



[Redacted]

Saksbehandler, innvalgstelefon  
Freddy Normann Dahl, 33371150

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

## Avgjørelse av tilsynssak – psykolog [Redacted] – Fokusert Helse

Statsforvalteren viser til varsel om tilsynssak i brev av 08.12.25. Saken ble opprettet som følge av en bekymringsmelding. Saken gjelder om din praksis med utredning av ADHD er forsvarlig.

### **Avgjørelse:**

Din praksis for utredning av ADHD-problematikk er samlet sett i strid med helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet.

At du ikke har sendt ut informasjon (rapport/epikrise) til relevant helsepersonell etter endt utredning for ADHD-problematikk, utgjør et brudd på helsepersonelloven § 45 a.

### Sakens dokumenter

1. Brev fra [Redacted] til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark (SFVT), bekymringsmelding, datert 20.11.25
2. Brev fra SFVT til [Redacted] tilbakemelding, datert 08.12.25
3. Brev fra SFVT til [Redacted] varsel om tilsyn, datert 08.12.25
4. Brev fra SFVT til Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, oversendelse, datert 07.12.25
5. Brev fra SFVT til Statsforvalteren i Rogaland, oversendelse, datert 07.12.25
6. Brev fra Statsforvalteren i Rogaland til SFVT, tilbakemelding, datert 12.12.25
7. Brev fra SFVT til Statsforvalteren i Rogaland, orientering, datert 15.12.25
8. Brev fra [Redacted] til SFVT, orientering, oversendt dokumentasjon, datert 09.01.26
9. Brev fra Statsforvalteren i Rogaland til SFVT, oversendelse av avgjørelse i tilsynssak 2023, datert 13.01.26
10. Brev fra [Redacted] til SFVT, uttalelse, dokumentasjon, datert 14.01.26
11. Brev fra Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, orientering, datert 20.01.26

### **Saksfremstilling**

Bekymringsmelding, datert 20.11.25



Bekymringsmelder refererer til at [REDACTED] har sett reklame for Fokusert helse på Facebook, hvor det reklameres for bransjens raskeste ADHD utredning, med svar innen en uke. På nettsiden til Fokusert helse beskrives ADHD-utredningen som å være fullstendig digital. Det fremstår å kunne være en sesjon, hvor man får noen skjemaer og fyller ut dem på forhånd. Eventuelt kan man ha med pårørende, og man får svar innen 10 dager om man har ADHD eller ikke.

Bekymringsmelder har vansker med å forstå hvordan man kan gjennomføre en forsvarlig utredning av ADHD på kun en enkel sesjon. Dessuten foregår det kun digitalt. Etter melderens forståelse, samsvarer ikke dette med helsedirektoratets retningslinjer for ADHD-utredning. Melder mener at en god ADHD-utredning bør gjøres over tid, slik at man blir kjent med pasienten og hans/hennes utfordringer, samt at man snakker med pårørende, innhenter informasjon fra barndommen og gjennomføre evne-kartlegging. Melder viser til at ut ifra nettsiden til Fokusert helse, så er det flere av de nevnte tingene overfor som ikke gjennomføres.

#### Vårt brev til deg med varsel om tilsyn

Vi ba deg om å oversende ditt svar på følgende 10 spørsmål:

1. En beskrivelse av din rolle og ditt ansvar i Fokusert Helse, herunder ansvar og oppgaver du har som fagsjef.
2. En beskrivelse av ev. samarbeid med psykologspesialist [REDACTED] og psykolog [REDACTED]
3. Det fremgår av nettsiden at pasienter tilbys oppfølging av psykiater.
  - a. Hvem er psykiateren og hvilken rolle/oppgaver har vedkommende?
  - b. Rekvirerer vedkommende legemidler for ADHD?
  - c. Hvor mange av pasientene som ble diagnostisert med ADHD av deg i 2025 fikk oppfølging fra den aktuelle psykiateren?
4. Hva avklaringssamtalen inneholder og opplysninger om hvor mange av pasientene som gjennomgikk avklaringssamtale hos deg i 2025 som ikke gikk videre til utredning.
5. En beskrivelse av din kompetanse, relevant for utredning av ADHD hos voksne
  - a. Relevante kurs
  - b. Relevant arbeidserfaring
  - c. Testkompetanse
6. En overordnet beskrivelse av hvordan utredningen foregår, herunder:
  - a. En beskrivelse av rutiner for innhenting av opplysninger fra fastlege – minimumskrav til hvilke opplysninger som skal foreligge
  - b. En beskrivelse av rutiner for innhenting av opplysninger fra komparenter, f.eks. familie – minimumskrav til hva slags komparentopplysninger som skal foreligge.
  - c. Hvilke kartleggingsverktøy/tester/diagnostiske verktøy du bruker i din praksis.
  - d. En beskrivelse av rutiner for å innhente epikrise/journal/opplysninger fra spesialisthelsetjenesten eller andre dersom pasienten har vært utredet før
  - e. Hvilke rutiner du har for å vurdere behov for, og eventuell involvering av, annen kompetanse inn i utredningen – f.eks. nevropsykolog for vurdering av andre nevroutviklingsforstyrrelser eller lege for utredning av om det kan være medisinske forklaringer på pasientens symptomer.
  - f. Hvilke rutiner du har for vurdering av helsekrav til førerkort.
7. En beskrivelse av rutiner for vurdering av pasientenes egnethet for digital utredning.
  - a. Hvilken plattform som brukes og om det er gjort risikovurderinger av digital sikkerhet.
  - b. Om det kartlegges hvilke omgivelser pasienten har når utredningen skjer (eks. mulighet for å sitte skjermet)



- c. Om du har rutiner for vurdering av om digital utredning er forsvarlig eller om pasienten bør ses fysisk (eks. om du i tilstrekkelig grad får vurdert kroppsspråk/tegn til motorisk uro etc.)
8. En beskrivelse av dine rutiner for å sende epikrise; hvem sendes epikrisen til?
9. Hvordan du sikrer videre oppfølging; psykoedukasjon, behandling med legemidler, veiledning til fastlege, etc. når pasienten er ferdig utredet, herunder også videre utredning dersom det viste seg at pasienten ikke hadde ADHD.
10. Opplysninger av hvor mange av pasientene du har utredet i 2025 har blitt diagnostisert med ADHD. Videre ber vi om å få en utskrift av pasientlisten din for 2025 i kronologisk rekkefølge, og komplet.

Videre ba vi om pasientlisten din for 2025, samt komplett journal for de seks siste avsluttede pasientene du hadde utredet og der diagnosen ADHD ble stilt.

#### Din uttalelse mottatt her 14.01.26

Når det gjelder bekymringen i bekymringsmeldingen om rask digital utredning av ADHD, understreker du at du i din praksis har en strukturert og tilpasset tilnærming til målgruppen, med vekt på tilgjengelighet og effektiv gjennomføring innen faglig forsvarlige rammer. Utredning av ADHD hos deg avgrenses ikke av en fast tidsramme, men av sakens kompleksitet og behovet for tilstrekkelig informasjonsgrunnlag.

