

Helse- og sosialmeldinga 2010

Vi bryr oss
om Finnmark!

FYLKESMANNEN I FINNMARK
FINNMÁRKKU FYLKAMÁNNI

Innholdsfortegnelse

3 Forord

Karin Straume, fylkeslege, Fylkesmannen i Finnmark

5 Samhandlingsreformen – muligheter og utfordringer for Finnmark

Ovttasdoaimanodastus – vejolašvuodát ja hástalusat Finnmárkui

Karin Straume, fylkeslege, Fylkesmannen i Finnmark

Samhandlingsreformen kan bli tung å bære i et fylke med små kommuner og store avstander. Må vi tenke i nye baner?

8 Legedekning i Finnmark – de små kommunene taper Vejolašvuodta beassat doaktára lusa – smávva gielddat vuoittahallet

Bjørn Øygard, assisterende fylkeslege, Fylkesmannen i Finnmark
Finnmarks fire mest folkerike kommuner legger beslag på 49 legestil-
linger. Resten deler på 42. Ni av disse kommunene har bare en eller to
leger hver. Kan vi gjøre noe for å styrke legevakten?

10 Kvello-suksess i Sør-Varanger

Kvello-modealla lihkostuvvan Máttá-Várjjagis

Erna Bakken, virksomhetsleder barnevern, Sør-Varanger kommune
Gjennom prosjektet "Sammen for barn, unges og familiers psykiske
helse" har Sør-Varanger kommune utviklet en modell som skal sørge for
samlet og tidlig innsats for de som trenger det

12 KVP – vårt viktigste våpen i kampen mot fattigdom KVP – min deháleamos vearju geafivuoda vuostá

Linda Martinsen, kompetanseveiler i Kvalifiseringsprogrammet,
Aksis Arbeid og Kompetanse
Kvalifiseringsprogrammet (KVP) skal få flere i arbeid og aktivitet, også
de som har lang vei tilbake. Historien om «Petter» gir et bilde av hvor-
dan arbeidet med KVP kan og bør fungere

14 Tidens største Rusforum Finnmark

Áiggiid stuorámuš gárrenmirkkuidgeavami vástesaš deaivvadansadji Finnmárkui

Anna Solvoll Rognmo, rådgiver, Fylkesmannen i Finnmark
Med temaet tidlig intervensjon samlet Rusforum Finnmark 2010 over
250 deltakere fra mange sektorer.

16 Tanker etter 24 år hos Fylkesmannen i Finnmark Jurdatgat maŋŋá 24 jagi bálvalusa Finnmárkku fylk- kamánnes - Målfrid Ovanger muitala jearahallamis

Anna Solvoll Rognmo, rådgiver, Fylkesmannen i Finnmark
Målfrid Ovanger har jobbet hos Fylkesmannen i 24 år. Nå er hun tilbake
i felten. Hvilke tanker gjør hun seg om dagens eldreomsorg og helsetje-
neste i Finnmark?

19 Demensplan 2015 – hvordan ligger vi an?

Demeansaplána jagi 2015 rádjái – man guhkás leat mii joavdan?

Målfrid Ovanger, seniorrådgiver, Fylkesmannen i Finnmark
Demensplanen 2015 "Den gode dagen" er en del av Omsorgsplan
2015. Vi ser at vi fortsatt har en vei å gå for å oppfylle målsettingene i
Finnmark, men satsingen har allerede gitt gode resultater

21 Sjømeldingstilsyn mot feilmedisinering av eldre Lešdieđáhusbearráigeahčču eastadit boarrásiid boasttudákkodeami

Anja Birkeland og Anna Solvoll Rognmo, rådgivere, Fylkesmannen i Finnmark
Elektronisk selvmeldingstilsyn kan bidra til å lette internkontrollen ved
kommunale hjemmetjenester og sykehjem slik at alle kan være sikre på
at legemidler håndteres forsvarlig

23 For få vedtak, for lite kunnskap? – erfaringer med pasientrettighetsloven kapittel 4A

Menddo uhccán mearrádušat, menddo uhccán máhttu? – vásáhusat buhcciidvuoigatvuodálága kapihttaliin 4A

Linda Njarga, rådgiver, Fylkesmannen i Finnmark
Manglende kunnskap om pasientrettighetslovens kapittel 4A kan gå
på rettsikkerheten løs for pasienter. Tenker vi over at det å gjemme
medisiner i syltetøyet kan være bruk av tvang?

25 Hvorfor følge forvaltningsloven?

Manne lea dehálaš čuovvut hálddahuslága?

Kristi Ingunn Aresvik Hals, rådgiver, Fylkesmannen i Finnmark
I 2010 så vi mange tjenesteytere som la stor vekt på å gi rett
hjelp til rett tid, men vi kan alltid bli bedre. Målet er å sikre at
alle i Finnmark får oppfylt sine rettigheter etter helse- og sosial-
lovgivningen

27 Øvrige aktiviteter

Eará doaimmat

I motsetning til hva mange sørpå tror, er Finnmark et rikt fylke. Vi har store naturressurser i havet, på landjorda og under jorda. Riktignok eksporterer vi det meste som råvarer som andre foredler og får fortjenesten av, men vi som bor her, omgitt av denne gavmilde naturen, kan ferdes fritt i den og høste av dens rikdommer. For mange av oss er dette en av de viktigste ingrediensene i det gode liv.

Fra vårt perspektiv, på Helse- og sosialavdelinga hos Fylkesmannen i Finnmark, er det imidlertid en annen rikdom som er like viktig å forvalte – humankapitalen. Vi er bare drøye 73.000 mennesker her i fylket, og vi har ingen å unnvære. Da er det viktig at ingen faller utenfor: Barna må få gode oppvekstvilkår, og de som har det vanskelig må fanges opp tidlig og få tverrfaglig hjelp til sunn og god utvikling.

Ungdom som faller ut av videregående skole må følges opp og hjelpes i gang med annen aktivitet eller arbeid. Det lave utdanningsnivået i Finnmark er en av de viktigste grunnene til at vi har dårligere helse og lavere levealder enn befolkningen ellers i landet. Unge mennesker som faller ut av arbeidsliv og utdanning, og kanskje får rusproblemer eller psykiske vansker, er en sløsing med menneskelige ressurser som vi ikke kan tillate oss.

Det må også legges til rette for at funksjonshemmede får være med i det lokale samfunnslivet, blant annet gjennom universell utforming av det offentlige rom. De som har falt utenfor arbeids- og samfunnsnivå må få muligheten til å komme i aktivitet igjen, for eksempel gjennom kvalifiseringsprogrammet i NAV. Dette rehabiliteringsperspektivet må også sterkere inne i eldreomsorgen og i samhandlingsreformen: Mange har potensial til å fungere bedre og delta mer i det sosiale liv, hvis de bare får litt hjelp til å trene opp og vedlikeholde sine ferdigheter.

Den lille befolkningsøkningen vi har sett i Finnmark de siste par årene skyldes ikke fødselsoverskudd eller mindre utflytting av finnmæringer: Den skyldes

hovedsakelig innflytting av personer fra andre land. De er en viktig ressurs for oss, og vi må gjøre alt vi kan for at de skal føle seg velkomne. De må få muligheter til å integreres i arbeids- og samfunnslivet, slik at de også kan få et godt liv i Finnmark.

På mange av de innsatsområdene som her er nevnt, har Fylkesmannen viktige oppdrag. Vi prøver å samordne vår innsats på de forskjellige departementers og direktoraters oppdragsområder, slik at brukerne og kommunene skal oppleve mer helhetlige tilnærminger.

Samarbeidet på tvers av avdelingene hos Fylkesmannen utvides stadig, men vi tar gjerne imot innspill fra leserne om hvordan vi kan samarbeide enda bedre. Vi håper at årets Helse- og sosialmelding kan bidra i diskusjonen om hvordan vi best mulig kan ta vare på de dyrebare ressursene i fylket vårt!



Karin Straume
Fylkeslege i Finnmark
Vadsø, 2011

Samhandlingsreformen – muligheter og utfordringer for Finnmark

Vaikko máddin eai dan jáhke, de Finnárku lea rikkis fylka. Mis leat stuorra ja rikkis luondduvárit mearas, goikásis ja eatnamis. Nu lea gal, ahte mis dolvojuvvojit eanaš álgoávdnasat eará báikkiide main nuppit daid muohkadit ja main sii dinejit, ja mii gis, guđet dáppe orrut árvvas luonddus, beassat das jođášit ja ávkástal- lat dan riggodagaiguin. Midjiide eatnašiidda dát lea buoremus eallima deháleamos oassi.

Geahčadanhálttisteamet, namalassii Finnárkku fylkkamánne Dearvvašvuoda- ja sosiálaossodagas, doppe lea nubbi ge riggodat maid lea seamma dehálaš hálddašit – olmmošlaš kapitála. Dán fylkkas mii leat buohkanassii dušše eanebuš go 73.000 olbmo, ja mii dárbbášit buohkaid. Deba lea ge dehálaš ahte buohkat besset doaibmat návccaideaset mielde: Mánáide lea buorit bajásšaddandilálašvuodat, ja jos geasage sis šaddá váttis, de dan galgá leat vejolaš árrat fuomášit, ja son galgá oazžut fágaidrasttieddji veahki, nu ahte sus lea dearvvaslaš ja buorre ovdáneapmi. Dak- kár nuoraide guđet heitet joatkaskuvllas, galgá leat čuovvoleapmi ja veahkki, vai ožžot eará doaibmama dahje barggu. Finnárkku olbmuid vuollegis oahp- podássi lea deháleamos sivain okta dasa go mis lea fuo- nit dearvvašvuhta ja oanehat eallinahki go riikka ál- bogis muđuid. Jos nuorra olbmuin ii leat vejolašvuhta bargat ja váldit oahpu, nu ahte sii soitet darvánit gár- renmirkkuid geavaheapmái dahje oazžut mielalaš váttisvuodaid, de dat lea njulgestaga olbmonávccaid stajideapmi, masa mis ii leat várri.

Mii fertet maid láhčit dili nu, ahte doaibmavádjigat besset leat mielde báikkálaš servodateallimis, earret eará dainna láigin ahte mii heivehit almmolaš servodahkii saji mángga-lágan doibmii sidjiide ge. Sii geain ii leat bargu ja doaibma servodagas, fertejit oazžut vejolašvuoda fas doaibmagoahit, omd. NAVa máht- táhanprográmma olis. Dát doibmiimáhchanulbmil ferte buorebut beassat váikkuhit boarrásiidfuolas ja

ovttasdoaibmanovttastusas: Mánngasis livčče návccat doaibmat buorebut ja searvat álkibut sosiála eallimii, jos sii fal oččošedje veaháš veahki hárhjhallat ja bisuhit iežaset gálggaid.

Sivva go Finnárkku álbmot lea veaháš lassánan manjimus jagiid, nugo mii leat vásihan, ii leat dat ahte eanet mánát leat riegádan go ovdal, dahje ahte unnit olbmot go ovdal leat eret fárren: Dan sivva lea eanaš dat, ahte olgoriikalaččat leat fárren Finnárkkui. Mid- jiide sii leat dehálaš resursa, ja mii fertet buoremus lági mielde láhčit, vai sii dovdet ahte mii atnit sin árvvus. Sidjiide ferte leat vejolašvuhta searvat bargo- ja ser- vodateallimii, vai sidjiide ge lea buorre eallit Finnárk- kus.

Mánngga dan ángiruššansuorggis mat leat namahuv- von dás, leat Fylkkamánnes dehálaš doaibmamušat. Mii geahččalit oktii heivehallat iežamet rahčamušaid sierranas departemeantaid ja direktoráhtaid doaib- masurggiin, vai geavaheadjit ja gjelddat vásihit ahte lahkananvuogit doibmet bures ovttas.

Fylkkamánne ossodagaid rasttieddji ovttas- bargu lassána dađistaga, muhto mii dattetge buriin mielain váldit vuostái lohkkid árvalusaid mo mii sáht- tit ain buorebut doaibmat. Mii doaivut ahte dán jagáš Dearvvasvuoda- ja sosiáladieđáhus sáhtta leat ávkin divaštallamii das mot mii buoremusat sáhttit hálddašit daid divrras resurssaid mat mis leat iežamet fylkkas.



Karin Straume
Finnárkku fylkkadoavttir
Čáhcesuolu, 2011

Samhandlingsreformen, som forutsettes innført fra 2012, vil skape nye muligheter for utvikling av helsetjenestene i Finnmark. Samtidig vil det by på store utfordringer for kommunene i vårt vidstrakte fylke å tilby sin befolkning alle de tjenestene som reformen skaper forventninger om: Vil kommunene greie å levere alle disse tjenestene nært nok til der folk bor? Vil de greie å skaffe tilstrekkelig kompetent helsepersonell? Vil Helse Finnmark HF ha tilstrekkelig pasientgrunnlag til å utvikle de høyspesialiserte tjenestene som vil kreves av morgendagens spesialisthelsetjeneste?

Karin Straume, Fylkesmannen i Finnmark

Samhandlingsreformen slik den beskrives i Stortings- melding 47 (2008-2009) bygger på fem hovedpilarer:

- En klarere pasientrolle med reell brukermed- virkning og smidige pasientforløp på tvers av tradisjonelle nivåer i helsetjenesten
- En utvidet kommunerolle, både i forebyggende/ helsefremmende arbeid og ved å overta opp- gaver fra spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte forutsetter oppbygging av Lokal-medisinske sentra, som gjerne kan være interkommunale
- Økonomiske insentiver som understøtter den nye fordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, og gjør det mer lønn- somt å forebygge enn å behandle
- Spesialisthelsetjenesten skal brukes slik at den i større grad kan få utnyttet sin spesialiserte kompetanse
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

På bakgrunn av disse prinsippene har regjeringen fremmet forslag til ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov. Forslagene har vært på bred høring, og skal legges fram for Stortinget i løpet av vårsesjonen. De nye lovene skal erstatte både kommunehelsetjenesteloven og det som er igjen av sosialtjenesteloven etter at noen av tjenestene er flyttet over til NAV. Lovforslagene legger opp til at kommunene skal få et sterkere ansvar for at tjenestene som tilbys befolkningen er forsvarlige. De inneholder imidlertid færre krav til hvilke helse- profesjoner kommunene må ansette.

Hva vil dette bety for Finnmark?

