

Helsetilsynet i Finnmark  
Fylkesmannen i Finnmark

## Helse-og sosialmeldingen 2005

**Vi står  
han av**



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	5
Helse og det gode liv i Finnmark – kan de forenes? .....	7
Det sunne liv i Finnmark .....	11
Helse og sosialtjenester på to sider av en grense .....	15
Når far blir glemsk og bussen ikke går .....	19
Seiler fosterhjemmene sin egen sjø? .....	21
«Ikke stykkevis og delt» .....	25
Og bedre skal vi bli .....	29
Ja takk, begge deler .....	33
Helsetilstand – Finnmarks-undersøkelsen 2002-2003 .....	37
Skolemedisin og alternativ behandlere – Finnmarksundersøkelsen 2002-2003 .....	41
Aktivitetsoversikt 2005 Helse-og sosialavdelingen .....	45







## Forord

Helsetilsynet i Finnmark og Fylkesmannens helse- og sosialavdeling lager for første gang en felles helse- og sosial melding etter at helse og sosialavdelingene ble slått sammen i november 2004. Vi har skrevet artikler om utvalgte problemstillinger som opptok oss i året som gikk. Denne meldingen er ikke en fullstendig årsrapport.



Vår oppdragsgiver er i utgangspunktet Statens helse- tilsyn. I tillegg ønsker vi at administratorer, fagfolk og politikere som har ansvar for å utvikle tjenestene skal få del i de erfaringene vi høstet gjennom forskjellige aktiviteter i fjor.

Våre arbeidsmetoder er tilsyn og veiledning. Det gjør vi gjennom klagebehandling, systemtilsyn og veiledning etter enkelthenvendelse og gjennom store prosjekter.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten står foran store utfordringer i tiden som kommer. Derfor er det viktig at tjenesten kvalitetssikres og videreutvikles i god dialog mellom Helsetilsynet i Finnmark og Fylkesmannens helse- og sosialavdeling på den ene side, og tjenesten på den annen side.

Helsetilsynet i Finnmark og Fylkesmannens helse- og sosialavdeling ønsker å være et sosialmedisinsk kompetansesenter og en aktør i Finnmark. Denne helse- og sosialmeldingen ønsker vi skal si noe om både tjenester, helsetilstand og sosiale kår. Forhåpentligvis vil den kunne gi inspirasjon til nyorientering og kvalitetssikring av tjenesten til alle våre innbyggere.

A handwritten signature in blue ink that reads "Beate Søholt Lupton".

Beate Søholt Lupton  
fungerende fylkeslege



**Finnmark har tradisjonelt ligget i feil ende av alle helse- og sosialstatistikker så lenge dette har vært ført. Fattigdommen var synlig her lenge etter krigen, og i de senere år er vi fremstilt som snyltende stønadsmottakere. Hvorfor er det allikevel mange som trives og synes vi har gode lokalsamfunn. Hva er det som gjør at vi sliter med helsa, men liker oss godt? Kan kvaliteter ved våre lokalsamfunn være av betydning?**

## Helse og det gode liv i Finnmark – kan de forenes?

Av fungerende fylkeslege Beate Søholt Lupton

### Bakgrunn

Etter krigen har vi hele tiden hatt høyere totaldødelighet enn resten av landet. De viktigste årsakene til helseproblemene har vært høyere andel med hjerte- og kar lidelser, de kreftformer om skyldes røyking, og ulykker. Det har derfor vært ført mange kampanjer for å forsøke å få Finnmarkingene til å legge om livsstilen. Mange har ment at det var det samme som å ødelegge Finnmarkskulturen og ta bort det som gjør det godt å bo her. Hva er en fisker uten røyk og kaffe? I tillegg har det vært mange rapporter på høyt forbruk av trygder og stønader. Er Finnmarkingene kun stønadsmottakere i et samfunn som er i ferd med å falle fra hverandre. Hva er det slags kvaliteter ved Finnmarkssamfunnene som gjør de gode på tross av mange problemer.

Dette skal handle om noe av det som er vesentlig for det gode liv i Finnmark. Kanskje det til og med er helsebringende, og det er ikke sikkert at det er motsetning mellom helsefremmende kvaliteter og det gode liv.

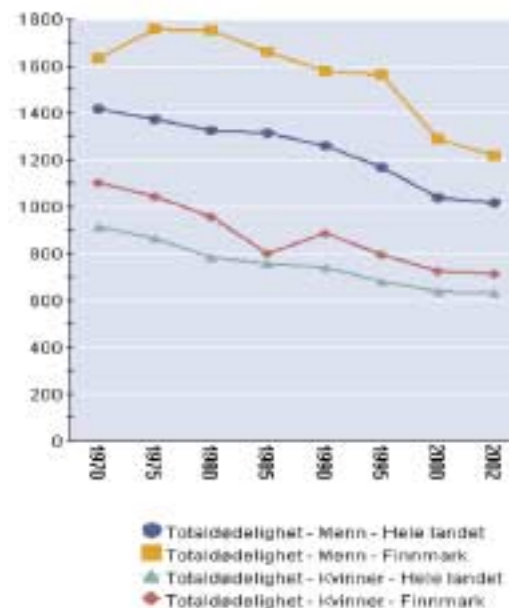
### Hva skyldes helseproblemene

Det har vært godt kjent at finnmarkingene har hatt en livsstil

som har gitt hjerte og kar lidelser og røykerelatert kreft. Ulykker har også vært viktig for den høye overdødeligheten. Forskjellene mellom Finnmark og landet er imidlertid i ferd med å jevne seg ut.

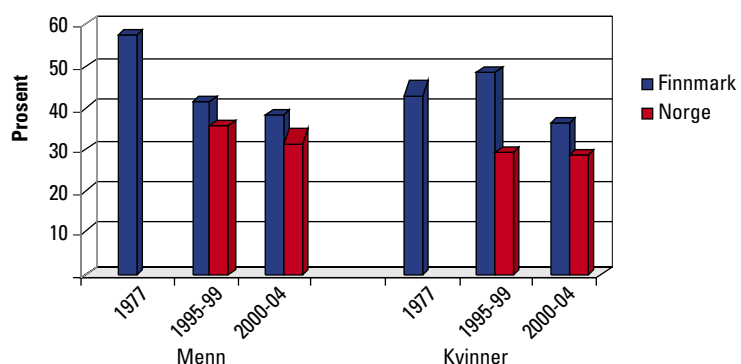
Når det gjelder andelen som røyker lå Finnmarkingene lenge høyt, men fra 1995 slutter en større andel å røyke i Finnmark enn i resten av landet (figur 2).

Sosial klasse er også viktig for helsa, det viser en rekke studier. I resten av Europa har man gjort tallrike studier på dette, mens man i Norge først i de senere årene har begynt å fokusere på forskjeller i helse mellom sosiale klasser. Forskjellen i helse mellom fylker har så vidt meg bekjent ikke vært sett i dette lys. I tillegg er det klart vist av tidligere



Figur 1: Totaldødelighet pr. 100.000 Finnmark og landet 1970-2000  
Kilde Norgeshelsa

FIGUR 2: Andel dagligrøykere Finnmark og landet 1977-2004



Kilde: Sosial og helsedirektoratet, Finnmarksundersøkelsene



Frivillig innsats.

distriktslege i Sør-Varanger og professor, Anders Forsdahl, at dårlige oppvekstvilkår med dårlig ernæring før krigen, gir økt dødelighet i voksen alder. Kanskje forskjellen mellom Finnmark og

resten av landet skyldes at det er mange i de laveste sosiale klassene bedømt enten ut fra inntekt eller fra utdanningsnivå, og der i tillegg noen av de eldste også hadde svært vanskelige oppvekstvilkår?

Selv om utdanningsnivået for yngre kvinner i Finnmark nå ligger over landsgjennomsnittet, er det fortsatt en stor andel av befolkningen som bare har grunnskole som høyeste fullførte utdanning når vi ser på alle aldersklasser. Utdanningsnivået som mål for sosial klasse har betydning for helsa når vi vurderer hele befolkningen, ikke bare de unge.

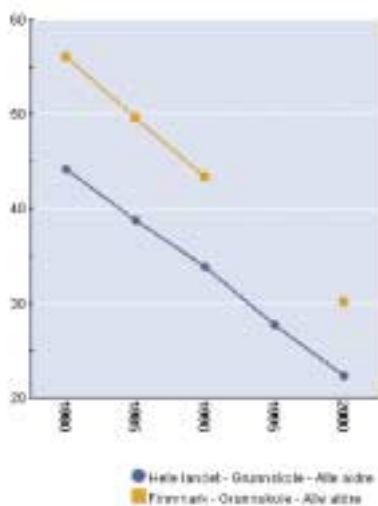
### Stedets betydning

Vi kan altså konstatere at årsakene til høy dødelighet er sammensatt, men at sosial klasse og oppvekst vilkår er viktige faktorer. Er

det noen faktorer i Finnmark som virker positivt og motvirker disse, eller må vi bare avvente at de gamle dør ut og at de sosiale forskjellene blir mindre mellom Finnmark og landet. Det er sannsynlig at tilnærmingen mellom Finnmark og landsgjennomsnittet hva gjelder totaldødelighet skyldes nettopp dette.

Den skotske sosiologen Sally Macintyre har gjennom flere arbeider vist at det ikke bare er sosial klasse som gir dårlig helse. Lokalsamfunnet beskaffenhet er også viktig. Hun viste at individer i høye sosiale klasser som bodde i underprivilegerte områder, hadde dårligere helse enn de i samme sosiale klasse som bodde i et privilegert område. Hun konkluderte med at individer uavhengig av klasse ble påvirket av stedets kvaliteter.

Hun studerte underprivilegerte områder i Glasgow som var pre-



Figur 3: % Høyeste fullførte utdanning som mål for sosial klasse  
Kilde Norgeshelsa



Infrastruktur. Foto: Hans Arne Nergaard, Båtsfjord kommune.

get av offentlig eide boliger av dårlig standard, ingen frivillige organisasjoner, lang avstand til besluttsende organer, mye vold, høy arbeidsledighet og dårlig infrastruktur (reduisert offentlig transport, dårlig helsetjeneste, forsøplet, mangler på parker og lekeplasser, butikker av ok standard etc.) Hun viste at helsa til alle sosiale klasser var dårligere her enn hvis individer fra tilsvarende klasser bodde i et privilegert område.

### Frivillig innsats

Selv om mange finnmarkinger vil

bli definert som å tilhøre lave sosiale klasser, har våre lokalsamfunn vesentlig andre kvaliteter enn de Sally Macintyre beskriver fra Glasgow. De må, sammenliknet med forholdene i underprivilegerte områder i Storbritannia, kalles privilegerte. Våre lokalsamfunn er dominert av selveide boliger, samfunn som har de fleste basale goder innen rimelig avstand, lokalt selvstyre nært til befolkningen, arbeidsledighetsom er betydelig lavere enn i f. eks Glasgow slummen, stort frivillig engasjement, gode nettverk og lite rasisme, tilgang på natur og rekreasjon.

### Konklusjon

Det er mange årsaker til uhelse i Finnmark. En stor andel av befolkningen i lave sosiale klasser er en av dem. Hvis Sally Macintyre har rett motvirker kvalitetene i våre lokalsamfunn dette. Den store frivillige innsatsen, den gode basale infrastrukturen, nærhet til bestemmende myndighet er alt med på å gjøre våre lokalsamfunn til positive steder å bo. Derfor er det godt å bo her, selv med våre allehånde problemer.



Det har vært mye oppmerksomhet rundt oversykkelighet av hjerte/kar-sykdommer og usunn livsstil i Finnmark. Røyking, kokekaffe og mye fett i kosten har fått skylda for at levealderen i vårt fylke er lavere enn landsgjennomsnittet. Dette er fortsatt sant, men vi haler innpå resten av landet år for år. Og det er ikke hele sannheten: Det finnes sykdommer og usunne livstilsfaktorer som vi har mindre av i Finnmark. Denne artikkelen skal handle om disse fordelene, og fundere litt over hva de kan skyldes og hva vi kan gjøre for ikke å miste dem.

## Det sunne liv i Finnmark

Av seniorrådgiver Karin Straume

### Mindre kreft

Det er færre nye krefttilfeller totalt sett i Finnmark hvert år enn i resten av landet, slik det framgår av diagrammet til høyre.

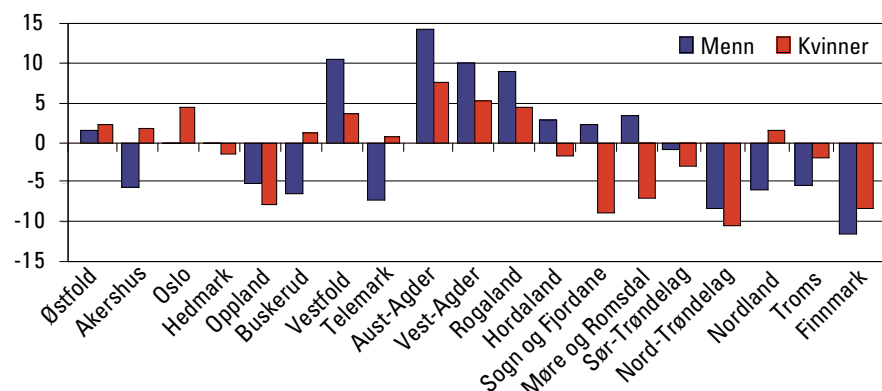
Denne forskjellen framkommer først og fremst ved at vi har færre tilfelle av de hyppigste kreftformene som veier tungt i statistikken. Det gjelder prostatakreft for menn og tykktarmskreft for begge kjønn. Riktignok har vi litt mer kreft i magesekken, men det er en mer sjelden kreftform, som slår mindre ut i statistikken. Dessuten har vi mye mindre hudkreft, som rimelig kan være siden soleksponering er den viktigste risikofaktoren for hudkreft.

### Men hva kan årsaken være til mindre tykktarmskreft?

For denne kreftformen vet vi at arvelig disposisjon betyr en del, og at noen godartede tarmlidelser kan bane veien for senere kreftutvikling. Men vi har ingen holdepunkter for at disse tarmlidelsene er mindre hyppige i Finnmark.

Både tykktarmskreft og prostatakreft blir betraktet som typiske «velferdssykdommer»: Jo bedre levestandarden blir, desto hyppigere blir disse kreftformene. Derfor har disse kreftformene økt i den tidsperioden som er vist til høyre. Vi vet ikke sikkert hvilke faktorer ved velstanden som er utslagsgivende, men kostholdet

Fylkesvise avvik fra landsgjennomsnittet for aldersjusterte rater fordelt på kjønn 1999-2003

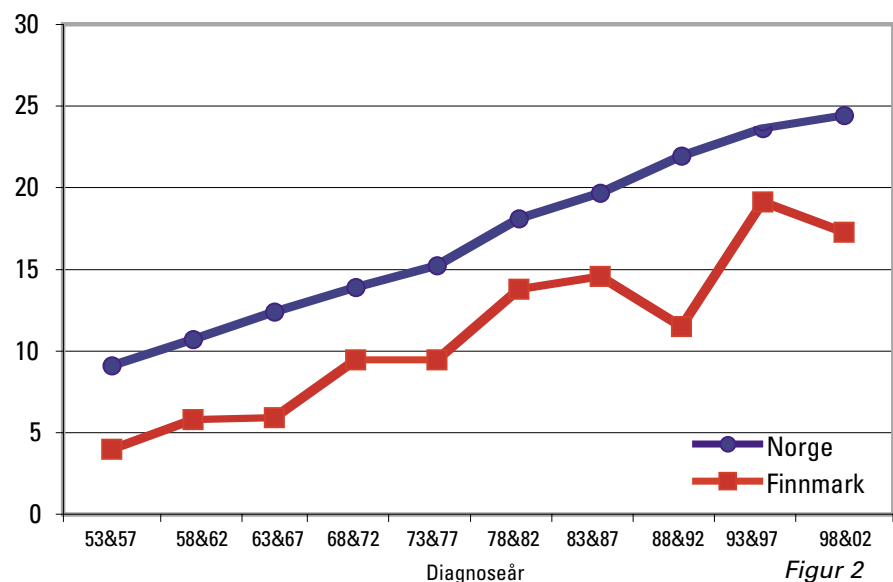


Figur 1 Antall nye krefttilfeller pr. år totalt, pr. 100 000 innbyggere. Landsgjennomsnittet utgjør 0-linjen

betyr sannsynligvis en del for utviklingen av tykktarmskreft. Tradisjonelt har vi regnet med at mye animalsk fett, rødt kjøtt og

lite fiber i kosten, disponerer for denne kreftformen. Finnmarks-kostholdet er nok ikke noe særlig bedre enn i resten av landet med

Nye tilfeller av tykktarmskreft pr. år i Finnmark mot landsgjennomsnittet, pr. 100 000 innbyggere, aldersjustert



Figur 2

hensyn på disse faktorene, bortsett fra at vi spiser mer fisk, noe som kanskje fortrenger litt av kjøttet.

