



Helse- og sosialmelding for Buskerud 2008

Helsetilsynet i Buskerud

Fylkesmannen i Buskerud, Helseavdelingen og Sosial- og familieavdelingen



”Kongens utsikt”, Hole kommune

Forord

Helsetilsynet i Buskerud/ Fylkesmannens helseavdeling og Fylkesmannens sosial- og familieavdeling har for 2008 valgt å utgi en felles melding. Den har fått form som en samling med artikler, som viser noe av det store mangfold av oppgaver avdelingene er tillagt. Tema for artiklene er valgt ut i fra aktualitet og viktighet, og det er vårt håp at de vil ha interesse for samarbeidspartnere, helsetjenestene, befolkningen og media.

Begge avdelinger har tilsynsoppgaver, med henholdsvis helsetjenestene i fylket (kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten) og kommunenes sosialtjenester og barnevern. I tillegg har vi viktige forvaltningsoppgaver og skal også bidra i at statens politikk på helse- og sosialområdene blir iverksatt ute i tjenestene. Dette gir oss et sentralt ståsted for å kunne følge med på kvaliteten av og utviklingen av fylkets helse- og sosialtjenester.

Helse- og sosialtjenestene i Buskerud holder et gjennomgående godt nivå, helt på linje med landet for øvrig. Men utfordringene framover vil være store. Vi har en aldrende befolkning med økende behov for tjenester, og grupper som rusmisbrukere og personer med alvorlig psykiatrisk sykdom skal ha et forsvarlig tjenestetilbud på linje med andre grupper. I de kommende årene vil det være en stor avgang av mange eldre arbeidstakere innen pleie- og omsorgstjenestene. Økt behov for tjenester krever flere ansatte. Det er fortsatt en utfordring å sikre god fagutdanning av alt personellet ute i tjenestene. Blant annet på bakgrunn av det siste årets finanskriser, er det grunn til å anta at utfordringene må løses innenfor begrensede økonomiske rammer.

De kommende årene vil kreve langsiktig arbeid med utdanning av personell, utvikling av gode organisasjonsformer og satsing på både kvalitet og effektivitet. En utfordring for Helsetilsyn og Fylkesmann blir å følge med på hvordan tjenestene de kommende årene sikrer nødvendig behovsdekning og forsvarlige tjenester.

Ketil Kongelstad
Fylkeslege

Anne-Cathrine Dahl
avdelingsdirektør

Pasientrettighetsloven kapittel 4A – Nye bestemmelser om adgang til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp når pasienter motsetter seg dette - utfordringer for helsetjenesten.....	5
Tvangstiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov	5
Det informerte samtykke, samtykkekompetanse og tillitskapende tiltak.....	6
Pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonens form.....	6
Nærmere om vilkårene for å anvende bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4A..	6
Hvem som fatter vedtaket om tvangstiltak.....	7
Underretninger om tvangsvedtak, klager på tvangsvedtak og vedtakenes varighet	7
Tannhelsetjenester 2008.....	8
Tilsyn gjennomført i 2008; Helsetilsynet i Buskerud og Fylkesmannen i Buskerud.....	9
Hjemmesykepleien, herunder natttjenesten.....	9
Legemiddelbehandling i sykehjem.....	9
Tilbud til barn innen barnevern, sosial og helse i kommunen	10
Distriktpsykiatrisk senter sine tilbud til voksne med psykiske lidelser.....	10
Avlastnings- og støttekontaktjenester	11
Sosialtjenestelovens kapittel 4 og 4A overfor personer med psykisk utviklingshemming.....	11
Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.....	12
Status og utfordringer.....	12
Tilbudet til barn og unge	12
Brukerstemmen	12
Fokus fremover	13
Omsorgsplan 2015.....	15
Arbeidet i 2008.....	15
Demensplanen	16
Kompetanseløftet 2007-2015 – 10 000 nye årsverk.....	16
Investeringsstøtte til sykehjem og omsorgsboliger	17
Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem.....	17
Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem.....	17
IPLOS.....	17
Utfordringer.....	18
Folkehelse.....	19
Folkehelse og folkehelsearbeid	19
De ansvarlige i folkehelsearbeidet	20
Sosiale ulikheter i helse og bruk av statistikkverktøy i kommunale planprosesser	20
Folkehelse og levevaner (kosthold, fysisk aktivitet og tobakkbruk) – utfordringer i Buskerud.....	22
Inaktivitet og overvekt	22
Tobakk.....	23
Kosthold	25
Barn og unges tannhelse.....	25
Struktur og status på folkehelsearbeidet i Buskerud – regionalt og kommunalt.....	26
Regionalt	26
Kommunalt.....	27
Kompetanseutvikling på folkehelse og folkehelsearbeid.....	27
Regionale midler som disponeres til folkehelsearbeid.....	28
Videre satsing og mål for folkehelsearbeidet i Buskerud.....	28
Hvor står vi og hvor går vi med ” § 3-3 meldingene”	29
§ 3-3 melding til Helsetilsynet om betydelig pasientskade.....	29
Erfaringer fra behandlingen av tilsynssaker og rettighetsklager	30

Tilsyns- og klagesaker.....	30
Rettighetsklager.....	30
Begrenset klagerett på BPA-ordningen.....	31
Hvorfor er de eldre tause?	37
Det kan lønne seg å klage!	39
Arbeidet med rusavhengige i Buskerud	41

Pasientrettighetsloven kapittel 4A – Nye bestemmelser om adgang til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp når pasienter motsetter seg dette - utfordringer for helsetjenesten

v/seniorrådgiver Ellisiv Hegna



01.01.2009 trådte de nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven¹ kapittel 4A i kraft. Det er nå gitt adgang til å fatte vedtak om tvungen helsehjelp hvis pasienten er over 16 år, mangler samtykkekompetanse, og motsetter seg helsehjelp.

Tidligere var det kun adgang til tvangstiltak på helsetjenestens område i medhold av psykisk helsevernloven² kapittel 3, eller hvis tvangsbestemmelsene i smittevernloven³ kom til anvendelse. Helsehjelp kunne også i gitte situasjoner tenkes å bli gitt i medhold av bestemmelsen om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i henhold til helsepersonelloven⁴ § 7, og da ut fra nødrettsbetraktninger.

Tvangstiltak krever uttrykkelig hjemmel i lov

Til tross for at det må foreligge uttrykkelig hjemmel i lov for å påtvinge noen noe mot en persons vilje ble det i praksis tidligere likevel iverksatt en rekke tvangstiltak som det ikke var adgang til. Ulovlig tvangsbruk er straffbart og i strid med menneskerettighetene. Det er belegg for å hevde at en rekke av de uhjemlede tvangstiltak som er blitt gjennomført, og som nok fortsatt gjennomføres, ikke er påkrevd. Ut fra de erfaringer man har fra bl.a. implementeringen av tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven⁵ kapittel 4A er det grunn for å tro at det vil ta tid før bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4A blir kjent og tatt i bruk. Det er imidlertid håp om at fokus på bestemmelsene vil øke graden av bevissthet om hva som er å anse som tvang, og på hvorvidt det er nødvendig å iverksette tiltak til tross for at pasienten motsetter seg dette. Tvangstiltak er alt som en person ikke samtykker til konkret.

¹ Lov av 02.07.99 nr 63 om pasientrettigheter

² Lov av 02.07.99 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

³ Lov av 05.08.94, nr 55 om vern mot smittsomme sykdommer

⁴ Lov av 02.07.99 nr 64 om helsepersonell m.v.

⁵ Lov av 13.12.91, nr 81 om sosiale tjenester m.v.

Det informerte samtykke, samtykkekompetanse og tillitskapende tiltak

All tjenesteyting baserer seg i prinsippet på at den som mottar hjelp har gitt et "informert samtykke" til dette. Et informert samtykke kan bare gis av de som har "samtykkekompetanse". Pasienter som har samtykkekompetanse, forstår hvilke spørsmål og problemstillinger som de blir forelagt seg, og de forstår også hvilke konsekvenser det får når de sier ja eller nei til noe. Det å avgi et informert samtykke innebærer at man sier ja til noe, etter å ha fått et beslutningsgrunnlag. Pasienter får et beslutningsgrunnlag gjennom den informasjon som gis av helsepersonell / helsetjenesten. Plikten helsepersonell har til å gi informasjon er inntatt i helsepersonelloven § 10. Hva som rettslig sett kreves for at man skal anses for å ha oppfylt informasjonsplikten fremgår av pasientrettighetsloven § 3-5.

Pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonens form

- Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.
- Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.
- Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.

Når det gjelder formkravet til den informasjon som blir gitt er helsepersonell stilt overfor en pedagogisk utfordring. Man må kjenne pasienten. I tillegg må det ofte vurderes hvilke virkemidler som må tas i bruk for om mulig å bli forstått. Det vises til at det ofte er fullt mulig for pasienter med f.eks. utviklingshemning eller demenssykdom å avgi et informert samtykke, så sant måten informasjonen blir gitt på, er tilpasset deres individuelle forutsetninger. Dette kan ta tid. Alle pasienter har rettskrav på at forholdene legges til rette for dem, slik at de kan bli i stand til å avgi et informert samtykke. Dette må det tilrettelegges for, fordi pasientrettighetsloven § 4A-3 første ledd krever at *tillitskapende tiltak* skal ha vært forsøkt før tvangstiltak eventuelt kan iverksettes. Mangel på ressurser, eller dårlig fysisk tilrettelegging av miljøet som pasienten befinner seg i, kan aldri berettige tvangsbruk.

Nærmere om vilkårene for å anvende bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4A

Bestemmelsene i den nye loven er diagnoseuavhengig, og gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt tannhelsetjenesten. Det avgjørende er spørsmålet om det skal ytes *helsehjelp* uten pasientens informerte samtykke. Iverksettelse av sosiale tjenester kan ikke skje på grunnlag av vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. Da må det i så fall fattes vedtak i medhold av sosialtjenesteloven kapittel 4A, og disse bestemmelsene gjelder kun hvis personen det skal utøves tvang overfor har en diagnose som går ut på en utviklingshemning. Det blir bl.a. en utfordring for pleie- og omsorgstjenesten å skille mellom hvilke typer tjenester som gis i de ulike sammenhenger. Svært mange pleie- og omsorgstrengende mottar både helse- og sosiale tjenester. Som eksempel kan nevnes at hjelp til å ivareta personlig hygiene normalt er en form for bistand som anses som en sosial tjeneste⁶. Er det snakk om å gi slik bistand kan derfor ikke pasientrettighetsloven kapittel 4A anvendes.

⁶ Hjelp til personlig hygiene gis som hovedregel etter sosialtjenesteloven § 4-2 a.

I de tilfeller det er snakk om å undersøke og behandle en *psykisk lidels,e* er det tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 3 som skal anvendes og ikke pasientrettighetsloven. Primærhelsetjenesten kan som følge av dette ikke behandle en pasients psykiske lidelse i medhold av pasientrettighetsloven kapittel 4A. Somatisk helsehjelp kan imidlertid gis til en person med psykisk lidelse i medhold av pasientrettighetslovens tvangsbestemmelser.

Tilleggskriteriene i loven er at:

Unnlatelse av å gi helsehjelp kan medføre vesentlig helseskade, og

Helsehjelpen må anses nødvendig, og

Tiltaket må stå i forhold til behovet for den hjelp som gis: Hva oppnår man – i forhold til den integritetskrenkelse som begås, ved å påtvinge pasienten noe, mot dennes vilje?

Hvem som fatter vedtaket om tvangstiltak

Før tvangstiltak iverksettes, skal pasientens partsrepresentant ha blitt forespurt, og det skal fattes et skriftlig vedtak. Helsedirektoratet har utarbeidet en mal for slike vedtak som finnes på deres hjemmeside (www.shdir.no). Pasienter som er over 16 år, som ikke har samtykkekompetanse, skal ha fått utpekt en partsrepresentant. Dette er enten ”den nærmeste pårørende”⁷, en hjelpeverge med vidt mandat, eller en verge.

Det er ”..helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen” som fatter tvangsvedtaket. Når det er snakk om gjennomføring av helsetjenester som anses som medisinskfaglige tjenester er det den behandlingsansvarlige lege som skal fatte vedtaket, f.eks. fastlegen. Legers rolle i disse sakene er under enhver omstendighet sentral, fordi de har en sentral rolle ved vurderingen av om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. Forsvarlighetskravet⁸ i helselovgivningen forutsetter at det gis tilbud om nødvendig utredning og diagnostikk når man mener en pasient ikke har samtykkekompetanse. Dette er ene og alene en medisinskfaglig oppgave.

Underretninger om tvangsvedtak, klager på tvangsvedtak og vedtakenes varighet

Kopi av vedtak om tvangsbehandling etter pasientrettighetsloven kapittel 4A skal rutinemessig sendes Helsetilsynet i fylket, partsrepresentanten og den overordnet ansvarlige for den helsehjelp som gis. Helsetilsynet gjennomgår alle underretninger om tvangsvedtak og gir en tilbakemelding på disse. Det er også Helsetilsynet som behandler klager fra pasient eller partsrepresentant på vedtaket om tvangsbehandling.