På kort sikt blir kanskje ikke endringene så store i Finnmark: Vi har lange og gode tradisjoner for god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Med lange avstander og spredt befolkning har kommunehelsetjenesten i alle år måttet ta ansvar for pasienter som andre steder i landet ville vært sendt til sykehus. Spesialisthelsetjenesten er vant til å bistå kommunene med dette, både gjennom råd og veiledning over telefon/telematikk og ved desentraliserte og ambulering spesialisttjenester. Sykestueplassene i fylket har vært flaggskipet i dette samarbeidet, og de har blitt framhevet som modell for resten av landet i samhandlingsreformen.



Foto: Anna Solvoll Rognmo

På den andre siden har de fleste kommunene i Finnmark svært lavt innbyggertall, og det vil være krevende for dem å skulle tilby befolkningen alle de tjenestene som de nye lovene krever. Mange steder vil også geografien være en utfordring for å få interkommunalt samarbeid om brukerrettede tjenester til å fungere. Til tross for disse vanskelighetene er flere gode interkommunale samarbeidsprosjekter i gang i fylket, spesielt når det gjelder utvikling av lokalmedisinske sentra.

Fra Fylkesmannens ståsted ser vi tre hoved- utfordringer ved innføring av samhandlingsreformen i fylket vårt de nærmeste årene:

Vil de lokale medisinske sentrene bli lokale nok?

Dagens 40 sykestueplasser er fordelt på 17 av våre 19 kommuner; det er bare vertskommunene for syke-

husene som ikke har sykestue. De minste kommunene har bare 1-2 sykestueplasser. De fleste stedene er sykestueplassene integrert i sykehjemmet, men med litt forsterket bemanning og muligheter for mer avansert undersøkelse og behandling enn ved vanlige sykehjem. De interkommunale samarbeidsprosjektene om lokalmedisinske sentra som allerede er i gang, legger i hovedsak opp til at sengene skal flyttes til større og mer sentrale enheter for å bedre kompetansen og behandlingsmulighetene.

Hvis man tenker at disse lokalmedisinske sentrene skal erstatte sykestueplassene, vil pasienter lett måtte reise mellom 150 og 200 kilometer når de trenger slik behandling. Vil dette oppleves som nært nok til hjemmet, slik at for eksempel pasienter som trenger lindrende behandling i livets slutfase får et verdig tilbud?

Noe av det første som må avklares mellom Helse Finnmark HF og kommunene, blir derfor om sykestueplassene skal opprettholdes, og i tilfelle hvordan forholdet mellom disse og de lokalmedisinske sentrene skal være. Hvis sykestueplassene skal legges ned må det, etter Fylkesmannens mening, reises en ny utfordring til de interkommunale samarbeidsprosjektene: Går det an å tenke seg et lokalmedisinsk senter som ikke er fysisk samlokalisert, men en faglig og organisatorisk enhet? Som har en felles ledelse og ressursstyring, og der kompetansen fra alle de deltakende kommunene samles og utveksles gjennom telematikk og ambulering, slik at de mest sårbare pasientene kan få bli i kommunen sin og slippe å flyttes?

Går det an å tenke seg et lokalmedisinsk senter som ikke er fysisk samlokalisert, men en faglig og organisatorisk enhet?

Vil kommunene greie å skaffe tilstrekkelig kompetanse?

Kommunene i Finnmark har hittil vært flinke til å skaffe dyktige sykepleiere, både ved rekruttering utenfra og gjennom desentralisert utdanning av stedeagne. Sykestueplassene og mer aktiv behandling av brede pasientgrupper i kommunehelsetjenesten, har gjort sykehjemmene og hjemmetjenestene i vårt fylke til mer faglig interessante arbeidsplasser enn mange andre steder i landet. En trekningsbasert turnustjeneste har brakt mange dyktige unge leger til fylket vårt, og noen av dem trives med utfordringene og har blitt her i mange år. Samhandlingsreformen legger opp til en svær økning av helsepersonell, ikke minst allmennleger, i kommunehelsetjenesten i hele landet. All erfaring tilsier at en slik økning av stillinger sørpå vil gjøre det vanskeligere å rekruttere til Finnmark. Hvis en trekningsbasert turnustjeneste for legene i tillegg oppheves, vil vi i årene som kommer få store problemer med få fylle opp stillingene med kompetente søkere.

Økt kommunalt ansvar for rehabilitering og rehabilitering vil skape behov for flere fysio- og ergoterapeuter i kommunene. Finnmark er allerede i en

situasjon der antall fysioterapistillinger i kommunene ikke har holdt tritt med behovene, slik at etterslepet må dekkes opp i tillegg til de nye oppgavene. Med utvidede oppgaver i samhandlingsreformen vil det også bli behov for fagpersoner som logoped, ernæringsfysiologer og psykologer i kommunene. Vi ser for oss at dette er personellgrupper som kommunene kan samarbeide med hverandre og/eller helseforetaket om.

I tillegg til rekruttering av mer personell, vil kompetansen måtte heves også hos det personellet som allerede er ansatt. Spesielt innenfor rus, psykisk helse, rehabilitering og forebygging.

Hvis en trekningsbasert turnustjeneste for legene i tillegg oppheves, vil vi i årene som kommer få store problemer med få fylle opp stillingene med kompetente søkere

Det er imidlertid ikke bare den helsefaglige kompetansen i kommunene som må økes. Hvis det overordnede ansvaret for forsvarligheten i tjenestene skal overføres fra det profesjonelle til det politisk/administrative nivået, vil det stille store krav til ledelse og organisatorisk kompetanse i kommunene. Økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter og en eventuell innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester, vil stille krav til økonomistyring og planlegging. Økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid innenfor alle sektorer i kommunen vil også stille nye krav til planarbeidet.

Vil Helse Finnmark greie å videreutvikle tilstrekkelig spesialiserte tjenester?

Et av hovedprinsippene i samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Det vil kreve både personell, kompetanse, utstyr og ikke minst pasientgrunnlag. Vil de to små sykehusene i Finnmark greie å hevde seg i denne utviklingen? Vil de kunne skaffe tilstrekkelig spesialisert kompetanse til å rendyrke oppgaver av spesialisert karakter, og vil pasientgrunnlaget være stort nok til at slik kompetanse kan vedlikeholdes? Eller vil de måtte konsentrere seg om lokalsykehusfunksjoner og desentraliserte/ambulerende spesialisttjenester for å understøtte kommunene? Og vil Helse Finnmark i så fall kunne bestå som selvstendig helseforetak på sikt?

Viktig å komme i gang

Her er det mange spørsmål og vanskelig å forutsi hvilke retning utviklingen vil ta. Fra Fylkesmannens ståsted er det imidlertid gledelig å registrere at Helse Finnmark HF legger stor vekt på samarbeidet med kommunene, og tar sin oppgave som støtte for de kommunale helsetjenestene på alvor. For det store flertallet i vår befolkning er dette mye viktigere enn at



Foto: Knut Åserud

de mest høyspesialiserte tjenestene finnes nært ved. De få pasientene som trenger det mest spesialiserte behandlings-tilbudet, vil i de fleste tilfellene kunne fraktes dit det er nødvendig på en sikker måte. Det krever imidlertid at ambulansetjenesten har tilstrekkelig kapasitet og at de prehospitale tjenestene er godt utviklet.

Samhandlingsreformen vil etter alle solemerker bli innført fra 2012. Det vil gi kommunene nye oppgaver og kreve enda bedre samarbeid mellom kommunene og helseforetaket. Noen steder i Finnmark er forberedelsene godt i gang, mens andre har kommet kortere. Uansett vil en så stor reform kreve en lang implementeringsfase – mye må prøves ut og mye må gå seg til underveis. Hvis vårt fylke skal kunne nyttiggjøre seg av de mulighetene som reformen gir, er det imidlertid viktig å ta utfordringene på alvor og komme i gang med samhandlingen jo før jo heller.

Ovttasdoaimanodastus – vejolašvuodat ja hástalusat Finnmáarkui – čeahkkáigeassu

Eaktuduvvo ahte ovttasdoaimanodastus ása-huvvo 2012. Dat addá ođđa vejolašvuodaid ovddidit Finnmáarkku dearvvašvuodabálvalusaid. Seam-

más šaddá hástalusas giellddaide fállat buot daid bálvalusaid mat čuožžilit ođastusa vuordámušaid geažil. Nagodit go sii lágudit bálvalusaid olbmuid doppe gos sii orrot? Nagodit go háhkat doarvái gelbbolaš dearvvašvuodabargiid? Lea go Finnmáarkku Dearvvašvuoda HFas doarvái buohccit nu ahte sáhttet ovddidit daid njunušspesialiserejuvvon bálvalusaid mat gáibiduvvot boahhteáiggi spesialistabálvalusas? Oanehis áiggis eai dáidde šaddat nu stuorra rievdadusat Finnmáarkkus. Go gaskkat leat nu guhkit ja olbmot ássat bieđgguid, de lea giellddaide dearvvašvuodabálvalus álo ferten dikšut buhcciid geat muđui livčče šaddan buhcciidviesuide. Eanaš giellddain leat dattetge uhccán ássit, ja giellddaide šaddá vát-tis fállat buot daid bálvalusaid maid láhka gáibida, ja geografija fas dahká giellddaiddgaskasaš ovttasbarggu hástaleaddjin. Ovttasdoaimanodastus lea viiddis ja dan ádjána guhkes áiggi čadahit. Ollu ferte sajáiduvvat dađistaga, muhto jus mii galgat ávkašuvvat ođastusa vejolašvuodaiguin, de lea dehálaš duodas váldit hástalusaid ja álggahit ovttasdoaimama dál.

Legedekning i Finnmark – de små kommunene taper

En sterk allmennhelsetjeneste med sykestuer i 16 kommuner og en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjør at Finnmark har tjuvstartet på samhandlingsreformen. Dette må imidlertid ikke bli en sovepute for oss. Samhandlingsreformen kan bli utfordrende, spesielt for de minste kommunene i fylket.

Bjørn Øygard, Fylkesmannen i Finnmark

Finnmark har i dag 91 allmennlegestillinger. I fire til fem av stillingene er det ikke ansatt en lege, men pasientene tas hånd om av kollegaer på fellesliste eller vikarer. Ingen av legene har mer enn 1200 pasienter, og den minste praksisen har 250. I tillegg utplasseres det også mellom 20 og 30 turnusleger i kommunene hvert halvår.

Alene i utkanten – legevakt en utfordring

På papiret betyr dette at allmennlegestjeneren i Finnmark har god kapasitet. Gjennomsnittlig har hver enkelt lege færre pasienter enn ellers i landet. Ser man på fordelingen av legene endres imidlertid bildet. Finnmarks (befolkningsmessig) største kommuner; Alta, Hammerfest, Sør-Varanger og Vadsø, legger beslag på 49 av legestillingene. De resterende 42 fordeles mellom 15 kommuner. Ni av disse kommunene har bare en eller to leger hver.

I de minste kommunene er dermed legevakt en utfordring. I dag er det lite akseptabelt å dele vaktturnus mellom færre enn fire leger. Seks av kommunene har løst dette ved å inngå avtaler om vaksamarbeid. Geografi og værforhold gjør imidlertid at ikke alle små kommuner kan løse problemet med legevakt på denne måten. Vi har fortsatt fem kommuner med bare to legestillinger som ikke har avtale om vaksamarbeid, og det er i disse kommunene vi finner den minst stabile legedekningen.

Sykestue – tilbud i hjemkommunen

Å være allmennlege i Finnmark er en helt annen type jobb enn å være allmennlege i mer sentrale strøk. Evnen og mulighetene til å stabilisere ustabile tilstander langt unna spesialisthelsetjenester er nødvendig. Mange pasienter ønsker også å slippe stressomme reiser til sykehus for ikke-akutte tilstander, som for eksempel

dialyse, cellegiftbehandling, palliativ behandling og behandling av infeksjoner.

Slik har det alltid vært i Finnmark. Derfor har fortsatt 16 av våre 19 kommuner sykestueplasser. Samarbeidet mellom allmennhelsetjenester og spesialisthelsetjenester har allerede gode tradisjoner hos oss.

Samhandlingsreformen – økonomi versus kvalitet

Mange av kommunene er svært små og har varierende administrativ og helsefaglig kapasitet. Derfor kan det være krevende å til enhver tid sikre god nok kvalitet i tjenestene i disse kommunene. I perioder med vakanser blir slike kommuner spesielt sårbare.

Dersom samhandlingsreformen legger opp til å ta i bruk økonomiske virkemidler for å få hver enkelt kommune til å ta mer ansvar, kan dette for de minste kommunene bli et valg mellom økonomisk krise eller å kompromisere med kvaliteten på tjenestene. Det vil ikke være bra.

Digitalt initiativ – interkommunalt samarbeid

I og med at finnmarkslegen gjennomsnittlig har færre pasienter enn ellers i landet har vi en overskuddskapasitet som kan utnyttes.

I vår digitale tid bør vi kunne utvikle nettverk av interkommunalt samarbeid om ulike offentlige legeoppgaver, utviklingsarbeid og forskning i kommunehelsetjenesten.

Det vil øke kvaliteten på tjenestene uten at kommunene ruineres økonomisk. Initiativ og stimulans for å få dette til bør være en del av den offentlige styringen og ikke overlates til enkeltpersoner.

Vejolašvuohta beassat doaktára lusa – smávva gielddat vuoittahallet – čeahkkáigeassu

Nana dábálašdearvvašvuođabálvalus mas leat buhcciidsiidat 16 gielddas ja lávdaduvvon spesia listadearvvašvuođabálvalus dagahit ahte Finn-márku lea álggahan ovttasdoaimbanođastusa ov-dalگو earát leat dan dahkan. Dat ii galggaše dat-tetge šaddat sealgahisvuođacuohkkin midjiide.



Foto: Knut Åserud

Ovttasdoaimbanođastus sáhtta šaddat hástaleaddjin, erenoamážit uhcimus gielddaide. Ovcci gielddas Finn-márkkus lea dušše okta dahje guokte doaktára, mii dagaha ahte lea váttis doalahit doavtterfáktaortnega. Dan lassin fertejit ollu buohccit mátkkoštit guhkás divššu várás. Jus ovttasdoaimbanođastusa áigumuš lea ekonomalaš doaimbajuiguin bágget gielddaid váldit badjelasaset eambo ovdasvástádusa, de dat sáhtta bágget uhcimus gielddaid válljet ekonomalaš kriissa dahje miehtat heajut bálvalusaide. Dat ii livčče buorre. Min digitála máilmmis mii berret sáhttit ásahit gielddaidgaskasaš ovttasbarggu almmolaš doavtter-bálvalusaid, ovddideami ja dutkama oktavuodas. Nu livččii vejolaš bálvalusaid kvalitehta buoridit nu ahte gielddaid ekono iija ii billašuvaše. Almmolaš eiseváld-dit dat berrešedje álggahit dakkár doaimmaid, eai ge ovttaskas olbmot.