Når det gjelder reklamen for virksomheten, så gjøres klienten i første time oppmerksom på at utredningen kan gjennomføres intensivt dersom vedkommende har informasjon klar, eller pårørende som kan stille med komparentopplysninger innen kort tid.

Du skriver at det hevdes i grunnlaget for tilsyn at korte forløp er negativt, og at disse bør gjøres over tid. Du sier at forskning viser at behandling av mennesker med utfordringer knyttet til eksekutive funksjoner bør tilpasses deres forutsetninger. Du viser til Barkley, 2015. Barkley fremhever at personer med eksekutive vansker har betydelige utfordringer med å følge langvarige og komplekse diagnostiske forløp og har økt risiko for drop-out når helsetjenester krever gjentatte fremmøter over tid for en avklaring/diagnose. Barkley fremhevet i 2015 at tjenester må tilpasses pasientens eksekutive funksjonssvikt for å være tilgjengelig helsetjeneste i praksis, ikke bare i teori. Det at intensive forløp er mulig i din praksis, vil du hevde er i henhold til evidensbasert praksis og nasjonal veileder for utredning av ADHD.

Du skriver videre at i henhold til dine rutiner, så etterspørres alltid komparent-informasjon, men at det er slik at i et fåtall saker er ikke dette mulig av enten etiske eller praktiske grunner. Din egen praksis tilsier at de fleste klienter bidrar med komparentopplysninger fra partner, foreldre eller søsken, og gjerne med flere komparenter per sak. I saker hvor dette ikke er mulig, lener du deg på relevant forskning, som forteller at et strengt krav om foreldre-komparent ved utredning av voksne med mulig ADHD er metodisk og praktisk problematisk. Dessuten kan kartlegging av kompensatoriske strategier bidra til å belyse utviklingshistorien. Forskning og europeiske konsensus-retningslinjer anbefaler derfor at fravær av komparent ikke tillegges avgjørende vekt når øvre diagnostiske kriterier er tilstrekkelig belyst gjennom strukturert intervju og klinisk helhetsvurdering. Et strengt krav om informasjon fra pårørende og fra personer som kjenner klient fra barndom er også etisk problematisk, da det ekskluderer en stor andel av ADHD-populasjonen, som ofte har et begrenset nettverk og dårlige familierelasjoner.

Utviklingshistorie er sentralt i ADHD-utredninger, og du benytter ikke bare komparenter til å belyse dette, men også klienten selv både gjennom av anamnese-innhenting og tester.



Videre viser du til bekymringsmeldingen, hvor det står at du sender ut skjema før første samtale. Du svarer at dette er en praksis som er helt vanlig både i private og offentlige helsetjenester, og du stiller deg uforstående til hvorfor dette bringes opp. I din praksis kan enkelte skjema sendes ut før første time dersom det er ønskelig, mens andre mer komplekse skjemaer gjennomgås etter første time før de sendes ut.

I ditt svar til Statsforvalteren viser du også til bekymringen om at utredningen via nett holder en annen kvalitet enn det fysiske oppmøtet. Du har 4 års erfaring fra å utrede og behandle psykiske plager via nett, hvorav 3 av disse var i offentlig helsetjeneste, uten at dette tenkes å være sentralt for kvalitet i tjeneste; snarere tvert imot så kan det være en styrke da klienter ofte åpner seg lettere og føler seg mer hjemme i eget hjemmemiljø. Videre kan også behandler observere pasientenes omgivelser, noe som gir nyttig komparentinformasjon. Du mener at det er i tråd med forskningen at nettbaserte tjenester ikke fører til redusert kvalitet.

Du skriver videre at du stiller deg positiv til gjennomgangen av virksomheten, og at du videre vil benytte tilbakemeldingen fra Statsforvalteren i kvalitetsarbeid i 2026.

Du skriver så ditt svar på de ti spørsmålene Statsforvalteren har stilt deg.

1. I Ardent Helse AS er det etablert en tydelig faglig ansvarsstruktur for å sikre forsvarlig drift og ensartet kvalitet i tjenestene som leveres. Rollen som fagsjef er opprettet for å ivareta det overordnede faglige ansvaret, særlig i forbindelse med økt omfang av virksomheten og tilknytning av flere fagpersoner.

Som fagsjef har du det overordnede ansvaret for:

- Utvikling, vedlikehold og implementering av interne faglige retningslinjer for ADHD-utredning
- Sikre at utredninger gjennomføres i tråd med nasjonale retningslinjer, gjeldende lowerk og krav til faglig forsvarlighet
- Bidra til ensartet praksis og kvalitet på tvers av fagpersoner som utfører tjenester for virksomheten

Dette omfatter blant annet ansvar for:

- Utforming av standardiserte rutiner for digital ADHD-utredning
- Fastsettelse av minimumskrav til dokumentasjon, kartlegging og komparentopplysninger
- Oppfølging av kvalitet gjennom regelmessige fag- og kvalitetsmøter

Du skriver videre at du har ansvar for løpende faglig oppdatering, herunder å holde deg orientert om relevant internasjonal forskning, endringer i nasjonale retningslinjer og praksis knyttet til ADHD-utredning, og å sikre at dette omsettes i interne rutiner der det er relevant. Kvalitetsarbeidet følges opp gjennom faste møter der utredningspraksis, faglige problemstillinger og eventuelle forbedringsområder drøftes. Rollen som fagsjef er adskilt fra eierrollen ved at den faglige vurderingen og kvalitetssikringen av utredninger skal være uavhengig av økonomiske eller kommersielle hensyn.

2. Psykologspesialist [REDACTED] og du er begge eiere av Ardent Helse AS og samarbeider tett omkring alle aspekt av drift og utvikling av tjenesten. Samarbeidet baserer seg på daglige samtaler og fysiske møter, noe som sikrer en god kommunikasjon omkring driften.



Psykolog [REDACTED] er tilknyttet dere som enkeltpersonsforetak og hadde sin oppstart hos dere i oktober 2025. Ditt samarbeid med [REDACTED] har vært på områder som jobbintervju, kvalitetssikring og kontrakter. Veiledning har blitt gjort av psykologspesialist [REDACTED] som har sikret at [REDACTED] følger retningslinjene for utredning, og at han kan få faglig støtte der han trenger det.

3 a. I november 2025 formaliserte dere et samarbeid med psykiater [REDACTED]. Han er tilknyttet dere på samme måte som [REDACTED] via sitt foretak. I perioden før november 2025 hadde dere ikke formalisert samarbeid med psykiatere, og det foreligger derfor ikke konkrete tall for november. Klientene har selv tatt kontakt med ulike psykiatere privat eller blitt henvist til det offentlige helsevesenet via fastlege. I enkelte tilfelle har du derfor snakket med DPS. Du skriver at du kun har fått gode tilbakemeldinger derfra på utredninger du har gjennomført.