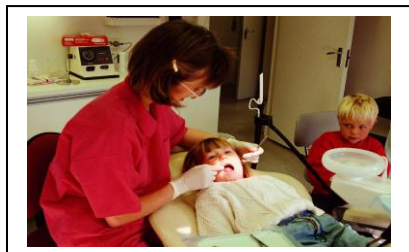
Helsetjenesten skal løpende vurdere om det er behov for tvangstiltakene som iverksettes. Tvangsvedtak kan aldri ha mer enn ett års varighet. Er det fortsatt behov for tiltakene, må det fattes nye vedtak.

⁷ ”Den nærmeste pårørende” er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 b.

⁸ Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og kommunehelsetjenesteloven § 6-3 første og tredje ledd

Tannhelsetjenester 2008

Av fylkestannlege Berit Binde



Den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud er organisert som fylkeskommunalt foretak. Tannhelsetjenesten gir tilbud til alle tannhelselovens prioriterte grupper. Det gis også, etter vedtak i fylkestinget, tilbud til grupper med spesielle sykdomsdiagnoser. Det er etablert tilbud om tannbehandling under narkose på fylkets tre sykehus. Tilbudet er spesielt rettet mot små barn og psykisk utviklingshemmede. Vel 200 pasienter fikk tannbehandling i narkose i 2008.

Stortinget har prioritert tannhelsetilbud til rusmisbrukere, og fylkeskommunene fikk i 2008 videreført midler til tiltak for misbrukere under kommunal rusomsorg. Tjenesten er organisert som et samarbeid mellom kommunene og offentlig og privat tannhelsetjeneste. Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter sosialtjenestelovens § 4-2 får tilbud om gratis tannbehandling. 234 rusmisbrukere har benyttet seg av tilbudet i 2008.

Fire kommuner i Buskerud har lavterskeltilbud til rusmisbrukere. Tre har tannbehandling med i tilbudet og får eller kjøper tjenester av offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Fylkeskommunen organiserer tannlegevakt i Drammen, Kongsberg, Hønefoss og i Hallingdal. Over 1200 personer fikk behandling på vaktene i 2008.

Det er inngått avtale mellom Staten og Buskerud fylkeskommune om kjøp av tjenester i fylkets tre fengsler (Drammen, Hassel i Skotselv og Ringerike).

Tannhelsetjenestens avdeling for helsefremmende og forebyggende arbeid består av fire tannpleiere. Avdelingen planlegger og administrerer tjenestens utadrettede virksomhet og tverrfaglige samarbeid. Sosial utjevning av ulikhet i helse er et prioritert område. Tannhelsetjenesten er en viktig aktør i fylkeskommunens folkehelsearbeid.

Det er fremdeles vanskelig å rekruttere og beholde tannleger. Det er særlig merkbart i utkantstrøk, spesielt i Numedal. Stor turnover med hyppige vakanser gjør tilbudet mindre forutsigbart, og det er vanskelig å planlegge.

Dekningsgraden på prioritert klientell er tilfredsstillende til tross for vakanser. Tannhelsen hos barn og unge er gjennomgående bedre enn landsgjennomsnittet. 83 % av 5-åringene og vel 50 % av 12-åringene var uten hull eller fyllinger i 2008. Det er det beste resultatet siden registreringene startet i 1984.

- Lov om tannhelsetjenesten definerer følgende grupper som prioriterte:
- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Grupper av eldre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i kalenderåret
- Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

Tilsyn gjennomført i 2008; Helsetilsynet i Buskerud og Fylkesmannen i Buskerud

Helsetilsynet i Buskerud gjennomførte 13 tilsyn i 2008. Tilsynene ble gjennomført som systemrevisjoner. Det ble gjennomført tilsyn med hjemmesykepleien, herunder nattjenesten i to kommuner, tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem i to kommuner. Det ble også gjennomført landsomfattende tilsyn med kommunenes tilbud til barn innen barnevern, sosial og helse i seks kommuner og landsomfattende tilsyn med poliklinikkens tilbud til voksne med psykiske lidelser ble gjennomført ved alle tre helseforetakene.

Hjemmesykepleien, herunder nattjenesten

Etter å ha gjennomført to tilsyn med dette tema, er tilsynet nå gjennomført i alle 21 kommunene i Buskerud. De første tilsynene ble gjennomført i 2005.

I en kommune ble det gjort funn som var grunnlag for å konstatere avvik (mangel på oppfyllelse av lover og forskrifter) på faglig forsvarlig sykepleiefaglig bemanning på natt, og at ikke alle som foresto medikamenthåndtering i hjemmesykepleien ikke hadde nødvendig bemyndigelse til dette. De samme funn er også funnet i andre kommuner ved tilsyn i den aktuelle perioden.

Begge kommunene hadde et forbedringspotensiale når det gjaldt å vedlikeholde, oppdatere og implementere internkontrollsystemet i pleie- og omsorgstjenesten.

Legemiddelbehandling i sykehjem

Det ble i Buskerud gjennomført tilsyn i to kommuner. Bakgrunn for tilsynet var blant annet at undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser at det i tillegg til omfattende legemiddelbruk blant eldre også er klare indikasjoner på kvalitetssvikt knyttet til legemiddelbehandlingen av denne gruppen. Tilsynet skulle undersøke om kommunen sikrer at eldre pasienter på sykehjem får nødvendig og riktig legemiddelbehandling

I 2008 ble det på landsbasis gjennomført tilsyn i sykehjem i samarbeid med Helsetilsynet i åtte fylker.

I kommunene ble det gjort funn som ga grunnlag for å konstatere avvik på faglig forsvarlig legemiddelbehandling med blant annet dimensjonering av legetjenesten, mangelfull opplæring av annet personell og risiko for at pasientene ikke får nødvendig utredning, diagnostikk og forsvarlig legemiddelbehandling.

Det ble også gitt avvik på at det ikke var etablert et system som sikrer at medisinskfaglige observasjoner, vurderinger og beslutninger blir dokumentert.

Det skal gjennomføres fem tilsyn med samme tema i 2009.

Tilbud til barn innen barnevern, sosial og helse i kommunen.

Fylkesmannen og Helsetilsynet utførte i 2008 systemrevisjon med barneverntjenesten i 6 kommuner. Emnene ble gitt i det landsomfattende tilsynet i samarbeid med Helsetilsynet. Tilsynet omhandlet tjenestetilbudet til utsatte barn i skolepliktig alder som har behov for samordnede tjenester og overgangen fra barneverntjenester til sosialtjenester i alderen 17- 23 år.

Ved tilsynene ble det gitt/avdekket 10 avvik. En av kommunene fikk ingen avvik.

Avvikene omhandlet følgende:

1. Barn og unge i skolepliktig alder med psykiske problemer får ikke nødvendig og riktig hjelp til rett tid fordi kommunen ikke sikrer behovsdekkende tjenester.
2. Kommunen sikrer ikke at barnevern-, sosial- og helsetjenesten samarbeider slik at utsatte barn og unge i skolepliktig alder får nødvendig og rett hjelp til rett tid på en samordnet måte.
3. Kommunen sikrer ikke at sosial- og barneverntjenesten samarbeider godt nok i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av overgangen fra barnevern- til sosialtjeneste for aldersgruppen 18 – 23 år.

En kommune fikk alle tre avvikene, en fikk bare avvik 2 og tre kommuner fikk avvik 2 og 3.

Distriktpsykiatrisk senter sine tilbud til voksne med psykiske lidelser

Dette tilsynet er et landsomfattende regionalt tilsyn med fylkene Østfold, vestfold og Buskerud. Hvert fylke var representert med hver sin revisor. Det var også oppnevnt fagrevisorer med en psykiater fra Troms og en psykologspesialist fra Sør – Trøndelag.

Områdene for tilsynet var hele behandlingsforløpet, dette var blant annet hvilke system som var utarbeidet når det skulle foretas vurdering og prioritering av henviste pasienter, hvilken utredning som ble gjennomført og hvilke system som skulle sikre forsvarlig behandling og oppfølging.

Tilsynet var spesielt rettet mot tilbud til pasienter med nyoppdagede symptomer forenlig med psykoselidelse, og tilbud til pasienter med alvorlig depresjon.

I tilsynet ble det gjennomført i alle tre helseforetakene. Avvikene som ble påvist ble gitt på området vurdering og prioritering av henviste pasienter. De virksomheter som ga avslag eller avviste henvisninger fra utenfor lokalsykehusområdet fikk avvik på grunn av at de ikke har lov til å avvise uten å ha tatt stilling til retten til nødvendig helsehjelp. Dersom pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, men er bosatt utenfor RHF området, kan imidlertid søknaden avslås med begrunnelse i kapasitetsproblemer, dersom helseforetaket ved innvilgelse vil komme i en situasjon hvor rettighetspasienter innenfor RHF-området ikke vil kunne bli tatt inn til behandling innen fastsatte frister. Søknaden skal i slike tilfelle oversendes rett instans, dvs. det nærliggende DPS innen pasientens eget RHF-område.

Tilsynet skal også videreføres i 2009.

Avlastnings- og støttekontaktjenester

Vi valgte å videreføre tilsyn med avlastnings- og støttekontaktjenester i 2008. Tilsynet ble gjennomført i to kommuner i Buskerud. Formålet med tilsynet var både å undersøke om kommunene sikrer en forsvarlig tildeling av tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav b og c, og iverksettingen av disse tjenestene. Videre ble det undersøkt om kommunen sikrer at støttekontakter og avlastere har nødvendig kunnskap til å utføre tjenestene på en forsvarlig måte.

I de to kommunene ble det gjort funn som ga grunnlag for avvik. Avvikene som ble påvist var at kommunene ikke sikret forsvarlig saksbehandling fordi tjenestene ikke ble evaluert. En kommune oppfylte ikke den lovpålagte plikt kommunen har til å gi avlastning til foreldre som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunen unnlot å gi avlastning på grunn av manglende ressurser. Et annet funn som ga avvik var mangel på systematisk oppfølging og opplæring til støttekontakter og private avlastere. Tilsynet vil bli videreført i 2009.

Sosialtjenestelovens kapittel 4 og 4A overfor personer med psykisk utviklingshemming

Fylkesmannen har plikt til å føre tilsyn med kommunes virksomhet etter kapittel 4A i sosialtjenesteloven, tiltak med tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Fylkesmannen skal gjennomføre stedlige tilsyn med hvert tiltak der kommunen har vedtatt å anvende tvang og makt i henhold til § 4A-5 tredje ledd bokstav b, planlagte skadeavvergende tiltak og c, tiltak for å dekke grunnleggende behov. Fylkesmannen gjennomførte 20 stedlige tilsyn i 2008.

Videre gjennomførte vi tilsyn med tjenestene til personer med utviklingshemming i tre kommuner i Buskerud. Formålet med tilsynet var å undersøke om personer med utviklingshemming gis et tilstrekkelig tilbud om praktisk bistand og støttekontakt etter sosialtjenesteloven § 4-2, bokstav a-d, og om tjenestene endres i samsvar med endrede bistandsbehov uavhengig av endrede rammebetingelser. Under tilsynet undersøkte vi også om kommunene sikrer at bruk av tvang og makt er i tråd med bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Ved tilsynene ble det gitt ni avvik. Tilsynsmyndighetene er av den oppfatning at to av kommunene ikke gir tilstrekkelige tilbud om tjenester til enkelte personer med utviklingshemming. Avvikene er knyttet opp til at tjenestemottakere ikke mottar tjenester i tråd med vedtak. Videre at kommunene ikke sikrer at bruk av tvang og makt er i tråd med bestemmelsene. Dette er fordi det benyttes tvang overfor enkelte personer med utviklingshemming uten å følge lovbestemt beslutningsprosessen. Det fattes ikke vedtak og det skrives heller ikke meldinger i påvente av at vedtak fattes. I alle kommunene ble det avdekket at tjenesteyterne ikke har tilstrekkelig kunnskap for å kunne identifisere tvang. Det var også uklar forståelse av begrepene tvang og makt. Ved tilsynene ble det derfor funnet svikt i kommunens styringssystem og tilsynsmyndigheten konkluderte med at kommunene ikke har fulgt sin plikt i forhold til kravet om internkontroll. På grunn av avvikene som ble avdekket i disse revisjonene skal det gjennomføres to slike tilsyn i 2009.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.

Status og utfordringer

Har vi nådd målene i opptrappingsplanen på den måten vi har brukt midlene?

Opptrappingsplan for psykisk helsearbeid ble avsluttet i 2008. Arbeideid som er nedlagt videreføres og utvikles videre gjennom rammefinansiering til kommunenes generelle helsearbeid. I Buskerud er det mer en 170 millioner som går inn i rammebevilgningen til kommunene. Alle kommuner har vedtatte planer for psykisk helsetiltak frem til 2010. Vi ser allikevel en tendens til at planene endres. Årsakene til endringene er at flere kommuner opplever en vanskelig økonomiske situasjon.

Man regner med at innen utgangen av 2008 vil det være opprettet om lag 10 000 nye årsverk på landsbasis, hvorav en ikke ubetydelig del er finansiert med kommunenes egne midler.

Psykisk helsearbeid utføres innen mange områder i kommunen; omsorgstjenester, sosiale tjenester, helsetjenesten på skoler og også allmennlegetjenesten, som utgjør en betydelig del.

Alle kommunene i Buskerud mottok i utgangspunktet fullt tilskudd for 2008. Tidligere år har flere kommuner overført tilskudd fra et år til annet. Årsakene har vært problemer med å få søkere til nye stillinger og de øremerkede midler er satt på fond. Rekrutteringen til psykisk helsearbeid i kommunene og spesielt i de små kommuner er vanskelig og blir en stor utfordring fremover.

