



SØRLANDET SYKEHUS HF
Postboks 416 Lundsiden
4604 KRISTIANSAND S

Saksbehandler, innvalgstelefon
Kari Elise Krohn, 61 26 60 36

Rapport fra tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp ved Sørlandet sykehus HF - gynekologisk avdeling Arendal

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Sørlandet sykehus HF, gynekologisk avdeling i Arendal, fra 20.5 til 22.5.2025. Vi undersøkte om Sørlandet sykehus HF sørger for at tvungen helsehjelp blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Konklusjon

Sørlandet sykehus HF har ikke oversikt over praktiseringen av tvungen somatisk helsehjelp ved gynekologisk avdeling i Arendal. Sørlandet sykehus HF sørger ikke for tilstrekkelig opplæring og etterlevelse av rutiner ved avdelingen, slik at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som får gjennomført undersøkelse og/eller behandling i narkose, får vurdert om dette skal gjøres med hjemmel i et vedtak etter pbrl. kap. 4A. Dette kan føre til at pasienter blir utsatt for uhjemlet tvangsbruk.

Dette er brudd på pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-3 og 4A-4, jf. også forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6, 7, 8 og 9.

Vi sendte utkast til rapport for gjennomlesning 26.6.2025, med frist for tilbakemelding på faktagrunnlaget innen 10.8.2025. Sørlandet sykehus HF har gitt Statsforvalteren tilbakemelding på den foreløpige rapporten. Beskrivelse av faktagrunnlaget er korrigert etter tilbakemeldingen fra sykehuset.

Vi vil benytte anledningen til å takke for god tilrettelegging og samarbeid med sykehuset under tilsynet.



Innhold

Rapport fra tilsyn med Sørlandet sykehus HF - tvungen somatisk helsehjelp spesialisthelsetjenesten	
1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	2
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	5
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	7
5. Statsforvalterens konklusjon	9
6. Oppfølging av påpekt lovbrudd.....	9
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	10

1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Statsforvalteren har undersøkt om sykehuset sikrer at pasienter som mangler samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp og at helsehjelpen så langt det er mulig blir gitt uten bruk av tvang. Undersøkelsene har vært rettet mot avdeling for gynekologi i Arendal, og har omhandlet følgende områder:

1. Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp.
2. Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak.
3. Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert og den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang.
4. Tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

Statsforvalteren har gjennomført tilsynet som systemrevisjon. Det innebærer at vi har undersøkt hvordan sykehuset styrer og leder helsetjenestens og helsepersonellens praktisering av tvungen somatisk helsehjelp og om de aktuelle lovkravene oppfylles.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten etter helsetilsynsloven § 4.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten Forskrift om pasientjournal

Uten hinder av taushetsplikten har tilsynslaget hatt rett til å innhente de opplysninger som vi finner nødvendig for å utføre tilsynet, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 6-2.



Sykehusets plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Virksomheten har en generell plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift, jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1a. Disse styringskravene må ses i sammenheng med internkontrollplikten etter helsetilsynsloven § 5. De må videre ses i sammenheng med ansvaret for å tilby og yte forsvarlige helsetjenester og med plikten til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4a.

Innholdet i styringskravene er nærmere regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Internkontroll omtales i forskriften som styringssystem. Styringssystemet er summen av de aktiviteter, systemer og prosesser som sykehuset tar i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene, jf. forskriftens §§ 6-9. Styringssystemet skal være tilpasset sykehusets størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig, jf. forskriftens § 5. Tilsvarende gjelder for hvorvidt sykehuset skal dokumentere styringsaktivitetene.

I dette tilsynet har vi hatt fokus på følgende styringskrav:

Sykehuset har oversikt over områder innenfor tvungen helsehjelp hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, jf. § 6d

Det inngår i plikten til å planlegge å ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt. Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. For at sykehuset skal ha grunnlag for å velge styringstiltak som reduserer risiko, må sykehuset ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet.

