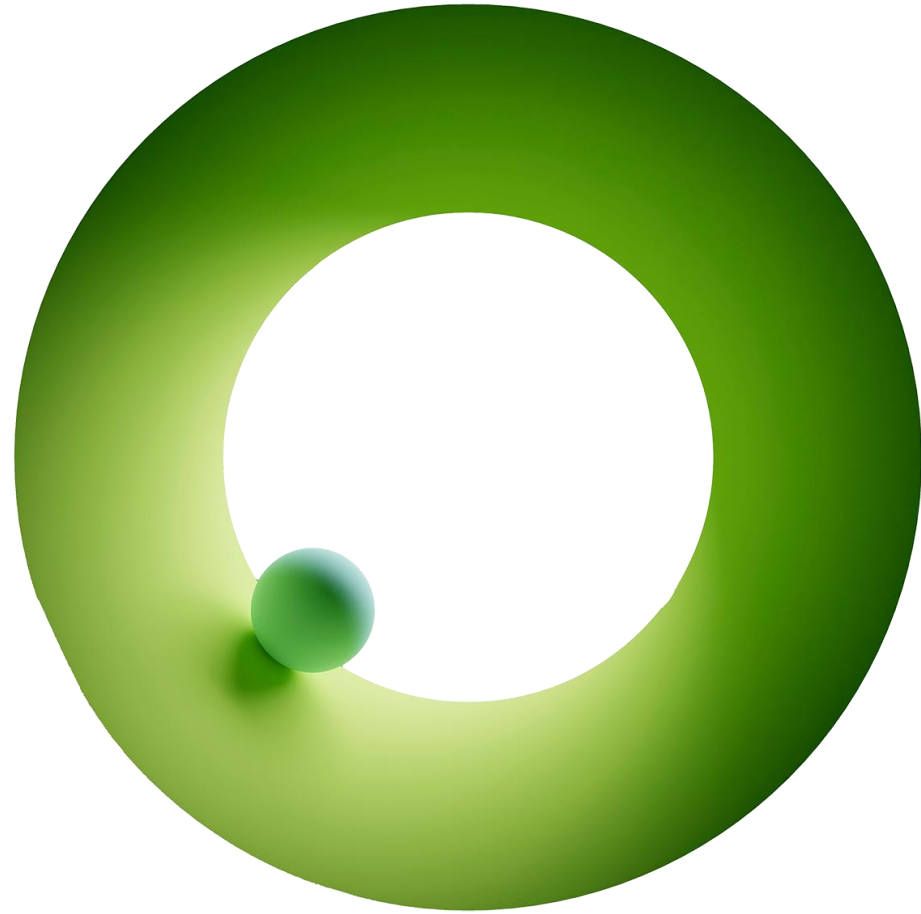




Ekstern gjennomgang av avvik

Rapport til Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus

01. oktober 2025

Forord

Deloitte har bistått Statsforvalteren Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus med å gjennomføre en ekstern gjennomgang av avvik i behandling av klagesaker etter lov om psykisk helsevern (phvl.) §4-4 og avvik i behandling av innsynskrav som ble avdekket i helseavdelingen i 2024. Gjennomgangen har sett på den overordnede internkontrollen i helseavdelingen generelt, **herunder** etablerte prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av klagesaker etter phvl. §4-4 og innsynskrav samt metodikken brukt for å kartlegge de eksisterende avvikene knyttet til phvl. § 4-4 spesielt.

Gjennomgangen er gjennomført i perioden mai 2025 til august 2025.

Oslo, 01.10.2025

Stein Ove Songstad
Oppdragsansvarlig partner

Sammendrag

(1/2)

Sommeren 2024 avdekket Statsforvalteren at klagesaker som embetet har ansvar for etter phvl. §4-4, gjeldende tvangsmedisinering, ikke var blitt behandlet på en forsvarlig måte i helseavdelingen. Deloitte har bistått embetet med å gjennomføre en ekstern undersøkelse for å identifisere årsakene til at avvikene oppsto. Formålet med undersøkelsen har vært å bruke kartlagte avvik som grunnlag for læring og forbedring av internkontrollen i embetet. Undersøkelsen har vært avgrenset til å vurdere situasjonen i embetet fram til avvikene ble avdekket. Undersøkelsen er basert på intervjuer med sentralt personell, samt dokumentasjonsgjennomgang.

Årsaken til avvikene knyttet til manglende klagesaksbehandling var en etablert praksis i helseavdelingen over flere år, hvor saker av ulike grunner ikke ble fordelt ut til saksbehandlere. Helseavdelingen hadde en uriktig juridisk forståelse av at nye vedtak «reparerte» manglede behandling av klager. I henhold til forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (phvf.) §28 skal klageinstansen «behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake».

Etter en gjennomgang i november 2024 kom embetet frem til at 114 enkeltpersoner ikke har fått behandlet til sammen 123 klager på tvangsmedisinering etter phvl. §4-4 i perioden 2019 frem til høsten 2024.

I november 2024 mottok Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus brev fra Sivilombudet med spørsmål angående håndtering av innsynskrav i embetet generelt og den enkelte avdeling. I forbindelse med utarbeidelse av svar til Sivilombudet ble det avdekket i en ny undersøkelse at det i perioden 2019 til 2024 var nærmere 1000 ubehandlede innsynskrav i helseavdelingen som følge av en praksis hvor innsynskrav som ikke ble behandlet i løpet av fem dager ble ansett som avslått. Disse innsynskravene ville først bli behandlet dersom helseavdelingens innboks for innkomne innsynsbegjæringer var tømt for krav som kunne behandles innen 5-dagersfristen, eller det ble mottatt purring på saker som ikke var besvart.

Undersøkelsen viser at:

- Det var et økende saksomfang for klagesaker etter phvl. §4-4 nasjonalt og det ble rapportert om utfordringer med klagesaksbehandling etter phvl. §4-4 i perioden før avvikene ble avdekket.
- I årene fram til 2024 hadde embetet når det gjaldt behandling av klager som gjaldt phvl §4-4 en økning i antall realitetsbehandlede saker og saksbehandlingstid, samt en sterk økning i restanser.
- Saksbehandlingstiden for behandling av klagesaker etter phvl. §4-4 ble doblet i perioden 2021 til 2024.
- Vesentlige svakheter i styring og kontroll i hele styringslinjen for helseområdet er hovedårsaken til at det kunne oppstå en lovstridig praksis for behandling av tvangsmedisineringssaker og innsynskrav i helseavdelingen, herunder:
 - Mangelfull styring og kontroll er hovedårsaken til at det oppstod brudd på rettsregler for hvordan klager på tvangsmedisineringssaker etter phvl. §4-4 og innsynskrav skulle behandles i helseavdelingen.
 - Embetsledelsen etablerte ikke et hensiktsmessig kontrollmiljø som sikret tilstrekkelig kontroll med saksmengden innenfor helseområdet.
 - Mangelfull prosess for behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4, fraværende kontrolltiltak og begrenset kapasitet, hindret tidsriktig og lovmessig oppfølging av innmeldte klagesaker i Helseavdelingen.
 - Helseavdelingen hadde etablert en rutine som ikke var i samsvar med gjeldende rettsregel og etablerte en feilaktig praksis for behandling av innmeldte innsynskrav.

Ovennevnte svakheter fremstår som gjennomgående i hele styringslinjen hvor avvikene har oppstått.

Sammendrag

(2/2)

- Avvikene knyttet til behandling av klagesaker etter phvl. §4-4 har hatt konsekvenser for enkeltpersoners rettssikkerhet.
- Metodikken benyttet av Statsforvalteren for å identifisere det totale omfanget av avvik har mangler som etter Deloitte's mening gjør at det er risiko for at alle avvik ikke er identifisert.