Hovedoppgaven til [REDACTED] har vært å følge opp klientene i etterkant av utredning i forbindelse med behandling/medisinering. I deres kontrakt med han skal han tilby en opptrapping på medisiner, der han finner det riktig og forsvarlig etter utredning hos dere. Dere har også inngått et samarbeid med psykiater [REDACTED] i desember 2025, som har fungert på samme måte som for [REDACTED].

Samme prosedyrer og avtaler eksisterer for begge psykiatere. De er tilknyttet som selvstendig næringsdrivende og har ingen eierinteresse i virksomheten. De benytter kun deres systemer for avtalebok ved første avtale, og har sine egne journalsystemer, med tilgang til Norsk helsenett. For å sikre at hele helseforløpet er dokumentert hos dere, er det utarbeidet en rutine der medisinske epikriser også journalføres i Fokusert Helses journalsystem, etter avsluttet forløp hos psykiater. Slik sikres pasientflyten. Epikrise blir sendt fra psykiaterne via Norsk Helsenett til fastlege når klienter er ferdig opptrappet på medisin.

b. Ja, psykiatere rekvirerer legemidler for ADHD, etter sine egne faglige vurderinger.

c. Du har bare data på den perioden der dere har hatt avtale med psykiaterne. 8 av dine klienter i perioden oktober frem til 08.12.25 har gått til [REDACTED]. Psykiater [REDACTED] har i samme periode hatt en av dine klienter til medisin-opptrapping.

4. En avklarings-samtale består i all hovedsak av strukturert innhenting av anamnese med bakgrunn i klientens historikk, aktuell situasjon, symptomer, somatiske forhold, tidligere sykehistorikk (både somatisk og psykisk), arbeid, familie, aktuell behandlingsstatus og annet som er vesentlig å vurdere. Etter denne timen vil klienten få en tilbakemelding på om det er grunnlag for videre utredning.

De som blir selektert bort fra utredning er følgende:

- Der det ikke fremkommer symptomer på ADHD.
- Der det er tydelig at andre forhold kan medføre aktuelle symptomer.
- Der det ikke fremkommer funksjonssvikt i noen vesentlig grad.
- Der barndoms-kriteriet ikke oppfylles

Du skriver at dere er en privat tjeneste, noe som innebærer at klient kan bestille utredning hos deg uavhengig om du ser tydelige trekk på ADHD. Så lenge det tenkes faglig forsvarlig å gjennomføre utredning, gjennomføres derfor dette. Der det er uforsvarlig, eller at rammene ikke ligger til rette for videre utredning, avsluttes forløpet med en vurdering om det er behov for andre tilbud. Det viderehenvises også ved behov og følges opp dersom det kan tenkes at den som tar kontakt er i behov av akutt medisinsk oppfølging. At klienter avvises, hører til sjeldenhetene, da de aller fleste som tar kontakt er oppegående og samtykkekompetente mennesker. I gjennomgang av avklarings-samtaler som er bestilt hos deg, fremkommer det at 13 klienter ikke gikk videre til utredning.



5. I dette punktet beskriver vi ikke ditt svar, men viser til hva du har skrevet der i en omfattende utredning om problemstillingen.

6 a. I første samtale gjennomføres en strukturert anamnestisk gjennomgang, som inkluderer psykisk helse, somatisk helse, rusmiddelmissbruk og tidligere behandlingshistorikk. På bakgrunn av denne vurderes behovet for supplerende opplysninger fra fastlege, DPS eller andre relevante instanser.

Som minimumskrav foretas det alltid en eksplisitt vurdering av:

- Om somatiske forhold kan forklare eller bidra til symptomene
- Om rusmiddelbruk kan påvirke symptom- og funksjonsbildet
- Om tidligere alvorlig psykisk lidelse foreligger

Dersom det foreligger usikkerhet knyttet til disse forholdene, innhentes supplerende opplysninger. Der hvor nødvendig medisinsk dokumentasjon ikke kan fremskaffes, kan utredning avsluttes uten diagnose.

Ved avslutning av utredning mottar alle klienter som får ADHD-diagnose et standard skriv som skal gis til fastlege og som omhandler anbefalte somatiske prøver for å utelukke kontra-indiserende forhold for medisinerer, inkludert rusprøver. Dette sikrer både medisinsk forsvarlighet og fastlegens kjennskap til gjennomført utredning.

I alle rapporter kommer frem kontaktinformasjon til deg, og fastlege eller andre behandlere inviteres til dialog ved behov.

b. Innhenting av komparentopplysninger er hovedregel i alle utredninger. Som minimum benyttes:

- BRIEF-A (selvrapportering) for nåtidige eksekutive vansker
- BRIEF-Informant for komparentopplysninger fra nærstående
- WURS for kartlegging av ADHD-symptomer i barndom
- DIVA 5.0 der komparent inviteres særlig til barndomsdelen

Klienten får tilbud om å ha med en person som kjenner dem fra barndommen (foreldre, søsken eller barndomsvenn). Komparenter kan delta både via spørreskjema og i samtale.

Dersom komparentopplysninger ikke kan innhentes av etiske eller praktiske grunner, gjøres en eksplisitt vurdering av om samlet informasjonsgrunnlag er tilstrekkelig. I slike tilfeller stilles det strengere krav til konsistens på tvers av:

- Utviklings historikk
- Klinisk intervju
- Kartleggingsverktøy
- Funksjonsbeskrivelse og kompensatoriske strategier

Manglende komparentopplysninger diskvalifiserer ikke i seg selv for ADHD-diagnose, men kan føre til at diagnose ikke settes, dersom barndoms-debut ikke kan sannsynliggjøres tilstrekkelig.

c. Følgende verktøy inngår som standard i utredningene:

- ASRS v1.1 – screening for ADHD
- MINI-PLUS - Kartlegging av nåværende og tidligere psykiske lidelser, inkludert ADHD
- DIVA 5.0 - Strukturert diagnostisk intervju for ADHD i barndom og voksen alder
- WURS - kartlegging av ADHD- symptomer i barndom



- WIRFS - vurdering av funksjonsfall
- BRIEF A og BRIEF-informant - Kartlegging av eksekutive vansker
- SCL-90-R - Kartlegging av aktuelle psykiske symptomer
- SIPP 118 - benyttes som differensialdiagnostisk og personlighetsrelatert kartlegging

Ved indikasjon benyttes supplerende verktøy, blant annet:

- TRAPS-2 Ved mistanke om traumerelatert problematikk
- SCID-II som screening ved mistanke om personlighetsforstyrrelse
- WAIS-IV Ved indikasjon på mulig lavt evnenivå, i tråd med Pearsons retningslinjer for digital administrasjon

Tester benyttes som støtte for klinisk vurdering. Diagnostisk konklusjon baseres alltid på samlet klinisk helhetsvurdering, ikke på testresultater isolert.