Sykehuset har klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet jf. §§ 6a og 7a

Sykehuset skal ha en klar organisering av helsetjenestene og organiseringen skal være kjent for de ansatte. Uklar organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og mellom helsepersonell er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. På området tvungen helsehjelp er det ofte flere helsepersonell som yter helsehjelp til samme pasient, men med ulik kompetanse. Det er da helt vesentlig å ha en klar fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet for å redusere svikt.

Sykehuset sikrer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å utføre sine oppgaver, jf. §§ 6f og 7b

For å kunne organisere helsetjenesten og fordele ansvar og oppgaver, trenger sykehuset kunnskap om hvilken kompetanse helsetjenesten har behov for og hvilken kompetanse de ansatte har. Sykehuset har et ansvar for at helsepersonell har nødvendig kunnskap og kompetanse om tvungen somatisk helsehjelp for å kunne etterleve kravene i pbrl. kapittel 4 A og for å kunne utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte. Tiltak for å sikre kompetanse skal være tilpasset den enkeltes ansvar og oppgaver.

Sykehuset legger til rette for omforent praksis, samarbeid og informasjonsutveksling, jf. §§ 6c og 6d

Tvungen helsehjelp er et område hvor det er behov for samarbeid, rutiner og informasjonsutveksling for å sikre forsvarlig og omforent praksis. Samarbeid og informasjonsutveksling mellom helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, og samarbeid mellom disse og den som er ansvarlig for helsehjelpen, er videre en forutsetning for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet til pasienten.



Følge med på at iverksatte tiltak følges i praksis, har effekt og eventuelt korrigeres, jf. §§ 6g, 7e og §§ 8 og 9

Sykehuset har ansvar for at iverksatte aktiviteter gjennomføres som planlagt og for å følge med på om de er hensiktsmessige og fungerer etter sin hensikt. Sykehusets kontroll kan for eksempel skje gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter og pårørende og ved å bruke resultat fra pasientundersøkelser og egne revisjoner.

Sykehuset skal ha utpekt hvem som skal være overordnet faglig ansvarlig for tvungen helsehjelp. Den/de som er utpekt til å ha denne funksjonen, skal motta kopi av vedtak om tvungen helsehjelp som er fattet i sykehuset, og får gjennom vedtakene viktig informasjon om sykehusets praktisering av tvungen helsehjelp. Det forventes at sykehuset benytter denne informasjonen i sin kontroll av praksis.

Dersom sykehuset gjennom sin kontroll avdekker mangler, skal sykehuset iverksette nødvendige forbedringstiltak.

Kravene som stilles til spesialisthelsetjenesten

I lovgivningen er det stilt en rekke krav til sykehusets helsetjeneste. Sykehuset skal gjennom sin styring og ledelse sikre at disse kravene blir oppfylt. Nedenfor er en oversikt over de kravene som er undersøkt:

Plikt til forsvarlighet

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pbrl. § 2-2, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig, jf. hol. § 4-1. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i kravet bestemmes av hva som til enhver tid er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Forsvarlighetskravet setter ikke bare krav til den faglige kvaliteten, men også til at tjenestene ytes i tide og har et tilstrekkelig omfang.

Forutsetninger og krav i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

For at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A skal komme til anvendelse er det enkelte forutsetninger som må være oppfylt. Helsehjelpen må være somatisk, pasienten må være over 16 år, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen. Der forutsetningene er oppfylt, er det en rekke vilkår som må være oppfylt før helsehjelpen kan gjennomføres med tvang, og det er stilt særskilte krav til saksbehandlingen.

Samtykkevurderinger

Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen, jf. pbrl. § 4-1. Der det er usikkert om pasienten forstår konsekvensene av å nekte helsehjelpen, skal den som har det faglige ansvaret for helsehjelpen vurdere om pasienten mangler samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3. Dette vil ofte være den samme som skal gjøre de helsefaglige vurderingene etter pbrl. kapittel 4A. Fordi avgjørelser om manglende samtykkekompetanse er en premiss for å benytte tvungen helsehjelp, er det helt vesentlig at pasientens samtykkekompetanse vurderes på en forsvarlig måte.