Basert på funn fra undersøkelsen er følgende forbedringsområder identifisert:

- Det er behov for å styrke arbeidet med systematisk internkontroll i embetet i hele styringslinjen for helseområdet¹
- Det er behov for å forbedre kontrollmiljøet i embetet på helseområdet og i hele styringslinjen for å sikre at utfordringer, avvik og forbedringsbehov identifiseres, diskuteres og håndteres. Dette krever en ledelse som legger til rette for en åpenhet, lederstøtte og psykologisk trygghet.
- Det er behov for å tydeliggjøre rolle, ansvar, myndighet, krav og forventninger til de enkelte lederne og til sentrale funksjoner i embetet på helseområdet.
- Det er behov for å sikre at embetet på helseområdet har tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og effektivitet i sentrale arbeidsprosesser og funksjoner.
- Herunder er det behov for å sørge for at det blir gjennomført risikokartlegging og vurdering, og iverksette tiltak for å redusere eventuell uønsket risiko.
- Det er behov for å etablere systemer, rutiner og kontrolltiltak for å sikre måloppnåelse og etterlevelse av relevante rettsregler.
- Det er behov for å sikre en omforent forståelse av mål, oppgaver og prioriteringer innenfor helseområdet.

¹ Jf. Økonomiregelverket Reglementet §4, §14 og Bestemmelsene 2-4

Innhold

01	Innledning	Side 5 – 7
02	Bakgrunn	Side 8-13
03	Observasjoner	Side 14-25

1. Innledning

1. Innledning

Oppdragets bakgrunn, formål og problemstillinger

Bakgrunn for oppdraget

Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus får sitt oppdrag av Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (heretter DFD) og av øvrige fagdepartement. På helseområdet er det Helse- og omsorgsdepartementet som via Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn som gir Statsforvalteren oppdrag. En av Statsforvalterens oppgaver er å være klageinstans etter phvl. §4-4 jf. Statsforvalternes hovedinnstruks av 01.01.2025, fastsatt av Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet.

Sommeren 2024 avdekket Statsforvalteren at klagesaker som embetet har ansvar for etter phvl. §4-4, gjeldende tvangsmedisinering, ikke var blitt behandlet på en forsvarlig måte i helseavdelingen. I henhold til forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (phvf.) §28 skal klageinstansen «behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake». Årsaken til avvikene var en etablert praksis i helseavdelingen over flere år hvor saker av ulike grunner ikke ble fordelt ut til saksbehandlere. Helseavdelingen hadde en uriktig juridisk forståelse av at nye vedtak «reparerte» manglede behandling av klager. Etter en gjennomgang i november 2024 kom embetet frem til at 114 enkeltpersoner ikke har fått behandlet til sammen 123 klager på tvangsmedisinering etter phvl. §4-4 i perioden 2019 frem til høsten 2024.

Alle offentlige virksomheter, inkludert Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, er pålagt å behandle innsynskrav jf. offentlighetsloven. I november 2024 mottok Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus brev fra Sivilombudet med spørsmål angående håndtering av innsynskrav i embetet generelt og den enkelte avdeling. I forbindelse med utarbeidelse av svar til Sivilombudet ble det avdekket at det i perioden 2019 til 2024 var nærmere 1000 ubehandlede innsynskrav i helseavdelingen som følge av en praksis hvor innsynskrav som ikke ble behandlet i løpet av fem dager ble ansett som avslått. Disse innsynskravene ville først bli

behandlet dersom innboksen var tømt for krav som kunne behandles innen 5-dagersfristen, eller det ble mottatt puring på saker som ikke var besvart.

Formål

Formålet med oppdraget har vært å bruke de avdekkede avvikene som grunnlag for læring og forbedring av internkontrollen. Mer konkret gjøres dette ved å:

- Evaluere den overordnede internkontrollen i helseavdelingen
- Evaluere etablerte prosesser og kontrolltiltak for behandling av klager på tvangsmedisinering etter phvl. §4-4
- Evaluere etablerte prosesser og kontrolltiltak for behandling av innsynsbejæringer i helseavdelingen
- Gjennomgå metodikk som er benyttet for å avdekke avvik knyttet til phvl. § 4-4 spesielt
- Etablere et kunnskapsgrunnlag for tiltak og forbedringer

Problemstillinger

Følgende problemstillinger er blitt undersøkt:

- I hvilken grad sikrer innretningen av overordnet styring og kontroll at Statsforvalteren holder den nødvendige kontroll med saksmengden innenfor helseområdet? (forstått som den nødvendige kontroll med saksbehandlingen innenfor helseområdet)
- I hvilken grad er etablerte prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av klagesaker jf. phvl. §4-4 og innsynskrav innrettet for å sikre tidsriktig oppfølging av innmeldte saker i helseavdelingen?
- I hvilken grad gir metodikken benyttet for å identifisere det totale omfanget avvik i klagesaksbehandling etter phvl. §4-4 sikkerhet for at alle relevante avvik blir identifisert?

1. Innledning

Vurderingskriterier, metode og avgrensninger

Vurderingskriterier

Vurderingskriterier er de krav og forventninger som Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus har blitt vurdert opp mot. I dette prosjektet er kriteriene i hovedsak hentet fra psykisk helsevernloven, psykisk helsevernforskriften, offentlighetsloven, forvaltningsloven, økonomiregelverket, DFØs veileder i internkontroll og Helsedirektoratets veileder for statsforvalterens behandling av tvangsmedisineringssaker.

Metode

Dokumentanalyse

Rapportering til eierdepartementer, tildelingsbrev, interne styrende dokumenter og dokumentasjon knyttet til overordnet styring og kontroll ved Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus og i Helseavdelingen, statistikk mm. har blitt samlet inn og analysert.

Intervju

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte intervjuet utvalgte personer som jobber eller tidligere har jobbet for Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. Deloitte har intervjuet representanter fra ledelsen i embetet, ledelsen i helseavdelingen og ansatte i helseavdelingen. Det har vært frivillig å stille i intervju. og det er ikke alle som har ønsket å stille til intervju. Totalt er åtte personer intervjuet.

Verifiseringsprosesser og kontradiksjon

Intervjureferatene er lest gjennom og verifisert av intervjuobjektene. Informasjon fra

de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten. Personer berørt av rapporten har fått tilbud om å lese de delene av rapporten som angår dem. Merknader mottatt i forbindelse med kontradiksjon er vurdert av Deloitte og synliggjort i rapporten der det er relevant.

Kvalitetssikring

Oppdraget er kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual.

Avgrensninger

Oppdraget har vært begrenset til intern styring, kontroll og håndtering i helseavdelingens styringslinje internt hos statsforvalteren.

Gjennomgangen har vært innrettet mot å undersøke årsaker til at avvikene i helseavdelingen oppsto, og undersøker derfor primært styring og kontroll i forkant av at avvikene ble avdekket sommeren 2024.

Gjennomgang av håndteringen av avvikene og vurdering av tiltak iverksatt av Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus som følge av avvikene har ikke vært en del av Deloitte oppdrag.

2. Bakgrunn

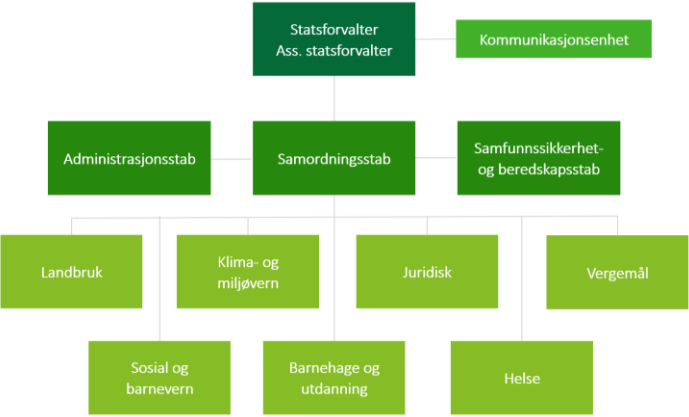
2. Bakgrunn

Om Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus og Helseavdelingen

Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus

Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus² dekker i dag totalt 52 kommuner og 15 bydeler som totalt representerer mer enn to millioner innbyggere. Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus representerer det største embetet. I dag består Statsforvalteren av fire staber/enheter og syv fagavdelinger (se organisasjonskart nedenfor).