Forskerne tror også at det kan være noen spesielle stoffer i kosten som har betydning, men de har ikke greid å identifisere dem enda. Skal tro om det kan være her vår hemmelighet ligger? Mye A-vitamin fra fiskelever eller C-vitaminsjokk fra multene om høsten? Krøkebærssaft? Dette vet vi altså ikke noe om foreløpig, men kanskje vi skulle foreslå for forskerne at de undersøkte effekten av noen av de stoffene som er spesielle for vårt kosthold?

### Og hvorfor har mennene i Finnmark færre nye tilfeller av prostatakreft?

Dette vet vi heller ikke så mye om. Hyppigheten av prostatakreft øker med alderen, og den kan være vanskelig å oppdage hvis ikke den fører til vannlatningsproblemer. Man kan gå med kreften i mange år uten å vite noe om det, og de fleste som har denne sykdommen, dør av helt andre årsaker. Grunnen til mindre prostatakreft i Finnmark kan derfor være at vi er mindre ivrige til å oppdage den her.

Diagrammet (figur 3) nedenfor

viser at hyppigheten av prostatakreft for landet generelt steg betraktelig fra begynnelsen av 90-tallet, da man tok i bruk en ny blodprøve som kunne avsløre sykdommen på et tidlig stadium. Faglige retningslinjer går imidlertid ut på at man bare skal ta denne blodprøven av menn som har prostatarelaterte plager, siden pasientenes leveutsikter ikke bedres ved å oppdage sykdommen tidlig. Ut fra diagrammet ovenfor kan man få inntrykk av at Finnmarkslegene er mer lojale mot disse retningslinjene enn leger generelt.

Forskjellen fra andre deler av landet er imidlertid så stor at det neppe bare kan skyldes mindre iver i diagnostikken. Også for denne sykdommen har forskjellige stoffer i kosten vært lansert som henholdsvis risikofaktorer og beskyttende faktorer. Heller ikke her har vårt kosthold noe mindre av de skadelige stoffene, men A-vitamin har vært lansert som en beskyttende faktor. Den er det mye av i tran og fiskelever.

Fysisk aktivitet kan også i en viss utstrekning virke beskyttende mot enkelte kreftformer. For 50-100 år siden hadde de fleste i Finnmark tungt fysisk arbeid, og fremdeles ligger vi nok litt over landsgjennomsnittet i fysisk

aktivitet, selv om forskjellene blir mindre for hvert år. Det er imidlertid fortsatt flere som går på bærturer, fisketurer og jakt her enn i resten av landet, og dette vet vi er spesielt sunne former for fysisk aktivitet.

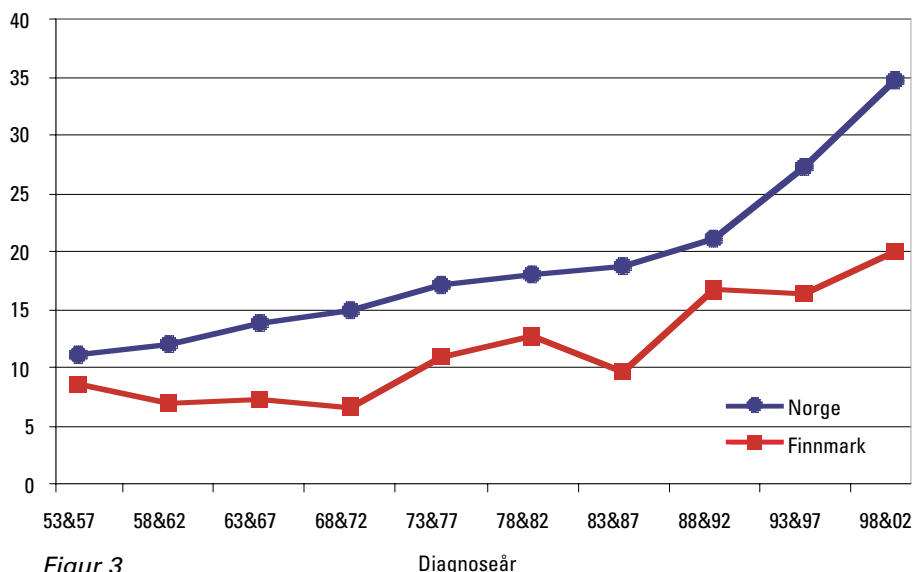
### Færre lårhalsbrudd

En annen overraskende fordel vi har, er færre lårhalsbrudd. Selv om vi har snø og is på marka åtte måneder i året, har vi bare vel 60% så mange lårhalsbrudd pr. år som i Vestfold: I 1994/95 var det gjennomsnittlig 9,2 lårhalsbrudd pr. 1000 innbyggere over 65 år i Finnmark, mot 15,0 i Vestfold, som lå på landstoppen. Men denne fordelene er dessverre i ferd med å tape seg, når man sammenligner med en tilsvarende undersøkelse gjort i 1978/79, da vi kom enda bedre ut.

Lårhalsbrudd rammer hovedsakelig de eldste, og beinskjørhet (osteoporose) er den viktigste risikofaktoren. De aller fleste lårhalsbrudd skjer ved at eldre mennesker faller innendørs, og svært sjelden at de faller på glattisen. Derfor spiller vinterføret liten rolle. Det er lite som tyder på at hjemmene i Finnmark er bedre sikret mot fall enn de er sørpå. Vi kan derfor gå ut fra at forskjellene skyldes mindre beinskjørhet i Finnmark, selv om det ikke har vært gjort noen direkte beintetthetsmålinger for å bekrefte dette.

Men hva kan være årsaken til mindre beinskjørhet i Finnmark? Jeg har ikke funnet noen vitenskapelig forklaring på dette, men min kvalifiserte gjenting går ut på at det først og fremst skyldes to forhold: Fiskelever og dårlige offentlige kommunikasjoner! Beinvevet vårt dannes hovedsakelig i vekstfasen gjennom barndom og ungdom, og vedlikeholdes ved en stadig turnover gjennom livet. Både oppbygning og vedlikehold er avhengig av kalk, D-vitamin og fysisk aktivitet, i tillegg til hormoner og en del andre forhold som vi selv har liten innflytelse over. Røyking virker negativt inn. Lengden på en

**Nye tilfeller av prostatakreft pr. år i Finnmark mot landsgjennomsnittet, pr. 100 000 menn, aldersjustert**



Figur 3

Diagnoseår

knokkel betyr sannsynligvis også noe for hvor lett den brekker, og de eldre i Finnmark i dag er nok litt mer kortvokste enn landsgjennomsnittet.

De finnmarkingene som er gamle i dag, hadde på mange måter en slitsom oppvekst. Men med tanke på beinskjørhet var den antakelig veldig sunn: De fikk i seg mye D-vitamin gjennom fiskelever og tran, og de måtte delta i mye tungt fysisk arbeid. Ikke minst måtte de gå mye; de færreste hadde bil og offentlige kommunikasjoner var det dårlig med. Derfor måtte de gå til skolen, gå milevis for å komme på dans o.s.v. Og slikt ble det sterk benbygning av!

De siste årene har det vært mye fokus på miljøgifter og opphopning av disse i fiskeoljer. Foreløpig vet vi lite om dette kan gi sykdommer eller utviklingsforstyrrelser hos mennesker. Men én ting kan vi si helt sikkert: Hvis vi slutter å spise feit fisk og lever av frykt for disse giftene, vil vi få så mye mer kreft og beinskjørhet at det langt overstiger det vi kan vinne på eventuelle sykdommer framkalt av miljøgifter!

## Mindre medisinbruk

Finnmarkingene bruker langt mindre medisiner mot angst enn gjennomsnittsnordmannen og bare halvparten så mye som øst-

foldingene. Enda merkeligere er det at vi bruker under halvparten så mye sovemedisiner, enda søvnen forstyrres både av mørketid og midnattssol. Selv om mørketidsdepresjon burde være mer utbredt hos oss, bruker vi mindre medisiner mot depresjon enn noe annet fylke, og langt under halvparten av det som brukes pr. person i Østfold (figur 4). Sterke smertestillende medisiner bruker vi også mindre av, men her er ikke forskjellene så store.

Noen har hevdet at vi i Finnmark bruker alkohol for å døyve de samme plagene som søringene tar piller for. Det er vanskelig å finne offisielle statistikker, som tar høyde for både det registrerte og det uregistrerte alkoholforbruket, og som har oversikter på fylkesnivå. De oversiktene jeg har funnet, viser imidlertid ikke at vi konsumerer noe mer enn resten av landet.

Betyr dette at vi har mindre psykiske plager i Finnmark, eller at vi takler dem bedre?

Tall fra den siste Finnmarksundersøkelsen (se annen artikkel i denne Helse- og sosialmeldinga) tyder på at vi for noen aldersgrupper ligger litt under en del andre fylker i selvrapporterte psykiske plager, men ikke så mye at det kan forklare de store forskjellene i medisinbruk.

Jeg tror at mye av forklaringen på dette ligger i de gode sosiale

relasjonene i lokalsamfunnet, som er grundig beskrevet i foregående artikkel (se s. 7-9).

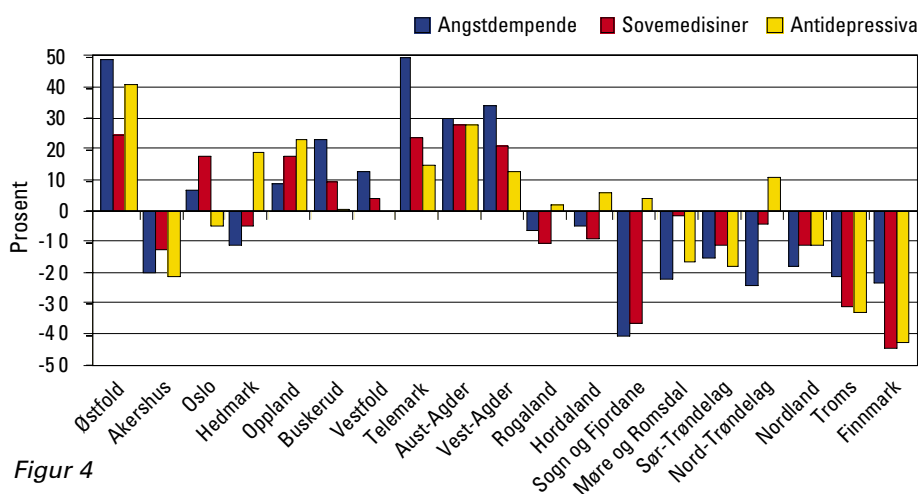
## Hold fast på det gode!

De fordelene på enkelte sykdommer og risikofaktorer som jeg har beskrevet ovenfor, er dessverre i ferd med å tape seg. På samme måte som vi nærmer oss landsgjennomsnittet ovenfra når det gjelder hjerte/karsykdommer, nærmer vi oss nedenfra når det gjelder kreft.

Dagens Finnmarkinger har en livsstil som blir mer og mer lik den i resten av landet, og i mange sammenhenger er det til det gode for oss. Jeg mener ikke at vi skal ønske oss tilbake til slitet og fattigdommen, men jeg synes vi skal prøve å holde fast på de tradisjonelle sidene ved livet her som virker positivt på helsa:

- Fortsette å spise mye fisk, særlig fet fisk og fiskelever/tran. Aller best er det hvis de av oss som har stillesittende arbeid, selv ror ut på fjorden eller går på fjellet og fisker den i vår fritid. Tilgangen på fersk fisk og lever til dem som ikke kan fiske den selv, må også sikres.
- Fortsette å plukke og spise mye bær. Bærene inneholder viktige stoffer som beskytter både mot kreft og andre sykdommer, og bærturene er en sunn og meningsfylt form for fysisk aktivitet.
- Ta barna med ut på fiske- og bærturer (og jakt når de blir gamle nok), slik at den oppvoksende generasjon også blir glad i å høste av Finnmarksnaturens gavmildhet. Gå på ski til hytta om vinteren og på beina om sommeren, og fortsette å hugge ved og bære vann, i hvert fall på hytta.
- Fortsette å ta vare på hverandre i lokalsamfunnet og engasjere oss i foreningsliv og fellesaktiviteter.
- Fortsette å være stolt over at vi hører til i Finnmark – det vakreste stedet på jord!

**Salg av angstdempende medikamenter, sovemedisiner og antidepressive medikamenter i prosent avvik fra landsgjennomsnittet som er 0 linjen**



Figur 4

## Kommuner i prosjektet Grenseløst i Nord



Det er fem Finnmarkskommuner som har grense mot Finland: Kautokeino, Karasjok, Tana, Nesseby og Sør-Varanger. I grensesamarbeidsprosjektet «Grenseløst i Nord» satt i gang av statsministrene i begge land defineres også Porsanger som grensekommune. På finsk side er det tre kommuner med grense mot Norge: Enontekiö, Inari og Utsjok.

## Helse og sosialtjenester på to sider av en grense

Av prosjektleder Aino Snellman

Disse kommuner har mye felles historie men også felles trekk i dag. Alle kommuner har vesentlig samisk befolkning, mange har samisk flertall. Norske grensekommuner har alle kvenske og finske innbyggere som gir en spesiell forhold mot det finske. Befolkningen har i alle tider hatt mye kontakter over grensen, men kontakt mellom myndigheter har variert. Følgende belyser hverdagen i disse 8 grensekommuner med hjelp av befolkningsstatistikk og noen få variabler fra statistikk i helse- og sosialsektoren (Tabell 1).

Alle grensekommuner unntatt Karasjok og Tana har hatt negativ befolkningsutvikling de siste årene. Det flytter mer ut fra enn inn i alle kommuner unntatt Karasjok og Tana. Fødselstallene er lave i alle finske grensekommuner og på norsk side i Nesseby. Spesielt mange barn fødtes i Karasjok.

Andel innbyggere i tettsteder varierer: Sør-Varanger, Karasjok

og Inari er mer urbane med over 60% av befolkningen i tettsteder. Mest spredd bebyggelse har Nesseby, Tana og Utsjok med 0–25% av befolkningen i tettsteder.

Størst andel barn i befolkningen har Karasjok og Kautokeino med over 25% i alder under 17 år. Sør-Varanger, Porsanger og Tana har og over 20% av befolkningen barn, mens Nesseby og alle finske grensekommuner har under 20 % barn.

Andel gamle over 80 år er størst i Nesseby med over 5%, mens Porsanger, Tana, Sør-Varanger, Enontekiö og Utsjok har mellom 3 og 4%. Minst andel gamle, under 3% har Kautokeino, Karasjok og Inari.