Motstand mot helsehjelp

Pasienter kan vise motstand mot helsehjelp på ulike måter. Helsehjelp som gjennomføres selv om pasienten motsetter seg den, er å anse som tvungen helsehjelp. Dersom pasienten mangler



samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, gir pbrl. § 4-6 helsepersonell hjemmel til å ta avgjørelser om helsehjelpen.

Tillitsskapende tiltak

Tillitsskapende tiltak er tiltak som blir satt i verk for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen. Det er et vilkår om at tillitsskapende tiltak er forsøkt før helsehjelpen gjennomføres med tvang, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak, jf. pbrl. § 4A-3 første ledd.

Helsefaglige vurderinger

Ansvarlig for helsehjelpen skal gjøre helsefaglige vurderinger av om vilkårene i § 4A-3 andre og tredje ledd er oppfylt. Disse vurderingene omfatter om helsehjelpen er nødvendig, noe som innebærer at det omhandler helsehjelp som pasienten har rett på helsehjelpen etter pbrl. § 2-1 a andre ledd og om unnlatelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlig helseskade. Videre skal vurderingene omfatte om det planlagte tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen og at tvungen helsehjelp etter en helhetlig vurdering fremstår som den klart beste løsningen for pasienten.

Dersom tiltaket er å anse som et alvorlig inngrep for pasienten, som for eksempel å legge pasienten i narkose for å få gjennomført et inngrep, skal ansvarlig for helsehjelpen samrå seg med annet kvalifisert personell, jf. § 4A-5 andre ledd. Så langt det er mulig skal helsepersonell innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, før avgjørelsen om tvungen helsehjelp blir tatt, jf. § 4A-5 fjerde ledd.

Evaluerings av tvungen helsehjelp

Tvungen helsehjelp skal etter § 4A-4 fjerde ledd evalueres fortløpende og avbrytes straks vilkårene ikke lenger er oppfylt.

Dokumentasjon

Helsepersonell skal føre journal i henhold til de krav som stilles til journalens innhold, jf. hpl. § 39. Formålet med kravet om å føre pasientjournal er blant annet å sikre forsvarlig oppfølging av pasienten og ivareta pasientsikkerheten. Opplysninger knyttet til temaene i dette tilsynet er å anse som relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Slike opplysninger skal etter hpl. § 40 og pasientjournalforskriften §§ 4–8 dokumenteres i pasientens journal.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

I tilsynet har vi sett på tjenestene som gis til pasientene ved gynekologisk avdeling ved Arendal sykehus, men det er Sørlandet sykehus HF som er tilsynsobjektet.

Gynekologisk avdeling i Arendal er en del av Klinikk somatikk ved Arendal sykehus. Klinikkdirektør for Klinikk somatikk er Geir Rørbakken, og konstituert avdelingssjef for gynekologisk avdeling er Tove Andreassen. Det er regelmessige møter mellom klinikkdirektør og avdelingssjef, og det finnes en fast møtестruktur i avdelingen. Både økonomi, drift og fag kan bli diskutert. Enhetsleder ved gynekologisk poliklinikk og avdelingssjef på GYN har ukentlige møter sammen med merkantilt personale.



Avdelingen har ansatt overleger, leger i spesialisering og sykepleiere. Avdelingen utreder og behandler en stor og variert pasientgruppe, herunder også pasienter med diagnoser som kan tilsi at de mangler samtykkekompetanse.

Sykehuset bruker journalsystemet DIPS Arena.

I tilsynet gjorde vi følgende observasjoner:

Sykehusets plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Sykehuset har en prosedyre for tvungen somatisk helsehjelp i sykehusets kvalitetshåndbok. De fleste ansatte som Statsforvalteren snakket med, var ikke kjent med denne prosedyren.

Det ble gjennomført en internundervisning ved gynekologisk avdeling i tvungen somatisk helsehjelp våren 2025. Utenom dette er det ikke opplyst at sykehuset har sørget for opplæring eller undervisning i regelverket.

Sykehuset har utpekt fagdirektør som «overordnet faglig ansvarlig» for kap. 4A-vedtak, men sykehuset har organisert det slik at vedkommende ikke får kopi av vedtakene. Det er ingen i sykehuset som har en overordnet oversikt over 4A-vedtak som fattes i sykehuset.