Kvello-suksess i Sør-Varanger

Mange snakker for tiden om forebygging, tidlig innsats og samhandling. I Sør-Varanger kommune har vi gjort noe med det! Gjennom det treårige prosjektet "Sammen for barn, unges og familiers psykiske helse" har vi utviklet en modell for målrettet og tidlig innsats og systematisk og forpliktende samarbeid mellom alle relevante instanser i kommunen. Vi skal sørge for at alle som har behov for det får forpliktende, samlet og koordinert hjelp.

Erna Bakken, virksomhetsleder barnevern, Sør-Varanger kommune

Modellen er utviklet i samarbeid med førsteamanuensis Øyvind Kvello ved NTNU i Trondheim. Kvello har vært vår veileder og foreleser hele veien fram til fullført prosjekt, og fortsetter som veileder og mentor i tiden som kommer. Prosjektet ble finansiert med øremerkede psykiatrimidler, og hadde oppstart i januar 2007. I mars 2010 vedtok kommunestyret i Sør-Varanger Kvello-modellen som varig verktøy for målrettet og tidlig innsats til beste for barns oppvekst, trivsel og utvikling.

Alle skal med

Kvello-modellen forplikter alle relevante instanser i kommunen til tverrfaglig og helhetlig tenkning og innsats. Alle skolene og barnehagene skal omfattes av den nye praksisen for observasjon og drøfting, slik at vi kan fange opp barn som har behov for særskilt hjelp så tidlig som mulig. I løpet av 2 til 4 år skal vi sørge for at alle kommunens barnehager og skoler kjenner til og bruker den nye metoden.

Tre barnehager, to skoler, barnevernet, pp-tjenesten, helsestasjonen, psykisk helsetjeneste i kommunen, fysioterapitjeneste og familievernkantoret deltok i prosjektet. Metodene vi utviklet har derfor solid faglig og praktisk forankring.

Dette er det vi kom fram til:

De ulike hjelpetjenestene skal delta på to halvdags eller én heldags observasjon i barnehagene og skolene. For å kunne sammenligne resultatene med helsestasjonens observasjoner fra de faste kontrollene, skal 2, 4 og 6-åringene være i fokus. I tillegg til disse observasjonene gjør pp-tjenesten en systemobservasjon; det vil si en observasjon av hvordan den enkelte barnehage og skole fungerer som system – barn og voksne i lag.

I etterkant av barnehage- eller skolebesøk deltar alle hjelpetjenestene på et stormøte der alle barna blir

drøftet. Målsetningen med stormøtet er å kartlegge om det er gjort observasjoner som gir grunn til å sette i gang tiltak. Hvis det er tilfelle, definerer stormøtet oppfølgingsbehovet for det enkelte barnet og hvem som har ansvaret for oppfølgingen.

Alle foreldrene blir informert umiddelbart etter stormøtet om funn/ikke funn, og vi ber om tillatelse til å sette i verk tiltak for de barna vi mener har behov for det. Vi setter fristen for oppfølging til seks uker. Det betyr at tiltak, plan for oppfølging og tilbakemelding til hjelpeapparatet skal være klart innen seks uker etter stormøtet.

Før vi startet med metodeutprøving i prosjektbarnehagene og -skolene, fikk foreldrene grundig informasjon både fra kommunen og styrer i barnehagen eller rektor på skolen. Dette ga oss den nødvendige forankringen, og ivaretok taushetsplikten.

Oppdatert kunnskap i skole og barnehage

Ansatte i barnehage og skole må være i stand til å møte nye krav og utfordringer. Dette krever stadig utvikling av kompetansen til alle ansatte. De som er i direkte kontakt med barna må ha god kunnskap om barn og barndom og barnehagens og skolens samfunnsmandat. Deltakelse i Kvello-modellen vil gi barnehage- og skoleansatte i Sør-Varanger kommune løpende oppdatert kunnskap som gir grunnlag for å forstå barns fungering og livsbetingelser riktig.

Kvello-modellen er basert på et positivt menneskesyn og handler om å kunne benytte kunnskap om både risiko- og beskyttelsesfaktorer og tilrettelegging og trening for å hjelpe barn til god utvikling. Veiledning av foreldre som en støtte til å utvikle nye forståelser av sine barn, justeringer eller endringer i måten de forholde seg til barnet sitt på og bekreftelse på det samspillet de har som er godt for barnet, er også sentralt.

Andres briller for å se klarere

Barneverntjenesten og pp-tjenesten mottar et stadig økende antall bekymringsmeldinger og henvisninger med bekymringsfulle beskrivelser av barns, ungdoms og familiers vansker. Barneverntjenesten har i tillegg erfart at en hovedvekt av bekymringsmeldinger kommer fra ungdomsskolene og politiet.



Foto: Knut Åserud

Når man så har kartlagt forholdene rundt den enkelte, finner man ofte at ungdommens problemer har startet mye tidligere, og at man allerede i barnehagen kunne ha oppfattet signaler om kommende problemutvikling.

Ideen bak Kvello-modellen er at man skal kunne oppdage barnets og/eller familiens vansker tidlig, slik at enkle, lite kostnadskrevenne og ikke minst lite inngripende tiltak kan settes i verk for å hjelpe familien med å snu utviklingen.

Barnevernet og pp-tjenesten vil tilby barnehager og skoler sine "problembriker" for å oppdage, drøfte og finne løsninger for barn som behøver litt ekstra bistand så tidlig som mulig – før barnet har blitt ungdom og problemene har blitt store, kostnadskrevenne og konflikthytte for ungdommen selv, familien og samfunnet rundt.

Helsestasjonen har også, via Kvello-modellen, kommet tettere på barna i deres daglige omgivelser i barnehagen og skolen. Observasjonene derfra er et verdifullt supplement til 2, 4 og 6-årskontrollene. Helsesøster kan også, i samråd med foresatte, ta direkte kontakt med barnehagene og skolene angående enkeltsaker for å utveksle tanker om et barns utvikling og fungering.

Erfaringen så langt er at foreldre ikke har reservert seg mot følgene av den nye tverrfaglige samarbeidsmetoden som er utviklet. Man opplever tvert om at foreldrene er informert på forhånd og er trygge på det tverrfaglige samarbeidet som er utviklet og iverksatt.

Hjelp til å se

Ved å trekke hele hjelpeapparatet inn i prosessen håper vi at vi i framtiden skal kunne gi barn hjelp tidligst mulig i deres liv. Primært for å skåne barna og familien for store belastninger i framtida, men også for å spare samfunnet for ressurskrevenne tiltak når barnet har blitt en frustrert, utagerende og fortvilet ungdom med

foreldre som ikke klarer mer.

Vi er ikke på langt nær i mål ennå, og vet at det kan bli krevende å få på plass den nye metoden i alle skoler og barnehager. Vi i hjelpetjenestene i Sør-Varanger er nå likevel i gang med plan for implementering av den nye metoden. Så får man se da, om vår nye metode for tidlig intervensjon vil gi effekt på sikt. Vi vil kanskje om noen år kunne si om vi har lyktes eller ikke. Vi som har deltatt i prosjektet har i alle fall tro på Sør-Varangers Kvello-modell, og at den nye arbeidsformen kan hjelpe oss til å se barna bedre.

Kvello-modealla lihkostuvvan Máttá-Várjjagis – čoaħkkáigeassu

Prošeavttain "Sammen for barn, unges og familiers psykiske helse" (ovttas mánáid, nuoraid ja bearrašiid psykalaš dearvvašvuoda várás) lea Máttá-Várjjat gielda ráhkadan málle ulbmillaš ja árra ángirušsama várás. Modealla lea ráhkaduvvon ovttas vuosttaš amanueanssain Øyvind Kvelloin NTNUs Troandimis, ja lea vuodđuduvvon lagaš ja systemáhtalaš gulahallamii mánáidgárddiin, dearvvašvuodastašuvnnain, skuvllain, pp-bálvalusain, mánáidsuodjalusain ja veahkkeapparáhta eará osiiguin maiguin mánáin lea oktavuohta. Juohke mánná áicojuvvo ja árvvoštallojuvvo ovdalga apparáhta čadaha vejolaš doaimbajju – buot galgá čadahuvvot ovttasbarggu vuodul. Guovtti jagi aiggis dahje manimusat njealji jagi áiggis áigu Máttá-Várjjat fuolahit ahte buot gieldda mánáidgárddit ja skuvllat dovdet ja geavahit odđa modealla. Go olles veahkkeapparáhta searvaduvvon proses-sii, de mii doaivut ahte sii boahhteáiggi galget sáhttit veahkehit mánáid nu árrat eallimis go vejolaš. Vuosttažettiin lea ulbmil eastadit ahte váttis dilli mánáide ja bearrašiidda menddo sakka čuohcá, muhto áigumuš lea maiddái ahte servodat seastá resursagáibideaddji doaimbajuid go mánát leat šaddan nuorat geat miellaviivvuruššet ja leat headástuvvan. Dán rádjai leat buorit dat dieđut maid mii leat ožžon ruovttoluotta váhnemiin ja fuolaheddjiin, ja gielddain lea jáhkku dasa ahte modeallas lea ávki.



KVP – vårt viktigste våpen i kampen mot fattigdom



Kvalifiseringsprogrammet (KVP) ble innført 1. november 2007 som regjeringens viktigste satsing mot fattigdom. Programmet har som målsetting å få flere i arbeid og aktivitet, også de som har lang vei tilbake. I Finnmark har arbeidet med KVP vært organisert som et samarbeid mellom Nav Finnmark og Fylkesmannen i Finnmark, og saksbehandlere fra begge instanser har jobbet tett opp mot Nav-kontorene. Historien om «Petter» gir et bilde av hvordan arbeidet med KVP kan og bør fungere.

Linda Martinsen, kompetanseveileder i Kvalifiseringsprogrammet - Aksis Arbeid og Kompetanse

Petter (historien er konstruert)

Petter (26 år) er fra den lille finnmarkskommunen Stornes. Han har ruset seg på alkohol og narkotika siden han var 15. Petter kuttet ut skolen etter jul første år på videregående, og har aldri vært i fast arbeid. Han har hatt tilbud om praksisplass to ganger, men har gitt opp begge gangene.

Petter har finansiert rusmisbruket sitt med kriminalitet, og han er dømt for en rekke innbrudd og heleri både i hjemkommunen og i nabokommunen. Nå skal Petter inn til soning i fengselet i hjemfylket. Petter er sliten og lei etter mange år med rus og ønsker å komme på rett kjøll, men han vet ikke om han klarer det uten hjelp. Han har ingenting å vende tilbake til i hjemkommunen etter endt soning. Han har dessuten ikke noe godt nettverk omkring seg. Familien hans er sliten etter mange år med problemer, og den gamle kameratgjengen har for lengst gitt ham opp.

I fengselet får Petter faste samtaler med sosionomen

Kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad er en rettighet etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

I Finnmark er det fattet vedtak om kvalifiseringsprogram i 18 av 19 kommuner.

I 2008 skulle Finnmark ha 81 deltakere i KVP, resultatet ble 67. Tallene ble justert i takt med etableringen av NAV-kontorene, slik at i utgangen av 2009 skulle det være 158 deltakere i programmet. Resultatet ble 138

Berit, og sammen tar de kontakt med NAV for å forsøke å lage et opplegg for Petter når han kommer hjem etter soning. Anne Marie på NAV-kontoret i Stornes blir hans faste saksbehandler, og etter at Petter har snakket med Anne Marie foreslår hun at Petter søker om kvalifiseringsprogram.

Anne Marie forteller at kvalifiseringsprogrammet er et tilbud om opplæring og arbeidstrening, og den oppfølging du trenger for å komme i arbeid eller meningsfull aktivitet. Det gjelder blant annet hjelp til å skaffe bolig, avtaler med fastlege og psykiatritjeneste og for de som trenger det, hjelp til å komme i gang med fritidsaktiviteter. De som deltar i programmet har krav på KVP- stønad tilsvarende 2G, som er 151 282 kroner i året, og de kan være i programmet i 2 år.

Petter og Anne Marie har flere samtaler. De bruker mye tid på å kartlegge Petters interesser og ressurser, men tar også en grundig gjennomgang av utfordringene som Petter har og vil få når han skal endre fokus i livet.

Etter at de er ferdige med kartlegginga systematiserer og vurderer Anne Marie informasjonen i en arbeidsevnevurdering, og konkluderer med at Petter trenger hjelp og oppfølging fra NAV og øvrig hjelpeapparat i lang tid for å nå målet sitt – som er å få seg et vanlig liv uten rus.

Arbeidsevnevurdering er en helhetlig vurdering av brukers muligheter for arbeid og aktivitet. Det er en vurdering der brukerens ressurser og barrierer og omgivelsenes krav og forventninger sammenstilles.

Ut fra arbeidsevnevurderinga diskuterer Petter og Anne Marie hva Petter trenger hjelp til for å nå de målene han har satt seg, og de kommer frem til følgende områder:

- Bolig – Petter har ikke noe sted å bo når han kommer ut
- Samtaler med psykiatrisk sykepleier for å unngå depresjon
- Oppfølging for rusproblemer – fastlegen
- Økonomi – Petter har en del gjeld/ inkassokrav
- Fritid – Petter liker å svømme og gå tur
- Jobb – Petter har lyst til å bli rørlegger. Det var det som var tanken da han startet på videregående



Foto: Knut Åserud

Både Petter og Anne Marie ser at Petter trenger hjelp fra mange instanser for å kunne lykkes. Anne Marie foreslår at de søker om individuell plan (IP), og at det dannes ei ansvarsgruppe som kan samarbeide og koordinere hjelpen til Petter. Petter er litt lunken til dette, men ser poenget i å møte alle på en gang og slippe å holde styr på avtaler med alle hver for seg.

Retten til individuell plan betyr at tjenestemottakere med langvarige og sammensatte behov har rett til en plan som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler, og som beskriver hvordan koordineringen av tiltakene skal fungere.

Petter får innvilget søknaden om kvalifiseringsprogram og IP mens han er i fengsel, og han begynner å glede seg til å komme hjem til Stornes.

Etter soning

Tirsdag i forrige uke ble Petter løslatt. NAV hadde ordnet en liten hybelleilighet som han flyttet inn i, og han hadde avtale om samtale med Anne Marie på onsdag. Her fikk Petter vite at det hadde gått i orden med arbeidsutprøving noen timer i uka i den rørleggerbedriften han ønsket å jobbe i.