Helsedirektoratet besluttet i august 2008 at tidligere overførte midler skulle komme til fratrukk på dette årets tildeling. Det medførte at 8 kommuner fikk redusert sine tilskudd lik summen av overførte midler. Totalt ble det holdt tilbake kr 7 763 000 som skal utbetales fortløpende etter hvert som kommunene fyller krav som er satt til opprinnelig bruk av midlene.

Buskerudkommunene har økt sin kompetanse innen psykisk helse i form av 307 flere stillinger i planperioden, hvorav ca 150 har mottatt/mottar tilskudd for å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid/ psykososialt arbeid for barn og unge. Faggrupper som tar videreutdanning innen psykisk helse, er sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, barnevernspedagoger, vernepleiere, helsesøstre og jordmødre. Det er også hjelpepleiere som har fått statlige tilskudd gjennom sin kommune for å ta fagutdanning og/eller videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

Tilbudet til barn og unge har økt gjennom lavterskeltilbudet "Helsestasjon for ungdom". Alle kommuner har dette tilbud for ungdom, enten for egen kommune eller som et interkommunalt tilbud. I tillegg har flere kommuner opprettet Familiehus eller tilsvarende lavterskeltilbud. Det er etablert VIP program (Veiledning og informasjon om psykiske problemer og lidelser) ved alle videregående skoler i fylket og det er svært gledelig at Buskerud fylkeskommune har nedfelt dette programmet i sine langtidsplaner frem til 2015. Programmet forutsetter nært samarbeid mellom sykehus, kommune og skole.

Brukerstemmen er viktig som en veiviser for helsetjenestetilbudet generelt men også spesielt i perioder med store helsetjenestesatsninger. Vi har i mange år snakket om og også etablert brukermedvirkning og hvor viktig det er at brukere blir hørt av helsepersonell.

Kanskje er tiden kommet til at vi går fra at brukere skal delta i utviklingen av tjenestetilbudet til at profesjonene deltar i pasienters liv og levnet? Beveger vi oss videre *fra brukermedvirkning til profesjonsdeltakelse??*

Brukerråd og brukerundersøkelser gjennomføres i stadig flere kommuner. Samarbeidet med de frivillige organisasjoner er sentralt i Opptappingsplanen for Psykisk helse. Det er 9 lokallag av Mental helse, hvorav ett er interkommunalt. Mental helse har også et ungdomslag. I tillegg er det fylkeslag. ADHD foreningen har 8 lokallag i tillegg til fylkeslaget. Denne forening er nå størst av brukerorganisasjoner innen psykisk helse i landet. Flere av de største kommuner har etablert utvidet samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Det er ønskelig at kommunene i større grad bistår de frivillige organisasjonene med økonomisk hjelp.

Fontenehusbevegelsen har et solid fotfeste i Buskerud. Dette er en verdensomspennende stiftelse og kriteriene for å etablere slike hus er strenge og følges nøye opp. Målsetningen er blant annet ...”å hjelpe og støtte personer med psykiske lidelser slik at de kan fremme sine sosiale, økonomiske og yrkesrettede mål på egne premisser”

Fontenehuset på Hønefoss åpnet oktober 2003 og nå er det også etablert Fontenehus på Kongsberg.

Fortsatt er det *behov for boliger* til innbyggere som trenger bistand av helsemessig og/eller sosial art. Ved opptappingsplanens start viste en kommunal kartlegging at behovet for nye boliger til målgruppen var ca 280 boliger. Ved tildeling av kvoter fikk Buskerud tilbud om 169 enheter som også ble bygget i perioden. Av fylkets 21 kommuner er det 8 kommuner som ikke har søkt tilskudd til boligbygging for målgruppen. Det er kommet signaler om at noen av disse kommuner vil benytte tilbud som Husbanken gir gjennom Omsorgsplan 2015.

Flere kommuner rapporterer et økt behov for boliger for mennesker med rusproblematikk og utviklet psykisk lidelse.

Fokus fremover må i større grad rettes mot samarbeid omkring personer med langvarige og sammensatte behov, de som trenger en helhetlig tjeneste over tid. Her vil Individuell plan være et nyttig verktøy. Det trengs en samarbeidspolitikk hvor 1. og 2.linjen finner det økonomisk tjenelig å samarbeide. Videre trengs det et økt fokus på kompetanseutvikling i forhold til brukeres opplevelse av hva som virker. Samarbeid med pårørende og utvikling av det gode nettverk omkring brukeren må videreutvikles. Utvikling av metoder som imøtekommer behovene for folk med rusproblemer og psykisk sykdom må vektlegges. Botilbud for de som på grunn av sin adferd ikke kan dra nytte av eksisterende kommunale tilrettelagte boliger må etableres i samarbeid med de distriktpsykiatriske sentre.

Gjennom lovverket stilles det krav til kommuner om å ha kvalifisert helsepersonell. Det bør arbeides for at også psykiatriske sykepleiere blir ”et must”, på lik linje som helsesøster, fysioterapeut m.fl. i den kommunale helsetjeneste. Det trengs flere psykologer ansatt i den kommunale helsetjeneste.

Det registreres at økningen av innbyggere som uføretrygdes øker og det er spesielt personer fra tyveårene opp til de førti som rammes. Forebyggende tiltak for voksne er nødvendig for å stoppe denne utvikling samtidig som det må legges til rette for at man kan bli stående i arbeid selv om en i perioder blir psykisk syk og kanskje også psykotisk. Nederland har vist oss at det er mulig.

Kompetanseheving, nettverksbygging og økt økonomi med flere tilsatte til å bistå flere personer i kommunen vil gi bedre livskvalitet for den syke og økt tilfredshet hos helsepersonell.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er over men arbeidet forsetter med økt styrke.

Omsorgsplan 2015

Stortingsmelding nr. 25 ”**Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer**” beskriver de langsiktige utfordringene for fremtidens omsorgstjeneste. Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i **Omsorgsplan 2015** som også omfatter delplanene **Kompetanseløftet, Investeringstilskudd og Demensplan**. Fylkesmannen har fått i oppdrag å koordinere planarbeidet og bistå kommunene i gjennomføringen.

Mer konkret kan Regjeringens foreslåtte tiltak for gjennomføring av planen oppsummeres slik:

- Utbygging av tjenestetilbudet
- Styrke det offentliges ansvar og rolle i forhold til oppgavene
- Kompetanseheving/økt utdanningskapasitet for personell
- Bedre medisinsk oppfølging av brukere av omsorgstjenestene
- Investering i ny bygningsmasse
- Utprøving av ny teknologi
- Økt innsats i forhold til forebyggende arbeid
- Økt brukerinnflytelse
- Aktiv omsorg, med større vekt på aktivitet, kulturtilbud og trivsel
- Kvalitetsutvikling, bl.a. gjennom økt forskning

Ansvar for arbeidet med omsorgsplanen er lagt til helseavdelingen. Prosjektleder samarbeider med andre avdelinger, sosial- og familieavdelingen og økonomirådgiver. Det er videre et nært samarbeid med Helsedirektoratet, Fylkeskommunen, Kommunenes Sentralforbund, Nasjonalt Kompetansesenter for demens og Husbanken. Videre deltar prosjektleder i et organisert samarbeid med kollegaer i Helseregion Sør-Øst med møter to ganger i året.

Arbeidet i 2008:

Året startet med en todagers konferanse på Gol i januar. Det var stor deltagelse og interesse for konferansen hvor bl.a. hadde foredragsholdere fra HOD, Helsedirektoratet, KS og Husbanken deltok i tillegg til at flere kommuner presenterte sitt arbeid på enkeltområder.

Prosjektleder har etablert et nettverk med kontaktpersoner for omsorgsplanen i alle kommuner og avholdt flere møter i kommunene for planlegging og drøftelser av ulike utfordringer i forbindelse med gjennomføringen av arbeidet.

Demensplanen:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er av Helsedirektoratet gitt ansvaret for å være faglig ansvarlig for store deler av tiltakene i Demensplanen. Det har vært stor aktivitet i Buskerud på dette feltet i 2008. Nasjonalt kompetansesenter inviterte kommunene i landet til å søke om å bli ”modellkommuner” for arbeidet med demensplanen, og mange kommuner i Buskerud har meldt sin interesse og deltar i dette. Målet med dette utviklingsprogrammet er å fremskaffe ny kunnskap om hensiktsmessig organisering og drift av ulike tilbud, utvikle gode modeller for dagtilbud for demente, pårørendearbeid samt å bedre kompetansen i utredning av demens. Av i alt 75 modellkommuner i landet har Buskerud ni kommuner med: Nore og Uvdal, Flesberg, Rollag, Drammen, Lier, Ål, Hol, Øvre Eiker og Hole er blitt modellkommuner. Disse vil få spesiell oppfølging og veiledning fra Nasjonalt kompetansesenter, de deltar i nettverk sammen med andre modellkommuner og personalgruppen vil få tilbud om opplæring i demensomsorg. Kommunene forplikter seg på sin side å delta aktivt, stille personell og aktuelle data til disposisjon, og på sikt delta i arbeidet med å spre erfaringer til andre kommuner.

Kompetanseløftet 2007-2015 – 10 000 nye årsverk:

Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, rusomsorgen og psykisk helsearbeid i kommunene økte i 2008 i Buskerud med 101,4 årsverk. Av disse var det 44,3 årsverk med videregående utdanning (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere) og 70,1 årsverk med høyskoleutdanning (sykepleiere, ergoterapeuter/fysioterapeuter, vernepleiere og annet høyskoleutdannet personell). Samtidig ble antall ansatte uten fagutdanning redusert med 13 årsverk.

Tilskudd til kompetanseutvikling er et godt virkemiddel for økt satsing på utdanningstiltak i kommunene. Fylkesmannen hadde i 2008 til disposisjon 5,3 millioner kroner til utdanningstiltak. Søknadene fra kommunene utgjorde om lag 12 millioner kroner, et tydelig tegn på at interessen for å ta utdanning er stor.

Fylkeskommunen er en viktig samarbeidspartner for kommunene for å koordinere etterspørsel/behov og opplæringstilbud innen fylket.

I 2008 ble det etablert en desentralisert sykepleierutdanning med base i Hallingdal.

I alt 125 ansatte fullførte utdanning i 2008, derav var det 42 ufaglærte som fullførte omsorgsarbeider/helsefagarbeiderutdanning, 16 fullførte høyere utdanning (sykepleie/vernepleie) og 67 fullførte videreutdanning innen områdene psykisk helsearbeid, geriatri/eldreomsorg, rehabilitering, kreftomsorg m.fl.

For å få flere ungdommer til å interessere seg for helsearbeiderfaget er det etablert et ”Prosjekt helsefagarbeider” i regi av KS. Fylkesmannen leder en koordineringgruppe som jevnlig har møter. Det er etablert såkalte ”rekrutteringspatroljer”- av og med ungdommer - i tre regioner i 2008, og dette har vist seg å være en suksess. I de regionene hvor patroljene har vært aktive med skolebesøk, stands etc., har inntaket til helsefagarbeiderutdanningen økt. Fylkesmannen har i 2008 ytt et tilskudd på kr. 70.000 til driften av patroljene.

Investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger:

Fra 2008 ble det innført et nytt investeringsstilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger. Ordningen forvaltes gjennom Husbanken, men Fylkesmannen gir en vurdering av alle søknadene med det formål at de kommuner som trenger det mest skal prioriteres. Det er vedtatt i retningslinjene at tilskuddet primært skal gå til sykehjemsplasser og boliger som er tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Videre er det et krav at alt som bygges (med unntak for enkelte grupper), skal tilrettelegges for mennesker med kognitiv svikt (demens).

I løpet av 2008 ble det gitt tilsagn til seks prosjekter i Buskerud (til sammen kr. 26.447.000),

- 10 omsorgsboliger i Øvre Eiker
- 12 boliger i bofellesskap for demente i Øvre Eiker
- 16 omsorgsboliger i Lier
- 12 sykehjemsplasser i Gol
- 4 sykehjemsplasser i Ringerike (utvidelse av hospiceavdeling)

Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem:

På vegne av Helsedirektoratet gjennomførte Fylkesmannen i 2008 en kartlegging av legetjenester på sykehjem i Buskerud. Samtidig ble kommunene bedt om å vurdere situasjonen og vedta en lokal norm for legetjenesten. I elleve av kommune i Buskerud er antall legetimer i sykehjem økt fra 2007 til 2008. Flere kommuner planlegger å utrede saken i forbindelse med utarbeidelse av ny helse- og sosialplan.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem:

Det er et overordnet mål at unge personer med omfattende hjelpebehov skal ha tilbud om hjelp i egen bolig. Myndighetene skal medvirke til at ingen personer under 50 år blir boende i aldershjem eller sykehjem mot sin egen vilje. Etter en ny gjennomgang i 2008 har vi ikke personer i vårt fylke under 50 år som er bosatt i sykehjem uten at de ønsker det. Særskilt rapport om dette er sendt til Helsedirektoratet pr. 1. juli 2008.

IPLOS:

IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) blir i større grad en viktig del av behovskartleggingen av omsorgstjenester. IPLOS skal gi utdypende opplysninger om brukernes bistandsbehov og brukersammensetningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og derigjennom bedre grunnlag for å dimensjonere tjenestetilbudet og skal videre gi grunnlag for bedre kartlegging og planlegging av tjenesten. I 2008 ble de første resultatene publisert. Fylkesmannen har oppgaver i forbindelse med støttefunksjoner, opplæring og kontroll av status.