Dere har dessuten tilgang på en rekke tester som kan benyttes ved behov.

d. Dersom klienten har en tidligere historikk i psykiatrien, PPT eller liknende, gjøres det i første time en vurdering av hvilken relevans denne kontakten har hatt for utredning. De fleste klienter hos oss har tilgang på Helsenorge eller dokumentasjon hos sin fastlege, de bes da overføre denne til oss via kryptert tjeneste i Easypractise.

e. I første møte vurderes alltid om saken egner seg for digital utredning og om klinikers kompetanse er tilstrekkelig.

Ved komplekse symptom- og funksjonsbilder, vurderes behov for supplerende kompetanse, herunder:

- Tidligere nevropsykologiske vurderinger
- Lege- eller psykiateruttalelser
- Henvvisning til annen instans ved mistanke om annen nevroutviklingsforstyrrelser, alvorlig psykisk lidelse eller kognitiv svikt

Dersom det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for forsvarlig diagnostikk, avsluttes utredningen uten diagnose.

I alle rapporter anbefales fastlege og eventuell psykiater å gjøre selvstendige vurderinger, og kontakthinformasjon til undertegnede fremgår eksplisitt.

f. Som psykolog foreligger meldeplikt dersom helsekrav til førerkort ikke oppfylles.

I saker der det fremkommer forhold som kan påvirke førerrett, her under:

- Betydelig impulsivitet
- Nedsatt oppmerksomhet
- Rusmiddelbruk
- Alvorlig psykisk eller somatisk tilstand

gjøres en eksplisitt vurdering, og dette drøftes med klienten. Ved meldeplikt sendes melding til Statsforvalteren. Fastlege involveres der dette er relevant.



7 a. Som del av virksomhetens systematiske kvalitetsarbeid er det gjennomført dokumenterte risikovurderinger (ROS-analyser) av relevante deler av virksomheten, herunder bruk av digitale kommunikasjonsløsninger i pasientkontakt. Disse vurderingene omfatter informasjonssikkerhet, personvern, konfidensialitet og teknisk stabilitet.

Whereby Business brukes som standard videoløsning for klientsamtaler.

b. Det foretas en systematisk vurdering av pasientens fysiske omgivelser ved video-samtale. Dette inkluderer:

- Om pasienten befinner seg i et skjermet rom og om andre personer er til stede eller kan høres samtalen
- Om settingen er egnet for samtale som kan omfatte sensitive helseopplysninger

c. I første møte foretas det alltid en eksplisitt vurdering av om saken egner seg for digital utredning. Denne vurderingen dokumenteres i journal dersom det er aktuelt og revurderes fortløpende gjennom utredningsforløpet.

Ved digital utredning vurderes blant annet:

- Om klinikker for tilstrekkelig observasjonsgrunnlag, inkludert affekt, kontakt, tempo og eventuelle tegn til motorisk uro om pasienten har tilstrekkelig forståelse av utredningens formål og innhold
- Om symptom- og funksjonsbildet fremstår egnet for vurdering i digitalt format

Dersom det fremkommer forhold som tilsier at digital utredning ikke gir tilstrekkelig grunnlag for faglig forsvarlig vurdering, gjennomføres ikke videre utredning digitalt. Dette kan blant annet gjelde:

- Alvorlig psykisk lidelse med behov for tett oppfølging
- Betydelig kognitiv svikt eller manglende forståelse

I slike tilfeller avsluttes utredningen, og pasienten henvises til egnet instans, eventuell offentlig spesialisthelsetjeneste.

8. Som hovedregel sendes epikrise/ utredningsrapport til pasienten selv. Dette skjer via virksomhetens krypterte journalsystem, som pasienten får personlig tilgang til. Rapporten er tilgjengelig for pasienten innenfor rammene av gjeldende regler for journalføring og oppbevaring av helseopplysninger.

Pasienten informeres både muntlig og skriftlig om innholdet i rapporten, og oppfordres rutinemessig til å dele epikrisen med sin fastlege for å sikre kontinuitet i helsehjelpen.

Epikrise sendes ikke rutinemessig direkte til fastlege eller andre instanser uten pasientens samtykke. Dersom pasienten ønsker det, kan rapporten oversendes fastlege via post, etter uttrykkelig samtykke fra pasienten.

Unntak fra taushetsplikten gjøres i tråd med gjeldende lovverk. Dersom det under utredning fremkommer opplysninger som gir grunnlag for bekymring for alvorlig helseskade, fare for liv eller helse, eller forhold som utløser lovpålagt meldeplikt, kan relevant informasjon deles med andre instanser uten pasientens samtykke. Dette kan blant annet gjelde:

- Alvorlig suicidalitet eller annen psykiatrisk risiko
- Forhold som gir meldeplikt til barnevern
- Forhold som utløser meldeplikt knyttet til helsekrav for førerkort



9. Som del av utredningsforløpet gis det løpende psykoedukasjon om ADHD, aktuelle symptomer og vanlige komorbide psykiske plager. Psykoedukasjon inngår som en integrert del av anamnese, strukturerte intervjuer og gjennomgang av testresultater, og har som formål å sikre felles forståelse mellom kliniker og pasient av symptombildet, funksjonsvansker og vurderinger.

Ved avslutning av utredning gis alle pasienter en strukturert tilbakemelding på resultatene. For pasienter som får ADHD-diagnose, tilbys det som del av forløpet en oppfølgingstime som klienten selv bestiller ved behov. I denne timen gjennomgås diagnosen, videre tiltak og mestringsstrategier.

Alle pasienter som får ADHD-diagnose, mottar veiledning om videre medisinsk oppfølging via fastlege. Dette inkluderer skriftlig informasjon om anbefalte somatiske undersøkelser før eventuell medikamentell behandling, herunder måling av høyde og vekt, relevante blodprøver, EKG og vurdering av rusmiddelbruk. Formålet er å sikre at fastlege har nødvendig grunnlag for videre vurdering og eventuell henvisning til psykiater.

Pasientene informeres også om videre behandlingsmuligheter, både i privat og offentlig regi. Dersom utredningen ikke konkluderer med ADHD-diagnose, gis pasienten en tydelig tilbakemelding om dette, inkludert hvilke alternative forklaringsmodeller som er vurdert som mer sannsynlige. Pasienten får da veiledning om videre utredning eller behandling.

10. Du skriver at du er i 2025 har gjennomført full ADHD-utredning for totalt 333 pasienter. Av disse fikk 299 pasienter ADHD-diagnose.

Du understreker at en høy andel bekreftede ADHD-diagnoser i private forløp generelt ikke i seg selv kan ansees som indikasjon på uforsvarlig praksis eller overdiagnostikk. Andelen må vurderes i lys av seleksjonsmekanismer og pre- test sannsynlighet. Forskning fra spesialiserte ADHD-klinikker viser at når pasienter henvises til eller selekteres inn i et spesialistnivå for utredning, bekreftes diagnosen hos en svært høy andel, rapportert opp mot 90-95 %. En høy diagnostisk treffrate i private utredninger kan i stor grad forklares av seleksjon, forhånds-screening og henvisning til riktig omsorgsnivå, og ikke nødvendigvis av systematiske diagnostiske skjevheter.