Organisasjonskart (Statsforvalteren.no, *Slik er vi organisert*, 01.01.2021)



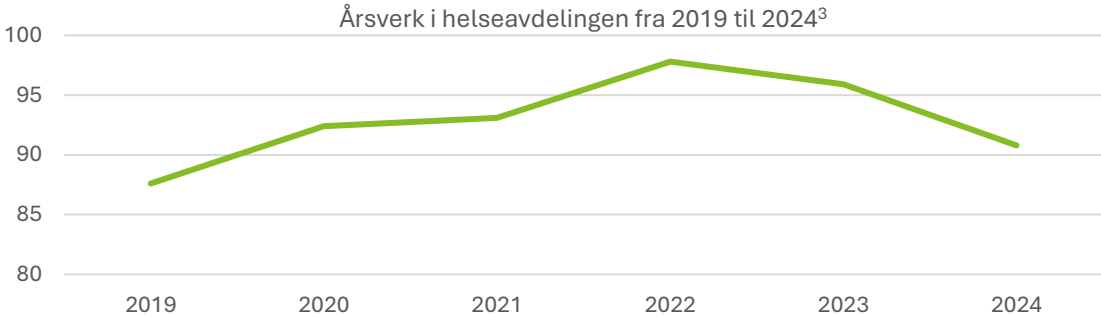
Statsforvalteren får sitt oppdrag fra Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (DFD). I praksis blir dette delegert til fagdepartement og etater og tilsyn. Tildelingsbrevet utarbeides av DFD i samarbeid med oppdragsgivende departementer.

² I 2019 ble fylkesmannen i Oslo og Akershus slått sammen med fylkesmannen i Buskerud og Østfold, og dermed ble Fylkesmannen i Oslo og Viken etablert. 1. januar 2021 endret Fylkesmannen navn til Statsforvalteren. 1. juli 2024 ble navnet endret til Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus i forbindelse med oppløsningen av Viken.

Helseavdelingen

Helseavdelingens oppgaver tildeles fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. Helseavdelingens hovedoppgaver er tilsyn med spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt behandling av klager fra enkeltpersoner. Helseavdelingen består av fem seksjoner som er fordelt på tre ulike lokasjoner: Spesialisthelsetjenesten (Oslo), kommunehelsetjeneste Oslo (Oslo), kommunehelsetjeneste Østre Viken (Moss), kommunehelsetjeneste Vestre Viken (Drammen), samt felles oppgaver og utvikling (Moss).

I mars 2024 ble det igangsatt en omorganisering av helseavdelingen med formål om å effektivisere arbeidet i avdelingen. Omorganiseringen ble reversert januar 2025. Helseavdelingen har hatt en reduksjon i antall årsverk siden 2022 og hadde ved utgangen av 2024 i overkant av 90 årsverk. Statsforvalteren oppgir at 14,5 av disse er tilgjengelige for saksbehandling av phvl. §4-4-saker.



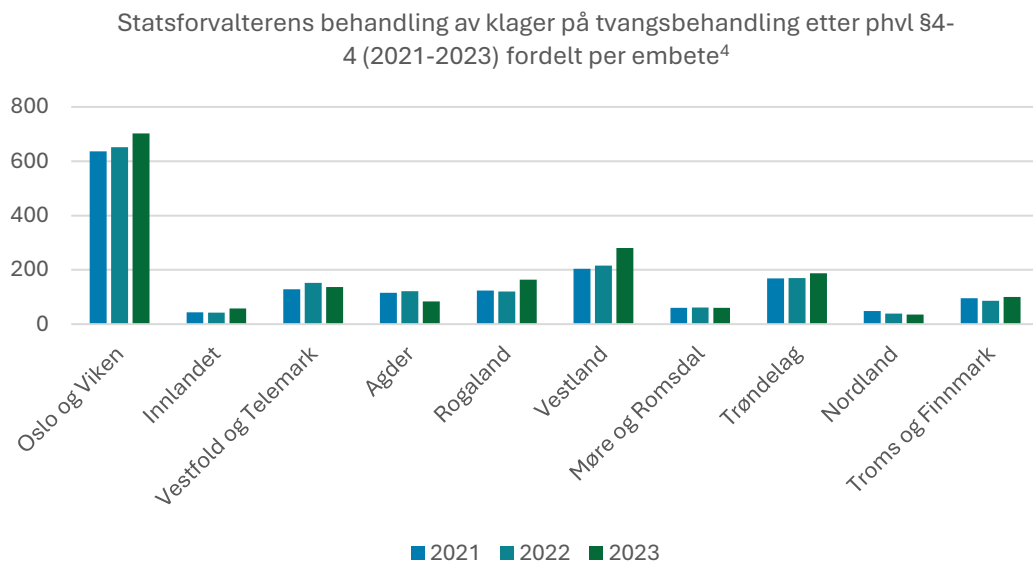
³ Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus «Statistikk helse 2019-2024 årsverk mv.»

2. Bakgrunn

Det ble i årsrapporter rapportert til overordnet nivå om utfordringer med klagesaksbehandling for phvl. §4-4 i perioden før avvikene ble avdekket. Det var også økende saksomfang nasjonalt på klagesaker etter phvl §4-4

Økende saksomfang nasjonalt på phvl. §4-4

Ved oppdatering av phvl. §1-7 tredje ledd som er kunngjort 10.02.2017 ble det innført gratis rettshjelp ved klage til Statsforvalteren på vedtak om undersøkelse og behandling etter §4-4. I tillegg ble det innført skjerpede krav til begrunnelse av vedtak om tvangsbehandling⁴. Helsedirektoratet mener dette kan være medvirkende årsaker til en økning i antall klager etter 2017 (*Helsedirektoratet, Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2023*).



⁴ Helsedirektoratet, *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2023*, 22. november 2023

Rapportering om utfordringer med klagesaksbehandling jf. §4-4 i årene før avvikene ble avdekket

Etter sammenslåingen av embetene i ble det i Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus' årsrapport (2019) opplyst om at embetet Oslo og Viken gikk inn i ny organisering med svært mange restanser på helseområdet.

I 2020 rapporterte embetet i sin årsrapport at det ikke klarte å overholde nasjonale krav til saksbehandlingstider og at helseavdelingen erfarte at områder knyttet til bruk av tvang og makt krevde økende ressurser, både på grunn av økende sakstilfang og kompleksitet (Statsforvalterens årsrapport 2020).

I årsrapport for 2022 ble det rapportert om økt saksbehandlingstid til tross for effektivisering av saksbehandling. Det ble også vist til at problemstillingen var blitt løftet til overordnede myndigheter i relevante fora (Statsforvalterens årsrapport 2022).

I årsrapport for 2023 rapporterte embetet om høyt sakstilfang for klager på tvangsbehandling i psykiatrien (medikamentell behandling og tvangsernæring uten pasientens samtykke) og en «vesentlig for lang median saksbehandlingstid». Samtidig ble det vist til at embetet hadde kontroll på restansene for klagesaksbehandling etter phvl. §4-4 (Statsforvalterens årsrapport 2023).

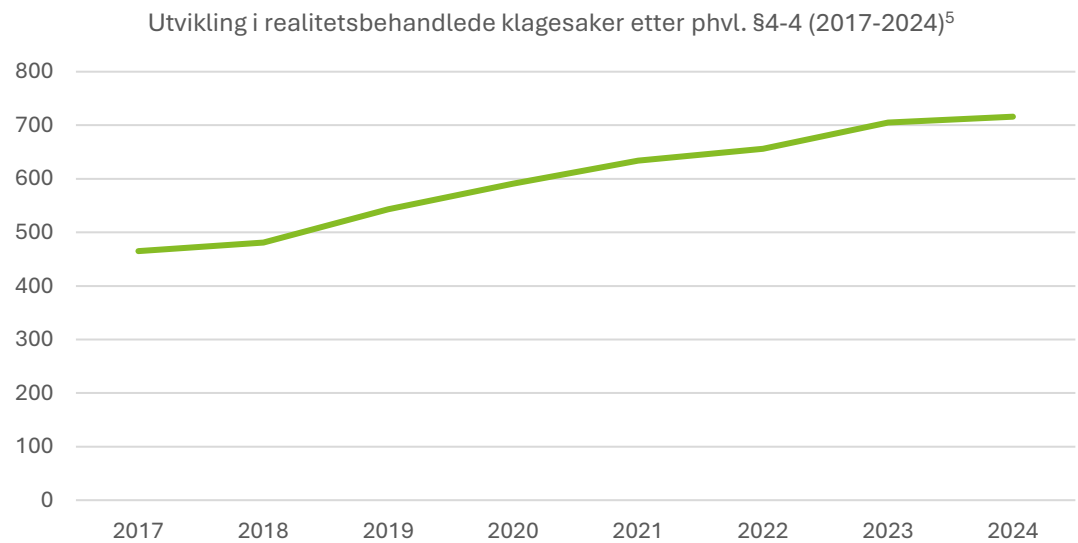
I perioden 2019 til 2024 hadde Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus en økning i antall innkomne klagesaker etter phvl. §4-4 på 64,6 prosent (Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, *Statistikk 4-4, 2017 t.o.m. mai 2025*).