Utfordringer:

Antall eldre øker i alle kommuner i Buskerud, og de eldre lever lenger. Flere vil utvikle demenssykdommer. Samtidig er det en økning i personer med store hjelpebehov på grunn av for eksempel rusproblemer, psykiske lidelser, medfødte funksjonshemninger og trafikkskader. Brukermedvirkningen er styrket. Dette setter store krav til planlegging i kommunene. Kommunene må forberede seg på fremtidige behov ved å ha kartlagt og utarbeidet planer for fremtidens omsorgstjenester. Planene bør inneholde tallfestede mål om utbygging av boliger/sykehjem/personellvekst, kompetanseøkning etc. Planene må integreres i overordnede kommunale planer. Samtidig er det viktig å legge vekt på forebygging. Folkehelsearbeid i videste forstand, tilrettelegging for frivillig arbeid, dagsentertilbud for de som trenger det og tilstrekkelig plasser i sykehjem og omsorgsboliger er viktige elementer.

Folkehelse



Folkehelse og folkehelsearbeid

En rekke forhold påvirker befolkningens helse. Det kan være sosiale og økonomiske faktorer, miljørelaterte faktorer og levevaner. Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, reduserer faktorer som medfører helserisiko og beskytter mot ytre helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av de forhold som påvirker helsen (redusere helseforskjellene mellom befolkningsgrupper).

Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak som skaper gode oppvekstvilkår for barn og unge, utvikler samfunn som legger til rette for sunne livsstilsvalg og som fremmer fellesskap, trygghet og medvirkning for alle.

Det er fortsatt viktig å fokusere på forhold som kan ha negativ virkning på befolkningens helse for å kunne hindre at disse oppstår eller forverres (for eksempel ulykkesforebygging og smittevern), men med dagens helseutfordringer forbundet med livsstil og levevaner, blir det stadig mer viktig å kartlegge og fokusere på de forhold som fremmer helse og tilgjengelighet for alle, og vise hvilken positiv effekt disse kan ha - så vel samfunnsøkonomisk som helsemessig. Andre sektorer enn helsesektoren vil spille viktige roller i folkehelsearbeidet, og en helsefremmende kommuneplan basert på bred medvirkning fra ulike fag- og brukergrupper i planprosessene, ser ut til å bli en av de viktigste strategiene for ivaretagelsen av folkehelsen i fremtiden.

Basert på ovennevnte definisjonen av folkehelse og folkehelsearbeid vil det meste av helse og/eller trivselstiltak for befolkningen kunne defineres inn i den store sekken som kalles folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid spenner altså fra bygging av gang- og sykkelveier til forbygging av kjønnslemlestelse. I denne sammenheng berøres temaene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, sosiale ulikheter i helse og bruk av statistikkverktøy i kommunal planlegging.

De ansvarlige i folkehelsearbeidet

Fylkesmannens ansvar i folkehelsearbeidet er å formidle og iverksette nasjonal politikk, gi faglig støtte til lokalt folkehelsearbeid, ivareta folkehelseperspektivet i regional stat og forvalte statlige midler og tilskudd. Oppgavene konkretiseres gjennom statlige tildelingsbrev, fullmaktsbrev, embetsoppdrag og IS – 1 2009.

Fylkeskommunen er som regional utviklingsaktør og forvalter av de statlige folkehelsemidlene pådriver og koordinator for folkehelsearbeidet. Fylkesmannen har en faglig rådgiverrolle overfor fylkeskommunen og kommunene.

Kommunens ansvar i folkehelsearbeidet er nedfelt i kommunehelsetjenestens formålsparagraf 1-2 og sentrale arbeidsoppgaver er definert i lovens § 1-4 om planlegging, informasjon og samordning. De nasjonale mål og hovedprioriteringer for folkehelsearbeidet følger av St.meld.nr.16 (2002 – 2003) ”Resept for et sunnere Norge”. Meldingen gir klare føringer for at arbeidet skal utvikles innefor arenaen av plan- og bygningsloven, der bl.a. kommuneplanen er et verktøy for tverrsektorielt samarbeid og for samordning av innsats. I plandelen av ny Plan – og bygningslov som trer i kraft 1.7.2009, er kommunens ansvar for tilrettelegging for trygge og helsefremmende miljøer, sosial inkludering og tilgjengelighet for alle samt bred deltakelse i planprosesser med spesiell vekt på barn og unges innflytelse, tydeliggjort.

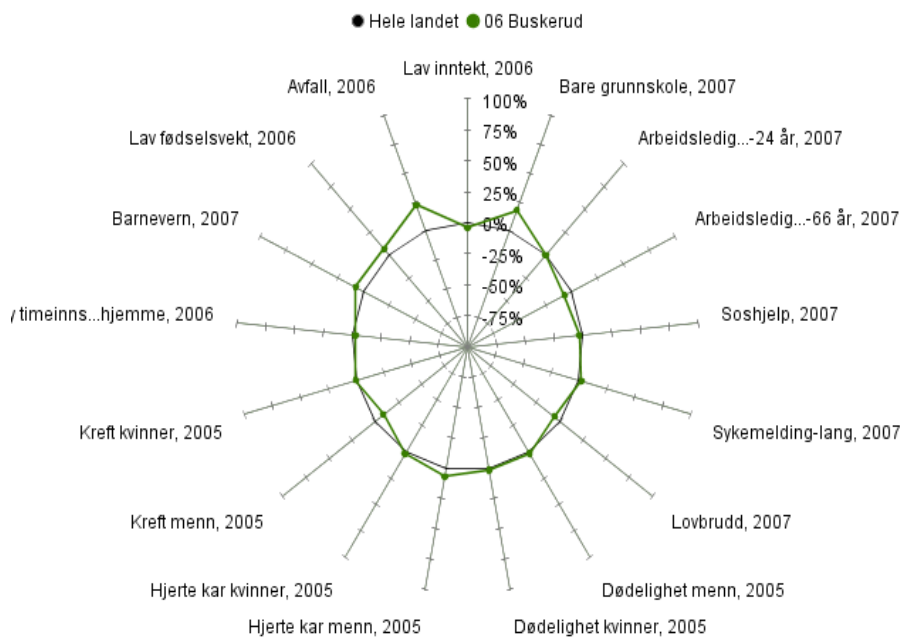
Sosiale ulikheter i helse og bruk av statistikkverktøy i kommunale planprosesser

Befolkningen i Buskerud, har som den øvrige befolkningen i Norge, god helse.

Men gjennomsnittstallene skjuler store systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Det er slik at de med lengst utdanning og/eller høyest inntekt også har best helse. Selv helseadferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte selv ikke har valgt.

Enkelt sagt vil for eksempel forebygging av ”drop-outs” i skolen, mer helsefremmende arbeidsplasser og inntektssikring gi bedre folkehelse.

I Fylkesbarometeret (se figur under) sees en sammenstilling av folkehelsestatistikk som gir et raskt og lettfattelig bilde av noen utvalgte indikatorer innenfor demografi og sosioøkonomiske forhold, risikofaktorer, beskyttende faktorer, helsetilstand og helsetjenester i Buskerud (grønn sirkel) sammenlignet med landet for øvrig (innerste og blåe sirkel). Tilsvarende profil kan også lages for hver enkelt kommune. Systematisk arbeid med å få verdiene på de utvalgte parametrene inn mot sentrum av sirkelen, vil være godt folkehelsearbeid.



Figuren viser avvik (i prosent) mellom Buskerud og det som er gjennomsnittet for Norge. Verdier innenfor den blå ringen er et tegn på bedre resultat enn i landet for øvrig. Figuren viser få utslag i Buskerud sammenlignet med landet for øvrig, men ute i hver enkelt kommune finnes store, og til dels svært interessante, variasjoner!

Kommunebarometrene til kommunene i Buskerud kan finnes på www.helsedirektoratet.no/kommunehelseprofiler

I en kartlegging av det lokale folkehelsearbeidet utført av partnerskapet for folkehelse i januar 2008, svarte 9 kommuner at de hadde tema folkehelse med i sin kommuneplan, og 10 kommuner sa de hadde planer om å få det til. Dette er svært positive tall, som det knyttes forventninger til. Fylkesmannens inntrykk så langt er at noen få kommuner viser til et systematisk samarbeid mellom helse- og planpersonell i sine planprosesser, mens de fleste kommunene fortsatt mangler det systematiske, tverrfaglige/tverrsektorielle samarbeidet i planprosessene som er nødvendig og avgjørende for at kommuneplanen (inklusive ulike delplaner/temaplaner) konkret viser at de ivaretar alle innbyggers behov for trygge, inkluderende og helsefremmende bo-, oppvekst- og trivselsvilkår.

Det er derfor et viktig mål i folkehelsearbeidet å påvirke til at ulike kartleggingsverktøy brukes til faktagrunnlaget i arbeidet med kommunal samfunns- og arealplanlegging, og at arbeidsgruppene som utarbeider kommuneplanen er så bredt sammensatt som mulig. Kommunens barn og unge, eldre, funksjonshemmede og ulike minoritetsgrupper skal ikke bare bli orientert om planen (høringsutsendelser), men direkte medvirke til prioritering og utforming av ulike tiltak som vil påvirke deres hverdag. Mer om ulike kartleggingsverktøy og tema helse i plan finnes på helsedirektoratets nettsider om kommunehelseprofiler og/eller statistikk, se www.helsedir.no/kommunehelseprofiler eller på www.helsebiblioteket.no under tema samfunnsmedisin og folkehelse.

Folkehelse og levevaner (kosthold, fysisk aktivitet og tobakkbruk) – utfordringer i Buskerud

Inaktivitet og overvekt

Økningen i andelen overvektige (kroppsmasseindeks over 25) og fete (kroppsmasseindeks over 30) i befolkningen ser ut til å ha akselerert de siste ti årene. Omtrent 15 prosent av norske førtiåringer er fete. Det er dobbelt så mange som for tyve år siden.

Blant 13-åringer økte andelen overvektige og fete fra 8,4 til 12,6 prosent blant jentene, og fra 8,5 til 14 prosent blant guttene i perioden 1993 til 2000, ifølge selvrapporterte data fra landsomfattende undersøkelser. Måling av høyde og vekt blant 8- og 12-årige skoleelever i Oslo i 2004 viste at 21 prosent var overvektige. Overvekt og fedme forekommer hyppigere blant grupper med lav enn høy sosial status, og er spesielt utbredt i noen grupper av innvandrere. (Helsedirektoratets nettsider).

Årsaken til vektøkningen er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Forandringer i transportmåter og mekanisering har minsket kravene til fysisk aktivitet. Det er sannsynlig at det totale aktivitetsnivået, og da særlig hverdagsaktiviteten, i befolkningen har minsket, og at andelen inaktive har økt de siste ti årene. Eksempelvis viser landsomfattende undersøkelser utført av Transport Økonomisk Institutt (TØI) at hele 70 % av alle reiser under 3 km foretas med bil, og at 23 % av alle skolebarn blir kjørt til og fra skolen. Når skoleveien blir mellom 3 og 4 km, transporteres hele 42 % av skolebarna. Tatt i betraktning at en rekke alvorlige sykdommer som diabetes 2, hjerte-karlidelser, kreft og muskel-/skjelettplager kan knyttes til overvekt og for lite fysisk aktivitet, ser det nå ut til at inaktivitet er i ferd med å bli vår nye folkesykdom – uansett aldersgruppe!

Nylige utførte kartlegginger av barn og unges daglige fysiske aktivitetsnivå – hvor også buskerudbarn deltok – viser at det fysiske aktivitetsnivået reduseres dramatisk i ungdomsårene, og at det er klare forskjeller i aktivitetsnivået kjønnet imellom. Over 90 % av 9-årige gutter og 75 % av 9-årige jenter er aktive nok, men samtidig viser kartleggingen at bare halvparten av 15-åringene har et aktivitetsnivå i tråd med anbefalingene om minst en time fysisk aktivitet om dagen. Aktivitetsnivået til en norsk 15-åring er dermed 43 % mindre enn for en 9-åring. En forklaring på dette dramatiske fallet i aktivitetsnivået kan være at mange slutter med idrett og andre fysisk betingede aktiviteter i ungdomsskolealder, og at fritiden i stor grad tilbringes foran TV og/eller PC, noe tabellen under tydelig viser.

Barn og unges bruk av PC på fritiden

Tabellen viser gjennomsnittlig stillesittende atferd per uke i timer, relatert til bruk av PC.

Gutter	1997	2001	2005
6. klasse	2,8	10,2	17,4
8. klasse	3,7	15,1	25
10. klasse	4	16,9	30,6
Videregående skole	3,2	14,5	29,1
Jenter	1997	2001	2005
6. klasse	1,1	5,3	13,1

8 klasse	1,1	6,2	19,2
10. klasse	0,8	6,0	19,8
Videregående skole	0,6	5,5	16,6

Tallene stammer fra en stor europeisk studie med utvalg på 50 000. Det norske utvalget er på rundt 5000. Svarprosenten blant norske elever har vært høy.