Alle utredninger gjennomføres med full diagnostisk uavhengighet. ADHD-diagnose settes kun når samlede kliniske vurderinger, strukturerte intervjuer, kartleggingsverktøy og funksjonsbeskrivelse gir tilstrekkelig grunnlag for dette. I saker der kriteriene ikke ansees oppfylt, avsluttes utredningen uten ADHD-diagnose. Diagnostisk konklusjon er således ikke gitt på forhånd, men baseres på en individuell og helhetlig vurdering i hvert enkelt tilfelle.

### **Statsforvalterens rolle i tilsynssaken**

Etter helsetilsynsloven § 4 annet ledd, skal Statsforvalteren blant annet føre tilsyn med helsepersonellet i fylket. I saker mot helsepersonell er det Statsforvalterens oppgave å undersøke om helsepersonellet har overtrådt helselovgivningen og om det er grunnlag for oversendelse av saken til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner.

### **Statsforvalterens vurdering**

Vi mener at det sentrale vurderingstemaet i denne tilsynssaken er om din praksis for å utrede ADHD-problematikk er forsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4.

Fra helsepersonelloven siteres det:

*§ 4 første og andre avsnitt. Forsvarlighet*



*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.*

#### *§ 45 a. Epikrise*

*Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.*

*Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.*

*Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.*

Forsvarlighet er en rettslig standard. Innholdet i forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven i form av faglige retningslinjer, anerkjent fagkunnskap og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg i takt med utvikling av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger i samfunnet.

Bestemmelsen i § 4 stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og til helsepersonells profesjonsutøvelse. Hva som er forsvarlig avgjøres etter en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle, og ikke hvordan helsepersonellet ideelt burde ha opptrådt. Ved den konkrete vurderingen av om helsepersonellens handlemåte var forsvarlig, tar Statsforvalteren utgangspunkt i den generelle beskrivelsen av hva som forventes/hva som er god praksis. Det legges blant annet vekt på gjeldende retningslinjer innenfor fagfeltet. Forsvarlighetskravet betyr at det enkelte helsepersonell har en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende retningslinjene.

Dersom helsehjelpen skiller seg fra god praksis er den ikke automatisk å betegne som uforsvarlig. Det foreligger et visst slingringsmonn fra god praksis før tjenesteutøvelsen juridisk sett blir å betrakte som uforsvarlig. Når grensen mellom det forsvarlige og uforsvarlige skal trekkes, tas det altså utgangspunkt i en rettslig norm og det utøves tilsvarende skjønn basert på hva det er rimelig og ikke rimelig å akseptere av faglige avvik fra det gode. Kravet om faglig forsvarlighet er en minstestandard. Dersom helsehjelpen blir vurdert å ligge under minstestandard, blir den ansett som uforsvarlig.

I reklamen på internett for Fokusert helse og i din uttalelse til Statsforvalteren står at du er konstituert psykologspesialist. Vår merknad til dette er at man kan konstitueres i en stilling, men ikke konstitueres som spesialist. Vi anser dette som en feilinformasjon egnet til å mislede befolkningen som søker dine tjenester.



### Faglig norm

Som faglig norm for tilsynssaken har Statsforvalteren benyttet Nasjonal faglig retningslinje om ADHD utgitt av Helsedirektoratet. Retningslinjen ble første gang publisert 29. februar 2016, og siste faglige endring var 4. mai 2022.

Vi presenterer her utdrag fra retningslinjen som vi finner relevante for tilsynssaken.

Side 18: Kriterier fra DSM-5 bør brukes i diagnostiseringen av ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse, selv om det skal kodes etter ICD-10 i elektronisk pasientjournal.

I DSM-5 skal 5 symptomer på hver eller begge dimensjoner på uoppmerksomhet/konsentrasjonssvikt og/eller hyperaktivitet/impulsivitet oppfylles. Symptomene skal ha vart i minst 6 måneder, ha vist seg i 2 eller flere settinger, være avvikende med tanke på alder og ha negativ innflytelse på fungering sosialt, i skole eller yrke. Symptomer skal ikke kunne forklares bedre av annen diagnose. Flere symptomer skal ha vært til stede før fylte 12 år.

I NICE understrekes viktigheten av en bred utredning og at diagnose ikke kun settes på basis av spørreskjemaer og observasjoner.

Side 20:

Tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten til pasient, pårørende, fastlege, henvisning instans og relevante tiltaksyttere etter utredning for ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse bør inneholde informasjon om eventuell diagnose, samtidige eller alternative tilstander, funksjonsvansker i hverdagen, rettigheter, støtteordninger og tiltak, samt pasientens sterke sider.

Fastlege og henviser skal alltid motta epikrise.

Side 24: Når det gjelder utredning av voksne, må det ofte gjøres en innsats for å få frem opplysninger om adferd i barnealder, og annet som er relevant for å kartlegge debutalder. Utredningen vil primært kartlegge adferden over tid for å se om adferds-karakteristikk stemmer med beskrivelsen av ADHD-forstyrrelse. En utredning må også inkludere kartlegging av andre årsaker/tilstander som kan være bedre forklaringer på hyperaktivitet, impulsivitet og/eller konsentrasjonsproblemer, såkalte differensial-diagnoser. Kartlegging må også gjøres av eventuelle andre samtidige lidelser/tilleggstilstander.

Hos voksne vil tilleggsinformasjon fra pårørende, inklusive foreldre, med tanke på adferd i barnealder, fra arbeidskollegaer og andre personer være viktig. Det kan være relevant å skaffe informasjon fra helsestasjonen, pedagogisk psykologisk tjeneste, lærer og andre. For vurderinger av ADHD-symptomer er det viktig å kartlegge symptomene bredt, slik de blir rapportert av personen selv, pårørende og andre. Her kan det benyttes standardiserte spørreskjemaer. Det viktigste spørreskjemaet for voksne er screening verktøyet av ASRS. Det er viktig å være klar over at høy skåre på ASRS kan finnes ved mange ulike psykiske lidelser og somatiske tilstander.

Når det gjelder utviklingshistorie, vil opplysninger om utvikling, adferds-karakteristika, sykdommer, belastninger og annet, innhentes i samtale. Det er ønskelig at nære pårørende også gir informasjon. Innholdet i en slik kartlegging vil tilsvare det som inngår i ordinær utredning av psykiske vansker.



Side 25:

Når det gjelder kartlegging av ferdigheter og testing, kan det være aktuelt å teste voksne med evnetest og andre nevropsykologiske tester av ferdigheter på ulike områder.

Side 26:

Psykiatrisk diagnostisk intervju gjøres av trent fagperson som vurderer om kriterier for ulike diagnoser er til stede.