Det er store forskjeller i andel innbyggere med innvandrerbakgrunn. Alle norske grensekommuner har minst tre ganger så mye innvandrere enn finske grensekommuner. Størst andel innvandrere har Sør-Varanger, Tana og Nesseby.

### Statistikk fra helse- og sosialtjenester i grensekommuner

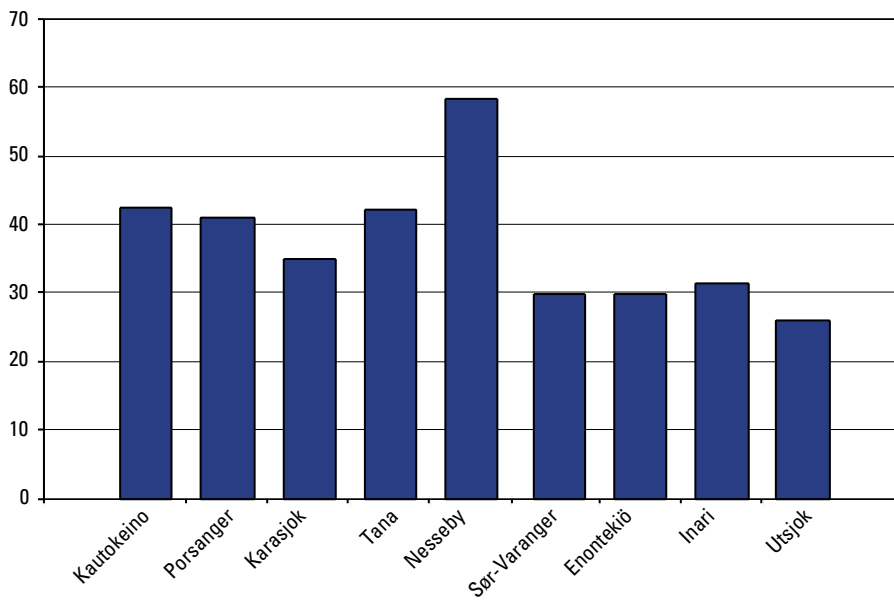
Det er mange forskjeller i måten helse- og sosialtjenester er organisert i norske og finske grensekommuner. Alle helse- og sosialtjenester organiseres av kommunene i Finland. Dette betyr at tjenester som ikke har med kommuner å gjøre i Norge slik som tannlegetjeneste, veterinærtjeneste, ambulansetjeneste og alle spesialisthelsetjenester organiseres av kommunene. Kommunene er medlemmer i Lapplands sykehuskrets som har sykehus i Rovaniemi, og kommunene betaler for alle sykehustjenester kommunens innbyggere bruker. Dette tar selvfølgelig en vesentlig del av den kommunale helsebudsjett. I Inari, Utsjok og Enontekiö organiserer kommunen også bedriftshelsetjenesten som selger tjenester til arbeidsgivere.

Begrepet helsesenter betyr i Norge ofte et bestemt bygning i kommunesenteret. I Finland er helsesenter mer et administrativt begrep fra lovgivningen, som i tillegg til en bygning også betyr en enhet i kommunale tjenester som organiserer alle lovpålagte primærhelsetjenester slik som legetjeneste, helsestasjon, sykeavdeling, tannlegekontor, miljørettet helsevern.

Alle grensekommunene har egen ambulansetjeneste (Nesseby felles med Tana). På norsk side organiseres ambulansetjenesten av helseforetaket/ spesialisthelse-

**TABELL 1: Grensekommunene Norge/Finland - Befolkningsutvikling i 2004**

	Befolkning 1.jan 2004	Folketilvekst	Folketilvekst i prosent	Antall fødsler i 2004
Kautokeino	3002	-5	-0,2	34
Porsanger	4329	-30	-0,7	56
Karasjok	2865	11	0,4	38
Tana	3004	33	1,1	37
Nesseby	927	-26	-2,8	3
Sør-Varanger	9500	-37	-0,4	101
Enontekiö	2022	-24	-1,2	16
Inari	7153	-71	-1,0	54
Utsjok	1385	-18	-1,3	10

**FIGUR 2: Personell i helse og sosialtjenesten i grensekommuner pr. 1000 innbygger**

tjenesten, mens på finsk side er det kommuner som har ansvar for ambulansetjeneste. Inari, Utsjok og Enontekiö kjøper tjenesten fra private lokale ambulansedrifter. Kommunen betaler for beredskap, og folketrygden betaler for kjøring. Mens medisinske nødmeldinger i norske grensekommuner kanaliseres gjennom 113 til AMK på sykehusene i Kirkenes og Hammerfest, er generell nødnummer i Finland 112. Alle nødmeldinger mottas på Lapplands nødsentral i Rovaniemi, som administrerer m.m. all ambulansetrafikk i Lappland. Fly og helikopter brukes i mye mindre grad i pasienttransport i nordligste Finland enn i norske grensekommuner. Veiene til sentralsykehuset i Rovaniemi er rask å kjøre, og ambulanse brukes når det er mulig. Nærmeste ambulanshelikopter på finsk side er i Sodankylä som er 300 km fra Utsjok. På norsk side brukes ambulansfly ofte, og redningshelikopteret i Lakselv pleier å være lett tilgjengelig ved akutt behov

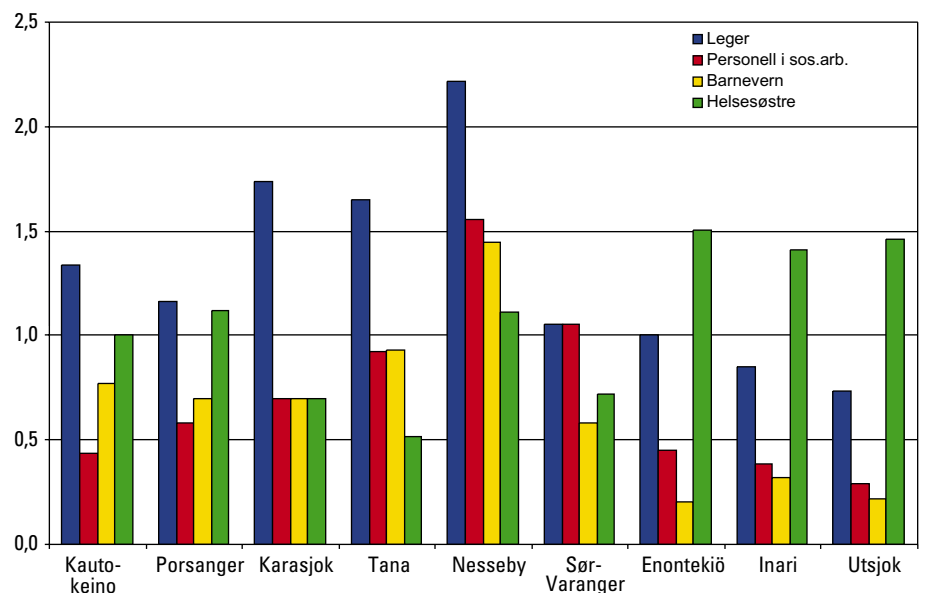
Følgende tabeller viser sammenligning av personellresurser i noen utvalgte helse- og sosialtjenester i grensekommuner (figur 3)

Alle finske allmennleger i grensekommuner er kommunalt ansatte og fastlønnet. I det norske systemet kommer mesteparten

av legelønninger fra folketrygden også i de kommuner som har fastlønnede fastleger. Sør-Varanger har helt privat legetjeneste. Norsk fastlegeordning innebærer at pasienten velger sin lege. I Finland fungerer allmennlegenes "befolkningsansvar" slik at hver lege får ansvar for beboere av et bestemt geografisk område. Antall leger i forhold til befolkning er høyere i norske kommuner, og arbeidsfordelingen mellom leger og annet helsepersonell, f.eks. helsesøstre er annerledes. Alle norske grensekommuner unntatt Nesseby har egen legevakt døgnet rundt. Av finske grensekommuner har bare

Inari egen legevakt i kommunesenteret Ivalo. Utsjok kjøper legevaktstjenester om natten og helgene fra Inari, noe som for eksempel betyr at beboere i Nuorgam ved norske grensen har 200 km til legevakt i Ivalo. Enontekiö organiserer alle helsestjenester sammen med nabokommunen Muonio. Det er ikke legevakt i kommunesenteret av Enontekiö, Hetta, men det er ikke heller alltid i nabokommunen Muonio, som organiserer legevakt i felleskap med kommunene Kittilä og Kolari. Bare en av disse helsesentra har legevakt om gangen. Dette betyr at en som blir akutt syk om helgen i Kilpisjärvi må kanskje ta kontakt med legevakt i Kolari som er 277 km unna. Finske kommuner svarer for alle kostnader for legevakt, mens legevakt i liten grad belaster kommuneøkonomien i Norge.

Både norske og finske kommuner har helsestasjon og skolehelsetjeneste drevet av helsesøstre. Mens jordmortjeneste er egen tjeneste i Norge, er det inkludert i helsesøsterarbeid i Finland, hvor helsesøstre også er utdannet i svangeskapsomsorg. I tillegg har finske helsesøstre andre oppgaver slik som gratis prevensjonsveiledning til alle. I alle finske grensekommuner er det helsesøstre som også har ansvar for hjemmesykepleie, og noen arbeider

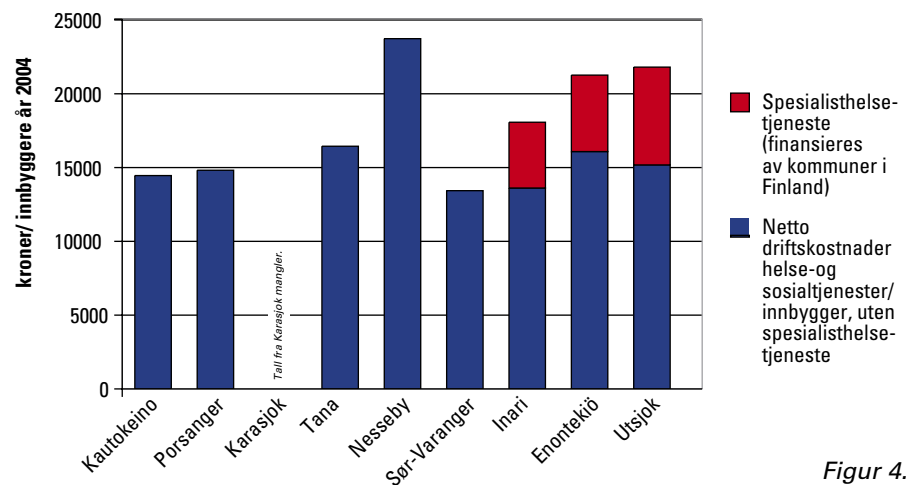
**Helse og sosialpersonell i grensekommuner pr 1000 innbygger**

Figur 3

der i bedriftshelsetjenesten. Inari har skolehelsesøster som ikke gjør noe annet enn skolehelsetjeneste. Oftest har hver finsk helsesøster sitt geografiske område (på samme måte som legen som helsesøsteren går "partner" med) hvor hun har ansvar for barn, skole, gravide og hjemmesykepleie. Med økende andel gamle syke og mindre barn har faktisk helsesøsterarbeid i Inari, Utsjok og Enontekiö endret seg fra å ha vært mest forebyggende til å ha blitt mer og mer ivaretagelse av gamle syke (ca. halvparten av arbeidstid i dag). God helsesøsterdekning i disse kommuner (se tabell) betyr derfor nødvendigvis ikke god satsing til forebyggende tjenester.

Eldreomsorgen bruker vesentlig mindre personellressurser i finske enn norske kommuner. Hvor det for eksempel i norsk hjemmesykepleie arbeider en god del ansatte i turnus mesteparten av døgnet, er det i Inari, Utsjok og Enontekiö helsesøstere som i tillegg til sine andre oppgaver reiser till hjemmebesøk hos gamle syke, og bare på dagtid. Hvordan de takler alt dette, er vanskelig å forstå fra norsk ståsted. Det må være at familie- og annet nettverk og andre ressurser rundt hjemmeboende pleietrengende mobiliseres i en helt annen grad. I Finland er det mange pårørende som pleier gamle eller funksjonshemmede hjemme med relativt liten kompensasjon fra kommunen. Både i norske og finske kommuner har trenden de siste årene vært å bygge flere omsorgsboliger og prøve å unngå institusjonsplassering av gamle så lenge det er mulig. Hjemmetjenesten er mindre dimensjonert på finsk side enn i norske kommuner. I de fleste norske kommuner er all eldreomsorg organisert som en egen enhet Pleie- og omsorgstjeneste. I finske kommuner har eldreomsorg elementer i både helse- og sosialsektoren, og en selvstendig pleie- og omsorgssektor finnes ikke. Hjemmesykepleie og sykeavdeling tilhører helsetjenester, mens hjemme-

#### Netto driftsutgifter helse- og sosialtjenester i grensekommuner 2004



Figur 4.

tjenester og eldrester tilhører sosialtjenester.

Som eksempel fra sosialtjenester vises statistikk som beskriver hvor mye kommuner bruker ressurser for sosialarbeid og barnevern. Norsk statistikk er hentet fra KOSTRA, og tilsvarende informasjon fra finske kommuner er hentet per tlf fra ledere av sosialtjenesten. Forskjellene mellom norske og finske kommuner er store. Norske grensekommuner bruker veldig mye mer ressurser på barnevern og sosialarbeid. Forklaringen på at det er så lite ressurser på finsk side er at sosialarbeiderne som har ansvar for disse oppgavene er belastet med så mange andre oppgaver at det ikke er mer tid til f.eks. barnevern.

Det er interessant å se at kommunale utgifter til helse- og sosialtjenester er så pass lik på begge sider av grensen selvom finske kommuner har vesentlig mer oppgaver (figur 4). Oppgaver som ikke dekkes av kommunebudsjettet i Norge men finansieres av kommuner i Finland er for eks: alle spesialisthelsetjenester til innbyggere av kommunen, alle legelønninger inkludert legevakt, ambulanseberedskap, tannlegjetjeneste og veterinærtjeneste. De to siste dekkes i stor grad av egenandeler, men i kommunale helsetjenester er egenandeler mindre i Finland enn i Norge. Det virker som om finske kommuner får gjort vesentlig mer med samme pengesum. Hva kan for-

klaringen være? Det er kjent at lønnsnivået i Norge er generelt mye høyere enn i Finland, og dette forklarer noe, men ikke alt. De siste 20 år har finske kommuner gått igjennom flere runder av sparing og effektivisering som har påvirket helse- og sosialtjenester drastisk. Når man har vært nødt til å kutte utgifter og samtidig fått flere oppgaver har trenden på finsk side vært at de samme helse- og sosialarbeiderne har blitt belastet med mer arbeid. I små lokale og lojale enheter er det lettere å gi merarbeid til tidligere arbeidstakere enn å si opp ansatte. I norske kommuner er det som regel egne fagfolk som har ansvar for et bestemt område i helse- og sosialtjenesten, for eksempel enten barnevern eller sosialarbeid. I finske små kommuner er det vanlig at en og samme fagperson har ansvar for mange forskjellige oppgaver. En sosialarbeider har ofte oppgaver i administrasjon, sosialarbeid, barnevern, omsorg for psykisk utviklingshemmede. En finsk helsesøster kan ha helsestasjon, skolehelsetjeneste, hjemmesykepleie, bedriftshelsetjeneste, blodtrykkskontroller og diabeteskontroller.

Videre samarbeid og kontakter mellom fagfolk i grensekommuner i prosjektet Grenseløst i Nord gir dypere forståelse om forskjeller i måten helse- og sosialtjenester organiseres i Norge og Finland.