2. Bakgrunn

Embetet hadde en økning i realitetsbehandlede saker og en sterk økning i restanser på behandling av klagesaker jf. phvl. §4-4

Utvikling i realitetsbehandlede klagesaker etter phvl. §4-4

Grafen nedenfor viser utviklingen i realitetsbehandlede klagesaker etter phvl. 4-4 hos Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. Som grafen viser har det vært en jevn økning i realitetsbehandlede klagesaker etter phvl §4-4, totalt sett har økningen vært på 54 prosent i perioden 2017-2024⁵.

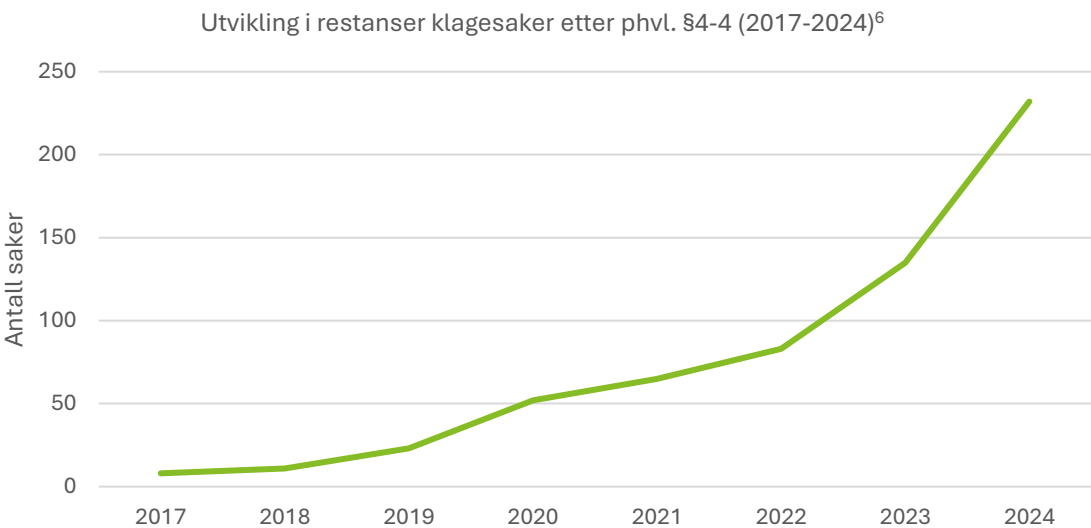


⁵ Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus «Statistikk 4-4, 2017 t.o.m. mai 2025»

(Merk at tallene fra 2017 og 2018 er basert på de ulike embetene slått sammen.)

Utvikling i restanser for klagesaker etter phvl. §4-4

Grafen nedenfor viser utviklingen i restanser for klagesaker etter phvl. §4-4 hos Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus. Som grafen viser har det vært en sterk økning i restanser de siste årene, fra åtte saker i 2017 til 232 saker i 2024⁶.



⁶ Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus «Statistikk 4-4, 2017 t.o.m. mai 2025»

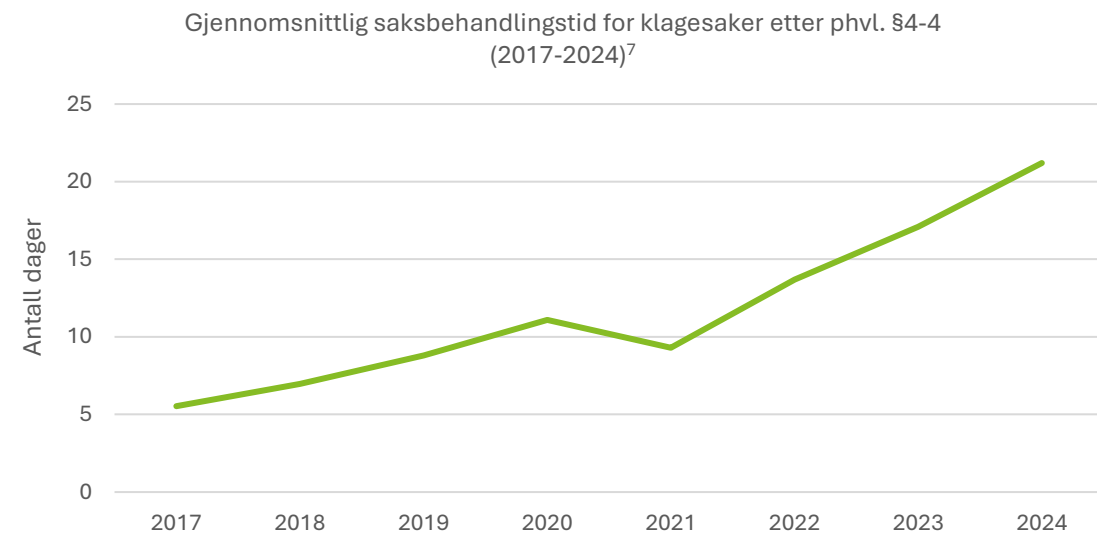
(Merk at tallene fra 2017 og 2018 er basert på de ulike embetene slått sammen.)

2. Bakgrunn

Saksbehandlingstiden i embetet for behandling av klagesaker jf. phvl. §4-4 ble doblet fra 2021 til 2024

Utvikling saksbehandlingstid for klagesaker etter phvl. §4-4

Samtidig som antall saker og restanser har økt har saksbehandlingstiden for klagesaker etter phvl. § 4-4 økt fra 5,5 dager i 2017 til 21,2 dager i 2024⁷. Statsforvalteren skal treffe avgjørelser uten ugrunnet opphold, jf. phvf. §29. I Helsedirektoratets veileder for Statsforvalterens behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4 er det lagt til grunn at Statsforvalteren bør gjennomføre klagesaksbehandlingen i løpet av fem til syv virkedager.



⁷ Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus «Statistikk 4-4, 2017 t.o.m. mai 2025»

(Merk at tallene fra 2017 og 2018 er basert på de ulike embetene som ble slått sammen fra 2019.)

2. Bakgrunn

Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus avdekket i 2024 alvorlige avvik i helseavdelingen knyttet til manglende behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4 og innsynskrav. Avvikene har hatt konsekvenser for enkeltpersoners rettssikkerhet.

Klagesaker

Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus hadde over en lenger periode sett en økning i antall saker på §4-4, saksbehandlingstid og restanser. Dette ble jevnlig rapportert skriftlig til overordnede myndigheter i embetets årsrapporter, tilsvarende på tildelingsbrev og risikovurderinger. I intervjuer er det også opplyst om at dette også ble kommunisert muntlig i styringsdialogen med overordnet myndighet.

Sommeren 2024 ble det igangsatt et forbedringsarbeid med formål om å effektivisere arbeidsmetoder for å redusere saksbehandlingstiden. I forbindelse med dette forbedringsarbeidet ble det avdekket at det var innkomne klager på vedtak om tvangsmedisinering (phvl. § 4-4) ikke hadde blitt behandlet fordi sakene hadde blitt flyttet til en egen liste i systemet hvor koordinator ansvarlig for fordeling av innkomne saker selv var satt som saksbehandler. Ettersom koordinator selv var satt som saksbehandler ble ikke sakene fordelt til assisterende fylkesleger som var ansvarlig for å saksbehandle innkomne klagesaker. Helseavdelingen hadde en uriktig juridisk forståelse (jf. phvf §28) av at nye vedtak «reparerte» manglete behandling av klager. Da avviket ble avdekket ble det rapportert muntlig og i embetets avvikssystem.