Det er flere diagnostiske intervjuer som er oversatt til norsk og prøvd ut i norske studier, som er aktuelle i utredning av ADHD. Blant disse er DIVA 5. Denne er basert på DSM-5-kriteriene.

Når det gjelder medisinsk vurdering, er det flere sykdommer eller tilstander som kan gi hyperaktivitet eller konsentrasjonsproblemer. De viktigste er: nevrologiske sykdommer, inklusive epilepsier, medisinske syndromer/genetiske sykdommer og sanseforstyrrelser/sansedefekter. Som ledd i utredning med spørsmål om ADHD, må det gjøres en medisinsk vurdering av legespesialist, hvis dette ikke er gjort av fastlegen. Det må tas stilling til om det skal gjøres en orienterende nevrologisk undersøkelse. Ut fra medisinsk vurdering/undersøkelse, skal det vurderes om det er indikasjon for videre medisinske undersøkelser som er EEG, MR/ CT av hjernen, blodprøver eller annet.

Vurdering av funksjonsvansker: I diagnosekriterier for hyperkinetisk forstyrrelse er det et krav at symptomene har en uheldig innvirkning på funksjonen i hverdagen. En diagnostisk kartlegging må derfor også inkludere vurdering av grad av funksjonssvikt. Funksjonsvanskene vil ofte vise seg på ulike områder. En får best fram vanskene ved å spørre om dagligdagse situasjoner. Grad av funksjonssvikt kan vurderes gjennom spørsmål som stilles i et diagnostisk intervju.

Side 28:

Utredning og diagnostisering danner utgangspunkt for en plan for behandlingstiltak og oppfølging over tid for den enkelte person med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og for de pårørende. En plan må inneholde en oversikt over hvilke tiltak som skal prøves ut og i hvilken rekkefølge. Individuelle tiltak må ta hensyn til type og alvorlighetsgrad av symptomene på ADHD, alder, eventuelle tilleggslidelser, andre tilleggsvansker og andre relevante forhold.

Side 30: Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Hovedsakelig på bakgrunn av retningslinjen over, har Statsforvalteren vurdert din praksis med utredning for ADHD slik det kommer til uttrykk i de 6 pasientjournalene du har oversendt, ut ifra følgende kriterier:

1. Er epikrise fra relevant instans (for eksempel barne- og ungdomspsykiatri, PPT, DPS, annen psykiatrisk/psykologisk behandling) innhentet og vurdert i utredningsprosessen?
2. Er det innhentet epikrise/rapport/liknende fra relevant somatisk utredning/undersøkelse (for eksempel fra fastlege eller spesialisthelsetjeneste somatikk)?
3. Er det gjennomført vurdering om digital utredning er tilstrekkelig for å foreta ADHD-vurdering?
4. Er det utført en vurdering om observasjon av pasienten over kort tidsrom er tilstrekkelig for ADHD-utredning?



5. Er det innhentet skriftlig dokumentasjon (relevante epikriser, rapporter osv.) på at symptomer på ADHD var til stede før 12 år?
6. Følges DSM-5-kriteriene i diagnostikken?
  - a. 5 symptomer på hver eller begge dimensjoner?
  - b. Symptomene skal ha vart i minst 6 måneder.
  - c. Symptomer skal ha vist seg i to eller flere settinger.
  - d. Symptomer skal være avvikende med hensyn på alder.
  - e. Symptomer skal ha vist seg å ha negativ innflytelse på sosialt samspill, skole og yrke
  - f. Symptomene kan ikke forklares bedre av annen diagnose.
7. Dersom pasienten ikke nekter å gi samtykke til det, er epikrise fra utredningen sendt til fastlege og/eller andre relevante samarbeidspartnere i helse- og sosialtjeneste?
8. Er det gjort vurdering om det er aktuelt med IP (individuell plan)?
9. Foreligger det evnetest, evt. vurdering om det er aktuelt?
10. Er det gitt tilfredsstillende informasjon til pasienten om utredning ved avslutning av utredningen og har pasienten fått tilbud om psykoedukasjon?
11. Foreligger det ved avslutning av utredningen en plan for behandlingstiltak?

Vår gjennomgang av de 6 oversendte journalene på basis av vurderingskriterier (her i kursiv) utarbeidet av Statsforvalteren. Vi skriver inn kun der hvor vi har spesifikke kommentarer knyttet til mangler.

#### Journal 1, f. -87

*Er epikrise fra relevant instans (for eksempel barne- og ungdomspsykiatri, PPT, DPS, annen psykiatrisk/psykologisk behandling) innhentet og vurdert?*

Det er journalført at pasienten har vært til behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk og ved DPS. Det står i journalen at epikrise skal innhentes, men det er ikke dokumentert at det er gjort. Det er ikke tegn til at konklusjoner i saken er revidert etter at epikriser eventuelt skulle ha kommet inn.

#### Journal 2, f. -03

Kommentar: Pasienten har vært til utredning ved DPS for OCD-problematikk. Pasienten beskriver tvangssymptomer siden barndommen. Det er ikke innhentet epikrise fra DPS.

#### Oppsummering av funn fra innhentede journaler:

Tabell I. Oppsummering av funn i de 6 journalene. Vurderingskriterier satt av Statsforvalteren opp mot funn i journalene. Tallene i kolonne 1 refererer til listen for vurderingskriterier over.

Kriterium nr.	Journal 1	2	3	4	5	6	Sum
1	Nei	Nei	Nei	Nei	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	4 nei 2 ikke akt.
2	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
3	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
4	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
5	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	6 Ja
7	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
8	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei



9	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	6 Nei
10	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	5 Ja 3 Nei
11	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	4 Ja 2 Nei

1) Er epikrise fra relevant instans (for eksempel barne- og ungdomspsykiatri, PPT, DPS, annen psykiatrisk/psykologisk behandling) innhentet og vurdert i utredningsprosessen?

Resultat: I 4 av journalene er det ikke innhentet epikrise. For 2 journaler var det ikke aktuelt å gjøre det.

2) Er det innhentet epikrise/rapport/liknende fra relevant somatisk utredning/undersøkelse (for eksempel fra fastlege eller spesialisthelsetjeneste somatikk)?

Resultat: I ingen av journalene er det hentet inn epikrise/rapport.

3) Er det gjennomført vurdering om digital informasjonsinnhenting er tilstrekkelig for å foreta ADHD-vurdering?

Resultat: Statsforvalteren har ikke funnet vurdering i journal om dette i noen av journalene.

4) Er det utført en vurdering om observasjon av pasienten over kort tidsrom er tilstrekkelig for ADHD-utredning?

Resultat: Statsforvalteren har ikke funnet vurdering i journal om dette i noen av journalene.

5) Er det innhentet skriftlig dokumentasjon (relevante epikriser, rapporter osv.) på at symptomer på ADHD var til stede før 12 år?

Resultat: Statsforvalteren har ikke funnet vurdering i journal om dette i noen av journalene.

6) Følges DSM-5-kriteriene i diagnostikken?