Onsdag denne uka er det ansvarsgruppemøte. Petter gruer seg til dette, men har heldigvis en avtale med Anne Marie før møtet slik at dekanplanlegget deskalsnakkeom. Petter og Anne Marie har avtalt samtaler hver mandag. Her skal de gå igjennom uka som gikk og planlegge uka som kommer. Petter har fått i oppgave å skrive dagbok,

for å hjelpe seg selv til å huske hva han har gjort og de tingene han har tenkt på i uka som gikk.

Takket være tett oppfølging og godt samarbeid fra hjelpeapparatet ser Petter for første gang på mange år lyst på framtida.

KVP – min deháleamos veardu geafivuoda vuostá – čeahkkágeassu

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) biddjojuvvui doibmii skábmanánu 1. b. 2007 ráđđehusa deháleamos ángiruššamin geafivuoda vuostá. KVP fállá oahpahusa, bargohárjeheami ja dan čuovvolemii mii dárbbášuvvo nu ahte olmmoš guhte lea barggu haga fas beassá bargat dahjedoaibmat ulbmillaččat. Dát sisttisdollá earret eará olbmuid veahki skáhppot ásdodaga, šiehtadallat bissovaš doaktáriin ja psyhkiatrijabávlusain ja veahki álggahit astoáigedoaimmaid jus dan dárbbášit. Sis guđet servet prográmmii, lea vuoigatvuohta oazzut KVP-dojjaga mii vástida 2Gii, mii lea 151 282 ruvno jáhkái, ja sii beset leat prográmmas mielde 2 jagi. Finnmárkkus lea bargu KVP-prográmmain organiserejuvvon NAV Finnmárkku fylk-kamánne gaskasaš ovttasbargun, ja guktuid eiseváldiid áššemeannudeaddjit leat bargan lahkalaigaid NAV-kontuvrraiguin. Jagi 2008 galge Finnmárkkus leat 81 KVPa oasseváldi, muhto boadus lei 67 oasseváldi. Logut rivde dađistaga go NAV-kontuvrrat áshuvvojedje, nu ahte jagi 2009 loahpas vurde prográmmas leat 158 oasseváldi. Duohta lohku lei 138.

Tidens største Rusforum Finnmark

Med temaet tidlig intervensjon samlet Rusforum Finnmark 2010 over 250 deltakere. En fordobling fra 2009. "Vi ville nå flere enn de som jobber direkte med rus og rusmiddelavhengige. Tidlig intervensjon handler om å se og gripe inn i et tidlig stadium, og derfor ville vi også prøve å nå fagfolkene på helsestasjoner, i barnehager og på skoler" sier Tyra Mannsverk, rådgiver hos Fylkesmannen i Finnmark.

Anna Solvoll Rognmo, Fylkesmannen i Finnmark

I 2009 ble Rusforum slått sammen med rehabiliteringskonferansen ... e du med?, og det var første gang Fylkesmannen gikk så bredt ut. Det er ikke tvil om at rus og psykiatri hører sammen med rehabiliteringsfeltet og at tidlig intervensjon kan utgjøre den store forskjellen, og derfor var det et ønske at fjorårets Rusforum også skulle favne bredt – fra barnehage til politistasjon.

"Dette er nok en del av årsaken til at det var så stor interesse for Rusforum i Finnmark i fjor. Vi håper jo selvfølgelig også at dette er et signal om at rusforebyggende arbeid ligger enda høyere på prioriteringslista til de som jobber med barn og unge, og at denne konferansen var et bidrag i dette arbeidet" sier Mannsverk, og mener at den gode pressedeckningen konferansen fikk også vitner om at rusproblematikk nå er på agendaen

Viktig satsing

Tidlig intervensjon er et viktig satsningsområde for Helsedirektoratet og Fylkesmannens helse- og sosialavdeling. Veilederen Fra bekymring til handling, som nettopp handler om tidlig intervensjon, skal gjøres kjent i kommunene, og dette er en sentral arbeidsoppgave for Fylkesmannen.

"Vi satser på dette området, og legger vekt på å nå så mange som mulig. Rusforum Finnmark er derfor uten kostnad for de hardt pressede kommunene, og dette bidrar selvfølgelig til at mange fler har muligheten til å delta", sier Mannsverk og håper det også i 2011 er penger på budsjettet til Rusforum Finnmark.

Solide innlegg og gode eksempler

Rusforum planlegges og organiseres av et arbeidsutvalg satt sammen av fagfolk fra flere sektorer. I 2010 deltok for første gang politiet i utvalget, en sektor som har

vært savnet, og det ga nye perspektiver.

Over to dager fikk konferansedeltakerne med seg innlegg fra blant annet Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), "Hva gikk galt?", psykologspesialist Didrik Hægeland, "Å se barnet – hva gjør jeg med det jeg ser" og forebyggingskoordinator ved Oslo politidistrikt Bjørn Øvrum, "Bekymringssamtalen". Fylkesmannen har tidligere fått tilbakemeldinger om at det er viktig å fokusere på det praksisnære, og de gode eksemplene fra kommunene kunne deltakerne få med seg på første dags parallellseminarer. Fem av de seks gode eksempler var nordnorske, og viste stor bredde i det arbeidet som gjøres innen forebygging i skole og helsetjeneste og innen rehabilitering av rusmiddelavhengige.

Fylkesmannen i Finnmark har arrangert Rusforum siden 1999. Intensjonen er å skape en møteplass for fagfolk på rusefeltet med kompetanseheving og erfaringsutveksling som hovedmålsetning.

Årets Rusforum Finnmark fant sted på Rica hotell Alta fra 23. til 24. november, og samlet 250 deltakere fra mange fagfelt.

Konferansens høydepunkt

Etter tilbakemeldingene fra konferansedeltakerne å dømme, var høydepunktet Didrik Hægeland's innlegg om å se barnet – og reagere på det man ser. Selv beskrev han foredraget som et innlegg om dysfunksjonelle familier.

Hægeland har lenge jobbet i Alternativ til vold, et behandlings- og kompetansesenter med særlig vekt



Didrik Hægeland "Å se barnet – hva gjør jeg med det jeg ser" Rusforum Finnmark 2010 (Foto: Anna Solvoll Rognmo)

på vold i nære relasjoner, og brukte det voldsutøverne selv har sagt i terapirommet aktivt i sitt innlegg. Hans hovedpoeng er at alt henger sammen – Et barn utsatt for vold av foreldre som ruser seg vokser opp til å bli en voldelig ungdom som ruser seg.

Fra utsatt for vold til utøver av vold

"De fleste som kommer til Alternativ til vold har vokst opp med vold i sin egen familie, og vold og rus er nesten som tvillinger å regne. Å være vitne til vold i sin egen familie er en stor belastning for et barn. Når barn lever med vold, rus og psykisk lidelse påvirkes adferd, fysiologi, følelser og kognitive evner. Omsorgssvikt skaper alvorlig psykopatologi, gjerne sammen med rusmiddelmissbruk" sa Hægeland, og oppfordret alle som jobber med barn om å senke terskelen for å formidle sin bekymring til barnevernet.

Fra bekymring til handling

Av alle bekymringsmeldingene til barnevernet i Oslo i fjor kom bare 3 % fra byens barnehager. "Dette er til å gråte over, og antallet burde tidobles", sa Hægeland. "Dere må tørre å spørre, tørre å ta tak og tørre å gjøre noe. Barn som får hjelp, som blir sett, kan det gå veldig bra med". Han understreket også at han mener at barnevernet må tåle å tape noen saker; "Hvis barnevernet vinner for mange saker, betyr det at for få saker prøves for retten i utgangspunktet".

Godt fornøyd



Tyra Mannsverk håper det er penger på budsjettet til et nytt Rusforum i 2011

Enkelte praktiske problemer med hotellkapasitet og dårlig flyvær kom i skyggen når tilbakemeldingene på konferansen generelt sett var så gode;

"Reiser hjem inspirert, motivert, med mange tanker, ideer og pågangsmot" "Flott at forumet/kurset var tverretatlig/tverrfaglig.

Vi i feltet er avhengige av hverandre for å kunne gjøre en best mulig jobb. Viktig å ha fokuset allerede fra

tidlig alder samt se hele familien/nettverket som en helhet, noe kurset ga oss god påminnelse om". "Det har vært en kjempeflott konferanse. Har skapt motivasjon og inspirasjon til å jobbe videre i kommunen. Opplever at spesielt barnevernet som samarbeidspart er blitt "løftet" opp og frem, det er bra"

Tyra Mannsverk og resten av arbeidsutvalget setter stor pris på de gode tilbakemeldingene. "Vi er kjempeglade for alle de positive tilbakemeldingene. De viser at vi har gjort noe riktig når vi har valgt å gå så bredt ut. Vi ser at fagfolk i alt fra barnehage til førskole, barnevern, sosialsektoren, helsestasjon, skole, politi og rusomsorg har hatt utbytte av konferansen, og det er enormt viktig for å klare å fange opp de som trenger det før det går galt" sier Mannsverk.



Over 250 deltakere på Rusforum Finnmark 2010 (Foto: Anna Solvoll Rognmo)

Áiggiid stuorámus gárrenmirkkuidgeavami vástesaš deaivvadansadji Finnmáarkui – čeahkkáigeassu

Tidlig intervensjon nammasaš fáttáin čohkkii Rusforum Finnmark 250 oassálasti Rica hotellii Áltái skábmamánu 23. ja 24. b. 2010 – ja oasseváldiid lohku lei guovttegeardái jagi 2009 oasseváldiidlogu. Rusforum nammasaš fora ulbmil lea ásahit gárrenmirkkosuorggi fágaolbmuide deaivvadansaji, ja konferánsa lágida surggiidraštideaddji bargolávdegoddi. Dán jagi lei politiija vuosttaš gearddi mielde lávdegoddi, ja dat buvtii ođđa geahčadanhálttiid ja vejolašvuodaid. Fylkkamáne lea ovdal ožžon dakkár fuomášuhttimiid ahte lea dehálaš čalmmustit vásáhusaid, ja buriid ovdamearkkaiguin gielddain besse oasseváldiid oahpásmuvvat jo vuosttaš beavvi bálddasseminárain. Jagi vihta buoremus ovdamearkka ledje davvinorgalaš ovdamearkkat, ja dat čájehedje viiddis eastadanbarggu mii čađahuvvo skuvllain ja dearvvašvuodabálvalusas ja gárrenmirkkogeavaheadjiid doibmiimáhcaheamis. Fylkkamáne oáččui ollu buriid ruovttoluottadieđáhusaid jagi 2010 Rusforum Finnmark oassálastiin, ja doaivu ahte deaivvadeamis lei stuorra fágalaš ávki. Ulbmil lea ahte jagi 2011 ge leat bušehtas ruđat lágidit Rusforum Finnmark-deaivvadeami.

Tanker etter 24 år hos Fylkesmannen i Finnmark

”Det har vært en kjempesatsing på omsorgsboliger, og jeg var jo selv en forkjemper for det en gang i tiden, men det har jeg endret syn på”. Sykepleier Målfrid Ovanger kom til Vadsø på 70-tallet, og har vært fylkessykepleier hos Fylkesmannen siden 1986. Hennes hjertebarn har vært omsorg for eldre og demente, og hun har jobbet mye med Demensplan 2015. Nå er hun tilbake i felten på helsesenteret i byen. Hvilke tanker gjør hun seg om dagens eldreomsorg og helsetjeneste i Finnmark?

Anna Solvoll Rognmo, Fylkesmannen i Finnmark

”Når jeg leser ting som jeg har skrevet tidligere ser jeg at vi står overfor de samme problemene i dag som på 70-tallet. Spesielt innenfor tjenester til de eldre, demente og alderspsykiatriske brukerne. Behovene øker og avlastningstilbudene for pasienter og pårørende er fortsatt en stor utfordring”, sier Ovanger, som mener at terskelen for å få plass på sykehjem har blitt for høy.

”Det som er slående er at de pasientene som nå bor hjemme er mye mer hjelpetrengende enn da jeg kom til Finnmark som sykepleier i 1970. De pasientene som tidligere ble plassert på sykehjem bor nå hjemme. Det har vært en kjempesatsing på omsorgsboliger, og jeg var jo selv en forkjemper for det en gang i tiden, men det har jeg endret syn på. Tilgangen på ressurser i den åpne omsorgen er ikke god nok, så det er mange pasienter med altfor stort hjelpebehov som bor i omsorgsboliger i dag. Dette går til en viss grense, men så blir omsorgsbehovene så store og utrygghetsfølelsen så sterk at institusjonstilbud med heldøgns bemanning er eneste løsning”.

Kan du se effekten av de reformene eller endringene du har vært med på?

”Ja, vi ser veldig tydelig at kompetansen og fagligheten har økt ved at folk har fått videre- og etterutdanning. Det har skjedd mye i Finnmark på dette området, og vi har mange motiverte og flinke helsearbeidere, men fortsatt er det en god del ufaglærte igjen”.

Bli du oppgitt over at vi ikke klarer å nå kompetansemålet i helse- og omsorgssektoren?

”Jeg opplever jo at vi klarer det til en viss grad. Men det er så stort språk mellom mål og realitet og de ressursene man får tildelt. Og det ser ut som om vi



Målfrid Ovanger (foto: Arnfinn Eek)

aldri kommer ut av den sirkelen. Endringene har også gjort at systemene har blitt mye mer byråkratisert; mer lovregler, forskrifter, rundskriv, krav til internkontroll og kvalitetssikring. Den biten ser jeg at tar veldig mye ressurser fra den direkte pasientkontakten. Det synes jeg er trist”.

Savnet pasientkontakten

Det er i direkte kontakt med pasienter at Målfrid føler at hun får gjort den beste jobben, og dette savnet hun mens hun jobbet hos Fylkesmannen.

”Jeg sluttet hos Fylkesmannen fordi jeg hadde lyst til å bruke mine faglige ressurser og den kompetansen jeg har inn i direkte pasientkontakt. Man får utøvet god sykepleie gjennom å dekke folks grunnleggende behov. Det gjør meg godt, og jeg er veldig glad når jeg er ute hos folk. Jeg ser at pasientene trenger mer enn det de får, men likevel kan jeg få skapt gode stunder med pasientene som gjør at jeg føler at jeg kommer mer til nytte».

Demensplanen 2015 ”Den gode dagen” er en delplan av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening», Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015 kan du lese mer om i artikkelen ”Demensplan 2015 – hvordan ligger vi an?”