I gjennomgangen av phvl. § 4-4-sakene ble det avdekket at praksisen med å benytte en egen liste i fordeling av innkomne saker hadde pågått over flere år, og at praksis hadde vært avklart med daværende ansvarlig seksjonsleder.

I november 2024 ble det gjennomført det en kartlegging for å kartlegge omfanget av avviket. I denne kartleggingen ble det identifisert totalt 123 klager på tvangsmedisinering, som omfattet 114 personer, som ikke var blitt behandlet.

Innsynskrav

I november 2024 mottok Statsforvalteren et brev fra Sivilombudet hvor det ble stilt spørsmål ved hvordan embetet håndterte innsynskrav generelt sett og i de enkelte avdelingene.

I utarbeidelsen av tilbakemelding til Sivilombudet avdekket Statsforvalteren flere avvik i helseavdelingen. I perioden 2019-2024 viser Statsforvalteren til at de har «nærmere 1000 ubehandlede innsynskrav».

Statsforvalteren viser til at avvikene oppstod som følge av at helseavdelingen hadde en rutine hvor det var etablert at «Krav som overstiger 5 virkedager skal ikke prioriteres i saksbehandlingen. Disse behandles først dersom innboksen er tømt for krav som kan behandles innen 5-dagersfristen». Statsforvalteren skriver at denne praksisen ikke var i tråd lovverket, og at de hadde for lang gjennomsnittlig saksbehandlingstid.

4. Observasjoner

4.1 I hvilken grad sikrer innretningen av overordnet **styring og kontroll** at Statsforvalteren holder den nødvendige kontroll med saksmengden innenfor helseområdet?

4.1 Internkontroll innenfor helseområdet

Embetsledelsen etablerte ikke et hensiktsmessig kontrollmiljø som sikret tilstrekkelig kontroll med saksmengden innenfor helseområdet

Det har vært mangelfull styring og kontroll fra embetsledelsens side

Undersøkelsen viser at den daværende embetsledelsen i stor grad utøvet tillitsbasert ledelse. I intervju pekes det på at Statsforvalterens oppgaver favner bredt, og at det har vært utfordrende for øverste ledelse å vite hvor detaljert de må ettergå og kontrollere avdelingene i embetet. Det har også vært delte oppfatninger om behovet for styring og kontroll fra embetsledelsens side. Undersøkelsen avdekker videre flere tilfeller hvor embetsledelsen lot være å overprøve ledere som ikke ønsket å implementere tiltak som embetsledelsen selv vurderte som nødvendig, eksempelvis når det gjaldt krav om implementering av ny rutine for behandling av innsynskrav. Embetsledelsens styringsrett og styringsvilje er i flere tilfeller ikke utøvd.

Det har vært delte oppfatninger om kulturen for styring og kontroll i embetsledelsen

Det kommer frem i intervju at det er delte oppfatninger om samarbeidet i ledergruppen i embetet. Enkelte har opplevd å ikke bli hørt når utfordringer har blitt forsøkt løftet til embetsledelsen. Det har også blitt påpekt at det har vært en misnøye med styringsstruktur og kontroll av avdelingene og at dette har ført til både uttrykt misnøye og konflikt. Det blir vist til i intervju at det ble gjennomført en undersøkelse i embetsledelsens ledergruppe hvor det blant annet ble avdekket utrygghet hos flere i ledergruppen. Deloitte har ikke blitt forelagt undersøkelsen det refereres til, men har fått bekreft beskrivelsen av resultatene fra undersøkelsen av Statsforvalteren. Enkelte intervjuobjekter har pekt på en opplevelse av manglende lederstøtte og oppfølging fra embetsledelsens side, og et krevende miljø for å rapportere om utfordringer.

Det var mangelfulle styringsstrukturer i embetet innenfor helseområdet

Tildelingsbrevet til Statsforvalter inneholder en rekke målsetninger og forventninger

til Statsforvalter, inkludert innenfor helseområdet, uten tydelige føringer for prioritering. Disse forventningene og målsetningene er på et overordnet nivå, og undersøkelsen viser at operasjonaliseringen av målsetningene på helseområdet ikke var tydelig forankret og kommunisert fra ledelsen og ut i resten av embetet. Det var uklart hvilke strukturer som var på plass for å delegere oppdragene til den riktige avdelingsdirektør med tilhørende mandat og forventninger om rapportering tilbake på måloppnåelse. Mangel på disse formelle styringsstrukturene medførte at embetsledelsen ikke fikk nødvendig styringsinformasjon og -innsikt til å forvalte embetet på helseområdet på en effektiv måte.

Det var ikke etablert felles krav eller systematikk for rapportering

I intervju med embetsledelsen fremgår det at det var ulik frekvens for rapportering fra avdelingene i embetet. Noen avdelinger rapporterte månedlig og andre kvartalsvis, dermed var det opp til avdelingene å selv vurdere hvor hyppig de ønsket å rapportere. Det blir vist til i intervju at dette skapte usikkerhet i ledergruppen om hva avdelingene skulle rapportere på og hvor ofte. I kontradiksjonsprosessen har Statsforvalteren pekt på at det har vært og er regelmessige møtepunkter, bl.a. nevnes halvårlige VP-møter og faste månedlige økonomimøter.

Risikostyringen i embetet har vært fragmentert og ikke tilstrekkelig fulgt opp

I intervju blir det vist til at embetet ikke har hatt en felles tilnærming og metodikk for å gjennomføre risikovurderinger, og det har vært opp til den enkelte avdeling å vurdere hvordan risikovurderinger skal gjennomføres. Det blir vist til at risikokartlegging var gjennomført på et overordnet nivå, med et mangelfullt system for løpende oppfølging. Det er først etter avvikene ble avdekket i 2024 at det er implementert et felles risikovurderingsverktøy for hele embetet.

4.1 Internkontroll innenfor helseområdet

Mangelfull styring og kontroll er hovedårsaken til at det oppstod brudd på rettsregler for hvordan klager på tvangsmedisineringssaker etter phvl. §4-4 og innsynskrav skulle behandles i helseavdelingen.

Det har vært manglende systematikk i internkontrollen i helseavdelingen

I intervju kommer det fram at helseavdelingen manglet et godt internkontrollsystem, særlig gitt den omfattende porteføljen til avdelingen. Undersøkelsen viser at det ikke var etablert gode nok rutiner og prosedyrer for registrering og fordeling av klagesaker etter phvl. § 4-4 eller behandling av innsynskrav etter offentlighetsloven. Videre har etablerte prosessbeskrivelser vært mangelfulle. Disse rutinene og prosedyrene ble ikke tilstrekkelig kvalitetssikret i organisasjonen.

Det har vært mangelfull kompetanse på flere områder

Undersøkelsen viser at det på flere områder har vært mangelfull kompetanse i sentrale funksjoner i helseavdelingen, dette inkluderer:

- Forståelse av relevante rettsregler
- Forståelse av interne rutiner og prosedyrer
- Forståelse av internkontroll, herunder utarbeidelse, kvalitetssikring og godkjenning av rutiner og prosedyrer
- Forståelse av rolle og ansvar i ledende stillinger i Helseavdelingen

Det har vært mangelfull styring i helseavdelingen

Helseavdelingen var preget av hyppig utskiftinger på avdelingsdirektørnivå. I perioden 2019-2024 var det fem ulike personer som var ansatt i rollen som avdelingsdirektør og fylkeslege. I intervju kommer det fram at arbeidsmengden var svært stor, særlig under håndteringen av Covid-19 pandemien. Helseavdelingen var også preget av høye restanser, en økende saksmengde på flere områder, en omorganiseringsprosess og reduksjon i årsverk. Det vises til at det var krevende å lykkes med å gjennomføre oppgavene som lå til helseavdelingen, inkludert å utøve

styring og kontroll i avdelingen. I intervju blir det vist til at til tross for at utfordringene med klagesaker etter phvl §4-4 i Seksjon for spesialisthelsetjenesten ofte ble tatt opp i ledermøter og andre fora, ble få konkrete tiltak iverksatt.