Resultat: For alle journalene følges disse kriteriene i diagnostikken.

7) Dersom pasienten ikke nekter å gi samtykke til det, er rapport (epikrise) fra utredningen sendt til fastlege og/eller andre relevante samarbeidspartnere i helse- og sosialtjeneste?

Resultat: Rapport (epikrise) er ikke sendt i noen av journalene.

8) Er det gjort vurdering om det er aktuelt med IP (individuell plan)?

I ingen av journalene er det dokumentert vurdering om det er aktuelt med individuell plan.

9) Foreligger det evnetest, evt. vurdering om det er aktuelt?

I ingen av journalene foreligger det evnetest eller vurdering om dette er aktuelt å utføre.

10) Er det gitt tilfredsstillende informasjon til pasienten ved avslutning av utredningen og har pasienten fått tilbud om psykoedukasjon?

Resultat: i 5 av journalene er det gitt tilfredsstillende informasjon til pasienten om utredning, og pasienten har fått tilbud om psykoedukasjon. I 1 journal er det ikke dokumentert at det er gitt tilfredsstillende informasjon og ikke dokumentert at pasienten har fått tilbud om psykoedukasjon.

11) Foreligger det ved avslutning av utredningen en plan for behandlingstiltak?



Resultat: I 4 journaler er det dokumentert en plan for behandlingstiltak, i 2 journaler er dette ikke dokumentert.

Basert på vår gjennomgang av journalene, har vi organisert vurderingen av din praksis gjennom 8 vurderingstemaer. Hvert vurderingstema utgjøres enten av ett av vurderingskriteriene vi har benyttet eller ved sammenslåing av to vurderingskriterier hvor det er temamessig likhet mellom de to kriteriene. Vi har markert vurderingstemaene ved romertall I-VIII.

Vurderingstema I. (Innhenting av ekstern informasjon) Vurderingskriterium 1 og 2. I hovedsak viser journalgjennomgangen at du ikke har innhentet epikrise fra psykiatrisk utredning, PPT osv. i utredningsprosessen hos deg (dette har ikke skjedd i 4 av 6 journaler). Dessuten har du ikke innhentet relevant somatisk epikrise/rapport/informasjon i noen av journalene. Vi viser til den faglige normen, side 24 og side 26.

Du skriver i din utredning til Statsforvalteren: «I første samtale gjennomføres en strukturert anamnestic gjennomgang, som inkluderer psykisk helse, somatisk helse, rusmiddelmisbruk og tidligere behandlingshistorikk. På bakgrunn av denne vurderes behovet for supplerende opplysninger fra fastlege, DPS eller andre relevante instanser.

Som minimumskrav foretas det alltid en eksplisitt vurdering av:

- Om somatiske forhold kan forklare eller bidra til symptomene
- Om rusmiddelbruk kan påvirke symptom- og funksjons-bildet
- Om tidligere alvorlig psykisk lidelse foreligger

Dersom det foreligger usikkerhet knyttet til disse forholdene, innhentes supplerende opplysninger. Der hvor nødvendig medisinsk dokumentasjon ikke kan fremskaffes, kan utredning avsluttes uten diagnose.»

Statsforvalteren vurderer at din fremgangsmåte når det gjelder å inkludere relevant psykiatrisk og medisinsk informasjon i utredningen, slik du har beskrevet det over, ikke gir et tilstrekkelig bredt og godt grunnlag for å sikre at alle relevante opplysninger blir gjenstand for den diagnostiske prosessen i din utredning. Ved din fremgangsmåte risikerer man at mye viktig informasjon ikke blir synliggjort. Etter vår vurdering bør all relevant informasjon som kan ha betydning for den diagnostiske prosessen foreligge tidlig i utredningsforløpet, for å sikre at all relevant informasjon vurderes og veies under hele den diagnostiske prosessen. Statsforvalteren vil understreke at det som sentralt ledd i utredningen for ADHD må gjøres en medisinsk utredning av legespesialist, hvis ikke dette allerede er gjort av fastlege. Psykolog har ikke tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å vurdere mulige somatiske årsaker til symptomer som er relevante for ADHD-diagnosen.

Vår konklusjon for vurderingstema I er at du ikke sikrer at nødvendig og relevant informasjon blir gjenstand for diagnostisk vurdering gjennom hele utredningsforløpet.

Vurderingstema II. (Vurdering om digital informasjonshenting og kortvarig observasjon er tilstrekkelig). Vurderingskriterium 3 og 4. Ved gjennomgang av journalene er det ikke funnet dokumentert noen vurdering av deg om digital informasjonshenting er tilstrekkelig grunnlag for å foreta en utredning av ADHD. Videre er det ikke dokumentert noen vurdering om observasjon av pasienten over kort tidsrom er tilstrekkelig for slik utredning.

I din uttalelse til Statsforvalteren står det:



«I første møte foretas det alltid en eksplisitt vurdering av om saken egner seg for digital utredning. Denne vurderingen dokumenteres i journal dersom det er aktuelt og revurderes fortløpende gjennom utredningsforløpet.»

Statsforvalteren har som nevnt over ikke funnet noen dokumentasjon i journalene om vurdering av om saken egner seg for digital utredning, slik du hevder i din uttalelse.

Du skriver i din uttalelse at intensive forløp er mulig å gjennomføre i din praksis, og at dette er i henhold til evidensbasert praksis og nasjonal veileder for utredning av ADHD. Statsforvalteren bestrider ikke at et intensivt forløp kan være forsvarlig, og til og med enkelte ganger gunstig, men vil hevde at ikke alle pasienter bør få intensive utredningsforløp. Dette bør vurderes individuelt. Slik individuell vurdering er ikke dokumentert i noen av de gjennomgåtte journalene.

Vår konklusjon for vurderingstema II er at du i din praksis ikke har sikret individuell vurdering av pasienters egnethet for at det skal gjøres ren digital informasjonsinnhenting som grunnlag for utredning/diagnostisering av ADHD. Du har heller ikke sikret vurdering om observasjon av pasienten over kort tidsrom er tilstrekkelig for slik utredning.

Vurderingstema III. Vurderingskriterium 5. Ved gjennomgang av journalene er det ikke innhentet informasjon fra f.eks. helsestasjon, lærer, PPT eller andre, for å belyse om symptomer på ADHD var til stede før 12 års alder. Hos flere har familiemedlemmer fylt ut spørreskjema, men ikke hos alle. Vi viser til den faglige normen, og at krav til en forsvarlig utredningsprosess krever bred innhenting av informasjon for å kunne vurdere fungering før fylte 12 år. Det foreligger ikke journalopplysninger om at dette er tilstrekkelig vurdert.

Statsforvalterens konklusjon for vurderingstema III er at du ikke har sikret en bred utredning av ADHD.

Vurderingstema IV. Vurderingskriterium 6. Ved gjennomgang av journalene fant vi at du har fulgt DSM-5-kriteriene i alle journaler. Dette er i overensstemmelse med den faglige normen, se side 18 i denne. Vår konklusjon er at du i din praksis har sikret at utredningene har fulgt DSM-5-kriteriene.