**Finnmark er et stort fylke hvor folk bor spredt. Det går sjelden buss og mange av oss er daglig avhengig av bil for å få utført våre gjøremål. Når helse begynner og skranter og vi ikke kan kjøre bil lenger får dette en stor konsekvens for den enkeltes livsførsel. Når vi behandler en søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav må vi ta hensyn til om vedkommende som kjører bil er en fare for seg selv og andre på veien.**

## Når far blir glemsk og bussen ikke går Dilemmaer rundt eldre og førerkort

Av konsulent Tove Angel Fotland

Har kjørt bil hele mitt liv, aldri hatt noe uhell og kjenner bygda ut og inn. Skal jo bare bruke bilen her i bygda, trenger bilen til å komme meg til butikken for å handle og besøke gode venner av og til. Uten bilen er jeg helt isolert, kommer meg ingen steder.

Ja, dette er hverdagen for svært mange eldre i Finnmark. Det er ikke enkelt å bli gammel og miste sertifikatet. Det går ikke buss og går den så er det i noen tilfeller 2 ganger i uken. Mange blir isolert dersom sertifikatet blir inndradd.

Alle over 70 år må ha legeattest som bekrefter at de oppfyller de medisinske kravene til å kunne kjøre bil. Et av kravene man må oppfylle gjelder mentale evner: "Det må ikke være alvorlig sinnslidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller adferdsforstyrrelser, som kan være farlige i trafikken". Dette er regelverket som Fylkesmannen i Finnmark og legene må forholde seg til.

Fylkesmannen i Finnmark kan dispensere fra regelverket. Er vi i tvil kan vi la pasienten ta en kjøretime hos trafikkstasjonen. Det er imidlertid ikke noe endelig "bevis" for at pasienten er en god sjåfør, da en kjøretime bare varer kort og sjelden medfører farlige situasjoner. En kjøretime og en test hos lege gir oss et helhetsbilde på om pasienten bør kjøre bil eller ikke.

Fylkesmannen i Finnmark kan unntaksvis gi dispensasjon fra



helsekravene for førerkort med geografisk begrensning. Slikt førerkort kan likevel bare utstedes dersom Vegdirektoratet finner å kunne gi slik begrensning. Vegdirektoratet fører en meget forsiktig linje i slike saker. Geografisk begrensning skal bare brukes der begrensningen i seg selv reduserer risikoen ved tilstanden, slik at kjøring antas å kunne skje med tilstrekkelig sikkerhet.

Så vi kan vel si at det er ikke enkelt å bli uten sertifikat, mange

tilpasser seg sine begrensninger. Noen velger selv å levere inn førerkortet til politiet, fordi de skjønner at de er en fare ute i trafikken. Noen er ikke klar over sine begrensninger. Vi vil vel alle skape en trygghet for alle og redusere antall ulykker, dette må avveies mot at vi også ønsker å ta vare på den enkeltes bevegelsesfrihet. Førerkortet vil for mange være viktig for deres livskvalitet, sosiale omgang og uavhengighet.



**Fosterbarn er en av de svakeste gruppene i dagens samfunn. Det er helt nødvendig at det offentlige må intensivere oppfølgingsarbeidet av dem. Dette er avdekket under våre tilsyn.**

## Seiler fosterhjemmene sin egen sjø?

Av rådgiver Mette Løfgren

Det bor 7300 barn og unge i fosterhjem i Norge i dag. Fosterhjem er det mest vanlige plasseringsalternativet for barn som av forskjellige årsaker ikke kan bo hjemme hos sine foreldre.

Et fosterhjem er et privat hjem som tar imot barn på grunnlag av beslutning tatt av barneverntjenesten i samråd med foreldrene eller av fylkesnemda.

Til fosterforeldre skal det velges personer som har særlig evne til å gi barn et trygt og godt hjem, og som kan løse oppfostringsoppgavene i samsvar med de forutsetningene som er lagt til grunn om blant annet om varigheten av oppholdet.

Et fosterhjem har den daglige omsorgen for barnet på vegne av den kommunen som har ansvaret for barnets sak og som på forhånd har gjennomgått et vurderings- og opplæringsprogram som gir familien visshet om at de er egnet for oppgaven.

Fosterhjem kan bli valgt til et eller flere barn med utgangspunkt i familiens samlede forutsetninger, ressurser, interesser og ønsker. Dette er en gjensidig prosess mellom barneverntjenesten og fosterfamilien der målet er at fosterbarnets behov og fosterforeldrenes ønsker og forutsetninger står i forhold til hverandre.

Det skal inngås en avtale mellom barneverntjenesten og fosterhjemmet hvor rettigheter og plikter fremgår. Videre skal det foreligge skriftlige avtaler om samværsform mellom barnet og barnets familie, samt en plan for

barneverntjenestens oppfølging av barnet.

### Utfordringer for barnevernet i Norge

Det landsomfattende tilsynet som har vært gjennomført i Norge i 2004 og 2005 ble besluttet gjennomført som et resultat av Riksrevisjonens rapport som ble lagt frem for Stortinget i 2003. Rapporten konkluderte med at barn under omsorg som er plassert i fosterhjem og institusjon, ikke får den oppfølgingen de skal og har krav på fra det offentlige barnevernet. Dårligst stelt er det for barn plassert i fosterhjem.

Fosterbarna hadde ikke tiltaks- og omsorgsplaner, de hadde ikke besøk/samtale med barneverntjenesten slik loven stiller krav om med 4 ganger pr. år, det var ikke oppnevnt tilsynsfører for fosterbarna og / eller tilsynsfører var ikke i fosterhjemmet 4 ganger hvert år slik loven krever og rapporter fra tilsynet ble i liten grad levert etter hvert tilsynsbesøk.

### Hva vet vi om forholdene for fosterbarn i Finnmark etter to år med landsomfattende tilsyn

Finnmark ligger høyt på statistikken over antall barn med barneverntiltak i forhold til antall innbyggere. Hvorfor det er slik vet vi ikke noe sikkert om og det er vanlig å tenke på høye tall i denne sammenheng som negativt. Tanken om at barn som vokser

opp i små og oversiktlige kommuner kan få hjelp tidlig er mer fraværende. Men, som sagt, dette vet vi lite om.

Ved utgangen av 2005 rapporterer kommunene at vi har 163 barn i fosterhjem i Finnmark. Noen av disse barna er plassert i fosterhjem etter familiens eget ønske og regnes å være et hjelpe-tiltak som er ment å være kortvarig.

De aller fleste barna er under omsorg, og plassert i fosterhjem av barneverntjenesten. Barnevernet har alt ansvaret for at barnet har god omsorg, føler seg trygg og får nødvendig hjelp og oppfølging i fosterhjemmet. Dette er en stor oppgave for barneverntjenesten og fosterforeldrene i felleskap.

Fylkesmannen har ført tilsyn med barneverntjenesten i 6 kommuner i fylket i de to foregående år. Tema for alle tilsynene har vært oppfølging av barn som bor utenfor hjemmet. Det er funnet avvik i alle kommunene med unntak av en.

Avvikene dreier seg om at barneverntjenesten ikke er i fosterhjemmet og snakker med barnet og fosterforeldrene 4 ganger pr. år, videre at det ikke oppnevnes tilsynsfører, eller at tilsynsfører heller ikke besøker fosterbarnet tilstrekkelig antall ganger, eller at det ikke skrives rapporter etter tilsynene slik at barneverntjenesten kan følge barnets situasjon og utvikling.

Det finnes tilfeller der barn og fosterfamilie ikke har hatt besøk



av barneverntjenesten eller tilsynsfører på veldig lang tid.

Oppfølgingen av fosterbarn i Finnmark er like mangelfull som ellers i landet. Tilsynsførerordningen og jevnlig besøk fra barneverntjenesten er fosterbarnas rettsikkerhet. Når dette svikter eller aldri har fungert reiser det mange spørsmål. Når barn som av forskjellig grunn ikke kan bo hjemme skal hjelpeapparatet gi en bedre omsorg. Hvordan kan barneverntjenesten vurdere om omsorgen er bedre i et fosterhjem når oppfølgingen svikter?

Det offentlige barnevernet overlater ansvaret for barn som har vært utsatt for omsorgssvikt til familier, og da er det viktig at oppfølgingen som er ment å sikre barna god omsorg, følges opp. Man kan ikke forvente at familien skal klare dette uten oppfølging. Barnas rettsikkerhet er i fare.

### Gufs fra fortiden

Vi har hatt noen år nå med gufs fra fortiden der nå voksne mennesker har fortalt om mangelfull og direkte skadelig omsorg som er gitt både i institusjon og fosterhjem. Dette har vært viet stor oppmerksomhet og det har vært iverksatt granskninger. Det har vært ført saker for domstolen hvor tidligere barnevernsbarn har vært tilkjent erstatning.

Dette har kostet det offentlige penger, men det verste er likevel hva det har kostet enkeltmennesker av smerte og varige skader.

Nå er dette også et aktuelt tema som diskuteres i Finnmark etter at boken "Omsorg og overgrep" av Ingjerd Tjelle kom ut i høst. Boken avslører at barn som vokste opp på barneverninstitusjon i Finnmark i perioden 1945 – 60 hevder å ha blitt utsatt for overgrep.

Det hevdes videre at tilsynet var mangelfullt. I dag skal Fylkesmannen føre tilsyn med kommunene. Vi kan gi avvik og merknader når forholdene tilsier det, men utover dette er det dessverre ingen sanksjoneringsmulighet.

Systemet i dag er basert på at

forholdene skal endres gjennom dialog, endring av rutiner og innføring av internkontroll for den kommunale barneverntjenesten.

Under tilsynene som har vært gjennomført med kommunene gis det mange forklaringer på hvorfor fosterbarna ikke følges opp slik de skal. Men forklaringene hjelper ikke barna som trenger hjelp og oppfølging.

Konklusjonen må bli at den kommunale barneverntjeneste må tilføres de ressurser som er nødvendig for at den skal gjøre jobben som loven pålegger dem i forhold til oppfølging av fosterbarn. Fosterbarna er en av de svakestegruppene i dagens samfunn og det er helt nødvendig at det skjer en kursendring i forhold til hvordan disse barna blir fulgt opp i fremtiden. Vi kan ikke være kjent med at fosterhjemmene seiler sin egen sjø. Og vi må sørge for at dagens granskningskommisjoner konstaterer har funnet sted i vår meget nære fortid, aldri skjer igjen.



**Hvorfor tror vi at vi skal lykkes i å samordne innsatsen overfor mennesker med rus/psykiatriproblematikk i Finnmark? Kanskje fordi vi har kommet langt i å samle ulike deler av feltet til opplæring og erfaringsdeling, samtidig som det etableres gode nettverk på tvers av faglige skillelinjer?**

## «Ikke stykkevis og delt»

Av rådgiver Tyra V. Mannsverk

Hos Fylkesmannen i Finnmark har vi siden 1999 arrangert årlige opplæringssamlinger med ulike temaer innenfor rus/psykiatريفeltet. Samlingene har vært et spleiselag der vi har brukt midler knyttet til «Opptappingsplanen for psykisk helse» og midler bevilget til kompetanseheving i sosialtjenesten.

Interessen for disse opplæringssamlingene har vært stor hvert år, og deltakelsen har bl.a. vært fra ulike sider av kommunesektoren, institusjonene, DPS'ene, Kriminalomsorgen og brukerorganisasjonene. Det er imidlertid fortsatt en utfordring å få med sentrale yrkesgrupper som leger og politi på samlingene.

De siste års samlinger har hatt

følgende titler og innhold:

**2002: «Enn mæ, da»:** Utfordringer og hindringer i forhold til arbeidet med langtids rusmiddelmisbrukere. Programmet var lagt opp med fokus på følgende områder: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), Dobbeldiagnoser (hvor vi hadde Rus/psykiatripossten på Åsgård som innledere, Avhengighetens biologi v/lege Lage Elmin fra Hammerfest sykehus og Somatiske følgetilstander hvor ansatte i lavterskeltilbudet fra Oslo kommune holdt innlegg.

**2003: «Fortsett å bry deg»:** Nye grupper – nye stoffer: Programmet dette året var to-delt: Den ene dagen tok seniorforsker Sverre Nesvåg fra Rogalandsforskning for seg trendene med

de unge rusmisbrukerne, de nye stoffene og resultatene dette gir i form av korte ruskarrierer og svært syke ungdommer. Den andre dagen var viet kurset «Tegn&symptomer» som Oslo Narkotikapolitiforening har utarbeidet.

**2004: «Det e' her æ bor»:** kommunenes arbeid i forhold til de yngste og de tyngste misbrukerne. Dette året hadde vi hovedfokus på boligsosialt arbeid, på innholdet i rusreformen, samt en orientering om Rusforum Nordland. Nytt dette året var også vårt nylig etablerte samarbeid med Husbanken, med utgangspunkt i strategien «På vei til egen bolig».

**2005: «Ikke stykkevis og delt»:** Samhandling omkring brukerne





på tvers av nivåene; rusmisbrukerne i et helhetsspektiv ved Dagfinn Haarr.

Lege Dagfinn Haarr fra Kristiansand har lang erfaring i å arbeide som fastlege for rusmisbrukere. Han bedriver også forskning med utgangspunkt i hva som er den beste behandlingen for denne pasientgruppen.

På alle samlingene har vi i tillegg til inviterte foredragsholdere alltid presentasjoner av prosjekter og aktivitet som foregår lokalt, samt erfaringsutveksling for deltakerne.

### Rusforum Finnmark:

På samlinga i 2004 ble det uttrykt behov for bredere og hyppigere kontakt mellom ulike aktører på rusfeltet i Finnmark, dette kom opp som en følge av Rusforum Nordlands innlegg på konferansen. Vi fra Fylkesmannen påtok oss med bakgrunn i dette å invitere til etablering av "Rusforum Finnmark".

Invitasjon til etablering av et rusforum ble sendt ut til alle som hadde sagt seg interessert i å delta, og oppmøtet til det første møtet var svært bra.

Møtet ble åpnet av fylkesmannen, og Kristin Østvik fra Nordnorsk kompetansesenter Rus hadde en innledning hvor hun delte erfaringene som bl.a. Rusforum Innlandet hadde gjort.

Etter dette innlegget tok vi en runde hvor deltakerne tok opp utfordringer og forventninger til et rusforum med bakgrunn i eget ståsted. Følgende punkter oppsummerer innspillene:

- Ønsker om erfaringsutveksling og tverrfaglig samarbeid i fylket
- Bekymringer i forhold til forebygging/ungdom
- Dårlige etterverntilbud i kommunene
- Rus/psykiatri henger nøye sammen
- Det finnes mye fagkunnskap, men veiledning blir viktig å ha fokus på

Etter en diskusjon om målsetting for Rusforum Finnmark kom

vi fram til at følgende punkter blir en foreløpig *målsetting*:

- nettverksbygging & kontakt
- tilnærming mellom 1. og 2. linja
- samarbeid mellom aktuelle instanser
- organisering av opplæring og veiledning

Etter det første møtet i Rusforum Finnmark har vi etablert et arbeidsutvalg hvor vi har representasjon fra kompetansesenteret, Husbanken, rusinstitusjonene og kommunesektoren. Arbeidsutvalget jobber i forhold til målsettingen for Rusforum, i tillegg til at de årlige rusopplæringsamlingene planlegges. I fjor arrangerte vi bl.a. møte med representanter for leger og politi, for å finne ut av hvordan vi skal klare å trekke disse yrkesgruppene tettere til Rusforum Finnmark. Vi har også kontaktmøter med Helse Nord- Klinikk for Psykisk Helsevern.

En av utfordringene for Rusforum Finnmark er å holde god kontakt mellom de ulike aktørene på rusfeltet i fylket. Vi er derfor i gang med å utrede mulighetene for å opprette en egen web-side for rusforum, evt. i samarbeid med vårt kompetansesenter NKK-Rus. Behovet for oppdatert og aktuell informasjon er uttrykt fra alle aktører, og det vil derfor være en prioritert oppgave for oss i det videre arbeidet.