For lite tid til råd og veiledning

I sin tid hos Fylkesmannen i Finnmark ville Ovanger gjerne jobbet mer aktivt med råd og veiledning mot kommuner og helsepersonell. Hun ser på Fylkesmannens ”dobbelrolle” som både tilsynsmyndighet og veileder som utfordrende. Hun mener at tilsynsmetodene vi bruker i dag er for tidkrevende og for avgrensede til å gi full effekt. ”Skulle ikke vi brukt mer områdeovervåking istedenfor systemtilsyn?” spør hun.

”I en systemrevisjon påpeker vi avvik når ting ikke fungerer som de skal, men som tilsynsmyndighet kan vi ikke gå inn i rådgiverrollen og veiledningsrollen der og da. Dette skal vi gjøre i ettertid, men det er ikke alltid det blir anledning til det fordi andre oppgaver må prioriteres. Vi kunne istedenfor jobbet mer målrettet mot kommunene, stilt spørsmål og fått umiddelbare reaksjoner. Slik kunne vi blitt veileder og rådgiver overfor kommunene i større grad enn det vi har muligheten til i dag”.

Også hos Fylkesmannen syntes Ovanger rapportering og registrering av tidsbruk tok for mye tid og oppmerksomhet fra jobben hun skulle gjøre.

”Systemet krever at vi hos Fylkesmannen skal dokumentere alt vi gjør, registrere tiden og hva vi bruker tiden på. Dermed blir det mindre tid til å jobbe utadrettet mot kommunehelsetjenesten”.



Foto: Gunhild Lutnæs

Glad i Finnmark

Du er jo opprinnelig bergenser, tenker du at Finnmark er ”annerledesfylket”?

”Finnmark er et veldig godt fylke å bo i. Det som er annerledes i Finnmark er at det er stor nærhet til pasientene og beslutningene som berører dem. Det er mye lettere å nå frem til beslutningstakerne i Finnmark enn for eksempel i Hordaland, som jeg kommer fra. Men utfordringene er jo geografi og de store avstandene, og det er noe vi ikke kan gjøre noe med. Samtidig synes jeg det er kjempespennende. Jeg er glad i Finnmark, glad i folkene og har hatt en utrolig mulighet for faglig utvikling. Jeg tror ikke jeg hadde fått de sjansene og mulighetene hvis jeg hadde vært på et større sted. Så det som i så fall er annerledes i Finnmark det har bare vært positivt”. Samtidig er Målfrid Ovanger smertelig klar over at målsetningen om rett hjelp til rett tid på rett sted kan bli vanskelig å oppnå i fylket vårt.

Kan vi skylde på geografi og avstander når folk ikke får den hjelpen de har krav på?

”Å gi folk hjelp der de bor er ikke alltid mulig i Finnmark. Av og til må folk flytte fra øyene og inn til sentrene for å kunne få god og forsvarlig hjelp. Kanskje i større grad her enn andre steder, men både Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal har de samme utfordringene, så jeg vet ikke egentlig om det er så annerledes. Her er vi lite folk, vi kjenner hverandre på godt og vondt og har ulike roller. En utfordring kan være at de vi møter har så mange hatter på. De er kommunepolitikere, administratorer, fagfolk, naboer og pårørende på en gang. Det kan være problematisk og vanskelig, men samtidig så tror jeg at det gjør at de fleste får hjelp i Finnmark. Naboene overvåker deg, og har de ikke sett deg på noen dager så begynner de å lure på hvor du er. Vi varsler kanskje lettere her når naboen ikke har vært i postkassen på noen dager».

Samtidig mener hun at det er et problem at nettverkene sakte men sikkert forsvinner. De yngre flytter inn til sentrene for å få jobb, mens de gamle blir igjen. I kystsamfunnene går mange menn ledige fordi fiskeindustrien ikke er like sterk som før. Menn som kunne vært ansatt i pleie- og omsorgssektoren.

”Jeg er glad i Finnmark, glad i folkene og har hatt en utrolig mulighet for faglig utvikling. Jeg tror ikke jeg hadde fått de sjansene og mulighetene hvis jeg hadde vært på et større sted. Så det som i så fall er annerledes i Finnmark det har bare vært positivt”

Ønsker menn velkommen

Kun 10 % av de som jobber innenfor pleie- og omsorgssektoren er menn. Hva tror du er grunnen til at det er vanskelig å rekruttere menn? Er det forskjell på mennene i Finnmark og i resten av landet?

”Jeg tror ikke det er så tøft å være myk mann i

”Jeg tror ikke det er så tøft å være myk mann i Finnmark. Machokulturen er sterk. Det er tøft å kjøre snøskuter, det er tøft å gå på jakt [...] Men det er jo tøffe sterke folk vi trenger i omsorgssektoren!”

Finnmark. Machokulturen er sterk. Det er tøft å kjøre snøskuter, det er tøft å gå på jakt. Her er det er jo selvfølgelig variasjoner, men dette er min erfaring. I mange lokalsamfunn er det en veldig streng arbeidsfordeling mellom kjønnene, og den sitter ganske hardt i kulturen. Mesteparten av produksjonen er lagt ned i kystfiskeindustrien, og i disse kommunene er det flere menn som er arbeidsledige enn kvinner. De kunne vurdere pleie og omsorg som en yrkesvei, men det gjør de ikke, og jeg tror det har med holdninger å gjøre. Mannen skal være tøff og sterk. Men det er



Foto: Carl-Erik Eriksson

jo tøffe sterke folk vi trenger i omsorgssektoren! Jeg ønsker menn velkommen, og jeg tror også det hadde vært nyttig fordi man kanskje tenker ulikt og har ulike måter å se problemer og virkeligheten på som kunne utfordret oss”.

Viktig å melde tilbake

Har du noen ord på veien til din arvtaker Vera Meyer?

”Jeg synes historien gjentar seg. Nå skal vi ha samhandlingsreformen og det blir en ansvarsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten skal sitte med alt ansvar, og jeg er bekymret for at ressursene kanskje ikke vil strekke til. Da blir det en utfordring for den som tar over etter meg å overvåke og synliggjøre konsekvensene av ressurstildelingen og oppgave- og ansvarsfordelingen overfor de sentrale myndighetene”.

Satsing på de eldre

Målfrid er fortsatt opptatt av at de eldre skal ivaretas på en skikkelig måte.

”Man må fortsette å fokusere på de demente og de



Foto: Scanpix

alderspsykiatriske pasientene og sørge for at de får en bedre oppfølging og behandling. Jeg mener også man bør satse mer på fagutvikling, forskning og kvalitetsheving og støtte opp om undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenesten slik at de kan bli ressursentre. Jeg er jo sykepleier selv, men jeg tror det er viktig at vi får inn flere fysioterapeuter og ergoterapeuter for å få større trykk på rehabilitering”.

Vi bryr oss om Finnmark

Til slutt understreker Målfrid Ovanger igjen hvor viktig rollen som varsler er. Fylkesmannen i Finnmarks motto er ”Vi bryr oss om Finnmark”, og vi har et ansvar for å sørge for at statlig politikk blir best mulig lokalt tilpasset og kommer flest mulig av våre innbyggere til gode. Hennes oppfordring er klar:

”Min arvtaker må huske å si ifra til de statlige myndighetene, stille spørsmål – er vi på rett vei? Med utgangspunkt i mål og ressurser, hva er konsekvensene for at ting ikke skjer? Dette må vi synliggjøre skriftlig og dokumentere. Derfor bør vi kanskje også gjøre mer analyser og bruke forskningsinstitusjoner og høyskoler i mye større grad enn det vi har hatt muligheten til”.

I sine 24 år hos Fylkesmannen i Finnmark har Målfrid Ovanger vært en stor ressurs på helse- og sosialavdelingen, innen eldreomsorgen og for Finnmark. Nå fortsetter hun sitt yrkesaktive liv innenfor hjemmebasert omsorg i Vadsø kommune, og vi vet at hun også der vil gjøre en forskjell.

”Jeg håper på at jeg nå kan være med på å støtte dagsorden for debatten i eldreomsorgen og bidra til at eldre får det rette omsorgstilbudet og de pårørende får den nødvendige hjelpen. For meg blir det viktig å peke på omfang av tiltak som er nødvendig, og innholdet i tilbudene som trengs. Det er mye som kan gjøres for å utsette behovet for institusjonsinnleggelse”, avslutter Målfrid.

Demensplan 2015 – hvordan ligger vi an?

Demensplanen 2015 ”Den gode dagen” er en delplan av Stortingsmeldingen «Mestring, muligheter og mening», Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015 er regjeringens 10-årige handlingsplan for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

Målfrid Ovanger, Fylkesmannen i Finnmark

Demensplanen løfter frem tre hovedsatsingsområder for å møte morgendagens utfordringer:

- Dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak (De manglende leddene i tiltakskjeden)
- Bedre tilpassede botilbud for personer med demens (Smått er godt)
- Økt kunnskap og kompetanse (Øke grunn- og videreopplæringen i demens, øke tilgjengeligheten av pårørendeskoler og samtalegrupper, styrke den medisinske kompetansen, øke forskningskompetansen)

Status i Finnmark

Av de tre hovedsatsingsområdene er det innenfor kunnskap og kompetanse Finnmark har kommet lengst. Alle kommunene våre er i gang med internopplæring i demens, det er godt samarbeid mellom kommunene og institusjonene og flere tar utdanning. Det er imidlertid få kommuner som har søkt om å bygge tilpassede boliger til demente, og innenfor aktivitetstilbud og avlastning har vi ennå lav kapasitet.

Dagaktivitetstilbud og avlastningstiltak – lav kapasitet

Det er langt igjen før alle kommunene i Finnmark kan tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud i pasientens hjem, på sykehjemmet eller på et dagsenter. Kapasiteten i Finnmark er lav, og de demente og deres pårørende får ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagte avlastningstilbud når de har behov for det.

Det er viktig at brukerne og deres pårørende får den hjelpen de trenger ofte nok, at kommunen har gode rutiner for samarbeid med pårørende og gir yngre demente pasienter støttekontakt og individuell plan. Bruk av aktiviteter som stimuleringsmiddel og rutiner for samarbeid med pårørende bør bli langt bedre enn i dag.

Fylkesmannen har undersøkt om kommunene har tatt i bruk individuell plan for demente pasienter. Det



Foto: Anna Solvoll Rognmo

var kun én kommune som hadde brukt dette verktøyet. Det er en utfordring å få alle relevante instanser med i arbeidet, og det er vanskelig å få fagfolk til å påta seg koordinatorrollen – uansett hvor sterkt både pasient og pårørende ønsker dette.

Vi er kjent med at 8 av 19 kommuner er kommet i gang med skoler for pårørende, hvor det i løpet av 6-8 kvelder gis informasjon om demenssykdom, behandlingstilbud og rettigheter.

I Finnmark er det de kommunene som ikke har foretatt en helhetlig planlegging som ikke har demensteam, tilrettelagte dagtilbud eller støttetiltak overfor personer med demens.

Tilpassede botilbud – få søknader

Vi har mottatt få søknader fra kommuner som ønsker å bygge tilpassede boliger for demente. Vi er usikre på hva som er årsaken til dette, og det kan finnes mange forklaringer. Vi har ikke full oversikt over om kommunene har vært aktive i sitt planarbeid, og om de har kartlagt behovet for bo- og tjenestetilbud til demente og andre brukere i kommunene. Vi har kjennskap til at 6 av 19 kommuner har utbyggingsplaner.

Økt kunnskap og kompetanse – godt samarbeid

Kompetanseløftet 2015 er også en del av Omsorgsplan 2015, og er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kommunene søker selv om støtte til sine ansatte.



Foto: Anna Solvoll Rognmo

I 2010 ble Finnmark det første fylket i landet der alle kommunene er involvert i Demensomsorgens ABC (internopplæring). Gjennom høgskolen i Finnmark har vi fått utdannet flere sykepleiere med videreutdanning i geriatri og kreftsykepleie.

Åtte kommuner har etablert demensteam, og flere er i gang. Det er høy motivasjon for å øke kvaliteten på utredning av demente og ivareta råd og veiledning til ansatte i sykehjem, hjemmebaserte tjenester og pårørende. En del av kommunene hospiterer hos hverandre for å lære, og noen har også hospitert i spesialisthelsetjenesten på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). I 2010 strevde kommunene med å organisere samarbeidet, men de er nå inne i en positiv utvikling.

Via OPUS (Opplæring-, utvikling- og servicesenter) og ordinære klasser i videregående skoler har Finnmark fylke utdannet helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og geriatrisk fagskoleutdannet helsepersonell. Fylkesmannen har også jobbet for å få etablert et desentralisert fagskoletilbud innen rehabilitering i Honningsvåg.

Vi sliter ennå med rekrutteringen til helsefagutdanninger i den videregående skolen. Flere kommuner har opprettet lærlingplasser, men søkerne uteblir.

Undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjeneste

Undervisningssykehjemmet i Karasjok – for den samiske befolkningen

I 2010 ble Undervisningssykehjemmet i Karasjok

(USH) et hovedundervisningssykehjem for den samiske befolkningen. Kjerneoppgaven deres er å tilrettelegge helse- og omsorgstjenester for personer som har samisk bakgrunn og dokumentere og implementere tilrettelagte tjenester som gir god kvalitet. USH skal samarbeide med de samiske forvaltningskommunene Snåsa, Tysfjord, Lavangen, Kåfjord, Porsanger, Karasjok, Kautokeino, Tana og Nesseby.

De skal også samarbeide nært med det 3-årige demensprogrammet for personer med samisk bakgrunn. Hovedmålet er å heve kvaliteten og øke kapasiteten i tjenestetilbudene til personer som får demens og som har samisk bakgrunn. Programmet skal utvikles i de samiske forvaltningskommunene.

Det er også inngått samarbeidsavtaler med omsorgstjenesten i kommuner om deltakelse i ulike prosjekter innenfor demensomsorgen.

Undervisningssykehjemmet i Alta – samarbeid mellom seks sykehjem

Undervisningssykehjemmet i Alta (UHT) ble etablert i november 2009 og er et samarbeid mellom seks sykehjem. Virksomhetslederne er med i prosjektgruppen, og det er nedsatt arbeidsgrupper ved alle sykehjemmene.

Målsettingen er å bedre kvaliteten på tjenestene til beboere i sykehjem, legge til rette for kompetanseheving for personalet og videreutvikle sykehjemmene til gode læringsarenaer for studenter, elever og lærlinger. I 2010 strevde sykehjemmene noe med å organisere samarbeidet, men nå er de inne i en positiv utvikling.

