrapporten Statens helsetilsyns rapportering på måloppnåelse og resultater til Helse- og omsorgsdepartementet.

Aktiviteter og resultater er beskrevet med tekst og en rekke tabeller for barnevern, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester, Undersøkelsesenheten og folkehelsearbeid. Tilsyn og rettighetsklager er omtalt under tjenesteområdene.

Realisering av strategisk plan for 2015–2019, vurdering av fremtidsutsikter, prosjekt med gjennomgang av barnevernsaker, internasjonalt samarbeid, styring av fylkesmannsembetene og andre oppgaver av styringsmessig og administrativ karakter er temaer i rapporten.