Vurderingstema V. Vurderingskriterium 7. I ingen av journalene har vi funnet at det er sendt ut rapport (epikrise) fra utredningen til relevante instanser inkl. pasientens fastlege. Du skriver i din uttalelse til Statsforvalteren: «Epikrise sendes ikke rutinemessig direkte til fastlege eller andre instanser uten pasientens samtykke. Dersom pasienten ønsker det, kan rapporten oversendes fastlege via post, etter uttrykkelig samtykke fra pasienten.» Statsforvalteren vurderer at denne fremgangsmåten for eventuell utsending av rapporter/epikriser ikke er i overensstemmelse med § 45 a i helsepersonelloven.

Forsvarlig praksis når det gjelder rapporter/epikriser er at disse skal utsendes av virksomheten til fastlege og eventuelle andre relevante samarbeidspartnere i helsevesenet, med mindre pasienten aktivt motsetter seg dette. Begrunnelsen er at informasjon om utredning for ADHD er svært viktig for fastleger og ulike tjenester innenfor psykisk helsevern, dersom pasienten har et pågående tilbud om dette. Dette gjelder i særlig grad dersom pasienter settes på medisiner mot ADHD-symptomer. Det er ikke nødvendig for helsepersonellet å forespørre pasienten om samtykke før rapport/epikrise sendes.

Vår konklusjon på vurderingstema V er at din praksis ikke er i tråd med helsepersonellovens krav.



Vurderingstema VI. Vurderingskriterium 8. Vi har ikke funnet dokumentert at det er gjort vurderinger om det er aktuelt med individuell plan i noen av de 6 journalene. Vi viser til faglig norm side 30, hvor det står:

«: Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan.» Vi viser også til helsepersonelloven § 38 a som regulerer helsepersonell sin plikt til å snarest mulig gi melding om pasienters behov for individuell plan og koordinator.

Vår vurdering er at det kanskje ikke er alle pasienter som har vært til utredning i din praksis som har behov for koordinerte tjenester fra helse- og omsorgstjenesten, men det er viktig at du gjør en vurdering av dette, orienterer pasienten om denne rettigheten og fordeler med den, og at du bidrar til å tilrettelegge for at slik plan kan bli laget, dersom pasienten ønsker dette. Dette skal dokumenteres i journalen. Du har i din uttalelse til Statsforvalteren ikke skrevet om rutiner for individuell plan.

Vår konklusjon vedrørende vurderingstema VI er at din praksis med individuell plan i utredningsprosessen ikke er i overensstemmelse med helselovgivingen på dette feltet og heller ikke i overensstemmelse med faglig norm, og derfor uforsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4.

Vurderingstema VII. Vurderingskriterium 9. For ingen av de 6 journalene har vi funnet en vurdering om det er aktuelt med evnetest. Vi viser til den faglige normen, side 25, hvor det står: «Når det gjelder kartlegging av ferdigheter og testing, kan det være aktuelt å teste voksne med evnetest og andre nevropsykologiske tester av ferdigheter på ulike områder.» Den faglige normen bruker uttrykket «kan være aktuelt», noe som indikerer at evnetest ikke er obligatorisk, men bør vurderes individuelt. Vår vurdering er at utredende helsepersonell må gjøre en vurdering om det er behov for evnetest eller andre nevropsykologiske tester og dokumentere denne vurderingen i journalen. Dette er ikke gjort i de 6 journalene vi har gått gjennom.

Vurderingstema VIII. Vurderingskriterier 10 og 11. Når det gjelder informasjon til pasienten om utredningen og om det er gitt tilbud om psykoedukasjon, finner vi at dette er tilfredsstillende dokumentert i 5 av 6 journaler. Vi viser til den faglige normen, side 33 og 34. Ved at din praksis på dette feltet i hovedsak er i overensstemmelse med den faglige normen, men at ved at 1 journal ikke tilfredsstiller kravene i den faglige normen, vurderer Statsforvalteren at din praksis på dette punktet (vurderingskriterium 10) er under nivå for faglig god praksis, men ikke uforsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4.

Når det gjelder spørsmålet om det ved avslutningen av utredningen foreligger en plan for behandlingstiltak (vurderingskriterium 11), fant vi at dette var dokumentert i 4 av de 6 journalene, og følgelig ikke dokumentert i to av journalene. Vi viser her til den faglige normen, side 28. Vår konklusjon er at du ikke i tilstrekkelig grad etter utredning hvor det er fastslått diagnosen ADHD, har sikret en plan for behandlingstiltak og oppfølging over tid.

#### Samlet vurdering

Statsforvalteren har kommet til at den diagnostiske prosessen er preget av for store mangler, sett opp mot det som anses som god praksis. Kritikken rettes mot manglende bredde i utredningen, ved at du i liten grad innhenter informasjon fra andre enn pasienten selv og eventuelt fra dennes helt nærmeste. Ved dette risikerer du at viktige opplysninger ikke tas inn i diagnostikken, og du mister muligheten til å få kartlagt godt nok om det kan finnes andre forklaringer på pasientens symptomer. Vi vil særskilt fremheve at du ikke sikrer at somatiske forhold blir vurdert, at du ikke innhenter opplysninger fra tidligere utredning og behandling i helsetjenesten og at du ikke henter opplysninger



fra flere ulike kilder som kan belyse pasientens symptomer og fungering. Samlet sett danner dette, etter vår vurdering, et svakt grunnlag for diagnostisk konklusjon.

**Konklusjon:**

Din praksis for utredning av ADHD-problematikk er samlet sett i strid med helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet.

At du ikke har sendt ut informasjon (rapport/epikrise) til relevant helsepersonell etter endt utredning for ADHD-problematikk, utgjør et brudd på helsepersonelloven § 45 a.

**Avsluttende bemerkninger**

Vi vil avslutningsvis knytte en kommentar til din uttalelse om at du, fordi dere er en privat virksomhet, utreder personer selv om det ikke er tydelig tegn på ADHD (dersom dere finner det forsvarlig). Vi minner om helsepersonelloven § 6, som sier at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Unødvendige utredninger kan være i strid med denne bestemmelsen, uavhengig av om man driver privat eller offentlig virksomhet.

Vi finner ikke grunnlag for å oversende saken til Statens helsetilsyn, men forutsetter at du innretter deg etter våre tilbakemeldinger. Vi har kommet til at det er behov for å foreta en oppfølgende kontroll om seks måneder, for å undersøke om din praksis er endret. Vi vil i den forbindelse innhente et tilfeldig utvalg journaler for ny vurdering.

Statsforvalterens avgjørelse er ikke et enkeltvedtak og kan ikke påklages etter forvaltningslovens bestemmelser.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)  
avdelingsdirektør/fylkeslege

Maria Willand  
fagsjef

*Dokumentet er elektronisk godkjent*