Høsten 2010 etablerte undervisningssykehjemmet og undervisningshjemmetjenesten et fagnettverk i demens. Målet er å styrke samarbeidet mellom fagmiljøer på sykehjem og i hjemmetjenester for å

knytte kontakter, dele erfaringer og sørge for god informasjonsflyt mellom de ulike virksomhetene. Det er også planer om at USH og UHT skal utlyse "frie midler" for å få i gang fagutviklingsprosjekter både på sykehjem og i hjemmebaserte tjenester. Fylkesmannen skal sitte i et felles styringsråd, og får dermed muligheten til å påvirke hvilke prosjekter som får midler.

Undervisningshjemmetjenesten i Sør-Varanger – aktiv i fagnettverket for demens

Etter en søknadsrunde ble det høsten 2009 utnevnt en undervisningshjemmetjeneste i alle fylker. I Finnmark ble det Sør-Varanger, og kommunen skal ha en aktiv rolle i vårt fagnettverk for demens.

Undervisningshjemmetjenesten i Sør-Varanger satset på følgende prosjekter i 2010: Presentasjon av undervisningshjemmetjenesten, utarbeide nettside, opprette demensteam og ernæringsprosjekt for hjemmeboende eldre, kartlegge hvordan GPS-teknologien kan komme til nytte for demente pasienter og deres pårørende og fallforebyggende arbeid.

Fylkesmannen, USH OG UHT skal arbeide videre med å få til jevne møter for å videreutvikle kompetansen. Undervisningssykehjemmet i Alta og Undervisningshjemmetjenesten i Sør-Varanger skal ta hovedansvaret for å vedlikeholde fagnettverket i demens.

Har gitt resultater

Fylkesmannen har arbeidet aktivt og vært en pådriver for å synliggjøre satsingsområdene i Demensplanen 2015. Vi har arrangert møter og seminarer for

kommunene og sørget for at rådmenn, kommunalsjefer, virksomhetsledere og fagsykepleiere i kommunen har mottatt relevant informasjon. Vi ser at vi fortsatt har en vei å gå for å oppfylle målsettingene i Finnmark, men satsingen har allerede gitt gode resultater. Både kommunenes og Fylkesmannens arbeid fortsetter i 2011.

Demeansaplána jagi 2015 rádjái – man guhkás leat mii joavdan? – Čeahkkáigeassu

Demeansaplána lea oasseplána Omsorgsplan 2015 fuollaplánii man namma lea "Mestring, muligheter og mening". Demensaplána jagi 2015 rádjái lea ráđđehusa 10-jagi doaibmaplána mii galgá nannet bálvalusfálaldaga olmuide geain lea demeansa. Demeansaplána ángiruššansuorggit leat: beaivedoaimmat, heivehuvvon ássanfálaldagat ja máhttobuorideapmi. Plána sisttisdollá čielga doaibmajuid ja boadusulbmiliid jagi 2015 rádjái. Bargu Finnmarkkus dán rádjái: 8 gieldda 19 gielddas leat čađaheamen demeanta olbmuid lagamuččaide kursaid main sii 6-8 eahkedis besset oahppat demeansa birra, dikšunfálaldagaid birra ja vuoigatvuođaid birra. 6 gieldda 19 gielddas áigot huksehit ásodagaid mat leat heivehuvvon demeanta olmuide. Jagi 2010 mielde šattai Finnmarku riikka vuosttaš gielddan mas buot gielddat leat mielde Demeansafuola ABCas (siskkáldas oahpahasas). 8 gieldda leat vuodđudan demeansajoavkku ja eanebut leat čađaheamen dán doaibmajuju. Dan lassin barget gielddat, oahpahasasahusat ja mánggalágan dearvvasvuodaásahusat ovttaráđiid ja lonohallet vásáhusaid ja addet doarjaga ja bagadallama.

Sjølmeldingstilsyn mot feilmedisinering av eldre

Feilmedisinering er en hyppig årsak til uhelse hos eldre. I Helsetilsynets fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre er derfor legemiddelhåndtering et sentralt tema. Med et nyutviklet elektronisk selvmeldingstilsyn håper Fylkesmannen i Finnmark å bidra til å lette internkontrollen ved kommunale hjemmetjenester og sykehjem slik at alle kan være sikre på at legemidlene håndteres på en forsvarlig måte.

Anja Birkeland & Anna Solvoll Rognmo, Fylkesmannen i Finnmark

I 2010 førte Helsetilsyn i fylker over hele landet tilsyn med legemiddelhåndtering i kommunale hjemmetjenester og sykehjem. Dette var et såkalt selvmeldingstilsyn, og gikk ut på at kommunehelsetjenesten fikk tilsendt et spørreskjema som de selv skulle besvare

og returnere til oss. Helsetilsynet i Finnmark valgte på lik linje med andre fylker å lage et elektronisk spørreskjema, men med midler fra Statens Helsetilsyn fikk vi i tillegg muligheten til å utnytte det elektroniske spørreskjemaets pedagogiske potensial med rask tilbakemelding, oppfølging med plan for utbedring og effektiv erfaringsdeling.

For å beskytte de mest sårbare

Målet med tilsyn med legemiddelhåndtering i kommunale hjemmetjenester og sykehjem er å undersøke om kommunen sikrer forsvarlig legemiddelbehandling. Lovgivningen setter som krav at det skal komme klart frem hvem som er ansvarlig for virksomhetens legemiddelhåndtering, at virksomhetens personell har nødvendig og tilstrekkelig



Foto: Anna Solvoll Rognmo

kompetanse, at virksomheten gir nødvendig opplæring og at virksomheten har tydelige prosedyrer og gode rutiner for legemiddelhåndteringen i tillegg til rutiner for internkontroll.

Legemiddelbruken hos eldre mennesker er omfattende, og minst én av ti sykehusinnleggelses skyldes legemidler. Undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser at det i tillegg til omfattende legemiddelbruk blant eldre også er klare indikasjoner på kvalitetssvikt knyttet til medisiner av denne gruppen. Pasientene utsettes for både over- og underbehandling med legemidler som kan ha alvorlige følger for helsetilstand og livskvalitet for den enkelte pasient (Kilde: Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem, Statens Helsetilsyn).

Effektivt og pedagogisk

Helsetilsynet i Finnmark sendte ved dette tilsynet ut 23 elektroniske spørreskjema til sykehjem og hjemmesykepleie i Alta, Båtsfjord, Hammerfest, Loppa og Sør-Varanger kommuner. Etter hvert som svarene ble avgitt i skjemaet, kom det opp en forklaring på forskriftens krav på de enkelte områdene. Utfyller fikk deretter en elektronisk tilbakemelding på om egne rutiner var i samsvar med kravene, eller om de hadde avvik. Dersom ikke alle kravene var oppfylt, fikk virksomheten tilsendt en kvalitetsforbedringsplan med oversikt over forhold som måtte rettes. Virksomheten måtte selv ta stilling til hva som skulle gjøres og innen hvilken dato tiltakene skulle være gjennomført – samt hvordan virksomheten ville kontrollere at tiltakene fikk ønsket effekt.

Kvalitetsforbedringsplanene ble kontrollert av fylkessykepleier Målfrid Ovanger, som var tilgjengelig via e-post eller telefon for råd og veiledning i hele prosessen. Tilsynsfarmasøyt Britt Aksnes Clausen sto også parat til å hjelpe. I etterkant fikk kommunene tilsendt en oppsummering av resultatene til evaluering internt.

Tilsynet avdekket at 9 av virksomhetene fant avvik. 7 av disse 9 laget planer for å følge opp og lukke avvikene.

For alle virksomheter i alle fylker

Utformingen gjør at skjemaet, med mindre endringer, også kan brukes av virksomheter som ikke deltok i dette tilsynet, men som vil kvalitetssikre tjenestetilbudet sitt. Vi håper at riktig mange kommuner i Finnmark og i landet forøvrig skal kunne bruke verktøyet i sin interne kontroll av legemiddelhåndteringen i egne virksomheter, og dermed forebygge feilmedisinering. Skjemaet kan også enkelt overføres til Helsetilsynet i andre fylker, og dermed brukes i hele Norge. Både som verktøy for sjølmeldingstilsyn, og som pedagogisk verktøy for kvalitetssikring i enhver virksomhet.

Lešdieđáhusbearráigeahčču eastadit boarrásiid boasttudáلكkodeami – čoahkkáigeassu

Boarrásat geavahit hui ollu dálkasiid, ja uhcimusat okta logi boarrásis lágiduvvo buhcciidvissui dálkkasgeavaheami geažil. Iskkadeamit čájehit maiddái ahte dán joavkku dálkkodeapmi ii leat doarvái buorre. Jagi 2010 čadahii Dearvvašvuodabearráigeahčču riikkaviidosas bearráigeahčču das man dorvvolaččat gielddaid ruovttubálvalusat ja buhcciidsiidat gieđahalle dálkasiid. Dat lei dakkár iešdieđáhusbearráigeahčču mas doaimmahasat ieža kártejedje lei go sin dálkkasgieđahallan dohkálaš. Finnmárkku dearvvašvuodabearráigeahčču geavahii elektrovnnalaš jearahallanskovi, ja Stáhta dearvvašvuodabearráigeahčču ruđaid vehkiin mii beasaimet ávkašuvvat dan pedagogalaš vejolašvuodain oažžut dieđuid johtilit ruovttoluotta, čadahit johtilis čuovvoleami ja juogadit vásáhusaid. 23 doaimmahusa oassálaste, ja dat ásahasat mat eai ollašuttán gáibá-dusaid, ožžo kvalitehtabuoridanplána ja dieđu das maid sii fertejedje buoridit. Sii válljejedje ieža maid sii galge dahkat, goas ja mo sii háliidedje dárkkistit ahte doaimbabiin lei ávki. Bearráigeahčču gávnna moaittehahti spiehkastagaid ovcci doaimmahasas. Čiežas dain ráhkadedje plánaid mo njulget spiehkastagaid, ja odne lea dušše okta spiehkastat mii ii leat njulgejuv-on.

For få vedtak, for lite kunnskap? – erfaringer med pasientrettighetsloven kapittel 4A

Manglende kunnskap om pasientrettighetslovens kapittel 4A kan gå på rettssikkerheten løs for pasienter. Bekymringen er at helsepersonell utøver tvang overfor pasienter uten at det er støtte i lovverket for det. På bakgrunn av få mottatte vedtak er det grunn til å tro at det brukes tvang uten at lovens vilkår er vurdert og oppfylt. Tenker vi over at det å gjemme medisiner i syltetøyet kan være bruk av tvang? Tenker vi at låste dører på sykehjem er bruk av tvang?

Linda Njarga, Fylkesmannen i Finnmark

Kapittel 4A i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009, og åpner for å utøve tvungen somatisk helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen. Fylkesmannen i Finnmark har gitt opplæring i regelverket. Etter opplæringsrunden ser vi at kommunene har varierende grad av kunnskap om bestemmelsene. Noen kommuner kjenner det godt og har også drevet med opplæring internt. Andre har liten eller ingen kunnskap om regelverket.

Ved psykisk helsevern er det en selvfølge at tvang ikke kan skje uten at vilkårene i lov om psykisk helsevern er oppfylt. Ved ytelse av somatisk helsehjelp kan det imidlertid synes som om det er lavere bevissthet rundt hva som er tvang og hva som ikke er det.

Regelverket stiller store krav til helsepersonellens vurderinger av pasienten og det er et etisk vanskelig felt, hvor pasientens selvbestemmelsesrett og retten til nødvendig helsehjelp skal vurderes.

For få vedtak?

I Finnmark er det fattet forholdsvis få vedtak totalt sett siden regelverket trådte i kraft, og i 2010 kun 27. Det kan være mange årsaker til dette. En mulig grunn er at virksomhetene har fokus og god kunnskap om regelverket, slik at tillitskapende tiltak er iverksatt og at bruk av tvang ikke har vært nødvendig. Det er imidlertid grunn til å tro det motsatte, at virksomheten har liten eller ingen kunnskap om bestemmelsene i kapittel 4A og at det derfor ikke blir fattet vedtak. Det lave antallet vedtak har gjort at Fylkesmannen i Finnmark har funnet grunn til å drive grunnopplæring i bestemmelsene i kapittel 4A. Alle kommunene i fylket og Helse Finnmark HF fikk tilbud om opplæring, og Tana, Nesseby, Kirkenes, Honningsvåg og Hammerfest

har hittil benyttet seg av dette. Flere kommuner ønsket opplæring, og i 2011 skal vi besøke Alta, Kautokeino og Båtsfjord og andre kommuner om de ønsker det. Det er viktig å fokusere på regelverket og få frisket opp og diskutert problemstillinger. Regelverket er ennå nytt, og det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål.

Kun én klage

I 2010 mottok Helsetilsynet i Finnmark kun én klage på vedtak. Den kom fra pasienten selv, med hjelp fra helsepersonellet som hadde fattet vedtaket. Det lave antallet klager må antakelig sees i sammenheng med det lave antallet vedtak. Helsetilsynet i Finnmark har ikke grunn til å tro at pasienter og pårørende ikke kjenner til klageadgangen. Virksomheten som fatter vedtak har plikt til å informere om denne, og vi ser av vedtakene at dette blir gjort.

Loven og Helsetilsynets rolle

Formålet med regelverket er å yte nødvendig helsehjelp til pasienter for å forhindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense bruken av tvang. Før helsepersonell kan bruke tvang skal alltid tillitskapende tiltak ha vært forsøkt. Målsettingen er å få pasienten til å forstå hva som skal skje og opparbeide tillitt mellom pasient og helsepersonell. Dette skal bidra til å forebygge bruk av tvang.

Dersom pasienten, etter at de tillitskapende tiltak er forsøkt, fremdeles motsetter seg helsehjelpen, må helsepersonellet vurdere om det å ikke gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade. Helsepersonellet må vurdere om tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Videre må helsepersonellet vurdere om bruk av tvang er til det beste for pasienten totalt sett. Det er helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som skal fatte vedtakene.

Helsetilsynet i Finnmark behandler vedtak og klagesaker etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. Alle vedtak som fattes skal sendes i kopi til Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket godkjenner ikke vedtak

Tenker vi over at det å gjemme medisiner i syltetøyet kan være bruk av tvang?



slik som vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A. I praksis vurderer Helsetilsynet i Finnmark innkomne vedtak fortløpende. Vi skal kontrollere vedtak som varer over tre måneder. Denne kontrollen gjøres når vedtaket har løpt i tre måneder, og innebærer at vi undersøker om det fortsatt er behov for tvungen helsehjelp. Vi vurderer altså om vilkårene for bruk av tvang fortsatt er til stede. Det er viktig at virksomheten dokumenterer praksis ved bruk av tvangstiltak og har gode rutiner for evaluering av vedtak.