Med disse tallene på de ”nye” og passive fritidsvanene til barn og unge, er det derfor av stor betydning for folkehelsearbeidet overfor barn og unge at vi har best mulig kunnskap om, og fokus på, hvordan vi sikrer at alle barn og unge i Buskerud, på sitt nivå, kan få utfolde seg fysisk i hverdagen.

Viktige satsinger i så henseende blir ” aktive skoleveier”, økt kunnskap om fysisk aktivitet og hvordan den kan integreres i undervisningsplaner, aktivitetsfremmende barnehager-, skoler- og boareal, flere områder for kreativ, spontan og uorganisert aktivitet, flere lavterskeltilbud for barn og unge som faller utenfor den organiserte idretten m.m.

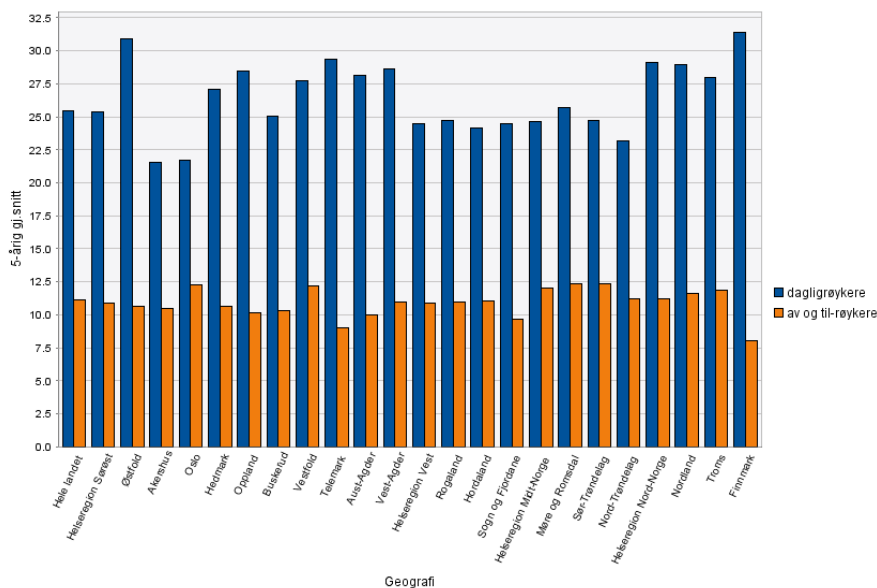
Når det gjelder undersøkelser om fysisk aktivitet utført på voksne i Buskerud viser tall fra 2008, utført av Norstat på vegne av Helsedirektoratet, at bare 22 % har kjennskap til anbefalingen om 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Det var som i landet for øvrig. Derimot visste hele 90 % av buskerudbefolkningen at barn anbefales å være i aktivitet i minst 60 minutter daglig. Det var høyeste score i landet, og godt over landsgjennomsnittet som var på ca. 60 %! Andelen regelmessig fysisk aktive voksne i Buskerud ligger i underkant av 70 %. Men regelmessig fysisk aktivitet betyr nødvendigvis ikke nok fysisk aktivitet. Andelen som sier de har gått minst 10 min hver dag siste uken er på drøye 50 %, noe som riktig nok viser en stigning på ca. 7 % siste to år, og er noe i overkant av landsgjennomsnittet, men som likevel er i underkant av hva helsemyndighetene ønsker seg. 4% av de voksne i Norge har ikke gått 10 minutter sammenhengende en eneste dag siste uke. Noen av disse bor også i Buskerud!

Samtidig viser samme undersøkelse en klar sammenheng mellom utdanning, kjønn, bruttohusholdningsinntekt og regelmessig fysisk aktivitet. Kvinner går og trener mer enn menn. Det å gå tur eller drive friluftsliv er den mest populære aktiviteten for begge kjønn. Mange svarer også at de heller driver egentrening og sykler eller går til jobben enn å drive organisert trening via idrettslag og treningssentra.

Disse tallene forteller at det for innbyggerne i Buskerud fortsatt vil være svært viktig å legge til rette for turgåing og sykling som hovedstrategi for økt hverdagsaktivitet for alle aldersgrupper, og at anbefalingen om 30 minutter fysisk aktivitet om dagen for voksne bør tydeliggjøres.

Tobakk

Tobakkens helseskadelige effekt er udiskutabel. Annenhver røyker dør for tidlig på grunn av tobakksbruk, og halvparten av disse mister over tjue år av livet sitt – enten plutselig eller etter flere års sykdom. I Norge er det beregnet at omtrent 6400 dør av røykerelatert sykdom hvert år. (HOD)



Tabellen fra 2007 viser at en av fire voksne i Buskerud røyker daglig, noe som også gjelder for landet. De helt ferskeste tallene fra Helsedirektoratet viser at tallet er i ferd med å synke til en av fire. Når det gjelder arbeidet for lavere røyketall blant voksne, hadde Buskerud syv – åtte kommuner som tilbød røykesluttkurs i 2008. Satsingen på flere muligheter for røykeslutt, spesielt rettet mot arbeidslivet blir viktig i den videre satsingen på reduksjon i røyketallene.

Når det gjelder aldersgruppen 16 – 24 år, er det nå ca. 15 % av landets unge som røyker daglig. I ungdomsskolene er antallet dagligrøykere på ca. 5 %. Vi ikke har grunnlag for å tro at Buskerud kommer dårligere ut her, men i vinter kunne vi lese i avisene om at flere ungdomsskoler i nedre Buskerud var bekymret for at røyking igjen var blitt ”in”, og at snusbruken var sterkt stigende også blant jentene.

I det videre folkehelsearbeidet overfor barn og unge i Buskerud, blir det derfor spesielt viktig å holde trykket oppe på det forebyggende tobakksarbeidet i grunnskolen.

Til hjelp for dette finnes det velfungerende tobakksforebyggende skoleprogrammet FRI.

Det er et helt klart folkehelsemål at alle ungdomsskoleklasser i Buskerud benytter skoleprogrammet. Det siste året har det totale antallet ungdomsskoleelever i Buskerud som deltar i FRI sunket fra 74 % i 2007 til 54 % i 2008. En kan da spørre seg om det er en sammenheng mellom enkelte læreres opplevelse av at røyking blant ungdomsskoleelever er på vei opp, og at deltakelsen i FRI er synkende?

Kosthold

Hovedmålene i arbeidet med et sunnere kosthold blant barn og unge, er å få de til å spise mer frukt og grønnsaker, mer fisk og grove kornprodukter og mindre sukker og fett.

Å legge til rette for sunne måltider og et sunt mat- og drikketilbud i skolehverdagen er derfor viktig. Det vil bidra til at barn og unge etablerer helsefremmende og gode kostvaner som de tar med seg videre i livet. I tillegg til å skulle dekke behovene for energi og næring, er strukturerte skolemåltider viktig for det fysiske og psykososiale miljøet. Et likeverdig og sunt mattilbud i skolen er av særlig betydning for de som kommer fra hjem der bevisstheten rundt kosthold er lav. Sunne fellesmåltider vil ha en utjevne effekt på sosiale ulikheter i helse.

(Regjeringens handlingsplan for et sunnere kosthold i befolkningen)

Tall fra skolefrukt.no viser at 70 barneskoler og 51 kombi- og ungdomsskoler i Buskerud har en skolefruktordning. Tilbakemeldinger fra liten spørreundersøkelse om skolefruktordningene på de enkelte skolene viser at tilgjengeligheten til frukt fungerer ulikt mellom kommunene og mellom skoler innen samme kommune. Skolefruktordningene er en blanding av fullfinansierte, 50 % finansierte og ikke-finansierte ordninger.

En kommune hadde ikke skolefruktordning på noen av sine tre skoler. Et viktig mål for folkehelsearbeidet fremover blir derfor å oppfordre alle kommuner til å prioritere gratis skolefruktordninger på sine barne- og ungdomsskoler, fjerne usunne matvarer i sine kantineordninger samt legge til rette for en times fysisk aktivitet i løpet av skoledagen.

Det regionale partnerskapet for folkehelse (Fylkesmannen og fylkeskommunen) arbeider med en større spørreundersøkelse der målet er å få svar på hvordan mat i skolen, tilrettelegging for fysisk aktivitet og tobakksforebygging blir ivarettatt i grunntutdanningen. Gjennom denne undersøkelsen vil skolene få god mulighet til å si noe om de ulike tiltakene de har, hvordan disse organiseres, de fysiske forholdene ved skolene, samarbeidspartnere de har og hvilke behov de måtte ha for råd og veiledning i sitt arbeid for et helsefremmende skolemiljø. Resultatene fra undersøkelsen vil være med å styre innretningen på partnerskapenes (regionalt og lokale) helsefremmende og forebyggende arbeid overfor grunnskoleelevene i årene fremover.

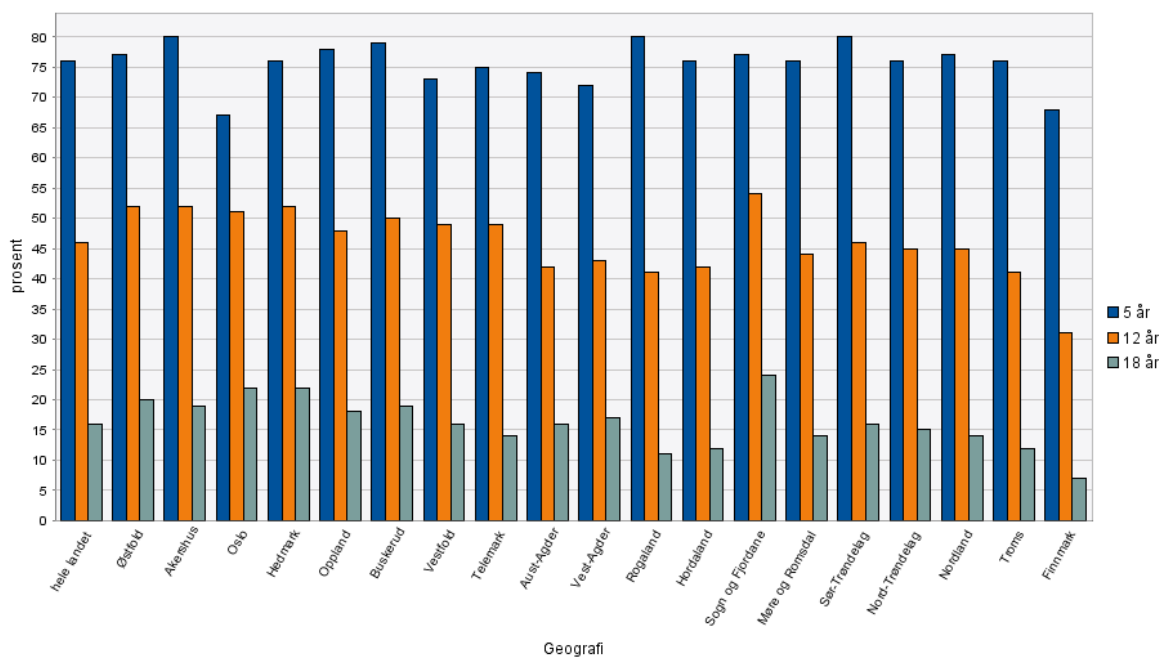
Barn og unges tannhelse

Tabellen under viser antallet (i %) kariesfrie barn og unge i tre utvalgte aldergrupper.

Tabellen viser at Buskerud kommer positivt ut (i forhold til landsgjennomsnittet) innen alle aldersgrupper. Da vi vet at tannhelse og livsstil henger sammen, kan tannhelsetjenestens kunnskap om- og oversikt over tannstatus i befolkningen si mye om barn og unges kosthold (særlig sukkerinntak) og om de for eksempel røyker eller snuser.

Fylkestannhelsetjenesten i Buskerud er en viktig bidragsyter og samarbeidspartner i folkehelsearbeidet i Buskerud på både regionalt og lokalt nivå. Fylkestannhelsetjenesten gjør kontinuerlige kartlegginger av spisevaner og tannhelsen til ulike grupper og i ulike geografiske områder i fylket.

Fylkestannhelsetjenestens funn, særlig i forhold til marginaliserte grupper, er også med og påvirker innhold og retning i folkehelsearbeidet kommunalt og regionalt.



Struktur og status på folkehelsearbeidet i Buskerud – regionalt og kommunalt

Regionalt

Fylkesmannen og fylkeskommunen har en partnerskapsavtale om arbeid med folkehelse fra 2006. Partnerskapet samordner og diskuterer sine tiltak og virkemidler gjennom en felles *styringsgruppe* der begge parter er representert på ledernivå. Fire av styringsgruppens medlemmer samarbeider tettere om løpende folkehelseoppgaver organisert som en *arbeidsgruppe*. Fylkestannhelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner i det regionale folkehelsearbeidet, og representanten der er med i begge gruppene.

I ny struktur på folkehelsearbeidet for Buskerud er andre aktuelle, regionale samarbeidspartnere for folkehelsearbeidet (Høgskolen i Buskerud, NAV, Røde kors, Helseforetakene, Trygg trafikk, Mental helse, politiet, Turistforeningen, Fylkesrådet for funksjonshemmede m.fl.) med i form av et *Folkehelseforum*.

Kommunene er organisert i 4 kommuneregioner; Hallingdal, Numedal/Kongsberg, Midt Buskerud, Nedre Buskerud. I hver region er det utnevnt en regionkontakt som har ansvar for å videreføre nasjonale og fylkeskommunale føringer for folkehelsearbeidet, være bindeledd mellom kommunene i regionen og det regionale partnerskapet og samordne innsatsområdene og ressurser både i kommunene og med frivillige organisasjoner i regionen.