Det er fortsatt en utfordring å finne en form på Rusforum Finnmark som fungerer etter hensikten, og intensjonene er å få til mer og bedre kontakt mellom de ulike aktørene innenfor rusfeltet. Ambisjonene til arbeidsutvalget er at det skal være større grad av aktivitet mellom de årlige opplæringsamlingene, men utfordringen er å få administrasjon av Rusforum Finnmark forankret hos en aktør som kan holde de ulike trådene samlet samt legge til rette for møteplasser etter behov.

Vi er et stort fylke med lange avstander, men vi har fordeler med at fagmiljøene er små og nettverket dermed er oversiktlig.

Det gjør at vi tror kontakten mellom de ulike aktørene er lettere å få til, og at vi dermed kan samordne innsatsen overfor mennesker med rusproblematikk i fylket.



**Vi må ha nok ansatte og kompetente ansatte for å sikre en god tjeneste. Personellet må ha kunnskap og ferdigheter for å møte dagens og framtidens nye behov. Vi vet at en stor andel stillinger i dag bekles av personer over 56 år. Her må det legges planer for å rekruttere kvalifisert personell når disse går av med pensjon. Det er også slik at andelen ansatte i tjenesten som ikke har relevant utdanning, er altfor høy. Staten har satt seg som mål at denne skal reduseres til 10 %. Omfanget av behovet for tjenester og mangfoldet i behovet vil øke. Det er nok å ta fatt i.**

## Og bedre skal vi bli

# Det kreves ny innsats for å opprettholde en god pleie-og omsorgstjeneste

Av rådgiver Brith Louise Øen

Grunnutdanning etter-og videreutdanning koster norske kommuner milliarder av kroner. I pleie-og omsorgstjenesten ville sannsynligvis pengene gitt større effekt dersom de ble brukt mer målrettet. De færreste kommuner har oversikt over hvilke kompetanse som finnes i tjenesten og hvilke kompetanse som skal tilføres hvem for å forbedre den. Her må det gjøres en innsats. Å få denne oversikten og erkjenne utfordringen er første skritt. Deretter sette inn tiltak for å løse utfordringen. For bedre skal vi bli.

Det er arbeidsgiver som har ansvar for at det finnes kompetent personell som innehar de rette kunnskaper og ferdigheter for å gjøre en god jobb. Dette er fastsatt i Lov om sosiale tjenester, kommunehelsetjenesteloven og internkontrollforskriften. Arbeidsgiver skal sørge for å rekruttere fagfolk og å holde de ansatte oppdatert faglig.

Kommunene har behov for gode kompetansehevings- og rekrutteringsplaner, slik at kompetansehevingen blir målrettet og styres. Slik det er nå er det tilbudet fra utdanningsinstitusjonene og kurstilbyderne som styrer opplæringen og ikke det behov tjenesten selv har.

Staten er gitt en del virkemidler for å påvirke forholdet, men

de midler vi har til disposisjon til utdelig er å regne som en dråpe i havet i forhold til de utgifter kommunen i dag har og vil få dersom kompetansen samlet skal heves.

Å drive opplæring i vårt fylke er dessuten atskillig dyrere enn i de områder der kandidaten, studenten, eleven kan sykle til utdanningsinstitusjonene.

### Nyrekruttering

I enkelte kommuner er turnoveren i tjenesten stor. Dette problemet er erkjent, særlig for leger og personell med høgskoleutdanning. Å redusere turnoveren og stabilisere fagfolk har det vært arbeidet med i mange år. Det er satt inn tiltak overfor leger i Finnmark med heldig resultat. Andre fylker og andre land tar de samme tiltak i bruk. Når det gjelder å stabilisere sykepleiere har desentraliserte utdanningstilbud gitt god effekt, men problemet er ikke helt løst fordi det utdannes for få.

I dag ser vi med bekymring på den høye gjennomsnittsalderen på de ansatte i brukerrettet tjeneste.

Som det framgår av tabell 1 ( neste side) har andelen over 56 år i brukerrettet tjeneste økt i 11 av 19 kommuner i perioden 2002 til 2004. Erfaringen er at personer

som innehar et slikt yrke/stilling blir tidligere pensjonert enn andre. Vi har ikke registrert at kommunene i Finnmark har tatt tak i denne utfordringen og satt inn tiltak for at de skal stå lenger i jobb. Ei heller er det lagt planer for hvordan kommunene skal rekruttere til stillingene når de går av med pensjon.

Tabellen viser også at andelen i denne alder i tjenesten er faretruende høy i enkelte kommuner på kysten og indre Finnmark.

I denne gruppen finnes hjelpepleiere som skal nyrekruttes. Dette er en stor utfordring for arbeidsgivere og utdanningssystemet.

Vi råder arbeidsgiverne til å bli bedre bestillere av utdanningstilbud på bakgrunn av den faktiske utfordringen de står overfor. Nøkkelordet er planlegging.

### Har vi kompetente folk i tjenesten i dag?

Utdanning er en indikator på kvalitet. Utdanning gir kunnskaper og ferdigheter til å gjøre en god jobb. Norge er landet i Norden med høyest andel personell i tjenesten som mangler relevant utdanning. Dette gjelder også for vårt fylke. Til nå har vi i Finnmark rekruttert personell med gode ferdigheter. Vi har vært så heldig at

**TABELL 1: Pasient- og brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste, prosentandel personell som er 56 år og eldre**

	2002	2003	2004
Vardø	7 %	11 %	11 %
Vadsø	15 %	15 %	17 %
Hammerfest	9 %	9 %	12 %
Guovdageaidnu - Kautokeino	21 %	20 %	34 %
Alta	14 %	13 %	13 %
Loppa	26 %	29 %	18 %
Hasvik	20 %	19 %	26 %
Kvalsund	24 %	27 %	25 %
Måsøy	21 %	22 %	23 %
Nordkapp	15 %	16 %	17 %
Porsanger	21 %	23 %	20 %
Karasjohka - Karasjok	20 %	22 %	25 %
Lebesby	26 %	26 %	15 %
Gamvik	23 %	24 %	25 %
Berlevåg	25 %	22 %	20 %
Deatnu - Tana	14 %	15 %	16 %
Unjarga - Nesseby	19 %	18 %	20 %
Båtsfjord	10 %	11 %	14 %
Sør-Varanger	14 %	13 %	13 %
Samlet Finnmark	16 %	16 %	16 %
Samlet landet	15 %	16 %	16 %

Kilde: SSB, registerbasert personellstatistikk

vi har hatt tilgang på erfarne husmødre som har stor erfaring i omsorgsarbeid. Etter hvert vil vi som andre fylker ikke ha tilgang på slik arbeidskraft fordi erfarne husmødre vil bli en mangelvare. På samme måte som andre fylker vil vi da måtte rekruttere ungdom som verken har ferdigheter eller kunnskaper.

Tabell 2 viser at det er mange uten helse- og sosialfaglig utdanning som arbeider direkte med pasienter/brukere og i 9 av 19 kommuner gjelder dette over halvparten I 14 kommuner ser vi en svak stigning i andelen med relevant utdanning. Enkelte kommuner arbeider i dag aktivt for å redusere andelen uten utdanning og av tabellen kan vi se en svak økning i andelen med utdanning i 14. kommuner.

Kommunene får god drahjelp fra Godkjenningssentralene i Finnmark som gjør en glimrende jobb. De realkompetansevurderer våre erfarne husmødre i tjenesten. De finner ut hvilke kunnskaper de mangler for å bli hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Deretter tilrettelegger de utdan-

ningstilbud.

Innen helse- og sosialfag ble 210 personer realkompetansevurdert i 2002 og 163 i 2003. Av disse ble 120 ferdig med sin utdanning

i 2002 og 93 i 2003. I 2004 ble 125 ferdig med sin utdanning innen helsefagene, og i 2005 var det 172 kandidater som fikk sin opplæring fra 13 forskjellige kommuner. Nye opplæringstiltak blir igangsatt i 2006. Dette blir stabil arbeidskraft og nå med både ferdigheter og kunnskap.

Fylkesmannen har gitt økonomisk støtte til utdanningstilbudene.

### **Klarer Finnmark å opprettholde kapasiteten i tjenesten når tjenesten skal dekke enda flere behov?**

Finnmark har en høyere dekningsgrad på personell i pleie- og omsorgstjenesten enn landsgjennomsnittet og i budsjettdebatter blir det ofte stilt spørsmål om hvorfor.

For det første viser dette at kommunen i Finnmark har prioritert pleie- og omsorgstjenestene. For det andre får finnmarkingene tidligere behov for hjelp på grunn av tidlig aldring som skyldes vanskelige oppvekstvilkår. Derfor bør og skal dekningsgraden være høyere enn landsgjennomsnittet

**TABELL 2: Pasient- og brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste, prosentandel personell med helse- og sosialfaglig utdanning**

	2002	2003	2004
Vardø	58 %	55 %	66 %
Vadsø	52 %	51 %	47 %
Hammerfest	52 %	52 %	50 %
Guovdageaidnu - Kautokeino	34 %	40 %	35 %
Alta	55 %	53 %	56 %
Loppa	63 %	67 %	65 %
Hasvik	45 %	55 %	48 %
Kvalsund	36 %	39 %	42 %
Måsøy	62 %	64 %	72 %
Nordkapp	53 %	54 %	54 %
Porsanger	50 %	55 %	58 %
Karasjohka - Karasjok	49 %	48 %	50 %
Lebesby	38 %	49 %	47 %
Gamvik	48 %	50 %	45 %
Berlevåg	48 %	48 %	55 %
Deatnu - Tana	46 %	49 %	50 %
Unjarga - Nesseby	44 %	49 %	49 %
Båtsfjord	63 %	60 %	68 %
Sør-Varanger	51 %	50 %	50 %
Samlet Finnmark	51 %	52 %	53 %
Samlet landet	56 %	57 %	58 %

Kilde: SSB, registerbasert personellstatistikk

som er målt ut fra andelen eldre over 80år. Etter hvert som andelen over 80 år også stiger i enkelte kommuner står vi overfor en utfordring med å holde kapasiteten oppe. Tjenesten har fått og vil i framtiden få nye grupper å betjene. Det gjelder personer med psykiske lidelser og rusmisbrukere. Antallet er økende og behovet blir derved større.

Å holde kapasiteten oppe slik at alle som har behov for hjelp får det er en stor utfordring som må erkjennes.

### **Bruker vi den kompetansen vi har?**

Når arbeidsgiverne ikke har oversikt over hvilke kompetanse personellet besitter gir svaret seg selv. Allerede i 1997 kartla Geriatriprosjektet i Finnmark alle sykepleiere med videreutdanning i geriatri og eldreomsorg og sykepleiere med veilederkompetanse.

På det tidspunkt hadde vi 26 sykepleiere med videreutdanning i eldreomsorg, hvorav 15 arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten. Vi fant 31 sykepleiefaglige veiledere hvorav 5 veiledet aktivt. Dersom vi gjorde undersøkelsen i dag ville vi høyst sannsynlig finne samme forhold.

Veiledning limer både erfarne og uerfarne helse- og sosialarbeidere til jobben. Jeg kjenner ikke til at en eneste kommune i Finnmark har innført veiledning i sin turnus. Dette er en arbeidsform som sikrer kvalitet.

Enkelte kommuner er godt i gang med å videreutdanne personell. Spørsmålet er om disse vil få bruke sine nye kunnskaper i sitt arbeid eller om de går tilbake til de samme jobbene med de samme oppgavene etter endt utdanning. Blir ikke kompetanse brukt, dør den.

### **Hva må gjøres?**

Utfordringene må erkjennes. Kommunene må gjennom aktiv analyse av Kostratall og tall fra Arbeidsgiver-Arbeidstager regis-



teret utarbeide enkle rekrutterings- og kompetansehevingsplaner med klare mål. Planen bør inneholde hvilke kompetanse tjenesten har, hvilke kompetanse trenger tjenesten og hvilken kompetanse skal tilføres hvem. I tillegg bør planen inneholde oversikt over alderssammensetningen hos de ansatte og hvilken utdanning de har. Dette for å kunne ha oversikt over hvilke yrkesgrupper som må nyrekrutteres på grunn av pensjonering. Først da kan kommunene bli gode bestillere av utdanningstilbud og vi vil få bedre samsvar mellom tilbud og etterspørsel.

### **Konklusjon**

Målet må være at andelen uten utdanning i tjenesten går ned, at vi får en god nyrekruttering for de personer som pensjoneres i tje-

nesten, at personellet blir faglig oppdatert særlig innen tema lindrende behandling, demens, psykiatri og rus. Mangfoldet i behov som skal dekkes økes og krever ny fagkunnskap. Når det gjelder den delen av tjenesten som gir tilbud til de psykisk utviklingshemmede ser vi helt klart at den trenger et faglig løft.

Fylkesmannen vil intensivere sin rådgivingsfunksjon og samarbeide med kommunene, KS og utdanningsinstitusjonene i det videre arbeid. For bedre skal vi bli.

#### **Kilder:**

SSB statistikk  
Nordlandsforskningsrapport nr 10/97  
Geriatriprosjektet i Finnmark Sluttrapport 1999  
Helsetilsynet rapport 7/2005 Pleie- og omsorgstjenester på strekk  
Shdir Rapport nr 2 2005 Rekruttering for bedre kvalitet



**I møte med kommunene og tjenestetilbudene til personer med psykisk utviklingshemming erfarer vi at kommunene i varierende grad tar stilling til om det er samsvar mellom faktisk kompetanse og kompetansebehov i det enkelte tjenestetilbud.**

## Ja takk, begge deler

Av rådgiver Gry Bogetun

Vi erfarer at det er behov for flere typer kompetanse og at det vil være viktig å møte individuelle behov for tjenester gjennom styrt fleksibilitet.

Tilsyn med tjenester som inkluderer bruk av tvang og makt viser at krav om utdanning på høgskolenivå i noen tilfeller kan fortrenge andre med formålsbasert spisskompetanse.

Fylkesmannens samarbeid med kommunene gir innblikk i kommunenes oppgaver, organisering, ressurser og eventuelle mangel på ressurser.

Antallet personer med psykisk utviklingshemming og behov for tjenester etter sosialtjenestelovens kap 4 varierer i kommunene. Grad av bistandsbehov varierer også. Noen tjenestemottakere har lett psykisk utviklingshemming og behov for et tjenestetilbud preget av fornuftsbasert veiledning og støtte. Andre har moderat til alvorlig grad av psykisk utviklingshemming og har behov for tjenestetilbud med høy, sammensatt kompetanse.

Sosialtjenesteloven stiller ikke krav til at tjenester etter sosialtjenestelovens kap 4 skal ytes av tjenesteytere med spesifikk kompetanse ut over kravet som følger av § 2-3 der det presiseres at sosialtjenesten skal sørge for at dens personell har nødvendig opplæring.

Vår erfaring er at kommunene i mange tilfeller ikke besitter kompetanse som korresponderer med tjenestemottakernes behov.

### Det er bare de modigste og sterkeste som blir

De minste kommunene må ofte iverksette særskilte rekrutterings tiltak, som stipend under utdanning og/eller lønn ut over tariff, for å få tjenesteytere med høgskoleutdanning i tjenesten. Det er i all hovedsak nyutdannet personell som rekrutteres gjennom disse tiltakene.

De nyutdannede tjenesteyterne blir tilknyttet tjenestene til en eller flere personer med psykisk utviklingshemming og varierende bistandsbehov. Der forventes det at de skal ha en veiledende faglederfunksjon fordi de er kommunens eneste fagperson med høgskoleutdanning i tjenesten.

Kort sagt; disse tjenesteyterne møter store faglige utfordringer samtidig som de ofte opplever faglig isolasjon fordi kommunen ikke kan tilby verken veiledning eller et relevant fagmiljø.