Det er viktig dokumentasjon når vi skal undersøke behovet for tvungen helsehjelp. Utfallet kan være at vedtaket stadfestes, det kan treffes et endringsvedtak, eller vedtaket kan oppheves. Et vedtak kan fattes for maksimalt ett år av gangen.

Menddo uhccán mearrádušat, menddo uhccán máhttu? – vásáhusat buhcciidvuoigatvuođalága kapihttaliin 4A - čoaikkáigeassu

Buhcciidvuoigatvuođalága kapihtal 4A bodii fápmui ođđajagimánu 1. b. 2009, ja rahpá vejolašvuođa bákkuin veahkehit somáhtalaš buhcciid geat leat badjel 16 jagi boarrásat ja geain eai leat návccat miedihit dikšui ja geat vuosttaldit dearvvašvuođaveahki oázžumis. Váilevaš máhttu buhcciidvuoigatvuođalága

kapihttala 4A birra sáhtta dattetge rihkkut buhcciid riektesihkkarvuođa. Njuolggadusaid áigumuš lea addit dárbašlaš dearvvašvuođaveahki buhcciid eastadan dihtii mearkkašahti dearvvašvuođavahága, ja eastadan ja ráddjen dihtii bággoeavaheami. Ballu lea dattetge ahte dearvvašvuođabargit bággejit buhcciid dakkár dáhpáhusain main sis ii leat dasa doarjja njuolggadusain. Go eat leat ožžon galle mearrádusa, de lea jáhkkimis ahte čadahuvvo bággu ovdalgo lága eavttut leat árvoštallojuvvon ja ollašuohttojuvvon. Danne lea Finnmárkku fylkkamánne čadahan oahpaheami kapihttala 4A mearrádusaid birra. Buot fylkka suohkanat ja Finnmárkku Dearvvašvuohta HF ožžo oahpahusfálaldaga jagi 2010, ja Deatnu, Girkonjarga, Honnesváhki ja Hámmárfeasta leat dán rádjai geavahan fálaldaga. Jagi 2011 mii áigut galledit Áltta, Guovdageainnu ja Báhcavuona ja eará suohkaniid mat dan háliidit.

Hvorfor følge forvaltningsloven?

I 2010 har Fylkesmannen og Helsetilsynet i Finnmark møtt tjenesteytere som legger stor vekt på å gi rett hjelp til rett tid. Vi har imidlertid også sett flere eksempler på offentlig saksbehandling som ikke er i tråd med forvaltningsloven. Dette kan i verste fall medføre at befolkningen i Finnmark ikke får oppfylt sine rettigheter etter helse- og sosial-lovgivningen.

Kristi Ingunn Aresvik Hals, Fylkesmannen i Finnmark

I 2010 hadde vi økt fokus på kvalitet i saksbehandlingen innenfor helse- og sosialsektoren i Finnmark. Vi har blant annet arrangert saksbehandlerkurs for å bidra til økt kompetanse innen offentlig saksbehandling, vi har ført tilsyn med kommunenes saksbehandling ved avlastning til eldre og vi har hatt et tettere samarbeid om saksbehandling med Pasientreiser Helse Finnmark enn tidligere.

Gjennom arbeidet har vi først og fremst funnet tjenesteytere som jobber målrettet for å kunne gi gode tjenester til rett tid – enten det består i å sørge for at de som søker om refusjon fra Pasientreiser Helse Finnmark får sine saker behandlet raskt, eller at de som har behov for helse- og sosialtjenester får et tilbud fra kommunen.

Vi har imidlertid også sett en tendens til at selve saksbehandlingen ikke vies like stor oppmerksomhet, og at saksbehandlingen derfor ofte ikke er i tråd med forvaltningsloven. Ufullstendige utredninger, mangelfulle begrunnelser for vedtak og dårlig informasjon om klageadgang er typiske eksempler.

Folk får da det de har krav på!?

Vår kontakt med kommunen og saksbehandlerne har gitt oss et inntrykk av at dette er kjent, men at manglende opplæring, lite ressurser og en hektisk hverdag gjør at saksbehandling nedprioriteres. Et svar vi har fått flere steder er: "Vi er klar over at vi ikke følger forvaltningsloven til punkt og prikke, men befolkningen får da det de har krav på!" Er det greit at forvaltningslovens regler ikke følger hvis man er rimelig sikker på at Ola finnmarking likevel får det han har krav på?

Selv en svoren byråkrat ser realiteten i at risikoen for formelle feil noen ganger kan være å foretrekke framfor lang ventetid på et vedtak. Det hjelper også lite å bruke reglene riktig hvis dette koster så mye at det ikke er ressurser igjen til å yte de tjenestene som

er målet. Satt på spissen kan dette være argumenter for og forklaringer på hvorfor saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven ikke alltid følges. Enkelte av de formelle kravene som forvaltningsloven stiller til saksbehandlingen har likevel så grunnleggende betydning for befolkningens rettssikkerhet at feil kan føre til at folk ikke får den tjenesten de faktisk har krav på.

Behovene må dokumenteres

Vi kan ikke forvente at søkere til tjenester gir all den informasjonen som er relevant for å avgjøre om de har behov for en tjeneste, hvilken tjeneste dette er eller hvor omfattende behovet er. Manglende kunnskap om tilgjengelige tjenester og problemer med å uttrykke sitt egenlige behov kan gjøre det vanskelig å tolke en søknad. Hvis utredningen av en slik sak kun er basert på at man "kjenner" tjenestemottakere i et lite samfunn, hvor sikker kan man da egentlig være på at brukerens reelle behov blir dekket? Og hvordan skal en ny saksbehandler kunne tilegne seg kunnskap om tjenestemottakerne hun eller han skal ha ansvar for hvis ingen har skrevet ned informasjonen?

En viss risiko for feil vil det alltid være i offentlig saksbehandling. Men hvordan skal feil kunne rettes opp hvis mottakeren av vedtaket ikke vet hva som er begrunnelsen for avgjørelsen, og kanskje heller ikke får opplysninger om at han har rett til å klage?

Balanse mellom saksebehandling og tjenesteyting Flere kommuner, helseforetak og andre organer som utfører forvaltningsoppgaver i Finnmark står daglig overfor store utfordringer, blant annet stadig utskifting av kjernepersonell og ellers begrensede ressurser til å utføre omfattende oppgaver.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Finnmark har forståelse for at ressursene ikke alltid strekker til for å sikre en optimal kvalitet i saksbehandlingen. Vi vil likevel utfordre både ledere og tjenesteytere i kommuner, på Pasientreisekontor og hos andre aktører innen helse og sosial til å fortsette sitt kontinuerlige arbeid med å opprettholde og bedre kvaliteten på tjenester til befolkningen i Finnmark. Etter vår mening kan et ledd i dette arbeidet være å bli mer bevisst på å finne en balanse mellom fokuset på den formelle saksbehandlingen og den faktiske tjenesteytingen.



Foto: Scanpix

Manne lea dehálaš čuovvut hálddahuslága? – Čoahkkáigeassu

Jagi 2010 leat Finnmárkku fylkkamáne ja Finnmárkku dearvvašvuodabearráigeahčču deaivvadan bálvalusfálliguin geat ulbmillaččat geahččalit addit rivttes veahki rivttes áigái. Muhto mii leat maiddái oaidnán almmolaš áššemeannudeami ovdamearkkaid main hálddahusláhka lea rihkkojuvvon. Das sáhtta bahámus boadusin šaddat ahte olbmot eai oaččo dan bálvalusa masa sis rievtti mielde livččii vuoigatvuohta. Finnmárku dearvvašvuodasuorggis leat beaivválaččat stuorra hástalusat, earret eará guovddášbargiid dávjjes molsu- ma geažil ja muđuid dannego ráddjejuvvon resurssai- guin galget viiddis doaimmamušat čađahuvvot, ja mii áddet ahte resurssat eai leat doarvái stuorrát sihkkarastin dihtii buoremus áššemeannudeami. Mii hástalit dat- tetge dearvvašvuoda- ja sosiálasuorggi buot doaimmiid ain joatkevaččat bargat dan ovdii ahte sii sáhtte bisuhit ja buoridit bálvalusaideaset Finnmárkku álbmogii. Min oaivila mielde sáhtta dán barggu oassin leat gávnnaht formála áššemeannudeami ja duohta bálvalusfálalda- ga gaskii buori dássitvuođa.

Øvrige aktiviteter

Klagesaker i sosialtjenesten

Antallet klagesaker etter sosialtjenesten gikk noe ned i 2010. Vi mottok 57 klager i 2010, mot 70 i 2009, og behandlet 55. Av disse er 23 klager etter lovens kapittel 4 om praktisk bistand, avlastning, omsorgslønn og støttekontakt.

I 2010 behandlet Fylkesmannen i Finnmark 55 klager. De fordeler seg slik:

Økonomisk sosialhjelp	32	58%
Sosiale tjenester	23	42%
Andre sakstyper	0	0

Barne- og familiesaker

Fylkesmannen behandler søknader om separasjon og skilsmisser etter lov om ekteskap, samt dispensasjon til å inngå ekteskap før fylte 18 år.

I 2010 utstedte vi 143 skilsmissebevillinger og 202 separasjonsbevillinger. Dette er en nedgang fra 2009, hvor vi utstedte 207 skilsmissebevillinger og 263 separasjonsbevillinger.

Etter lov om anerkjennelse av utenlandske skilsmisser og separasjoner, mottok vi 18 søknader om godkjenning av utenlandske skilsmisser. 15 av søknadene ble godkjent.

Fylkesmannen får daglig henvendelser fra publikum som trenger råd og veiledning på familierettens område. Vi behandlet én sak om reisekostnader etter barneloven. I tillegg har vi besvart en del henvendelser om dette temaet.

I 2010 behandlet vi 13 saker som gjelder oppsporing av biologiske foreldre.

Barnevern

Fylkesmannen er både klageinstans og tilsynsmyndighet etter lov om barneverntjenester. I 2010 fikk vi inn 34 klagesaker etter barnevernloven. Vi ser en sterk økning i antall saker fra 2009, da vi hadde 23 saker. Antall klager/beklagelser har de siste årene holdt seg mellom 20-30 saker.

De fleste sakene er beklagelser der det uttrykkes misnøye med barnevernets håndtering av saken. Flere av sakene kommer fra annet nettverk enn foreldrene.

I flere av sakene ser vi at det også er eskalerte foreldrekonflikter i forbindelse med samlivsbrudd og barnefordeling.

Det er behandlet 7 saker om fritak fra forvaltningsmessig taushetsplikt. Vi har gjennomført 10 tilsyn ved fylkets to institusjoner: 1 systemrevisjon, 2 anmeldte tilsyn og 2 uanmeldte tilsyn per institusjon. I løpet av året har vi brukt mye tid på å besvare telefoner fra publikum og kommuner om lovforståelse og annet.

Vi har arrangert nettverksamling for barnevernlederne i fylket, og gjennomført arbeidsmøte med Sametinget sammen med Nordland og Troms om samiske barns rettigheter.

Tidlig intervensjon og samhandling var satt på dagsorden under vår store ruskonferanse i høst, der det ble lagt vekt på å treffe alle som arbeider med barn og unge.

Fører kort saker

I 2010 ble 380 saker vedrørende fører kort ferdig behandlet, og gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 28 dager. Fører kort er en stor portefølje hos Fylkesmannen i Finnmark, og et område hvor det er stor pågang på telefonen fra publikum. Dette er også et område hvor vi har sett en stor økning i antall saker det siste året. Dette er også en nasjonal trend.

Meldinger etter spesialisthelsetjenesten § 3-3 (IK-2448)

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 lovfester meldeplikten til Helsetilsynet i fylket. Meldeplikten gjelder for alle helseinstitusjoner som omfattes av lov om spesialisthelsetjenesten med mer. Meldeplikten innebærer at helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, snarest mulig skal melde til helsetilsynet om forhold som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig personskaade. Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunn for hendelsen, og å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen – altså læring og forbedring. Meldeplikten er ment å støtte helseinstitusjonens internkontrollsystem og kvalitetsarbeid.

Meldeplikten til Helsetilsynet i fylket skal legge til rette for

- Utarbeidelse av oversikter over alvorlige hendelser

- Tilsyn og rådgiving til helseforetakene og de private sykehusenes behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid
- Oppfølging av gjentakende eller alvorlige forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet, eller som kan påføre pasientene en betydelig belastning eller skade.

En åpen holdning rundt uønskede hendelser, skader og nestenulykker og bruk av den informasjon disse hendelsene gir virksomheten er en forutsetning for et godt pasientsikkerhetsarbeid. Antall meldinger er ikke egnet til å si noe om omfanget av uønskede hendelser med fare for betydelig skade på pasient, da det er en kjent underrapportering av slike hendelser. Helsetilsyne i fylket gjennomgår alle meldingene, og i hvert enkelt tilfelle blir det vurdert om det er gjort en analyse av hendelsen i tråd med retningslinjene for behandling av meldingene. Helsetilsynet i Finnmark har ikke opprettet tilsynssak i 2010 på bakgrunn av § 3-3 melding.

I 2010 mottok Helsetilsynet i Finnmark 25 meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Dette er en nedgang fra 2009 hvor det ble sendt inn 27 meldinger.

Antall meldinger i Helse Finnmark fordeler seg på Klinikk Kirkenes og Klinikk psykisk helsevern og rus hvor det er en økning i forhold til i fjor.

Klinikk Hammerfest har en nedgang fra tidligere, med kun 1 melding inneværende år.

Etter tilsyn med meldeordningen i psykisk helsevern og rus i september 2010, har antall meldinger økt. Det er likevel små tall – 6 meldte hendelser i 2010, mot 4 meldinger i 2009. Vi ser at meldingene blir behandlet på en bedre måte enn tidligere.

De forhold som hyppigst meldes fordeler seg slik:

- 5 meldinger på svikt i innkallingsrutiner og forsinket prøvesvar
- 5 meldinger fra gynekologisk avdeling / fødeavdelingen
- 5 meldinger om feilmedisinering
- 2 suicid, og 1 suicidforsøk

I slutten av 2009 ble det gjennomført en omorganisering i Helse Finnmark i forbindelse med kvalitetsarbeid i klinikkene. Det ble opprettet KVAM-råd og utvalg istedenfor kvalitetsutvalget som tidligere ferdigbehandlet § 3-3 meldingene. Hvorvidt denne omorganiseringen fungerer som planlagt vet vi ikke, men det vi vet at det har vært en nedgang i antall meldinger fra foretaket, og det er ikke en god utvikling.