De fleste av de ansatte Statsforvalteren snakket med var ikke kjent med hvem som er utpekt til rollen som «overordnet faglig ansvarlig».

Statsforvalteren har gjennomgått journalene til 42 pasienter som har diagnoser som kan tilsi at de kan mangle samtykkekompetanse, og som har hatt kontakt med gynekologisk avdeling siden 1.1.2024.

I journalgjennomgangen fant vi to tilfeller der pasienter med alvorlig psykisk utviklingshemming ble lagt i narkose for blant annet innsetting av spiral. Vi fant flere eksempler på at det ikke var tydelig dokumentert i journalen om bruk av narkose ble brukt for å omgå forventet motstand, eller for å unngå smerter og ubehag. For flere av disse pasientene var det ikke dokumentert i journalen om pasienten hadde forståelse for helsehjelpen og dermed kunne gi et informert samtykke. Der helsehjelp ble vurdert gitt i narkose, var det i alle journaler dokumentert indikasjon for behandlingen.

Pasienters motstand mot helsehjelpen blir fanget opp

Både i samtaler med ansatte og i journalgjennomgangen fremgikk det at i situasjoner der pasienter uttrykker ubehag, uro eller engstelse, blir dette identifisert som mulig motstand mot helsehjelp.

I samtaler med ansatte og i journalgjennomgangen fremkom det videre at helsepersonell ikke setter pasientene i situasjoner der de yter fysisk motstand i forbindelse med gynekologisk undersøkelse. Det brukes ikke fastholding eller annen form for fysisk tvang. Tvangen som eventuelt brukes, er narkose for å omgå motstand hos pasienten.

Motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak

Helsepersonell bruker tillitsskapende tiltak for å forebygge forventet motstand hos pasienter uten samtykkekompetanse, og vi fant eksempler på tillitsskapende tiltak både i samtaler og i journalgjennomgangen. Dette var blant annet at det brukes samme behandler, avledning i form av bøker/musikk og lignende, at det legges til rette for en rolig atmosfære i behandlingsrommet, ekstra



tid til konsultasjonen, at helsehjelpen gjennomføres på en mindre inngripende måte ved for eksempel utvendig ultralyd, og at det blir gitt tilpasset informasjon og forklaringer til pasienten om hva som skal gjøres underveis i helsehjelpen.

Pasienters samtykkekompetanse blir vurdert

I samtaler med ansatte og i journalgjennomgangen kommer det frem at samtykke fra verge eller pårørende blir brukt som samtykke til helsehjelp.

I gjennomgåtte journaler fant vi ingen samtykkekompetansevurderinger.

Ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang

Helsepersonellet gjør helsefaglige vurderinger av om helsehjelpen er nødvendig for den enkelte pasient, forholdsmessighetsvurderinger og helhetsvurderinger av om helsehjelpen er den klart beste løsningen for pasienten

I noen tilfeller blir pasienter lagt i narkose for å omgå forventet motstand mot helsehjelpen, uten en vurdering av om dette er tvungen helsehjelp.

I samtaler med ansatte kom frem at det gjennomføres gynekologisk undersøkelse eller behandling når pasienten ligger i narkose for annen helsehjelp, for eksempel tannbehandling, uten at det har vært fattet vedtak etter pbrl. kap. 4A for den gynekologiske undersøkelsen og/eller behandlingen. I noen tilfeller har helsepersonell ved gynekologisk avdeling fått henvendelse fra samarbeidende helsepersonell ved andre avdelinger, uten at de hadde bakgrunnsinformasjon om pasienten.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Helsetjenesten skal gjennom kravet til internkontroll sikre etterlevelse av bestemmelsene i pbrl. kap. 4A. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten oppstiller plikter for virksomheter til å iverksette tiltak som reduserer risikoen for lovbrudd både ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenesten.