Det var kjent på flere nivåer i styringslinjen at det var utfordringer med ledelsen i Seksjon for spesialisthelsetjenesten. I intervju kommer det fram at instruks fra avdelingsdirektør og fra embetsledelsen ikke ble gjennomført i seksjonen og at det var utfordrende å få tilstrekkelig tilgang til og innsyn i arbeidet som ble gjennomført i seksjonen. Eksempelvis kommer det fram i intervju at Seksjon for spesialisthelsetjenesten, grunnet seksjonens størrelse og kompleksitet i oppgavene, etter embetsledelsens vurdering burde hatt minst to fagledere. Det opplyses at embetsledelsen ga seksjonssjef pålegg om å utnevne dette, uten at pålegget ble gjennomført. Det blir videre fortalt i intervju at hverken embetsledelsen eller ledelsen i Helseavdelingen overprøvde dette. Det kommer også fram i intervju at leder i Seksjon for spesialisthelsetjenesten ikke hadde gjennomført endringer i saksflyt som var besluttet i 2023. Undersøkelsen viser at avdelingsdirektør i helseavdelingen ikke klarte å ta tak i disse utfordringene, og at avdelingsdirektør hadde begrenset innsyn i seksjonens praksis. Avdelingsledelsen i helseavdelingen har ikke utført kontroller i form av eksempelvis stikkprøver, internrevisjoner eller egenkontroller av arbeidsprosessene.

Det var ikke etablert en kultur for avviksrapportering

I intervju kommer det fram at enkelte ansatte etter avvikene ble avdekket har uttrykt mistanke om at noe ikke stemte i fordelingen av klagesaker etter §4-4 fordi saker ble borte fra saksbehandlingssystemet. Dette ble imidlertid ikke flagget/rapportert.

4.2 I hvilken grad er etablerte prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av **klagesaker og innsynskrav** innrettet for å sikre tidsriktig oppfølging av innmeldte saker?

4.2 Prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av klagesaker

Mangelfull prosess for behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4, fraværende kontrolltiltak og begrenset kapasitet hindret tidsriktig og lovmessig oppfølging av innmeldte klagesaker i helseavdelingen (1/2)

Det var kjente utfordringer knyttet til å behandle klagesaker etter phvl. §4-4 innen fastsatte frister

I perioden etter sammenslåing av embetet (2019) så man en økning i gjennomsnittlig saksbehandlingstid og i restanser for klagesaker etter phvl. § 4-4. I dokumentasjon og intervju vises det til at økningen kan skyldes en rekke faktorer:

- Ved oppdatering av phvl. §1-7 tredje ledd som er kunngjort 10.02.2017 ble det innført gratis rettshjelp ved klage til Statsforvalteren på vedtak om undersøkelse og behandling etter §4-4.
- Helseavdelingen fikk under koronapandemien tilført oppsparte midler for å håndtere saksmengden. De tilførte midlene var hovedsakelig benyttet til ekstra personell, og da midlene var brukt opp måtte avdelingen håndtere saksmengden uten ekstra personell selv om det i intervju vises til at behovet fortsatt var tilstede.
- Utfordringer i seksjonen ansvarlig for håndtering av klagesaker etter phvl. §4-4. Det blir i intervju vist til at det i styringslinjen var bekymringer knyttet til Seksjon for spesialisthelsetjenesten. Det ble også observert en forverring i seksjonens resultater, blant annet økende restanser og høyere sykefravær.
- Kompliserte saksbehandlingsprosesser

Koordinatorrollen var ikke tilstrekkelig formalisert og det var krevende å fordele innkomne saker

I 2019 ble det innført en koordinatorrolle for klagesaker etter phvl. § 4-4. Bakgrunnen for å opprette koordinatorrollen var for å frigjøre tid slik at fylkeslegene kunne behandle flere saker. Koordinatorrollen er en administrativ funksjon uten juridisk eller medisinsk kompetanse eller myndighet. Det var ikke utarbeidet en formell stillingsbeskrivelse eller oppgavebeskrivelse for rollen som koordinator for phvl. § 4-4 saker. Det var utarbeidet en rutine for håndtering av sakene. I intervju kommer det frem at det ble gitt begrenset med opplæring i forbindelse med opprettelse av

stillingen som koordinator.

Koordinator sin oppgave var å fordele klagesaker etter phvl. § 4-4 til assisterende fylkesleger ansvarlig for å behandle saker etter en turnusordning/rotasjonsliste. I intervju kommer det frem at koordinator opplevde at det ikke var mulig å fordele alle innkomne saker fordi det ikke var tilgjengelige leger å fordele saker til. Dette førte til at sakene ble stående ufordelt lenger enn de burde. Det var ingen etablerte fora for fordeling av saker som fordelingsmøter eller lignende og sakene ble dermed fordelt i saksbehandlingssystemet av koordinator. Legene fikk fordelt en sak hver i de ukene de skulle behandle klagesaker, men leger med ekstra kapasitet kunne påta seg ekstra saker dersom de ønsket. Det blir vist til variasjon mellom hvor mange saker de ulike assisterende fylkeslegene behandlet. I intervju vises det også til at seksjonsleder bistod koordinator i å be legene om å påta seg flere saker.

I intervju kommer det frem at det ble diskutert om det var tiltak som kunne iverksettes for å avlaste koordinator, men koordinator opplevde selv at utfordringen var manglende tilgjengelighet av leger å fordele sakene til.

Manglende registrering av saker ga ufullstendig styringsinformasjon og hindret muligheten for kontroll

Innkomne phvl. § 4-4 saker ble saksbehandlet i saksbehandlingssystemet Elements, og ble først registrert i statsforvalterens registreringssystem NESTOR når saken var ferdig behandlet. Det kommer frem av intervju at dette gjorde det mulig å legge saker til koordinator, uten at disse sakene ville være synlig i saksoversikter hentet ut fra NESTOR. Det blir vist til at selve saksbehandlingen gjennomføres i Elements, men at sentral styringsinformasjon som saksmengde, restanser, saksbehandlingstid m.m. hentes ut fra registreringssystemet NESTOR. Ettersom sakene ikke ble registrert i NESTOR ved innkomst, har styringsinformasjonen som ble hentet ut av NESTOR gitt et ufullstendig bilde av oppnåelsen av resultatmål på phvl. § 4-4 området.

4.2 Prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av klagesaker

Mangelfull prosess for behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4, fraværende kontrolltiltak og begrenset kapasitet hindret tidsriktig og lovmessig oppfølging av innmeldte klagesaker i helseavdelingen (2/2)

Det ble ikke innført tilstrekkelige tiltak for å redusere saksbehandlingstid eller restanser

Av dokumentasjon og intervju går det frem at Statsforvalteren har rapportert om utfordringer med kapasitet til klagesaksbehandling etter phvl. § 4-4 til øvrige myndigheter ved flere anledninger og over en lengre tidsperiode.

I intervju kommer det frem at flere i helseavdelingen hadde inntrykk av at det var kapasitetsutfordringer i seksjon for spesialisthelsetjenesten og blant de assisterende fylkeslegene for å behandle klagesaker etter phvl. § 4-4. Det ble satt inn flere ressurser til å behandle klagesaker etter phvl. § 4-4, men i intervju blir det fortalt at dette tiltaket ikke var tilstrekkelig i forhold til saksmengden.

I Helsedirektoratets veileder for Statsforvalterens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven §4-4 går det frem at «*de helsefaglige spørsmålene som klagen reiser bør vurderes av en saksbehandler med medisinskfaglig bakgrunn. Dette bør være psykiater (...) alternativ annen lege.*» I kontradiksjonsprosessen viser Statsforvalteren til at Helsedirektoratet ga tilbakemelding om at Statsforvalteren kunne vurdere å bruke annet helsepersonell for å bidra inn i klagesaksbehandlingen jf. phvl. §4-4. I intervju kommer det frem at det ble besluttet at ressurser med annen helsefaglig bakgrunn enn lege (eks. psykologer og vernepleiere) skulle bidra i saksbehandlingen. Det kommer også frem av intervju at Helsedirektoratet var informert om denne praksisen hos Statsforvalteren.

Sommeren 2023 ble det foreslått endringer i saksflyten for behandling av klagesaker etter phvl. § 4-4 for å øke effektiviteten. Endringene ble ikke implementert i seksjon for spesialisthelsetjenesten. I 2024 ble det iverksatt et kvalitetsforbedringsprosjekt for å se på arbeidsprosessene for behandling av klagesaker etter phvl. §4-4. Det var gjennom dette prosjektet at avvikene ble avdekket.