Organiseringen av folkehelsearbeidet i regioner har bidratt til økt tverrfaglig samarbeid, bedre utnyttelse av ressursene og styrket interkommunalt samarbeid. Det holdes faste møter/samlinger med regionkontaktene, i regionene og med alle folkehelsekoordinatorerne i fylket.

Kommunalt

Samtlige kommuner i Buskerud (21stk) har nå underskrevet partnerskapsavtale med fylkeskommunen om lokal forankring og satsing på folkehelsearbeid, slik det altså kreves for å få tildelt statlige folkehelsemidler gjennom fylkeskommunen.

Kommunenes partnerskapsavtaler inneholder alle målsettinger om arbeid med livsstil (sunnere kosthold, økt fysisk aktivitet og tobakksforebygging), og noen kommuner har valgt å satse på rusforebygging, psykisk helsearbeid og helse i planlegging i tillegg. Kommunal forankring og tildeling av ressurser til partnerskapsarbeid varierer fra kommune til kommune, og satsingsnivået og antall lokale tiltak henger sammen med det. Femten kommuner har opprettet frisklivssentraler med en frisklivsleder som base for sitt lokale folkehelsearbeid. Andre har en styringsgruppe eller et folkehelsesteam med en folkehelsekoordinator som ansvarlig for samordning av arbeidet. Folkehelsekoordinatorene/frisklivslederne er sammen med helsesøstrene og kommunelegene Fylkesmannens viktigste nøkkelpersoner i videre utvikling og samordning av det lokale folkehelsearbeidet, samt for implementering av Helse i plan.

De fleste kommunene organiserer sitt partnerskapsarbeid i form av ulike lavterskeltilbud, og har fokus på barn og unge og grupper som har en tendens til å falle utenom ordinære idretts-, trenings- og fritidstilbudene. Stadig flere lokale partnerskap samarbeider med helsesøstertjenesten, tannhelsetjenesten, skoler og barnehager, arbeidsplasser, NAV og ulike frivillige organisasjoner om helsefremmende tiltak.

Kompetanseutvikling på folkehelse og folkehelsearbeid

Det regionale partnerskapsarbeidet for folkehelse har som mål å fremme folkehelsen til befolkningen i Buskerud gjennom strukturert organisering av folkehelsearbeidet der nettverks- og kompetanseoppbygging i kommunene er viktige strategier.

For å nå dette målet arrangerer partnerskapet årlige kurs, fagdager, konferanser og møter med kommunene der temaene følger viktige målsettinger i det nasjonale folkehelsearbeidet, og hvor hensikten også er å legge til rette for dialog og samhandling mellom deltakerne.

Herunder bør nevnes den årlige folkehelsekonferansen på Storefjell som nettopp er gjennomført, og det med stor suksess. Hele 164 deltakere, med ulike typer ansvar og interesse for folkehelse og folkehelsearbeid i Buskerud, var samlet for faglig påfyll og inspirasjon til sitt videre arbeid med folkehelse.

Videre bør nevnes Folkehelseforum der hensikten er å samle frivillige organisasjoner på regionalt nivå, regionale samarbeidsparter og regionskontaktene for folkehelse i kommunene.

Målet her er også nettverksbygging samt å utnytte hverandres ressurser mot en felles folkehelsesatsing. Det er gjennomført to samlinger i 2008, og aktiviteten har bidratt til økt samarbeid i regionene. Det vil bli gjennomført minst ett Folkehelseforum i 2009.

Tverrfaglig videreutdanning i folkehelsearbeid: Høsten 2008 ble det tredje kurset avviklet med ni deltakere. Studiet er et samarbeid med HiBu, og er et ledd i utviklingen av kommunal kompetanse på folkehelsearbeid. Kurset gir 15 studiepoeng, og det gis reduksjon i kursavgift til kommuner som deltar med mer enn en deltager. Nytt kurs vil bli planlagt i løpet av 2010, og det vil bli arbeidet med hvordan dette kurset kan komme inn som en obligatorisk del av den lokale partnerskapsatsingen på folkehelse.

Veiledning og bistand til kommunene: Hovedansvaret for den direkte oppfølgingen av det kommunale partnerskapsarbeidet for folkehelse utføres av fylkeskommunens folkehelsekoordinator.

Fylkesmannens folkehelserådgiver ser på kommunemøtene som svært viktige for fremdrift og lokal forankring av folkehelsearbeidet, og har som mål å kunne delta på flere slike. Forøvrig regnes Fylkesmannens høringsuttalelser til kommuneplaner (planprogram, samfunnsdel, arealdel og temaplaner) når det gjelder ivaretagelse av folkehelse i planprosesser som en viktig veiledningsmulighet overfor kommunene.

Regionale midler som disponeres til folkehelsearbeid

Fylkeskommunen tildeles og forvalter partnerskapsmidlene knyttet til de lokale avtalene om partnerskap for folkehelse (gjennomføringsmidler og kompetansetiltak) og frivillige organisasjoners ulike prosjekter. Fylkesmannen tildeles aktivitetsmidler innen innsatsområdene tobakk, fysisk aktivitet og ernæring. I tillegg tildeles Fylkesmannen prosjektmidler knyttet til temaene seksuell helse og kjønnslemlestelse.

Aktivitetsmidlene kanaliseres inn i de øvrige partnerskapsmidlene for folkehelse, og fordeling forutsettes å skje i det regionale partnerskapet. Formålet med midlene er å stimulere til lokal mobilisering på folkehelseområdet og utvikling av flere tiltak som fører til sunnere levevaner i befolkningen med særlig vekt på barn og unge og grupper som av ulike årsaker faller utenfor de ordinære helsefremmende tilbudne i lokalmiljøet. I tillegg vil det være avgjørende at tiltakene har en sosialt utjevne profil og inkluderer et samarbeid med frivillig sektor. Alle søknader om midler til folkehelse tiltak skal sendes til Buskerud fylkeskommune.

Videre satsing og mål for folkehelsearbeidet i Buskerud

I stikkordsform vil innsatsen på folkehelsearbeidet fremover dreie seg om følgende tema:

Råd og veiledning/kunnskapsformidling når det gjelder forankring av folkehelse i kommunale planprosesser

Bidra til utvikling av lokale prosjekter som har betydning for folkehelsen og barn og unges oppvekstvilkår

Utvikle folkehelsekompetansen regionalt og kommunalt og skape gode møteplasser herunder kurs og konferanser om temaer som fremmer folkehelsen, reduserer sosiale ulikheter i helse og knytter ulike sektorer tettere sammen i det lokale folkehelsearbeidet

Stimulere til bruk av kartleggingsverktøy og statistikk i utarbeidelsen av kommunale planer

Kapasitets- og nettverksbygging på folkehelseområdet – lokalt og regionalt

Bidra i arbeidet med utarbeidelsen av strategiplan for folkehelse, vedtatt i Regional planstrategi for Buskerud 2009 – 2012

Bygge videre på det gode folkehelsearbeidet som eksisterer i den enkelte kommune, region og ute i de frivillige organisasjonene, og løfte frem lokale helsefremmende- og forebyggende tiltak som kan ha interesse for hele fylket.

Bidra til implementering Aktivitetshåndboken – dvs. økt bruk av fysisk aktivitet i forebygging og behandling.

Hvor står vi og hvor går vi med ” § 3-3 meldingene”

§ 3-3 melding til Helsetilsynet om betydelig pasientskade

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å melde hendelser som har medført, eller kunne ha medført betydelig personskade til Helsetilsynet etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Helseforetakenes kvalitetsutvalg har faste møter hvor de gjennomgår alle innkomne meldinger og vurderer avdelingenes kommentarer til hendelsene med forslag til forebyggende tiltak. Kvalitetsutvalgene påfører tilslutt sin egen konklusjon og sender sakene til Helsetilsynet som i 2008 har fulgt opp alle § 3-3 meldingen systematisk.

Oversikt over antall § 3-3 meldinger fra foretakene fra 2004 til 2008;

	Helse Blefjell HF avd. Kongsberg	Ringerike sykehus HF	Sykehuset Buskerud HF
2004	22	38	48
2005	33	20	38
2006	21	29	62
2007	22	31	48
2008	22	25	25

Meldekulturen ved flere foretak kan fortsatt forbedres, spesielt når det gjelder antall meldte hendelser. I 2009 vil derfor Helsetilsynet i Buskerud gjennomføre flere planlagte tilsyn for å belyse sykehusenes håndtering av § 3-3 meldinger.

Erfaringer fra behandlingen av tilsynssaker og rettighetsklager

Tilsyns- og klagesaker

Helsetilsynet i fylket skal behandle klager på helsepersonell og helsetjenester fra pasienter og pårørende, og vurdere om det er grunnlag for opprettelse av tilsynssaker på bakgrunn av meldinger og annen informasjon som kan indikere svikt i helsetjenestene.

Helsetilsynet i Buskerud startet i 2008 opp i alt 120 nye klage - og tilsynssaker, og i alt 124 saker ble ferdigbehandlet. I de 124 ferdigbehandlede sakene ble det i forhold til den påklagede hendelse gjort i alt 136 vurderinger, hvorav 86 var rettet mot det involverte helsepersonellet og 50 rettet mot organiseringen av virksomheter i helsetjenesten (system). Av vurderingene som gjaldt helsepersonell, ble det funnet grunnlag for bemerkning i 46 tilfeller, og av de som gjaldt system i 28 tilfeller. Til sammen ble det konstatert pliktbrudd, dvs. brudd på helselovgivningen, i 57 tilfeller. I alt 17 saker ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon etter helsepersonelloven eller overfor virksomhet. I de ferdigbehandlede sakene kan nevnes at blant de viktigste kilder for opprettelse av saken, var det pasient eller pårørende i 49 % av tilfellene, pasientombudet i 17 %, helsepersonellens arbeidsgiver i 8 %, meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 (se annet sted i denne Helse- og sosialmeldingen) i 6 % og apotek, politi og media i 3 % av tilfellene hver.

Av de 136 vurderingene som ble gjort i de 124 ferdigbehandlede sakene, gjaldt 52 vurderinger hendelser innen offentlig spesialisthelsetjeneste og 6 vurderinger hendelser innen privat spesialisthelsetjeneste. De mest representerte spesialitetene var psykiatri og indremedisin med 18 vurderinger hver. De kirurgiske spesialitetene generell kirurgi, ortopedi, fødselshjelp/kvinnesykdommer og øre-nese-hals-sykdommer var til sammen representert med 15 vurderinger av hendelser.

For kommunehelsetjenesten var de mest representerte områdene allmennlege/fastlege/tjenesten med 41 vurderinger av hendelser, sykehjem med 17 vurderinger av hendelser og legevakt/tjenesten med 10 vurderinger av hendelser.

Rettighetsklager

Helsetilsynet i fylket skal behandle klager etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven § 7-4 og kommunehelsetjenesteloven § 2-4 fra pasient eller dennes representant på antatt manglende oppfyllelse av rettigheter.

Helsetilsynet i Buskerud mottok i 2008 i alt 41 nye rettighetsklager, og i alt 51 saker ble ferdigbehandlet. Av de ferdigbehandlede sakene utgjorde klager etter pasientrettighetsloven § 2-6 om rett til dekning av utgifter til syketransport 21 saker, hvorav kun en fikk medhold. Klager etter pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten utgjorde 17 saker, hvorav 4 fikk medhold. Tilsvarende klager etter samme lovbestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp i primærhelsetjenesten utgjorde kun 2 saker, hvorav en fikk medhold. Klager etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp utgjorde 6 saker, hvorav kun en fikk medhold.

Begrenset klagerett på BPA-ordningen

Fylkesmannen i Buskerud har som klageinstans avvist flere saker hvor det er klaget på valg av organisasjonsform for ordningen. Noen av disse sakene er overprøvd av Helsedirektoratet.

Fylkesmannen behandler klager over enkeltvedtak fattet av kommunen etter sosialtjenesteloven. Et enkeltvedtak er et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. En avgjørelse etter sosialtjenesteloven vil være bestemmende for tjenestemottakers rettigheter og kommunens plikter. Men dette gjelder ikke alle beslutninger omkring et tjenestetilbud. Det må trekkes en nedre grense for hva slags beslutninger som kan anses som enkeltvedtak. For eksempel vil beslutninger som utfyller et vedtak om tildeling av tjenester ikke anses om et enkeltvedtak. Dette kan være beslutninger om hvordan et tjenestetilbud skal organiseres.



Denne problemstillingen har den senere tiden vært aktuell for fylkesmannen når det gjelder brukerstyrt personlig assistanse, jf. sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a. Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Avgjørelse om å innvilge eller ikke innvilge brukerstyrt personlig assistanse etter sosialtjenesteloven § 4-3, jf. § 4-2 bokstav a er enkeltvedtak som kan påklages til fylkesmannen. Fylkesmannen har imidlertid ved flere anledninger avvist klager som gjelder brukerstyrt personlig assistanse. Vår begrunnelse for å avvise klagene, er at de gjelder valg av organisasjonsform. Det vil si avgjørelser om hvem som skal være arbeidsgiver, hvem som skal være assistenter, hvordan timene skal benyttes og så videre. Valg av organisasjonsform er ikke en del av det forvaltningsrettslige vedtaket, og er heller ikke i seg selv et enkeltvedtak.