Rekvirering av sentralstimulerende legemidler

Fylkesmannen i Finnmark behandlet i 2010 178 søknader fra leger om å få skrive ut sentralstimulerende legemidler. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 7 dager.

Klager på helsetjenesten

Vi deler klagen i rettighetsklager og tilsynssaker. Det er gråsoner i denne inndelingen. Et slags kriterium på skillet, er at tilsynsklagene gjelder fortid – det klages på kvaliteten av en tjeneste eller oppførsel til et helsepersonell, mens rettighetsklagen peker framover – det klages på noe man ikke har fått, for eksempel at man ikke har fått innkalling til undersøkelse man er blitt lovet.

Blant rettighetsklagen er også saker om økonomiske forhold knyttet til syketransport. De fleste tilsynssaker dreier seg om misnøye med helsepersonell, deres oppførsel eller på dårlig kommunikasjon. Mange av disse sakene sender vi tilbake til såkalt lokal avklaring eller minnelig løsning: To parter som ikke har kommunisert godt og hvor følelser har vært i sving, har ofte de beste forutsetninger for å lykkes med gode avklaringer. Ofte er det misforståelser i slike saker, som best avklares lokalt. Slike lokale avklaringer bidrar også til viktig læring i helsetjenesten og hos helsepersonellet.

I 2010 behandlet vi totalt 109 tilsyns- og rettighetssaker, mot 97 i 2009. Dette føyer seg inn i en økning av saker vi har sett over flere år.

Vi behandlet 65 tilsynssaker i 2010. Gjennomsnittlig behandlingstid for disse sakene var 100 dager (landsgjennomsnitt: 137).

I 2010 behandlet vi 28 saker om syketransport. Dette er en markant økning fra 2009 hvor vi hadde 8 saker. Her var gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 70 dager (kravet er 92 dager).

Av øvrige rettighetssaker har vi behandlet 16 saker i 2010 (inkluderer også klager etter kommunehelsetjenesteloven). Her hadde vi dessverre en lengre saksbehandlingstid enn det som er kravet: 90 % av sakene skal være behandlet innen 92 dager. I Finnmark hadde vi behandlet 90 % innen 149 dager. Vi er ikke sikker på hva som ligger bak denne forlengede behandlingstiden, men vi ser at disse sakene ofte er komplekse og at det er nødvendig med mye informasjonsinnhentning, og ofte fra flere instanser.

Fordelingen av klager perioden 2008-2010

	2008	2009	2010
Tilsynsklager	40	77	65
Syketransport-saker	5	8	28
Øvrige rettighets-saker	6	12	16
Totalt	51	97	109

Helsetjenesten til innsatte i fengsel

Helsetilsynet i Finnmark har hatt ca 10 hendelsesbaserte klager fra innsatte i Vadsø fengsel i 2010. Informasjon innhentet i sakene kan tyde på at fengselshelsetjenestens kapasitet og kvalitet ikke

er tilfredsstillende. Fylkesmannen hadde på denne bakgrunn et møte i juni 2010, hvor fengselsledelsen, spesialisthelsetjenesten og fengselshelsetjenesten deltok. I møtet ble viktigheten av kontinuitet i helsehjelp før, under og etter soning vektlagt, inklusiv retten til individuell plan.

Systemrevisjoner, stikkprøvetilsyn og sjølmeldingstilsyn i 2010

I 2010 gjennomførte vi 17 tilsyn etter helselovgivningen, 3 tilsyn etter lov om sosiale tjenester i NAV, 5 ½ tilsyn etter den øvrige sosiallovgivningen og 2 etter barnevernslovgivningen. Dette er en stor andel av oppgavene som avdelingen gjennomfører hvert år, da dette er en ressurskrevende tilsynsform, både for oss og for dem vi tilsyner.

Rapportene fra alle systemrevisjonstilsynene finner du på Fylkesmannen i Finnmark sine hjemmesider www.fmfi.no og på hjemmesidene til Statens Helsetilsyn www.helsetilsynet.no

Tema for systemrevisjonene etter både helse- og sosiallovgivningen:

- Tilsyn med tjenester til demenssyke i eget hjem eller i omsorgsbolig.
- Tilsyn med fastlegens utredning og oppfølging av demente.

Begge tilsynene omhandlet fastlegens samarbeid med pleie og omsorgstjenesten knyttet til behandling og oppfølgingen av demente pasienter, og ble gjennomført etter samme mal i alle landets fylker.

Tilsynene ble gjennomført i Gamvik, Lebesby, Tana og Vadsø. På grunn av askeskyen fra Island ble kun tilsynet rettet mot fastlegen gjennomført i Gamvik kommune.

Tema for systemrevisjonene etter helselovgivningen:

- Tilsyn rettet mot medisinsk avdeling og enheter involvert i mottak av personer med mistanke om akutt hjerneslag i Helse Nord

Tilsynet var en del av de regionale tilsynene i Nordland, Troms og Finnmark, og fokuserte på forløpet fra melding om pasient med mistanke om hjerneslag blir mottatt av AMK, transport, mottak i sykehus, diagnostisering, behandlingstiltak og oppfølging på avdeling. Gjennomført ved Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest.

- Tilsyn med virksomhetens meldeordning i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd
- Tilsynet omhandlet hvorvidt det gis skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Gjennomført ved Helse Finnmark HF, Klinikk psykisk helsevern og rus, VVP Lakselv
- Tilsyn med behandling av barn og unge med ADHD diagnose

Tema for tilsynet var om BUP sikrer forsvarlig vurdering og prioritering av nye pasienter, samt sikrer forsvarlig utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med ADHD diagnose.

Gjennomført ved Helse Finnmark HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Kirkenes

Stikkprøvetilsyn:

- Tilsyn med den kommunale saksbehandlingen ved avlastning til eldre

Tilsynet ble basert på gjennomgang av den skriftlige dokumentasjonen i et visst antall saker fra hver enkelt kommune.

Formålet med tilsynet var å undersøke om kommunene ivaretar behovet for avlastning for omsorgsytere som har omsorg for eldre, enten behovet imøtekommes gjennom avlastningstiltak etter sosialtjenesteloven eller som en del av grunnlaget for tildeling av korttids plass etter kommunehelsetjenesteloven.

Tilsynene ble gjennomført i Kautokeino, Karasjok, Nordkapp, Måsøy og Kvalsund kommuner.

Sjølmeldingstilsyn:

- Tilsyn med legemiddelhåndtering til pasienter i sykehjem og til hjemmeboende i kommunehelsetjenesten

Dette er en ny måte å gjennomføre tilsyn på. Virksomheten fyller selv ut et spørreskjema og finner ut om deres praksis er i overensstemmelse med lovkravene. Formålet med tilsynet er at kommunene skal undersøke om de etterlever kravene i lov og forskrift når det gjelder legemiddelhåndtering til pasienter i sykehjem og til hjemmeboende der kommunens hjemmetjeneste administrerer legemidler.

Gjennomført i til sammen 22 virksomheter i Hammerfest, Alta, Sør-Varanger, Båtsfjord og Loppa kommuner.

Tema for systemrevisjonene etter sosialtjenester i NAV:

- Tilsyn med behandling av søknader om økonomisk sosialhjelp

Tilsynet omhandlet om kommunen ved sine styringsaktiviteter (internkontroll) sikrer at søknader om økonomisk stønad behandles i henhold til lov- og forskriftskrav. Det skal særlig legges vekt på å undersøke om kommunen sikrer at det foretas individuelle vurderinger.

Gjennomført i Båtsfjord, Sør-Varanger og Nordkapp kommuner.

Tema for systemrevisjonene etter barnevernlovgivningen:

- Tilsyn med tilbakeføring ved rømming fra institusjon
- Tilsynet så på om institusjonen gjennom sin internkontroll styrer på en slik måte at tilbakeføring ved rømming sikres i henhold til gjeldende lovkrav.

Tilsynet ble gjennomført ved Vadsø ungdomssenter og Alta ungdomssenter.

Dette er helse- og sosialavdelinga (per mai 2011)

Karin Straume



har vært fylkeslege siden august 2006. Fra 1997 til 2006 jobbet hun som prosjektleder hos Fylkesmannen i Finnmark. Straume er spesialist i samfunnsmedisin.

Bjørn Øygard



har vært assisterende fylkeslege siden juli 2006. Han er spesialist i samfunnsmedisin med bakgrunn fra kommunehelse-tjenesten. Øygard har hjemmekontor i Sauda og pendler til Vadsø to uker i måneden. Han jobber med ulike samfunnsmedisinske tema, turnus-tjenesten for leger, klagesaker og tilsyn.

Irja Mone Urdal



er seksjonsleder for helseseksjonen. Hun er utdannet sosionom og sosiolog og jobber blant annet med helsemessig- og sosial beredskap og turnustjeneste for helsepersonell, samt råd og veiledning.

Linda Kråkenes



er seksjonsleder for sosialseksjonen. Hun er utdannet jurist og jobber blant annet med klagesaker etter sosialtjenesteloven, kapittel 4A, barnevern, familiesaker, samt råd og veiledning.

Tyra V. Mannsverk



er vår rusrådgiver. Hun har master i praktisk kunnskap og har ansvar for Opptappingsplan rus, boligsosialt arbeid, samt tilskuddsordningene som faller inn under disse områdene. Hun er også ansvarlig for aktiviteten i Rusforum Finnmark.

Turid Kilvær



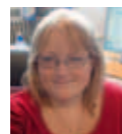
arbeider 50 prosent på helse- og sosialavdelingen og 50 prosent på landsbruksavdelingen. Hos oss har hun ansvar for tilskuddsordningen til veiledningsgrupper i allmenn- og samfunnsmedisin, turnus, samt barnevernrapporteringer og separasjons- og skilsmisssaker.

Kristin Hagen



er jurist og arbeider med klagesaker og systemrevisjoner innenfor barnevernsområdet, samt barnelov.

Vera Meyer



er sykepleier og seniorrådgiver og har hovedansvaret for Omsorgsplanen 2015 og Kompetanseløftet. Hun jobber også med systemrevisjoner på helseområdet, klagesaker i pleie- og omsorgstjenesten, farmasøytisk tilsyn, IPLOS og demensplanen. Hun gir råd og veiledning i sykepleiefaglige problemstillinger.

Ingunn Andlaug Dahlen



er seniorrådgiver hos oss. Hun er utdannet sosionom med mastergrad i sosialt arbeid og arbeider med klagesaksbehandling og tilsyn etter sosiallovgivningen.

Geir Åge Bendiksen



er vernepleier og har ansvaret for oppgavene på psykisk helseområdet. Han jobber i tillegg med tilsyn og klagesaker på helseområdet og tilsyn på barnevernsområdet.

Sølvi Arvola



er barnevernspedagog og har hovedansvar for barnevernsområdet. Hun arbeider både med tilsyn, klagesaker, råd og veiledning.

Catarina Schjøberg



er sosionom og arbeider med klagesaksbehandling og tilsyn etter sosiallovgivningen. Hun jobber i tillegg med krisesentre og seksuell helse.

Gry Bogetun



er vernepleier og seniorrådgiver. Hun arbeider med rehabilitering, individuell plan og koordinerende enhet. Videre arbeider hun med sosialtjenestelovens kapittel 4. Hun har hovedansvar for utviklingshemmede og sosialtjenestelovens kapittel 4A, som regulerer bruk av tvang og makt overfor enkeltmennesker med utviklingshemming.

Lene Risten



er jurist og jobber med klagesaker etter helselovgivningen, systemrevisjoner på helseområdet, samt særfradragssaker.

Elisabeth Munkebye Lamøy



er sosionom og jobber som rådgiver innen sosialfaglig tenkning og metode i NAV. Da spesielt i forbindelse med Kvalifiseringsprogrammet, men også annen type råd og veiledning.

Linda Njarga



er sykepleier og arbeider med tilsyn, klagesaker, meldinger etter spesialisthelsetjenesten §3-3, forskrivning av sentralstimulerende legemidler, pasientrettighetsloven kapittel 4A, samt turnustjeneste for fysioterapeuter.

Kristi Ingunn Aresvik Hals



er jurist og jobber med klagesaker etter helselovgivningen, systemrevisjoner på helseområdet og saker etter alkoholloven.

Agnes Stafsnes

er assisterende fylkeslege og jobber med klagesaker på helseområdet, samt førerkortsaker.

Tove Mette Andreassen

skal jobbe med førerkortsaker, separasjoner og skillisser, samt saker knyttet til barne- og ekteskapsloven, oppsporing av biologiske foreldre og navneendringssaker.

Tom Olav Stavseth

blir rådgiver innen folkehelsearbeid, forebygging og psykisk helse. Arbeidsområder er helseovervåkning, kosthold, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, helse i plan, samt oppfølging av kommunenes arbeid med psykisk helse.

Berit Johanne Guttorm Ballari

skal jobbe med klagesaker og systemrevisjoner etter sosialtjenesteloven.

Helen Brandstorp

20% stilling. Jobber med legevaktsturset (akuttkurset) for turnusleger – som gjennomføres tre ganger (vest, midt og øst) hvert halvår.

Drude Brattlien

Fastlege i Sør-Varanger med 20% stilling som gruppeveileder for turnuslegene i øst-Finnmark. Har 2 gruppesamlinger, samt turnuskurset (hvor alle turnuslegene samles i Vadsø).

Georges Nasr

Kommuneoverlege i Karasjok med 20% stilling som gruppeveileder for turnuslegene i midt-Finnmark. Har 2 gruppesamlinger, samt turnuskurset (hvor alle turnuslegene samles i Vadsø).

Øystein Furnes

Fastlege i Alta med 20% stilling som gruppeveileder for turnuslegene i vest-Finnmark. Har 2 gruppesamlinger, samt turnuskurset (hvor alle turnuslegene samles i Vadsø). Er i vikariat for fastlege Daniella Ivan som kommer tilbake i september 2011.

Mona Søndena

Kommuneoverlege i Sør-Varanger med 20% stilling som ansvarlig for Samfunnsmedisingruppa – både spesialiseringsgruppe og nettverksgruppe for leger i Finnmark.

Ny medarbeider på barnevernsområdet

skal jobbe med å følge opp kommunene i tråd med den nasjonale styrkingen av det kommunale barnevernet.



Besøksadresse: Statens hus, Damsveien 1, Vadsø
Postadresse: Statens hus, 9815 Vadsø
Telefon: 78 95 03 00
E-post: postmottak@fylkesmannen.no
Nettsider: fylkesmannen.no/finnmark