Fylkesmann Anders Aune uttalte i sin tid at det var bare Tusse-laddene som blir i Finnmark. Han kjente antagelig ikke til denne gruppen tjenesteytere der bare de modigste og sterkeste blir.

De store kommunene som Alta, Hammerfest, Sør-Varanger og Vadsø har flere tjenesteytere og kan i større grad etablere fagmiljø og tilby veiledning.

### Hel, halv eller kvart tjenesteyter med høgskoleutdanning

Et fellestrekk ved små og store kommuner er at de svært sjelden

tar stilling til tjenestemottakernes diagnoser og funksjonsutredninger når behov for kompetanse i tjenestetilbud utformes.

En gjennomsnittlig personalgruppe er sammensatt av mange ufaglærte, noen med utdanning på videregående skole nivå og en høgskoleutdannet. Sistnevnte deles ofte mellom flere tjenestemottakere slik at den reelle tilknytningen varierer.

Personalgruppens sammensetning er et resultat av praktiske forhold og en forforståelse av at det bør være en høgskoleutdannet tjenesteyter tilknyttet tjenestetilbudet.

Fylkesmannen har et inntrykk av at høgskoleutdannet personell i tjenestetilbudene ofte fungerer som en slags faglig garanti, uavhengig av om denne tilknytningen har et omfang som gir samsvar mellom behovet for kompetanse og den faktiske kompetanse. Det tas ikke alltid stilling til om det totale tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

I noen tilfeller vil tjenestetilbudet være faglig forsvarlig fordi tjenestemottakeren har behov for fornuftsbasert veiledning, støtte og omsorg. I andre tilfeller vil tjenestetilbudet være tilstrekkelig fordi hjelpepleiere og ufaglærte har formålsbasert spisskompetanse.

Men det vil også være tilfeller der kompetansen vil være utilstrekkelig fordi tjenestemottager har sammensatte funksjonsvanter som krever særskilt kompetanse i utførelsen.

Tilfeldig kompetanse og mang-



lende kompetansestyring kan i noen tilfeller medføre uforsvarlighet i tjenestetilbudet.

### **Sosialtjenestelovens kap 4A - regulerende mekanisme for å forebygge- og begrense bruk av tvang og makt**

Dialogen med kommunene har også vært viktig i Fylkesmannens arbeid med å medvirke til at sosialtjenestelovens kap 4A blir en aktiv regulerende mekanisme i kommunene.

Som Fylkesmann overprøver vi kommunenes vedtak om bruk av tvang og makt etter sosialtjenesteloven. Vi fører tilsyn med at tiltakene gjennomføres i henhold til stadfestede vedtak.

Gjennom overprøving og tilsyn får vi detaljert informasjon om samlet og individuell kompetanse i tjenestemiljø der det skal gjennomføres tiltak med bruk av tvang og makt.

Et tilbakeblikk på 2005 viser at Fylkesmannen i Finnmark ga dispensasjon fra kravet om utdanning til 9 tjenestemiljø, og ca 40

tjenesteytere som gjennomfører tiltak med bruk av tvang og makt.

### **Særskilte kompetansekrav**

Sosialtjenestelovens kap 4A stiller særskilte krav til kompetanse for å sikre at tjenesteytere som skal gjennomføre tiltak med bruk av tvang og makt har nødvendig faglig og etisk bevissthet. Kompetansekravet lyder slik:

*“Når tiltak etter § 4A-5, tredje ledd, bokstav b gjennomføres skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial, eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 4A-5, tredje ledd, bokstav c gjennomføres skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særskilte tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.”*

### **Formålsbasert spisskompetanse**

I noen kommunale tjenestemiljø

finner vi tjenesteytere som har ervervet seg spesialisert kompetanse i tillegg til videregående opplæring i helse- og sosialfag.

Slik tilleggskompetanse finnes hos tjenesteytere som over tid har arbeidet med tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming, sammensatte funksjonsvansker og høy frekvens av utagering og selvskading.

Dette er tjenesteytere som har deltatt i systematisk opplæring og veiledning gjennom interne kommunale tiltak, kompetansehevede tiltak i regi av habiliteringstjeneste og voksenpsykiatri.

Noen er også tilført kompetanse gjennom lokale prosjekt, i perioden 1996 – 98, knyttet til det nasjonale Autisneprogrammet.

Tjenesteytere som har en slik tilleggskompetanse har ervervet seg denne kompetansen gjennom tilknytning til samme tjenestemottaker over lang tid. De har parallelt med faglige utvikling også utviklet personlig kjennskap til tjenestemottaker.

Det vil si at disse tjenesteyterne ofte har en personlig relasjon til tjenestemottaker preget

av stabilitet og kontinuitet samtlig som de besitter formålsbasert spisskompetanse tilpasset tjenestemottakers spesielle behov.

Den ene av de to tjenesteyterne skal minst ha bestått utdanning i helse-, sosial, eller pedagogiske fag på høghskolenivå.

Når kommunene fatter vedtak etter kap 4A, § 4A-5, tredje ledd bokstav b, stilles det krav til at en av to tjenesteytere skal ha høghskoleutdanning slik det er beskrevet ovenfor. Det viser seg i praksis å være et behov for høghskoleutdannet tjenesteyter på alle dag- og kveldsvakter. I turnus utgjør det ca 6, hele stillinger, pluss noen helgevakter.

De færreste tjenestemiljø i Finnmark tilfredsstiller kravet til formell kompetanse, og søker Fylkesmannen om dispensasjon fra kompetansekravet. Fylkesmennene er i sin tur bedt om å være mer restriktive i dispensasjonspraksisen. Vi skal stille krav til kommunene om at det iverksettes kortsiktige- og langsiktige tiltak slik at formelt kvalifisert personell skal erstatte personell uten formelle kvalifikasjoner.

Det betyr i noen særskilte tilfeller at nyutdannede tjenesteytere med høghskoleutdanning skal erstatte tjenesteytere med helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå og formålsbasert spisskompetanse.

## Konklusjon

Vi vurderer at en restriktiv praksis på dette området vil medføre en forringelse av etablert faglighet knyttet til noen tjenestemottakere. En vurdering av det etiske aspektet gir ennå større grunn til bekymring fordi en restriktiv praksis medfører at noen tjenesteytere må omplasseres for å gi plass for de formelt kvalifiserte. For tjenestemottaker medfører det at en formidler av vedkommendes historie forsvinner og at nok en relasjon blir brutt.

Vi vil avslutningsvis presisere viktigheten av økt bevissthet omkring behovet for kompetanse. Det er viktig at man har regler

som sikrer at nødvendig kompetanse blir tilført tjenestetilbud, der det ikke brukes tvang og makt. Sosialtjenestelovens § 2-3 om nødvendig opplæring fungerer ikke alltid som en sikring for forsvarlighet i tjenestene.

Samtidig er det viktig å sette fokus på de konsekvenser en rigid praksis får når tjenesteytere med alternativ kompetanse må vike plassen for tjenesteytere med høghskoleutdanning.

Vi må fortsette arbeidet med å fremme et regelgrunnlag som ivaretar enkeltmenneskets rettsikkerhet gjennom individuell vurdering og styrt fleksibilitet.



**Hva vil det si å ha god helse? Er det å føle at man har god helse? Og hvordan går det med helsa til Finnmarkingene, som stadig toppe de negative statistikkene? Opplever vi oss som syke? Den syvende helseundersøkelsen i Finnmark er med på å gi noen indikatorer på helsetilstanden blant dagens Finnmarkinger.**

## Helsetilstand – Finnmarksundersøkelsen 2002- 2003

Av rådgiver Irja Mone Urdal

I tidsrommet 1974-2003 er det gjennomført til sammen 7 store helseundersøkelser i Finnmark fylke. Disse har vært et samarbeid mellom Institutt for samfunnsmedisin, Statens Helseundersøkelser (nå Nasjonalt folkehelseinstitutt) og Senter for samisk helseforskning.

De siste helseundersøkelsene ble gjennomført i 2001-2003 for både Troms og Finnmark. Mens de tidligere undersøkelsene har hatt hovedfokus på hjerte- og kar-sykdommer, har de siste undersøkelsene rettet seg mot et bredere spekter av sykdommer og sykdomsårsaker, samt at flere aldersgrupper har blitt inkludert.

Når man ser på helsestatistikk, kommer Finnmark ofte negativt ut. Fremdeles skårer vi høyt på sykdomsstatistikk. Men ser vi på statistikken for Finnmark over tid, ser vi at Finnmark har en positiv utvikling, og på enkelte områder går kurvene brattere nedover for Finnmark enn for andre fylker. Blant annet går nedgangen i antall dagligrykere kraftigere ned for Finnmark enn noen andre fylker.

Vi skal her se på noen data fra de siste helseundersøkelsene for Finnmark (2002-03). Noen av dataene ses opp mot spesielt Oppland fylke, som foretok helseundersøkelser i tidsrommet 1976-78, og dermed var et av fylkene

Finnmark ble sammenlignet med i de første undersøkelsene. Tallene for Oppland som blir presentert her er fra 2001.

Alle dataene i denne artikkelen er hentet fra Helseundersøkelsene i Troms og Finnmark 2001 - 2003 og Helseundersøkelsen 2001 for Oppland fylke. Vi gjør oppmerksom på at dataene for Troms og Oppland viser til tall for 60- og 75 åringer, mens tallene for Finnmark gjelder for 59-60-åringer og 75-76-åringer.

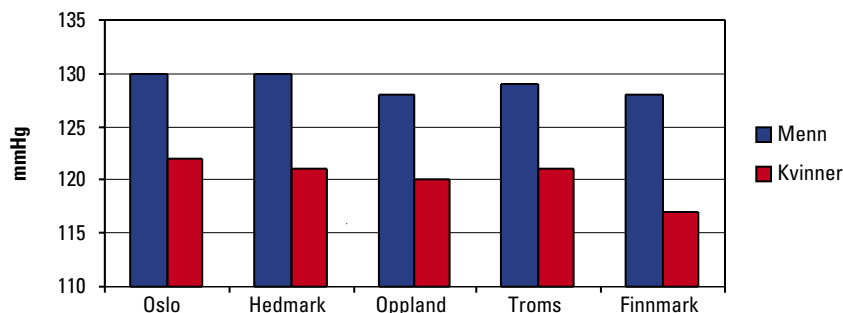
### Hjerte- kar sykdommer

Dødeligheten i Finnmark har vært høyere enn landet for øvrig helt siden de fylkesvise registreringene startet for over 100 år siden. Mange årsaker har medvirket til

dette. I de første Finnmarksundersøkelsene i 1974-75 fant man at den viktigste årsaken til denne høye dødeligheten var hjerte- kar dødsfall. En avhandling gjort på 1980 tallet av K. Bjartveit konkluderte med at forskjellen i nivå av serumkolesterol og sigarettforbruk var tilstrekkelig til å forklare forskjellen i prevalens<sup>1</sup> og dødelighet mellom Finnmark og fylkene Oppland og Sogn og Fjordane<sup>1</sup>.

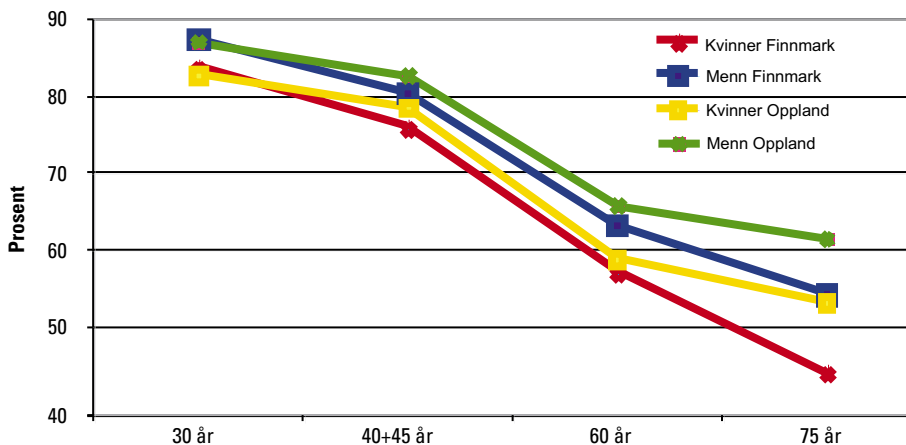
De siste 20 årene har kolesterolnivået i Finnmark falt med 1 mmol/l. Det er beregnet at dette alene innebærer nær halvert risiko for hjerte- karsykdom. Dødelighetsstatistikken viser oss at stadig færre dør av hjerteinfarkt og angina pectoris i Finnmark. De siste 30 årene har nedgangen

**Tabell 1: Gjennomsnittsverdi for systolisk blodtrykk blant 40-åringer i fem fylker. 2000-2003\***



\*Figuren viser tall for 40 og 45-åringer samlet i alle fylkene.

**Figur 1: Andel som oppgir helse som god eller svært god fordelt på kjønn, alder og fylke**



vært 60 – 70 prosent for aldersgruppen under 70 år<sup>2</sup>.

Også blodtrykket har falt de siste fem årene. Mens høyt kolesterolnivå er viktigste risikofaktor for hjerteinfarkt, er blodtrykket viktigste risikofaktor for hjerneslag. Finnmark ligger i dag, som vi ser av tabell 1 side 37, lavere enn flere fylker i forhold til gjennomsnittlig systolisk blodtrykk, noe som er en meget positiv utvikling for fylket.

I tillegg til kolesterol og blodtrykk har røykevaner stor betydning for både hjerteinfarkt og hjerneslag. Når vi så vet at også andelen dagligrøykere har gått mer nedover i Finnmark enn i noen andre fylker de siste årene, så sier dette noe om en positiv helsetrend i fylket. Dette vil vi komme tilbake til i en annen artikkel i denne Helse- og sosialmeldingen.

Så på enkelte områder går statistikken riktig vei også for Finnmarkingene. Men hvordan opplever Finnmarkingene selv sin egen helse?

## Egenopplevd helse

Egenvurdert helse er en god og uavhengig indikator på reell psykisk og fysisk sykdom. Spør-

målet "Hvordan er helsen din nå?" er derfor et vanlig spørsmål i spørreundersøkelser over hele verden. Det som gjør egenvurdert helse spesielt interessant som helse-indikator, er at studier har vist at det er en god predikator<sup>ii</sup> for dødelighet, faktisk bedre enn medisinske utredninger<sup>3,4</sup>.

Kanskje vel så viktig er det at egenvurdert helse også reflekterer de såkalte «samsykdommene», i tillegg til forhold som trivsel og levekår. Samsykdommer er et uttrykk som benyttes om tilstander hvor årsakene skyldes problemer folk har i samliv, samarbeid og samfunn. Samfunnsmessige rammefaktorer har altså betydning for egen helsevurdering i tillegg til individuelle forhold. Og med et samfunn i endring vil også innholdet i dette helsemålet endres parallelt. Tid og rom har derfor betydning for subjektive helsevurderinger<sup>5</sup>.

Det er likevel viktig å huske på at det er ingen generell enighet om hva den enkelte legger i begrepet 'egenopplevd helse'. I en undersøkelse så man at høyere inntekt, gode relasjoner til foreldre, interesse for skolen og gode prestasjoner, høy selvtilit, ikke-røyking og mannlig kjønn alle var positivt korrelert til høy-

ere egenvurdert helse<sup>6</sup>. Men også elementer som sosioøkonomisk status, arbeidssituasjon, familie-situasjon, emosjonell tilstand kan alle være med å påvirke vår opplevelse av egen helse.

I Helseundersøkelsen for Finnmark 2002-03 ser vi at befolkningen i Finnmark ikke avviker særlig fra andre fylker som Troms og Oppland når det gjelder egenvurdert helsetilstand. Som vi ser av figur 1 svarer 86 prosent av menn i alderen 30 år i Finnmark at de har 'god' eller 'svært god' helse, mot 83 prosent av kvinnene på samme alder. For Oppland ligger andelen på 86 prosent for menn og 82 prosent for kvinnene. De samme andelenene finner vi også for Troms fylke.