Noen av de klagene som er avvist av Fylkesmannen er påklaget til Helsedirektoratet for overprøving. En sak gjaldt klage over at kommunen nektet tjenestemottaker å ansette et nærstående familiemedlem som assistent. Fylkesmannen anså dette som en del av organiseringen av tjenesten, og at dette følgelig ikke var et enkeltvedtak som kunne overprøves av fylkesmannen. Helsedirektoratet stadfestet vårt avvisningsvedtak, og sluttet seg til vår vurdering. Beslutning om å tillate eller nekte å ansette familiemedlemmer som assistenter inngår dermed ikke som en del av kommunens enkeltvedtak. Men det bør for ordens skyld omtales i vedtaket.

En annen sak gjaldt klage over endring av arbeidsgiveransvaret. I denne saken hadde tjenestemottaker innvilget brukerstyrt personlig assistanse hvor arbeidsgiveransvaret var satt bort til andelslaget ULOBA. Kommunen fattet så vedtak om at de selv skulle overta arbeidsgiveransvaret. Dette vedtaket ble påklaget til fylkesmannen, som avviste klagen med den begrunnelse at dette gjaldt organiseringen av tjenestetilbudet og at det derfor ikke var å anse som et enkeltvedtak som kunne påklages til fylkesmannen. Vårt avvisningsvedtak ble påklaget til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet mente at denne saken i realiteten gjaldt en endring av hele tjenestetilbudet, og ikke bare en endring i arbeidsgiveransvaret. De skriver i sitt vedtak: "Direktoratet mener på bakgrunn av det ovennevnte at det i realiteten foreligger en endring av tjenestetilbudet, fra brukerstyrt personlig assistanse til ordinær praktisk bistand og opplæring som tjenestemottaker var tildelt tidligere. Dette må gjelde selv om brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp, og selv om tjenestetilbudet er hjemlet i samme bestemmelse." Endring av tjenestetilbudet er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven som fylkesmannen har kompetanse til å overprøve. Derfor er det viktig for kommunene å være bevisst når det fattes vedtak eller tas beslutninger om endringer av forhold rundt brukerstyrt personlig assistanse. Vil en endring av arbeidsgiveransvaret også reelt sett innebære en endring i tjenestetilbudet til tjenestemottaker? En ren endring av arbeidsgiveransvaret vil gjelde organiseringen av tjenestetilbudet, og ikke være et enkeltvedtak som kan påklages til Fylkesmannen. Men dersom en endring av arbeidsgiveransvaret også medfører en endring av det reelle tjenestetilbudet, kan dette være et enkeltvedtak som kan overprøves av fylkesmannen på vanlig måte, jf. sosialtjenesteloven §§ 8-6 og 8-7.

Sterk økning i antall meldinger om skadeavvergende tiltak

.....men Fylkesmannen er ikke bekymret. Antall meldinger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner etter sosialtjenesteloven kapittel 4A økte fra 1632 i 2007 til 4768 i 2008. Dette viser at Fylkesmannens innsats på dette området nå gir konkrete resultater og økt rettssikkerhet for denne gruppen. Det vi ser som den største utfordringen er at noen kommuner ikke har nok tilgang på kvalifiserte og stabile tjenesteytere.

Lov om sosiale tjenester kapittel 4A om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt over enkelte personer med psykisk utviklingshemming trådte i kraft 01.01.04. Den avløste et midlertidig kapittel 6A som hadde fungert i 5 år. Erfaringene fra denne tiden viste at et regelverk for å ivareta rettssikkerheten for en utsatt gruppe var viktige og riktige og et permanent regelverk avløste det midlertidige.

Allerede i forarbeidene til det nye kapittelet ble det varslet at det var ønskelig med en evaluering når loven hadde virket i en periode. Dette evalueringsarbeidet ble igangsatt hos Nordlandsforskning januar 2007 etter oppdrag fra daværende Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidet ble avsluttet i januar 2008 og offentliggjort i februar. Rapporten fikk navnet ”Kapittel 4A – en faglig revolusjon?” og formålet var å studere hvorvidt bestemmelsene i kapittel 4A forebygger og begrenser bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. Sentrale områder i evalueringen er kompetanse på kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå og om kommuner og spesialisthelsetjenesten forebygger eller legger til rette for minst mulig bruk av tvang. Dette dreier seg om kompetanse hos den enkelte tjenesteyter, internkontroll og saksbehandling, organisering og innholdet i tjenestene, forholdet mellom fylkesmannsembetene og spesialisthelsetjenesten arenaproblematikk med mer.



Rapporten peker også på at det er stor enighet blant informantene om at kap 4A har vært positivt for personer med psykisk utviklingshemming. Bruken av tvang har, i følge disse, gått betydelig ned de siste årene. Det har også blitt økt fokus på forebygging og begrenning av bruk av tvang og makt. Mye av det arbeidet som skjer i forhold til kapittel 4A handler om holdninger hos den enkelte tjenesteutøver, rammebetingelser og ressurser på den enkelte arbeidsplass og bevissthet på kommunenivå. Det er vanskelig å drive et godt faglig arbeid når dette begrenses av dårlige rammebetingelser. Det er også flere kommuner som har liten eller svært dårlig internkontroll og styring. Det krever tid og ressurser for å kunne drive holdningsarbeid knyttet til forståelsen av tvang og makt, samt å bevisstgjøre ansatte på alle nivåer i kommunen i forhold til å ta dette arbeidet på alvor.



Rapporten viser at spesialisthelsetjenesten er avgjørende i forhold til målet om å begrense bruken av tvang og makt. Fylkesmannsembetene har også en rolle når det gjelder veiledning og opplæring i forhold til regelverket. Det er viktig for kommunene at de får tilstrekkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten og fylkesmennene når dette er nødvendig. Rapporten viser at kommunene er svært tilfreds med kompetansen både hos spesialisthelsetjenesten og fylkesmannsembetene.

Kommunene er derimot undrende i forhold til at ikke bemanningen styrkes på spesialisthelsetjenestenivå tatt i betraktning at kommunene er pålagt et samarbeid i forbindelse med utredning og utarbeidelse av alternative løsninger. Det er stor mangel på ressurser og kommunene opplever i mange tilfeller at det tar lang tid å få hjelp i den enkelte sak. Allikevel er kommunen fornøyd med at samarbeidet har ført til mindre inngripende tiltak enn det som har vært aktuelt i utgangspunktet. Spesialisthelsetjenesten er aktivt inne når det gjelder å finne alternative løsninger, men også i forhold til utarbeidelse av vedtakene og sakkyndige uttalelser i forbindelse med overprøving av vedtak hos Fylkesmannen.

Fylkesmannen gir råd og veiledning til kommunene i forbindelse med kap 4A generelt og i enkelt saker. Mange embeter driver også aktiv opplæring ute i kommunene. I tillegg blir alle vedtak overprøvd av Fylkesmannen. Der det benyttes tvang uten at det er fattet vedtak, skrives enkeltmeldinger om bruk av tvang i skadeavvergende situasjoner som også sendes til Fylkesmannen. Embetene følger opp disse meldingene i den grad vi kapasitet og finner det nødvendig. Rapporten viser at det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvor mange enkeltmeldinger som sendes inn. Det som er klart er at antallet meldinger øker som følge av at kommunene er blitt flinkere til å sende enkeltmeldinger særlig etter et tilsynsbesøk. Rapporten viser også at fylkesmennene mener at det er viktig at loven er forankret oppover i systemet i kommunene og at det organisatoriske er på plass.

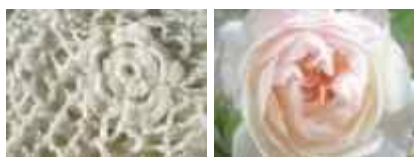
Kompetanse på dette området er fortsatt en utfordring. Både i forhold til å skaffe kompetent personale og i forhold til opplæring av eksisterende personell. Over halvparten av informantene fra fylkesmennene mener at kommunene gjør for lite for å styrke kompetansen. Dette anses for å være den største utfordringen knyttet til kapittel 4A. Dette medfører at der det ikke er nødvendig kvalifikasjoner i forhold til lovverket må det søkes dispensasjoner. Antallet dispensasjoner i forhold til kapittel 4A saker er høyt med tanke på at dispensasjoner

bare skal gis i unntakstilfeller. Allikevel erkjennes det at det i de fleste tilfeller ikke er noe reelt alternativ i til å gi dispensasjoner. Gjennom vedtak kan Fylkesmannen føre tilsyn og følge opp den enkelte bolig i form av mer uformell kontakt og veiledning.

Rapporten viser at mange kommuner jobber godt i forhold til kapittel 4A. En tredjedel av kommunene som omfattes av undersøkelsen mener at dette arbeidet fungerer bra og er satt i et system. De understreker at det er avgjørende å ha et kontinuerlig fokus på arbeidet. En tredjedel sier at de er på gang etter tilsyn fra Fylkesmannen. Den siste tredelen deler seg i to: det er de som sier at de ikke har noen problemstillinger rundt bruk av tvang også er det de som sier at de ikke har tid, mulighet, ressurser til annet enn å drive ”brannslukking”. De har ikke mulighet til å fokusere på det arbeidet de gjør utover å få utført de daglige oppgavene.

I Buskerud har vi prioritert arbeidet med kapittel 4A gjennom å bistå kommunene med opplæring og veiledning. I 2008 har vi deltatt som foredragsholdere på kurs for 10 kommuner for å øke kompetansen ute på det enkelte tjenestested. I løpet av disse kursene har vi fått bekreftet at tjenesteyterne har mange konkrete spørsmål om kapittel 4A og om enkeltsaker generelt. Vi etablerte nettverk for kommunene i forhold til kapittel 4A og tjenester til utviklingshemmede i fjor. Tilbakemeldingene fra kommunene har vært svært positive og vi ser behovet for at et slikt nettverk opprettholdes fremover. Spesialisthelsetjenesten har også deltatt på disse møtene. I løpet av året har vi i tillegg hatt jevnlige møter med spesialisthelsetjenesten for å formidle felles forståelse av praktiseringen av regelverket i sosialtjenestelovens kapittel 4A og for at spesialisthelsetjenesten skal ha kunnskap om saksbehandlingsregler i sin virksomhet ute i kommunene.

Vi har også hatt en gjennomgang for spesialisthelsetjenestens ansatte i kapittel 4A. Gjennom deltakelse i kommunenes opplæring har vi avdekket uhjemlet bruk av tvang og makt og vi vet at dette er en av flere årsaker til at antall skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner har økt fra 1632 i 2007 til 4768 i 2008. Vi mener vi ut fra dette kan konkludere med at vår prioritering av kapittel 4A har hatt konkrete resultater. Kommunen sender i større grad inn meldinger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og at de begynner arbeidet med å utarbeide vedtak om bruk av tvang og makt.



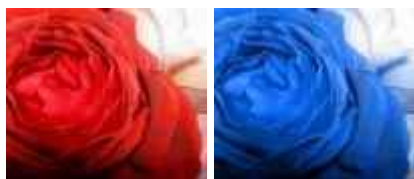
I løpet av de siste årene har antall vedtak om bruk av tvang økt betraktelig. Dette bekymrer oss i liten grad fordi vi ser at kommunene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjør en god jobb for å finne andre løsninger. Vi ser også det i de fleste tilfellene er tiltak som har pågått i lang tid uten at det er regulert.

Det vi ser som den største utfordringen er at kommunene ikke har nok tilgang på kvalifiserte og stabile tjenesteytere i noen kommuner. Mange tjenestemottakere med vedtak om bruk av tvang har hatt stabile og trygge tjenesteytere gjennom lang tid. Der disse har realkompetanse og er viktige nærpå personer for tjenestemottakeren er det ikke grunn til bekymring så fremt de får nødvendig opplæring og veiledning. Vår bekymring er først og fremst der det ikke er tjenesteytere som er kvalifisert til å gjennomføre tiltakene og dermed heller ikke tjenesteytere tilstede for å veilede de andre i arbeidshverdagen.

Vi har også sett behovet for å gjennomføre to systemrevisjoner på området og vi har dessverre avdekket svikt i kommunenes oppfølging av arbeidet rundt kapittel 4A. Dette er gjenkjennelig i forhold til funn som fremkommer i rapporten. Det er derfor viktig at kommunene hele tiden har gode rutiner og planer for å holde kunnskapen om kapittel 4A ved like i kommunen. Det er også viktig å erkjenne at alle tjenesteytere må ha nødvendig kunnskap for å kunne identifisere bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Fylkesmannen har også ansvar for å gjennomføre stedlige tilsyn i løpet av den første vedtaksperioden og videre ved behov. I 2008 gjennomførte vi 20 stedlige tilsyn.

Rapporten fra Nordlandsforskning – Kapittel 4A – en faglig revolusjon? konkluderer på følgende måte:

”Vår konklusjon er at kapittel 4A i sosialtjenesteloven har bidratt til en gryende faglig revolusjon, til tross for de utfordringer som er reist i denne evalueringsrapporten. Skal en komme videre og sikre at formålet med kapittel 4A kan innfris må en vise dette gjennom å sette fokus på denne målgruppen både politisk og faglig”.



Hvorfor er de eldre tause?