Formålet med kapittel 4A om å gi forsvarlig helsehjelp og å forebygge og redusere bruk av tvang, stiller krav til at helsepersonell kjenner reglene og hva de betyr i praksis.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 at dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Begrepet tvang omfatter både tiltak for å overvinne motstand hos pasienten, men også å omgå motstand fra pasienten. Dersom pasienter uten samtykkekompetanse legges i narkose for å få gjennomført en gynekologisk undersøkelse og/eller behandling, bør det vurderes om dette er omgåelse av motstand og om vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven er oppfylt for å gjennomføre helsehjelpen i narkose.

Statsforvalterens generelle observasjoner er at helsepersonell ved gynekologisk avdeling, Arendal sykehus, ivaretar pasientene på en god måte og er opptatt av å møte pasienter med respekt og verdighet. Ansatte ønsker at det formelle rundt eventuelt tvangsbruk skal være på plass, og flere ansatte uttrykte ønske om tydeligere rutiner for hvordan tvang skal vurderes og praktiseres.



Sørlandet sykehus HF har en prosedyre på området tvungen somatisk helsehjelp. De fleste ansatte som Statsforvalteren snakket med, var ikke kjent med denne.

Vi vurderer at helsepersonell ved gynekologisk avdeling gjenkjenner ulike former for motstand mot helsehjelp. Motstand mot helsehjelp blir fanget opp, og det blir brukt tillitsskapende tiltak for å forebygge forventet motstand hos pasienter uten samtykkekompetanse. Helsepersonell setter ikke pasientene i situasjoner der de yter fysisk motstand i forbindelse med gynekologisk undersøkelse. Det brukes ikke fastholding eller annen form for fysisk tvang.

Enkelte pasienter uten samtykkekompetanse legges imidlertid i narkose for å få gjennomført gynekologisk undersøkelse og/eller behandling. På grunn av Sørlandet sykehus HF sin manglende implementering av egen rutine og opplæring på regelverket, er ikke ansatte gjort kjent med at dette vil kunne bli regnet som omgåelse av forventet motstand for pasienter som mangler samtykkekompetanse. Dette kan føre til at pasienter blir utsatt for uhjemlet tvangsbruk. I journalgjennomgangen fant vi to tilfeller der pasienter med alvorlig psykisk utviklingshemning ble lagt i narkose for blant annet innsetting av spiral. Statsforvalteren vurderer at å legge disse pasientene i narkose må anses som omgåelse av forventet motstand, og vedtak etter pbrl. kap. 4A skulle vært vurdert.

Videre gjennomføres det enkelte ganger gynekologisk undersøkelse eller behandling når pasienten ligger i narkose for annen helsehjelp, for eksempel tannbehandling. I noen tilfeller har helsepersonell ved gynekologisk avdeling fått henvendelse uten at de hadde bakgrunnsinformasjon om pasienten. Dette øker etter Statsforvalterens vurdering risikoen for at indikasjon for undersøkelse og/eller behandling ikke er vurdert. Det har ikke vært fattet vedtak etter pbrl. kap. 4A for den gynekologiske undersøkelsen og/eller behandlingen. Vedtak skulle i disse tilfellene vært vurdert. Vedtaksansvaret for den gynekologiske undersøkelsen og/eller behandling ligger til den ansvarlige for helsehjelpen ved gynekologisk avdeling.

Det har kommet frem i tilsynet at samtykke fra verge eller pårørende har blitt brukt som samtykke til helsehjelp. Verge, pårørende eller familie til en pasient over 16 år som mangler samtykkekompetanse, kan ikke samtykke til helsehjelp på pasientens vegne der pasienten selv motsetter eller forventes å motsette seg helsehjelpen. I gjennomgåtte journaler fant vi ingen samtykkekompetansevurderinger. Statsforvalteren vurderer at Sørlandet sykehus HF ikke har gitt tilstrekkelig opplæring i samtykkekompetansevurderinger.