Den største forskjellen mellom Finnmark og Oppland finner vi i den eldste aldersgruppen, 75 år. Her oppgir færre menn og kvinner i Finnmark å ha god helse: 55 prosent av mennene i Finnmark, mot 61 prosent i Oppland. Blant kvinnene er det 45 prosent i Finnmark som angir god helse, mens det er 54 prosent i Oppland. Det er interessant at andelen menn og kvinner er mer lik når vi sammenligner Finnmark med Troms fylke.

Det er også interessant å merke seg at kvinner generelt angir dårligere selvrapportert helse enn menn. Dette er en trend vi finner både i Oppland, Troms og Finnmark.

## Sykdommer og skader

Parallelt med at menn i større grad enn kvinner oppgir å ha god helse, ser vi at det er noe flere menn enn kvinner i Finnmark som oppgir sykdommer og skader som angina pectoris, hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette er i de eldste aldersgruppene: 59-60 år og 75-76 år. I tabell 2 ser vi at 25

ii Indikator for forutsigbarhet

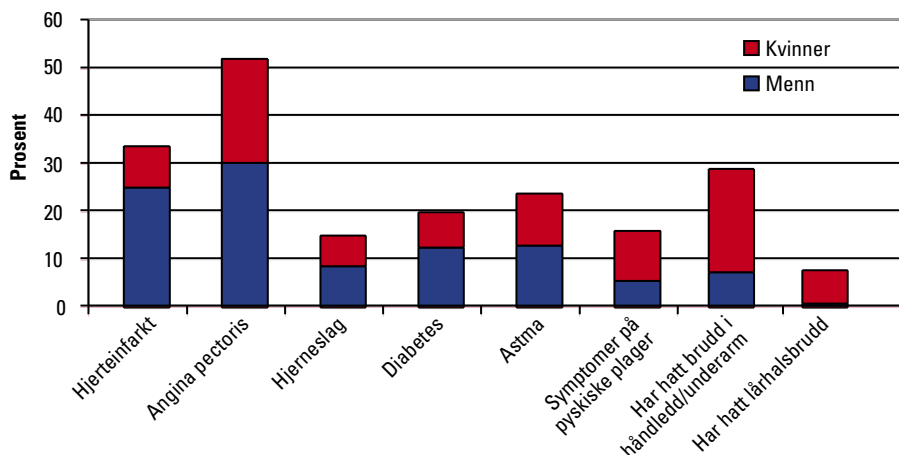
2 <http://www.fhi.no/dav/07A1F8A212.doc>

3 [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa\\_lt.visSeksjon?vp\\_SEKS\\_ID=293621](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=293621)

4 Idler & Benyamini 1997

5 SHdir, Sosiale ulikheter i helse I Norge, IS-1304

6 Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predict student self-rated physical health? J Adolesc 1998; 21: 83 – 97.

**Tabell 2: Andel 75-76 år i Finnmark med sykdommer og skader fordelt etter kjønn**

prosent av mennene og 9 prosent av kvinnene i den eldste aldersgruppen i Finnmark oppgir at de har eller har hatt hjerteinfarkt. Andelen med angina er 30 prosent og 22 prosent blant menn og kvinner i eldste aldersgruppe i Finnmark. Her ligger Finnmark høyere enn både Troms og Oppland fylke.

### Psykiske plager

Kvinner oppgir i større grad enn menn symptomer på psykiske lidelser. Mens dette er en trend vi også ser i fylker som Troms og Oppland, er det interessant å se at andelen som rapporterer om symptomer på psykiske plager blant 30 åringer i Finnmark, er like stor hos både menn og

kvinner (12 prosent). Som vi ser av figur 2 er forskjellen mellom kjønnene i denne aldersgruppen tydeligere i Oppland.

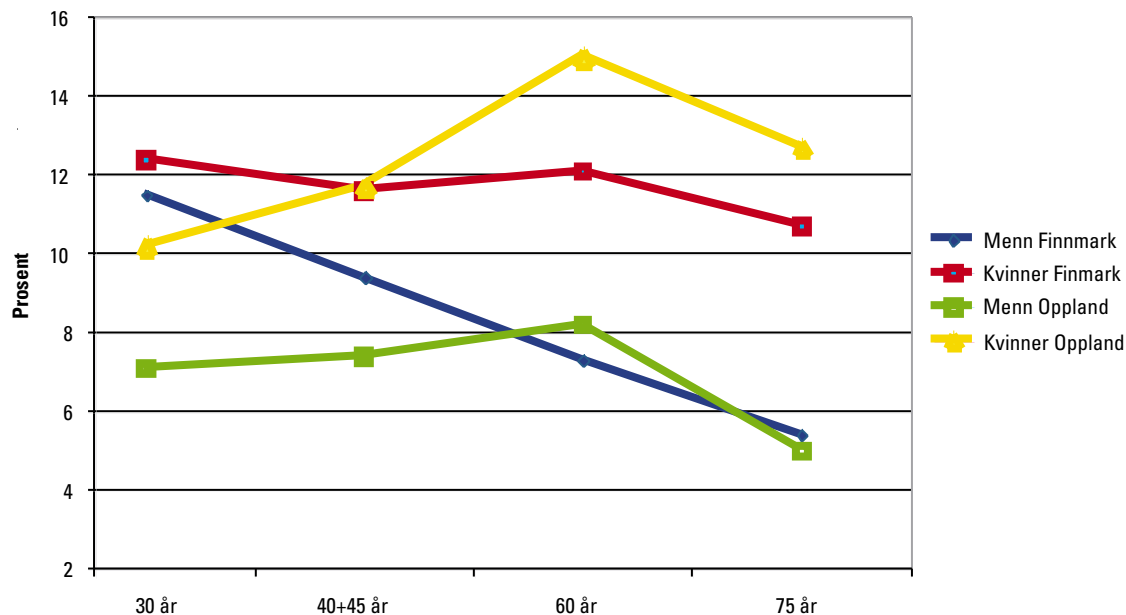
Forskjellen mellom kjønnene øker i de eldre alderskategoriene. I dataene fra Finnmark i aldersgruppen 59-60 år sier 7 prosent av mennene at de har hatt slike symptomer mot 12 prosent av kvinnene. For Oppland er de tilsvarende andelenene 8 og 15 prosent. For Finnmark er det interessant å se at andel menn som oppgir symptomer på psykiske plager synker jo eldre årsklasse vi ser på, mens andelen er mer stabil uavhengig av alder hos kvinnene i undersøkelsen.

Når det gjelder andelen med oppgitt symptomer på psykiske plager er ikke andelen i Finnmark

spesielt høy når vi sammenligner det med fylker som bla. Oppland. Det er tankevekkende å merke seg at unge menn i Finnmark oppgir en høyere andel, mens denne synker med alder. Mennene i Oppland har en mer stabil kurve.

### Avslutning:

Som vi ser er det ikke bare negative tall for Finnmark. Fremdeles ligger vi høyere på andelen med hjerteinfarkt og angina, men risikoen for hjerte- og karsykdommer synker fordi kolesterolnivå og blodtrykk går nedover i fylket. I tillegg opplever de fleste Finnmarkingene helse som like god som folk i Oppland og Troms, noe som er interessant, med tanke på at vi over lengre tid har ligget høyt på negativ helsestatistikk. Kanskje er spørsmålet om hvordan vi i Finnmark tar det, like viktig som hvordan vi har det! Positiv egenopplevd helse samsvarer med andre faktorer som familiesituasjon, samfunnet vi lever i, emosjonell tilstand; vår totale livssituasjon på mange måter. Og den er kanskje ikke så verst?

**Figur 2: Andel personer med oppgitt symptomer på psykiske plager fordelt på kjønn, alder og fylke.**



**I hvilken grad benytter Finnmarkingene seg av primærhelsetjenestetilbud som allmennlege/ fastlege og legevakt? Og hva med mer tradisjonell alternativ behandling, er den fremdeles en viktig supplement til skolemedisinen, eller er dette noe de eldre generasjonene i større grad benytter seg av?**

## Skolemedisin og alternativ behandlere – Finnmarksundersøkelsen 2002-2003

Av rådgiver Irja Mone Urdal

I artikkelen 'Helsetilstand - Finnmarksundersøkelsen 2002-2003' viser vi til de siste helseundersøkelsene som ble gjort i Troms og Finnmark 2001-2003. Denne artikkelen tar utgangspunkt i det samme datagrunnlaget som artikkelen om helsetilstand.

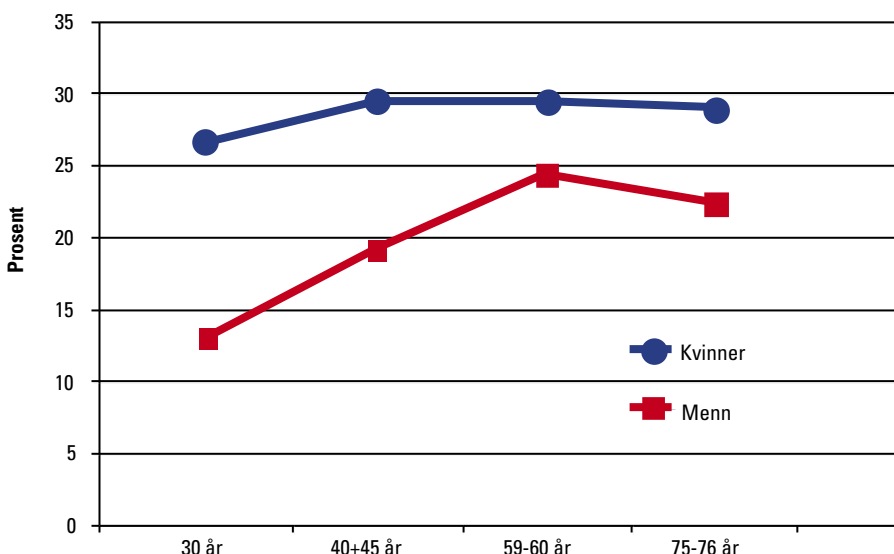
Som vi refererte til i artikkelen 'Helsetilstand' har Finnmark tradisjonelt sett ligget høyt på negativ helsestatistikk. Andre artikler har påpekt at bildet er mer nyansert enn det den tradisjonelle helsestatistikken ofte presenterer. Bruken av helsetjenester er også et viktig og interessant tema i denne sammenhengen. Men la oss denne gangen supplere dette med et mer kulturelt blikk og se på hva slags behandlere som blir oppsøkt: skolemedisinen eller andre?

### Bruk av allmennlege/ fastlege og legevakt

Ser vi på dataene fra den siste Finnmarksundersøkelsen 2002-03, finner vi at menn i lavere grad oppgir å ha benyttet helsetjenester som allmennlege/fastlege enn kvinner.

I figur 1 ser vi at mens 26 prosent av kvinnene i alderen 30 år oppgir å ha brukt allmennlege/fastlege 4 ganger eller mer de siste 12 månedene, er det 13 prosent av mennene som oppgir det samme. I aldersgruppen 40+45 år er andelen 29 prosent blant

**Figur 1: Andel som har brukt allmennlege/ fastlege 4 ganger eller mer siste 12 mnd fordelt på kjønn og alder i Finnmark**



kvinner og 19 prosent blant menn. Forskjellen mellom kjønnene synker noe i de eldste aldersgruppene.

Videre ser vi av figuren at mens kvinnene har et mer jevnt forbruk av legetjenesten i alle aldersgrupper, øker bruken av fastlege/ allmennlege med alderen for menn. Noe av årsaken til dette kan være at unge kvinner i større grad benytter lege for å få prevensjonsmidler, kontakt i forbindelse med graviditet, fødsler og lignende.

### Bruk av legevakt

Ser vi på bruken av legevakt i figur 2 (side 42), ser vi at det

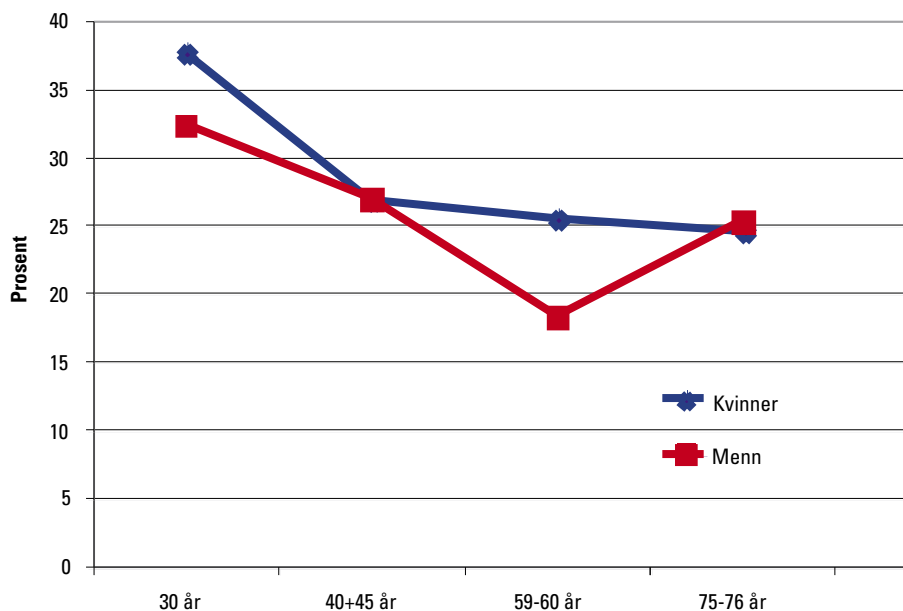
generelt er mindre forskjell mellom menn og kvinner i bruk av legevakt, enn det var i bruk av allmennlege/ fastlege (figur1).

Blant 30 åringene oppgir 38 prosent av kvinnene at de har benyttet legevakt det siste året, mens det er 32 prosent av mennene som oppgir det samme. Ser vi tilbake på forskjellen i bruk av allmennlege/ fastlege finner vi at forskjellen der var 26 prosent mot 13 prosent.

Den største ulikheten i bruk av legevakt finner vi i alderen 59-60 år hvor 25 prosent av kvinnene oppgir å ha brukt legevakt det siste året mot 18 prosent blant mennene.

Bruken av legevakt spiller

**Figur 2: Andel som har brukt legevakt de siste 12 mnd fordelt på kjønn og alder i Finnmark**



også av bruken av allmennlege/fastlege (figur 1): den synker med økende aldersgruppe, mens bruken av allmennlege steg med økende alder. Kurvene viser også at de med lavest bruk av allmennlege/fastlege har høyest bruk av legevakt og omvendt. Dette ser vi spesielt tydelig blant mennene. Kan det være at menn i større grad benytter legevakt i stedet for allmennlege/fastlege?

Totalt sett ser vi tydelig at kvinner, uavhengig av aldersgruppe, er en større forbruker av helsetjenester som allmennlege og legevakt enn menn.

### Bruk av alternativ behandling

I Helseundersøkelsene for Troms og Finnmark 2001-2003 har man også tatt med temaet alternativ behandling. Utvalget har blitt spurt om de har benyttet alternativ behandling, og svaralternativene her var: Helbreder, Healer, Akupunktur eller Soneterapeut, homeopat, kinesiolog osv. På dette spørsmålet er det små forskjeller mellom Troms og Finnmark når vi ser på fylkene

som helhet. Det er en noe større andel som har svart positivt på dette i Finnmark. Men vi finner mer spennende data når vi ser på forskjeller *innad* i Finnmark.