En gjennomgang av klagesakene vi har behandlet de siste årene etter sosialtjenesteloven kapittel 4 viser at vi har svært få saker som gjelder tjenesten praktisk bistand (§ 4-2a) – hjemmehjelp – til eldre over 67 år. Når vi samtidig vet at ressursituasjonen i kommunene har resultert i reduksjon i nettopp denne tjenesten, er vi urolige for om rettssikkerheten til denne persongruppen er tilstrekkelig ivarettatt og om de faktisk får den hjelpen de har behov for.

Fylkesmannen skal gjennom områdeovervåking og tilsyn påse at de sosiale tjenestene er forsvarlige. Med dette mener vi først og fremst at tjenestene er tilgjengelige og at de holder et kvalitativt nivå som er i samsvar med samfunnsutviklingen og gjeldende normer for godt sosialfaglig arbeid. Vi har lenge hatt en antakelse om at manglende klager fra de eldre kan skyldes at tjenestene ikke er gjort kjent for dem og/eller at de ikke tildeles på en forvaltningsmessig forsvarlig måte. Begge deler vil kunne påvirke kunnskapen om og muligheten til å kunne klage. For å sikre oss et mer korrekt kunnskapsgrunnlag om disse mulige



årsakene, gjennomførte vi i 2008 en kartlegging i alle kommunene i fylket. Etter gjentatte runder med purringer lyktes vi å få svar fra samtlige kommuner.

I undersøkelsen ville vi ha svar på hvor mange søknader kommunen hadde fra denne gruppen om praktisk bistand, hvor mange av disse som ble avslått og hvor mange av avslagene som ble påklaget. Det var også interessant å se hvor mange saker kommunen selv omgjorde under klagebehandlingen og hvor mange som ble oversendt klageinstansen.

Resultatet av denne kartleggingen så langt bekrefter våre antakelser. Undersøkelsen viser at kommuner med høyt innbyggertall mottar langt færre søknader om slike tjenester fra eldre over 67 år enn det vi mener befolkningsgrunnlaget og behovene bør tilsi. Dette gjelder særlig når vi samtidig vet at det noen steder er svært vanskelig å få plass i sykehjemmene. Det betyr at mange eldre bor lengre hjemme i egne boliger enn tidligere og dette bør fremkomme i antall søknader om praktisk bistand. Vi ser også at eldre i liten grad påklager avslag eller beslutninger om reduksjon i tjenestene. Dette i seg selv er bekymringsfullt i et rettssikkerhetsperspektiv.

En alvorlig side ved denne saken er mistanken om at mange søknader/anmodninger om hjelp avslås muntlig.

Vi har derfor besluttet å iverksette systemrettet tilsyn i de kommunene som enten har få søknader i forhold til befolkningsgrunnlaget, eller har stor prosentvis reduksjon i antall saker uten at avgjørelsene påklages.

Det vi imidlertid ikke kan skaffe oss verken kunnskap eller dokumentasjon om gjennom de verktøy vi har til disposisjon som tilsynsmyndighet, er om mange eldre har en iboende frykt for å klage eller "være til bry" fordi de er redd for at det vil påvirke tjenestene deres på en negativ måte. Dette kan vi bare spekulere i, men vi kan undersøke om kommunen tar denne faktoren på alvor og legger til rette for at de eldre faktisk kan benytte sin klagerett i likhet med andre tjenestemottakere.

I tillegg til systemrettet tilsyn i enkelte kommuner vil vi følge opp denne undersøkelsen med en ny kartlegging der vi vil se nærmere på hva kommunene definerer å ligge i begrepet "praktisk bistand og opplæring". Dette blir gjort ut fra en antakelse om at flere kommuner har innskrenket denne tjenesten på en lovstridig måte. For eksempel ved at det ikke gis hjelp til rengjøring før søker selv har sørget for vask av boligen hvor hjelpen skal gis. Dersom søker ikke har økonomi til å betale et rengjøringsbyrå for arbeidet (de er allerede definert å være ute av stand til å gjøre dette selv, jf § 4-3) henvises de til å søke økonomisk sosialhjelp til formålet. Søker blir dermed sosialhjelpsmottaker mot sin vilje fordi det er satt urimelige vilkår for å motta hjelp fra kommunen.

Det kan lønne seg å klage!

Fylkesmannen i Buskerud er opptatt av å spre informasjon om at vi gir klager medhold i mange av de sakene vi avgjør som klageinstans etter sosialtjenesteloven. Vi mener det er viktig å gjøre kjent hva som kan resultere i en omgjøring slik at kompetansen i kommunene blir bedre. Samtidig vil brukerne se at det kan være viktig å bruke ressurser på å be om en ny vurdering av de avgjørelsene de ikke er fornøyd med.

Vi har derfor redigert og anonymisert flere av våre avgjørelser etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 5 og publisert disse på vår internettside. Dette har vært arbeidskrevende men vi mener likevel det er vel anvendt tid fordi det gir større åpenhet også rundt de sakene som i utgangspunktet er taushetsbelagte.

Arbeidet har imidlertid også vært nyttig som en del av vår kursaktivitet og nettverksarbeid i kommunene. Vi er imidlertid skuffet over at pressen ikke har funnet denne delen av vårt arbeid interessant nok til formidling i media.....



Mer informasjon finnes på www.fmbu.no

Arbeidet med rusavhengige i Buskerud

Helsetilsynet og Fylkesmannen i Buskerud får som tilsynsmyndighet, tilskuddsforvalter, klageinstans og kompetanseformidler god innsikt i situasjonen til denne brukergruppen, både når det gjelder det kommunale tjenestetilbudet og det tverrfaglige spesialiserte behandlingsapparatet.

Helsetilsynet behandlet 13 klager etter pasientrettighetsloven fra rusavhengige i 2008. Dette var i hovedsak klager på beslutninger om å avslutte LAR behandling (legemiddellassert rehabilitering) eller klage på avslag på søknad om å starte slik behandling.

Hovedbegrunnelsen for å avslutte behandlingen var i de fleste sakene at det ikke var medisinsk forsvarlig å fortsette medisineringen på grunn av omfattende rusmisbruk, og at behandlingen hadde liten eller ingen rehabiliterende effekt. Helsetilsynet ga klager helt eller delvis medhold i 5 av sakene. I de fleste sakene ble det gitt fortsatt rett til nødvendig helsehjelp fordi pasienten fremdeles hadde en alvorlig rusavhengighet og det var ikke gitt tilbud om annen tverrfaglig spesialisert behandling selv om pasienten hadde et ønske om dette. Noen klager var også knyttet til fastsatt frist for behandling, og i to saker ble fristen endret av klageinstansen som følge av helsetilstand og livssituasjonen til pasienten.

Alle pasientene blir orientert om klageadgangen og flere enn tidligere velger å benytte muligheten til ny prøving av saken, enten alene eller med hjelp av sosialtjenesten eller Pasientombudet. Spesialisthelsetjenesten vurderer i større grad muligheten for utsatt iverksetting, enten av eget tiltak eller fordi pasienten ber om dette. Det er flere pasienter som henvender seg direkte til Helsetilsynet og ber om en vurdering av dette spørsmålet. Samlet sett mener Helsetilsynet at rettssikkerheten til denne pasientgruppen er styrket de siste årene gjennom økt bevissthet og kunnskap om pasientrettighetene.



Når det gjelder behandlingstilbudet til de rusavhengige i Buskerud rapporterer imidlertid spesialisthelsetjenesten at denne pasientgruppen er blitt tyngre de siste årene og mange har store psykiske lidelser og adferdsvansker. Den eldre opiatavhengige pasientgruppen som tidligere opptok mye ressurser, er i dag stort sett i LAR behandling og dette gjør det mulig å gi flere et behandlingstilbud. Spesialisthelsetjenesten uttrykker imidlertid bekymring for at LAR skal få en for dominerende plass i det totale behandlingstilbudet på lengre sikt, og ønsker også i framtiden å tilby medikamentfri behandling som første prioritet. Også kommunene i fylket melder om problemer med å gi hjelp til den tyngste gruppen med store sammensatte problemer. Når spesialisthelsetjenesten ikke lenger har adekvat behandling å

tilby som forventes å ha tilstrekkelig effekt, må oppholdskommunen forsøke å innrette sine kommunale tjenester på en slik måte at livssituasjonen til den enkelte blir best mulig. Dette er ressurskrevende og utfordrende fordi tiltakene ikke er utbygd og tilpasset denne klientgruppen og fordi samhandling mellom rustjenesten, hjemmetjenesten og kommunehelsetjenesten er avgjørende for å lykkes.

Vi stiller også spørsmål ved om "matchingen" mellom behandlingsbehov og behandlingstilbud er god nok. Strukturen innen rusbehandlingsfeltet har ført til uheldige avbrudd mellom avrusning og annen døgnbehandling. Utredning av behandlingsbehov har vært for dårlig og det er i stor grad innvilget langtids døgnbehandling uten god utredning av pasientens psykiske og somatiske helsetilstand. Dette har resultert i mange mislykkede behandlinger på grunn av urealistiske forventninger. Det oppnås liten effekt, behandlingen avsluttes og retten til nødvendig helsehjelp blir ikke oppfylt. Mislykkede behandlingsopphold blir også brukt mot den enkelte pasient når det sendes ny henvisning til spesialisert rusbehandling. Sykehuset Buskerud har nå som en konsekvens av dette endret sin struktur slik at pasienter som kommer inn til avrusning blir overført direkte til utredningsopphold. Endringen vil styrke innsatsen i behandlingsforløpets tidlige fase, men kapasiteten på langtids døgnbehandling blir redusert. Det ble i 2008 lagt ned ti langtids- behandlingss plasser. Disse ressursene ble brukt til å øke kapasiteten i forbindelse avrusning, kriseavlastning og enkel utredning. Strukturendringen vil imidlertid kreve et tett og kontinuerlig samarbeid mellom de ulike nivåene innen spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ved et godt samarbeid kan pasienten opprettholde langtids relasjon til viktige personer i behandlingsapparatet og vil også kunne behandles på riktig nivå til enhver tid. Vi ser at dette vil resultere i at antall pasienter i døgnbehandling vil øke mens antall liggedøgn pr. pasient blir redusert. Ved utgangen av 2008 var ventetiden til avrusning inntil 12 uker. Ventetiden på plass i døgninstitusjonene var på samme tidspunkt i gjennomsnitt på 99 dager. Ventetiden er kortet ned med 20 dager i løpet av 2008, men det forventes ytterligere bedring av dette i 2009. Helsetilsynet og Fylkesmannen vil følge nøye med på denne utviklingen gjennom våre dialogmøter med spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Fylkesmannen er fornøyd med at det er en økt vilje til samarbeid mellom kommunene i Buskerud og spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i to konkrete tiltak:

1. Bistandsteamet som jobber sammen når det vurderes bruk av tvang overfor rusmisbrukere. Teamet består av ruskonsulent, spesialisthelsetjenesten og kommuneadvokat. Den aktuelle saken drøftes i teamet før det fremmes sak for fylkesnemnda slik at nødvendig institusjonsplass er klar når nemndas beslutning foreligger. Teamets arbeid har gjort at det nå tas et felles ansvar for disse pasientene og det unngås ansvarsfraskrivelse og faglig uenigheter som hindrer effekt av institusjonsoppholdet.
2. Det er etablert et samhandlingsprosjekt mellom Drammen kommune og Sykehuset Buskerud HF der prosjektleder som er ansatt i Drammen kommune er lokalisert på Sykehuset Buskerud for å sikre bedre samhandling mellom de to nivåene både før, under og etter den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen.

Foruten økt kapasitet, bedre samhandling og reduserte ventetider er også kvaliteten i tjenesten av stor betydning. Kompetanse og kvalitetsheving er derfor helt nødvendig med henblikk på pasientgruppens vanskeligheter og mangeartede problemer. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid et rekrutteringsproblem når det gjelder leger, og også i noen grad psykologspesialister. Helsetilsynet er gjort kjent med at utredningskapasiteten lider under denne mangelen. Kompetanse og kvalitet er også sentralt i det kommunale rusarbeidet. I de fleste kommuner er det besluttet å organisere det kommunale arbeidet med rusavhengige som en del av NAV-kontorene. Fylkesmannen er bekymret for ivaretagelsen av den sosialfaglige

kompetansen ved disse kontorene. Vi er redd utviklingen vi nå ser kan resultere i at det blir vanskeligere å fremme økonomisk og sosial trygghet og økt likeverd for bl.a rusavhengige som har en vanskelig livssituasjon fra før.

Fylkesmannen har et særlig ansvar for gjennomføringen av vedtatt Opptrappingsplan på rusfeltet. Dette ser vi blir en utfordring fordi planen på mange måter forutsetter god grunnleggende basiskunnskap som det skal bygges videre på i videreutdanninger og lokal metodeutvikling. Vi kan vanskelig se at det er tilstrekkelig grunnlag for dette i de nyetablerte NAV-kontorene. Det er også få søknader fra disse kontorene om statlig tilskudd til utvikling av lokalt rusarbeid.

Klagesaksbehandlingen viser også at skjønnsutøvelsen i saker etter sosialtjenesteloven som gjelder rusavhengige i flere tilfeller er lovstridig fordi de ikke blir sikret nødvendig stønad ut fra sin livssituasjon og sine behov. Fylkesmannen er derfor glad for at det nå er igangsatt en prosess overfor lovgiver slik at det blir hjemlet tilsyn også overfor denne delen av de sosiale tjenestene.