Praksisen rundt narkosebruk uten vurdering av vedtak, er ikke fanget opp av ledelsen. Sykehuset har utpekt fagdirektøren som «overordnet faglig ansvarlig» for kap. 4A-vedtak, men har organisert det slik at vedkommende ikke får kopi av vedtakene. Det er ingen ved Sørlandet sykehus HF som har en overordnet oversikt over 4A-vedtak som fattes i sykehuset. Det er fra sykehusledelsens side ikke oversikt over praktiseringen av tvungen somatisk helsehjelp ved gynekologisk avdeling. Dermed har denne misforståelsen rundt narkosebruk og pasienter som mangler samtykkekompetanse, pågått over tid uten å bli fanget opp av ledelsen.

At sykehuset tar i bruk rutinene som finnes og gjør de kjent for ansatte på gynekologisk avdeling, samt gir helsepersonell opplæring i tvungen somatisk helsehjelp, vil etter Statsforvalterens vurdering kunne redusere risikoen for svikt. Like viktig som at planlagte styringstiltak blir gjennomført slik de er tenkt, er at sykehuset følger med på hvordan styringstiltakene følges i praksis og fungerer. Ledelsens kontroll kan skje f.eks. gjennom intern rapportering, ved å ha oversikt over meldinger om svikt og mulige forbedringsområder fra ansatte, oversikt over klager fra pasienter/pårørende, samt



stikkprøver i pasientjournaler. Videre er det forventet at sykehuset bruker informasjon fra overordnet faglig ansvarlig for kapittel 4A til kontroll av egen praksis. Dette er et lederansvar.

5. Statsforvalterens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Sørlandet sykehus HF har ikke oversikt over praktiseringen av tvungen somatisk helsehjelp ved gynekologisk avdeling i Arendal. Sørlandet sykehus HF sørger ikke for tilstrekkelig opplæring og etterlevelse av rutiner ved avdelingen, slik at pasienter som mangler samtykkekompetanse og som får gjennomført undersøkelse og/eller behandling i narkose, får vurdert om dette skal gjøres med hjemmel i et vedtak etter pbrl. kap. 4A. Dette kan føre til at pasienter blir utsatt for uhjemlet tvangsbruk.

Dette er brudd på pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4A-3 og 4A-4, jf. også forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6, 7, 8 og 9.

6. Oppfølging av påpekt lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi for hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerhet for pasientene blir ivaretatt.

Statsforvalteren ber Sørlandet sykehus HF om å legge fram en plan for hvordan lovbruddene vil bli rettet. Planen skal inneholde følgende fire elementer:

- Tiltak som skal gjennomføres for å rette lovbruddet
- Hvordan ledelsen vil følge med på, og kontrollere at tiltakene blir iverksatt
- Hvordan ledelsen konkret skal kontrollere om praksis har endret seg etter at de planlagte tiltakene har vært gjennomført en stund
- Virksomhetens frister for evaluering av om tvungen somatisk helsehjelp blir utført i samsvar med regelverket

Vi ber om at sykehusets plan sendes til Statsforvalteren i Agder (referanse 2025/3638) innen **30.10.2025**.

Med hilsen

Harald Vallgård (e.f.)
fylkeslege

Kari Elise Krohn
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 21.2.2025.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 31.3.2025.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Arendal sykehus, og innledet med et kort informasjonsmøte 21.5.2025. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 22.5.2025.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

- Delegasjonsreglement – fullmakter
- Journalsystem og dokumentasjon
- Liste over ansatte og ledere på GYN
- Måldokument – virksomhetsplan 2025
- Opplæring – tvang – morgenmøte
- Organisasjonskart
- Stillingsbeskrivelser
- Styrende dokumenter – uønskede hendelser

Det ble valgt 42 pasientjournaler etter følgende kriterier:

- Pasienter med diagnoser som kan tilsi at de kan mangle samtykkekompetanse og som har hatt kontakt med gynekologisk avdeling siden 1.1.2024

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte ved tilsynsbesøket.



Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Lene Moholt, rådgiver/jurist, Statsforvalteren i Agder, revisor
- Selma Rizvic, seniorrådgiver/sykepleier, Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, revisor
- Sonja Vatn, assisterende fylkeslege, Statsforvalteren i Innlandet, revisor
- Kari Elise Krohn, seniorrådgiver/jurist, Statsforvalteren i Innlandet, revisjonsleder