Praksis for behandling av klagesaker ble justert for å avbøte for det økende saksomfanget uten at ble ført kontroll på saksbehandlingen

Mengden klagesaker etter phvl. § 4-4 førte til at koordinator opplevde at det ikke var mulig å fordele alle innkomne saker til de assisterende fylkeslegene for behandling. Dette førte igjen til at det oppstod en praksis hvor koordinator fordelte enkelte saker til seg selv, istedenfor til saksbehandler. Koordinator beskriver at dette var saker hvor for eksempel advokat ikke fikk tak i pasienten, eller sykehuset formidlet at pasienten kanskje ville trekke saken. I noen av sakene ble det skrevet merknad på saken for hvorfor den ble lagt til koordinator, men ikke alle. Sakene ble liggende hos koordinator som under arbeid. Dersom det ikke var utvikling i sakene som lå hos koordinator ble de avsluttet etter en periode. I psykisk helsevernforskriften §28 står det skrevet at «Klageinstansen skal behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake.» Det blir opplyst at ingen andre ble involvert i vurdering av slike saker før de ble avsluttet uten behandling. Denne praksisen var ikke i tråd med forskriften eller Helsedirektoratets veileder. Av *Notat – avvik phvl. §4-4* datert 10.12.2024 fremkommer det at Helseavdelingen hadde en uriktig juridisk forståelse av at nye vedtak «reparerte» manglede behandling av klager.

I intervju kommer det frem at seksjonssjef for spesialisthelsetjenesten kjente til praksisen hvor koordinator fordelte saker til seg selv, og at koordinators sakliste var synlig for seksjonssjefen. Sakene som lå hos koordinator ble fulgt opp av koordinator selv. I intervju blir det fortalt at det ikke ble etterspurt status for disse sakene fra seksjonslederen, men at seksjonssjefen hadde tilgang til å selv undersøke status for disse sakene i saksbehandlingssystemet. Ingen formelle kontrolltiltak ble etablert av seksjonslederen som følge av denne praksisen. Det har heller ikke vært etablert kontrolltiltak i form av sidemannskontroller eller ledergodkjenning knyttet til registrering og fordeling av innkomne saker.

4.2 Prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av innsynsbegjæringer

Helseavdelingen hadde etablert en rutine som ikke var i samsvar med gjeldende lovkrav og etablerte en feilaktig praksis for behandling av innmeldte innsynskrav (1/2)

Helseavdelingen hadde etablert en rutine og praksis basert på feiltolkning og manglende etterlevelse av lovkrav

Det var etablert en egen rutine for behandling av innsynskrav i helseavdelingen. I helseavdelingens rutine for innsynskrav av 29.11.2019, godkjent av tidligere ledelse i helseavdelingen, gikk det frem at innsynskrav som ikke kunne behandles innen fem virkedager skulle anses som avslått og flyttes til en egen mappe. I rutinen var praksisen underbygget med henvisning til § 32 om klage i offentleglova. Det stod i rutinen at dette var «for å gjøre det mulig å behandle flest mulig krav innen fristen». I rutinen fremkommer det at «det sendes ikke ut foreløpig svar til klager om lang saksbehandlingstid». Rutinen stiller ingen krav til å informere klager om at innsynskravet regnes som avslått når maksimal saksbehandlingstid på fem virkedager overstiges.

Saker i mappen for innsynskrav over fem virkedager skulle i henhold til rutinen behandles når innboksen for innsynskrav var tømt eller dersom helseavdelingen mottok purringer. Purringer på henvendelser som ikke var besvart ble ansett som klage på avslag, og disse ble prioritert. Offentleglova § 29 første ledd andre punkt slår fast at innsynskrav skal avgjøres uten ugrunnet opphold. Den feilaktige praksisen med å anse innsynskrav over fem virkedager som avslåtte innsynskrav ble avdekket etter tilsyn fra Sivilombudet. Det kommer også frem av rutinen av 2019 at det ikke skulle sendes ut foreløpige svar om lang saksbehandlingstid. Forvaltningsloven § 11a pålegger forvaltningsorgan å gi foreløpig svar hvis en henvendelse forventes å ta uforholdsmessig lang tid å besvare.

Det var ingen overordnet styring fra embetsledelsen på innsyn eller krav om å implementere felles rutine

I intervju kommer det frem at det i desember 2023 var en prosess for å gjennomgå

praksisen for behandling av innsynskrav i embetet. Formålet var å etablere en felles rutine for behandling av innsynskrav. Helseavdelingen deltok ikke på disse møtene og ønsket ikke å prioritere dette. Embetet fikk nye rutiner for innsyn som alle avdelinger skulle implementere, men denne ble ikke implementert av helseavdelingen. Det ble ikke gjennomført noen oppfølging eller kontroll av fra embetsledelsens side for å sikre at rutinen ble implementert. I kontradiksjonsprosessen påpeker Statsforvalter at ny rutine for innsyn ble tatt opp på embetsledermøte og at implementering ble etterspurt. Det kommer frem av referater fra ledermøtet 25. november 2024 at det skulle kartlegges om rutinen for innsyn ble fulgt i 2025, men Deloitte kan ikke se av dokumentasjon oversendt at implementering av rutinen i helseavdelingen konkret ble etterspurt eller diskutert. I intervju kommer det frem at det ikke har vært naturlig fra embetsledelsen sin side å spørre om avdelingene behandler innsynskrav da dette har oppfattes som en selvfølge, men etter avviket ble oppdaget er det lagt inn i årshjulet at embetsledelsen skal se på rutiner for innsynsbegjæringer i embetsledermøtet på årlig basis.

Det har vært ulike oppfatninger knyttet til prioriteringen av innsynskrav

Det fremgår av intervju at det i perioden frem til avvikene ble avdekket ikke var ønskelig å prioritere behandling av eldre innsynskrav over andre lovpålagte oppgaver som berørte individuelle rettigheter knyttet til liv og helse. Det blir opplyst i intervju at helseavdelingen opplevde å ha for lite ressurser til å behandle innsynskrav og at mangel på ressurser ble diskutert før avvikene ble avdekket.

Som følge av en rekke spørsmål fremsatt i brev fra Sivilombudet 07.11.2024 vedrørende håndtering av innsynskrav hos Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, avdekker embetet avvik i helseavdelingen.

(Fortsetter på neste side)

4.2 Prosesser og kontrolltiltak knyttet til behandling av innsynsbegjæringer

Helseavdelingen hadde etablert en rutine som ikke var i samsvar med gjeldende lovkrav og etablerte en feilaktig praksis for behandling av innmeldte innsynskrav (2/2)

I brev til Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet av 11.12.2024 skriver daværende statsforvalter at *«avdelingsledelsen ikke har sørget for at tilstrekkelig ressurser har blitt kanalisert til å prioritere oppgaven (med innsynskrav) i avdelingen»*. I samme brev står det at avdelingen vil kanalisere ytterligere ressurser til behandling av innsynskrav for å få ned saksbehandlingstiden, noe som vil gå på bekostning av andre oppdrag, særlig de som utføres av jurister.

I intervju kommer det frem at tidligere statsforvalter ga beskjed etter avvikene ble oppdaget at innsynskrav måtte behandles i tråd med felles rutine etablert i embetet, og det ble satt inn flere ressurser for å behandle innsynskrav. Det fremkommer også av ny rutine for behandling av innsynskrav datert 10.01.2025 at behandling av innsynskrav skal prioriteres foran andre oppgaver.

Det er begrensede beskrivelser knyttet til avvik fra rutinen

I rutinen av 2019 og i rutinen av 2024 kommer det frem at alvorlige og/eller gjentakende avvik, mindre avvik, mindre fravik og større fravik skal rapporteres. Det er inkludert en definisjon av fravik, men det er ingen definisjon av avvik eller hvilke vurderinger som avgjør om det er et mindre avvik eller et alvorlig avvik.

4.3 I hvilken grad gir **metodikken** benyttet for å identifisere det totale omfanget avvik i klagesaksbehandling sikkerhet for at alle relevante avvik blir identifisert?

4.3 Metodikk for å identifisere totalt omfang avvik 2019-2024

Metodikken benyttet av Statsforvalteren for å identifisere det totale omfanget av avvik har mangler som gjør at det er risiko for at alle avvik ikke er identifisert

Søk som er benyttet for å avdekke avvik i perioden 2019-2024 gir ikke en sikkerhet for at alle avvik er avdekket

Statsforvalteren har gjennomført et søk i saksmapper og journalposter for å identifisere eventuelle avvik i tvangsmedisineringssaker. I søkene har embetet begrenset søket til å omfatte saker som er fordelt til merkantil koordinator for klagesaker etter phvl §4-4. Embetet har ikke gjennomført et søk som har involvert andre saksbehandlere i embetet i forbindelse med den interne undersøkelsen. Dette skaper risiko for at avvik ikke er avdekket. Denne risikoen må ses spesielt i sammenheng med at embetet selv opplyser at Helseavdelingen hadde en uriktig juridisk forståelse av at nye vedtak «reparerte» manglede behandling av klager.

Ved søk i saksmapper har embetet kun søkt på begrepet «tvangs». I intervju blir det opplyst at det ble benyttet ulike overskrifter i arkivering av de enkelte sakene. Dette gjorde det vanskelig å utføre et søk som sikret at alle saker knyttet til tvangsmedisinering ble identifisert i saksbehandlingssystemet.

Embetet har derfor i tillegg også utført søk i journalposter og brukt kategorien «psykisk helsevern» (ordningsverdi) for å identifisere saker som ikke var blitt behandlet. Dersom saker er arkivert feil, enten med skrivefeil i tittel, eller sortert under en annen kategori enn psykisk helsevern, er det risiko for at samtlige avvik ikke er avdekket.

I forbindelse med kontradiksjonsprosessen informerer Statsforvalter om at det ble gjennomført søk også med journaldato som viser når journalposten/dokumentet ble journalført av arkivet. I disse søkene ble det avdekket saksnummer som overlappet, og det ble derfor gjort søk i Excel for å luke ut disse.

Søkene som er benyttet for å avdekke avvik i perioden 2019-2024 er ikke etterprøvbare

I søket som er gjennomført i saksmapper og journalposter for å avdekke avvik viser Statsforvalteren til at det ble benyttet en formel i Excel for å utelukke overlappende saksnumre. Deloitte har fått oversendt en beskrivelse av formelen som er brukt, samt beskrivelser for videre filtrering og vurdering av sakene.

Uttrekket av saker er utført basert på saker som var ubehandlet på uttrekkstidspunktet høsten 2024. I etterkant av uttrykket har det blitt gjennomført en opprydding og oppfølging av avvikene, og de har i dag status som «ferdig behandlet». Det er derfor ikke mulig å rekonstruere uttrekket.

Undersøkelsen viser at vurderinger som er gjort i forbindelse med søk og sortering for å kartlegge avvik ikke er tilstrekkelig dokumentert, og at det er tilfeller hvor det er mangelfull informasjon om enkeltsaker. Dette gjør det ikke mulig for Deloitte, basert på oversendt dokumentasjon, å etterprøve konklusjonene i gjennomgangen.

All dokumentasjon av saksuttrekk, sortering og vurdering av enkeltsaker som er oversendt Deloitte er i et redigerbart format. Deloitte kan derfor ikke etterprøve om uttrekkene gjennomgangen baserer seg på er fullstendig og gjengir nøyaktig informasjonen i sakssystemet innenfor de gitte kriteriene.

Det er heller ikke lagt fram dokumentasjon som viser at alle de beskrevne stegene i embetets undersøkelse. Deloitte kan derfor ikke bekrefte at alle steg er utført som beskrevet av embetet. Forelagt dokumentasjon tillater heller ikke Deloitte å gjenskape den metodiske gjennomgangen i et forsøk på å verifisere at resultatet er fullstendig og nøyaktig.

4.3 Metodikk for å identifisere totalt omfang avvik 2017-2018

Metodikken benyttet av Statsforvalteren for å identifisere det totale omfanget av avvik har mangler som gjør at det er risiko for at alle avvik ikke er identifisert

Statsforvalterens stikkprøvegjennomgang for å avdekke avvik i perioden 2017-2018 er etter Deloitte's mening ikke tilstrekkelig for å avdekke alle avvik

Statsforvalteren opplyser at det er gjort uttrekk i arkivbasene av saker som omfatter tvangsernæring og tvangsmedisinering for perioden 2017-2018. Totalt ble 1122 saker identifisert i gjennomgangen. Alle saker med null eller én journalpost ble gjennomgått. Totalt utgjorde dette 26 saker. Av disse ble det funnet fem avvik. I tillegg ble det gjennomført 45 stikkprøver av de resterende 1096 sakene med to eller flere journalposter.

Det er ikke redegjort for hvilke vurderinger embetet har gjort i utvelgelsen av de 45 stikkprøvene eller hvorfor utvalgets størrelse er 45. Statsforvalteren opplyser i forbindelse med kontradiksjon at antall stikkprøver anses som tilstrekkelig.

I henhold til internasjonale revisjonsstandarder (IAASB, PCAOB), kan man benytte enten kontrolltesting eller substanstesting for å kartlegge og avdekke avvik i en populasjon. Kontrolltesting benyttes primært for å vurdere effektiviteten av etablert internkontroll, imens substanstesting benyttes for direkte å avdekke feil og omfanget feil i en populasjon. Utvalgsstørrelsen for testing er større ved substans- enn kontrolltesting.

I henhold til Deloitte Audit Approach manual som beskriver metodikk for gjennomføring av alle Deloitte's revisjoner og er forankret i relevante internasjonale revisjonsstandarder (IAASB og PCAOB), vil utvalgsstørrelsen for kontrolltesting i en populasjon på 1096 saker være minimum 35-60 dersom vi legger til grunn en forventning om høyere/vesentlig risiko for avvik/feil. En utvalgsstørrelse på 45 er med dette i nedre sjikt av minimumskravet. Dersom kontrolltestingen tar utgangspunkt i at det kan foreligge ett avvik, vil minimum utvalgsstørrelse ved kontrolltesting være

60-90.

I dette konkrete tilfellet må det gjøres en vurdering av hva som defineres som populasjonen. Dersom populasjonen av saker med to eller flere journalposter isoleres (totalt 1096 saker), vil det være en forventning om at et høyere antall saker undersøkes, da det forventes at det *kan* foreligge *ett* avvik. Dersom populasjonen defineres som det totale antall saker for 2017-2018 (totalt 1122 saker), har gjennomgangen allerede avdekket fem avvik.

I henhold til DTTL AAM vil ikke kontrolltesting være tilstrekkelig metodisk, da disse avvikene resulterer i en konklusjon om ineffektiv kontroll. Test av substans er med dette eneste tilnærming for å kunne si noe om utbredelsen av avvikene. Utvalgsstørrelsen ved detaljtesting skal være stor nok til at det som ekskluderes fra utvalget ikke er vesentlig. For å oppnå formålet med å avdekke alle avvik, ville forventningen da vært at Statsforvalteren undersøkte alle saker.



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee (“DTTL”). DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL and Deloitte NSE LLP do not provide services to clients. Please see www.deloitte.com/about to learn more about our global network of member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte provides leading professional services to nearly 90% of the Fortune Global 500® and thousands of private companies. Our people deliver measurable and lasting results that help reinforce public trust in capital markets and enable clients to transform and thrive. Building on its 180-year history, Deloitte spans more than 150 countries and territories. Learn how Deloitte’s approximately 460,000 people worldwide make an impact that matters at www.deloitte.com

This communication contains general information only, and none of Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL), its global network of member firms or their related entities (collectively, the “Deloitte organization”) is, by means of this communication, rendering professional advice or services. Before making any decision or taking any action that may affect your finances or your business, you should consult a qualified professional adviser.

No representations, warranties or undertakings (express or implied) are given as to the accuracy or completeness of the information in this communication, and none of DTTL, its member firms, related entities, employees or agents shall be liable or responsible for any loss or damage whatsoever arising directly or indirectly in connection with any person relying on this communication. DTTL and each of its member firms, and their related entities, are legally separate and independent entities.