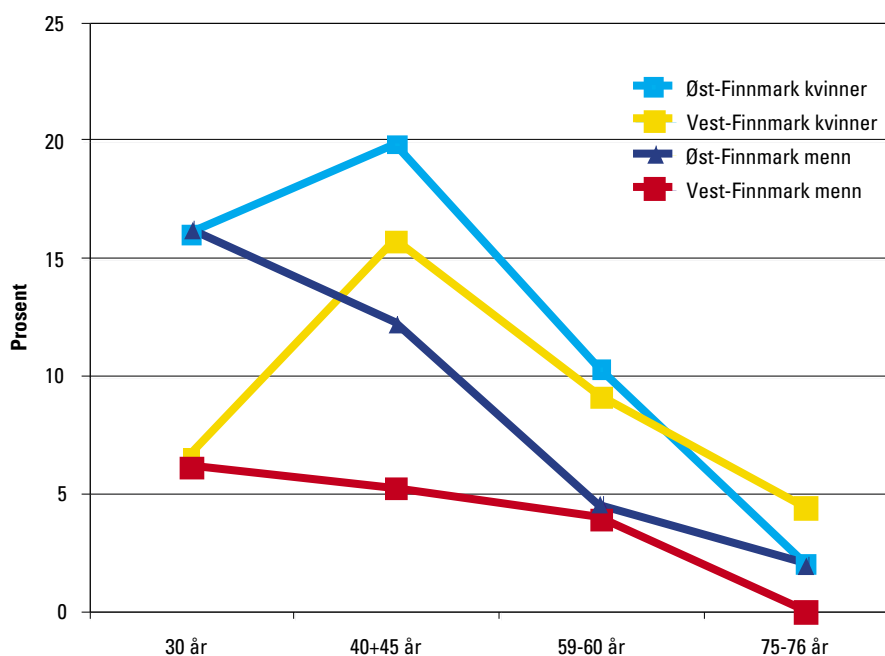
Det vi ser av figur 3 er at deltakerne fra Øst-Finnmark i større grad benytter alternativ behand-

ler enn de fra Vest-Finnmark, uavhengig av alder. Dette gjelder både for menn og kvinner. 16 prosent av kvinner på 30 år fra Øst-Finnmark oppgir at de har brukt alternativ behandler det siste året, mot 7 prosent i Vest-Finnmark. For menn i samme aldersgruppe, er det 16 prosent i Øst-Finnmark og 6 prosent i Vest-Finnmark. Trenden med mer bruk av alternativ behandler i Øst-Finnmark er gjennomgående i alle alderskategorier, med unntak av kvinner i 75-76 år, en aldersgruppe hvor andelen som bruker alternativ behandler også er lavere totalt sett, enn for de øvrige aldersgrupper.

De som oppgir størst bruk av alternativ behandler er kvinner i aldersgruppen 40-45 år. Der sier 16 prosent i Vest-Finnmark og 20 prosent i Øst-Finnmark at de har benyttet alternativ behandling de siste året.

Når det gjelder indre strøk i Finnmark ser vi at aldersgruppene 40+45 år samsvarer med tilsvarende grupper i Øst-Finnmark. I aldersgruppa 59-60 år var ande-

**Figur 3: Andel personer som har brukt alternativ behandler de siste 12 mnd fordelt på kjønn og fylkesdel**



<sup>1</sup> I helseundersøkelsene for Troms og Finnmark 2001-2003 har man valgt å kun gi tall for kommuner og regioner som har minst 50 deltagere av hvert kjønn. Dette er gjort slik at den statistiske usikkerheten i tallene som publiseres ikke skal være for stor. For indre strøk i Finnmark har det resultert i at det kun er data fra aldersgruppene 40+45 år og 75-76 år.

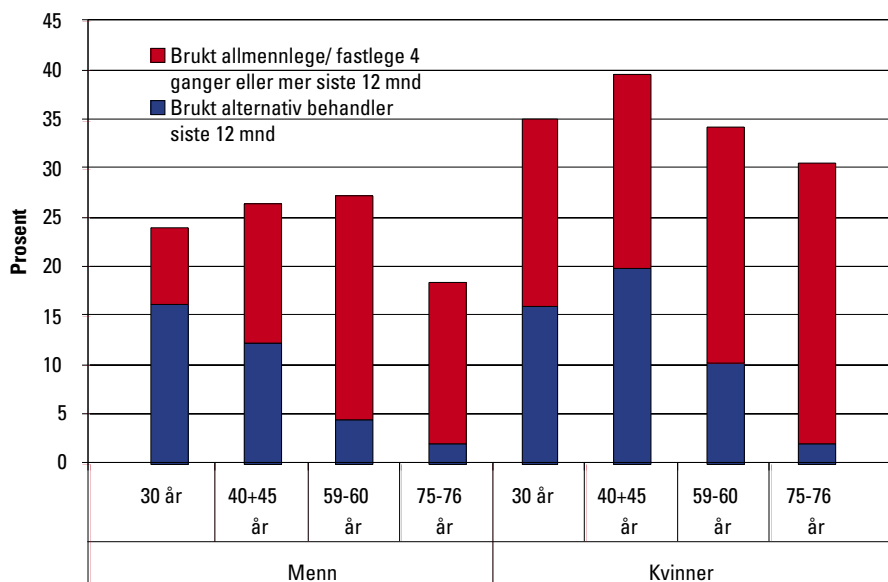
len høyere for indre strøk. 17 prosent av kvinnene i indre strøk oppga at de hadde benyttet alternativ behandler det siste året, mot 10 prosent i øst-fylket. For menn var det 9 prosent i indre strøk og 5 prosent i øst-fylket<sup>1</sup>.

Hva kan så ligge bak denne forskjellen i bruk av alternativ behandler? Det kulturelle aspektet er viktig her. Finnmark er et flerkulturelt fylke og den samiske og til dels også kvenske kulturen står sterkt. Begge disse folkegruppene er sentrale i Øst-Finnmark. Healere, eller helbredere, og sjamaner er en viktig del av den samiske folkemedisinen. I NOU 1998: 21 om Alternativ medisin skriver de at samene helt opp til våre dager langt på vei har vært nødt til å stole på egne krefter. Og det er grunnlag for å hevde at folkemedisin og skolemedisin har levd i fredelig sameksistens. På folkemunne har det ofte hett at «du skal gå til doktoren for å finne ut hva som feiler deg, men du skal gå til leseren for å bli frisk»<sup>1</sup>.



Foto: Øyvind Ravna

**Tabell 1: Bruk av alternativ behandler og allmennlege/fastlege fordelt på kjønn og alder i Øst-Finnmark**



### Bruk av alternativ behandler og allmennlege/fastlege

Tabell 1 gir en oversikt over fordelingen mellom bruk av allmennlege/ fastlege og alternativ behandler. Det er interessant å merke seg at blant gruppen menn på 30 år i Øst-Finnmark, er det flere som oppgir å ha vært hos alternativ behandler det siste året, enn hos allmennlege/ fastlege 4 ganger eller mer det siste året. 8 prosent oppgir å ha vært hos allmennlege/ fastlege, mens 16 prosent oppgir å ha vært hos alternativ behandler det siste året. Blant deltakerne fra Vest-Finnmark er tilsvarende tall 15 prosent hos allmennlege/ fastlege og 6 prosent hos alternativ behandler.

Det også interessant å se at andelen som oppgir å ha benyttet alternativ behandler er lavest i de eldste aldersgruppene. De er til gjengjeld de som benytter allmennlegetjenesten i størst grad.

### Avslutning

Som vi har sett er det kvinner som i størst grad benytter seg av

helsetjenester som allmennleger og legevakt. Spesielt for unge menn kan det se ut som at bruken av legevakt skjer istedenfor bruk av allmennlege. De går kanskje ikke før det er blitt akutt? Det er også spennende og interessant å se at den gruppen som i minst grad benytter allmennlege, nemlig unge menn, er de som benytter seg mest av alternativ behandler. Like interessant er det å se at eldre mennesker, og da spesielt eldre kvinner i så liten grad oppgir å ha brukt alternativ behandler.

Bruken av alternativ behandler er et spennende tema og det vil komme flere data på dette. Helse Nord har blant annet gitt et 3-årig stipend til en undersøkelse om hvorvidt brukere av psykiatriske helsetjenester ønsker et integrativt behandlingstilbud. Et slikt tilbud kan inkludere et samarbeid med tradisjonelle utøvere fra urbefolkningen, deriblant samiske healere<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> NOU 1998: 21 Alternativ medisin Kap. 6.3.22 Samisk folkemedisin og tradisjoner

<sup>2</sup> <http://uit.no/nafkam/nytt/2764>



# Aktivitetsoversikt 2005

## Helse-og sosialavdelingen

### Systemrevisjonstilsyn/ individtilsyn

Etter helsetjenestelovgivningen har det vært gjennomført 5 systemrevisjonstilsyn. 3 av disse er landsomfattende tilsyn, hvorav 2 tilsyn var felles for helse- og sosial. Tema for tilsynet var kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer (over 18 år) med langvarige og sammensatte behov.

Det siste landsomfattende tilsyn var med spesialisthelsetjenesten og omhandlet kommunikasjon i forhold til gastrokirurgiske pasienter. Det har vært gjennomført 2 egeninitierte tilsyn med sykehjem med fokus blant annet på medikamenthåndtering, internkontroll, infeksjonskontroll, opplæring og legevakttjenesten.

Etter sosialtjenestelovgivningen har det vært gjennomført 5 landsomfattende systemrevisjonstilsyn. 2 av tilsynene var felles for helse og sosial der tema var kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer (over 18 år) med langvarige og sammensatte behov.

De 3 resterende landsomfattende tilsyn var med kommunens bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming etter sosialtjenestelovens kap 4 a.

Etter lov om barneverntjenester har det vært gjennomført landsomfattende tilsyn med den kommunale barneverntjenesten i 3 kommuner med fokus på kommunens oppgaver ved plassering av barn i institusjon og fosterhjem.

Det har vært gjennomført 4 systemrevisjoner ved barneverninstitusjonene med fokus på rettighetsforskriften. Samtlige individtilsyn ved institusjonene og etter § 4-26 tiltakene har vært gjennomført i henhold til lovpålagte krav.

### Klagesaker og tilsyn med enkelthendelser

Det ble behandlet 149 klagesaker etter sosialtjenesteloven. 129 saker etter lovens kap 5, 19 saker etter kap 4 og 1 sak etter andre bestemmelser i loven. Antall klagesaker ser ut til å holde seg noenlunde stabilt. 36 saker er sendt tilbake til nye behandling i kommunen. Hovedårsaken til dette er feil saksbehandling. Det har vært arbeidet med kompetanseheving for kommunene på dette området i innværende år. 40 av sakene, var saker innkommet i 2004.

Det har ikke vært klagesaker på vedtak fattet etter sosialtjenestelovens kap 4 a. Fylkesmannen har mottatt 300 meldinger om skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner som omfatter 16 personer fordelt på 6 kommuner. Pr 2005 har Fylkesmannen behandlet 16 vedtak om bruk av tvang eller makt fordelt på 6 personer i 4 kommuner. Fylkesmannen har gitt 9 dispensasjoner fra utdanningskravet.

Fylkesmannen behandlet 21 saker i 2005 etter lov om barneverntjenester. 2 av sakene var klager over enkeltvedtak fattet i kommunen, mens de resterende

19 er tilsynssaker/beklagelser.

Det kom inn 88 saker i 2005 til behandling av Helsetilsynet i fylket. Totalt ble 93 saker avsluttet i 2005. Av disse er 20 rettighetsklager og 73 tilsynssaker.

### Barne- og familiesaker

Det har vært foretatt 138 meklinger etter ekteskapsloven og 100 etter barneloven. Dette er en liten nedgang fra året før. De fleste meklingene er foregått ved familievernkontorene.

Det ble innvilget 212 separasjoner og 200 skilsmisser. Antallet separasjoner er mindre enn året før, mens antallet skilsmisser er større enn året før.

Vi har mottatt 23 utenlandske skilsmisser og godkjent 22, gitt avslag på 1. De fleste gjelder russiske borgere.

Det er gitt tilskott til 2 incestsenter med samlet beløp kr 615.000. Krisesentrene ble fra 1. januar 2005 overført til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Fylkesmannen har i 2005 mottatt og innvilget 14 søknader om erverv av norsk statsborgerskap.

Vi har mottatt 20 saker i forbindelse med oppsporing av biologiske foreldre.

Fylkesmannen har ikke mottatt noen klager på navnesøknader som er blitt behandlet av folkeregistrene.

Det er ikke mottatt noen saker etter barneloven der begge foreldrene ber om at Fylkesmannen kan fastsette at en skriftlig avtale om foreldreansvar, bosted og samvær skal kunne tvangsfullføres.

res. Fylkesmannen har gitt råd og veiledning på barneloven, der har det vært en del telefonhenvendelser. Saker etter barneloven blir nå behandlet av tingretten.

Det har vært gjennomført et tilsyn ved et av familievernkontorene i henhold til lov om familievern. Dette tilsynet skulle ha vært gjennomført i 2004. Tilsynet ved de tre andre kontorene har ikke vært prioritert i 2005.

## Opptappingsplan psykisk helse

Kommunene i Finnmark fikk utbetalt 32.469.000 kr i øremerket tilskudd i 2005. Det vil si at det ikke ble tilbakeholdt midler, og at kommunene oppfylte kravene i Rundskriv IS-1/ 2005 som blant annet krevde at kommunene skulle utarbeide overordnede rutiner for arbeidet med individuell plan.

Fylkesmannen i Finnmark fokuserte også i 2005 på individuell plan. Det ble holdt kurs om individuell plan i flere kommuner.

Fylkesmannen gjennomførte 6 kommunebesøk til kommuner som trengte råd og veiledning i forbindelse med sitt arbeid med Opptappingsplanen.

Det ble også gjennomført flere rådgivningsmøter med kommuner via lyd/bilde- studio (telematikk).

Fylkesmannen gjennomførte sin årlige samling med kommunene med tema rus og psykiatri. Over 70 personer fra kommuner og helseforetak deltok på samlingen.

Helsetjeneste til innsatte i fengsel, inkludert tannhelsetjeneste, samt helsetjenester til asylsøkere og flyktninger

Det har vært ytt bistand til å implementere veileder for helsetjenesten til innsatte via kommunen. Helsetilsynet har også hatt noen få klagesaker på dette området.

Når det gjelder helsetjenesten til asylsøkere og flyktninger har Helsetilsynet mottatt tilbakemeldinger på tilsynsrapportene fra

kommunene etter tilsynene som ble utført i 2004.

## Ny arbeids- og velferdsforvaltning.

På Fylkesmannens sosial- og barnevernledernettmøte i sommer ble det satt fokus på NAV, boligsosialt arbeid samt BUF-etats arbeid mot kommunene. NAV var også tema under årets regionale sosiallederkonferanse i Tromsø. Fylkesmennene i de tre nordligste fylkene sto som arrangør. NAV-Interim var representert. Det samme var A-etat og trygdeetat. Hovedfokus på NAV og representasjon fra NAV-Interim, Aetat og trygdeetaten

Det er avholdt felles informasjons- og dialogmøte for Troms og Finnmark i regi av SHdir med NAV som tema. Fylkesmannen i Troms var praktisk arrangør for møtet. Målgruppe var ordførere, rådmenn, helse- og sosialledere/enhetsledere i kommunene. Fra Finnmark møtte 11 kommuner, hovedsakelig fra sosialtjenesten.

## Folkehelsearbeidet

### *Utvikling av regionale og lokale partnerskap*

Fylkesmannen i Finnmark har også i 2005 lagt ned mye arbeid rettet mot Finnmark Fylkeskommune for opprettelse av partnerskapsmodellen og satsing på folkehelsearbeid og FYSAK-Finnmark. Det regionale partnerskapet er ikke formalisert men er innen rekkevidde i løpet av vår 2006. Lokale partnerskap i forlengelsen av FYSAK i kommunene er også innen rekkevidde i løpet av første halvår.

### *Handlingsplanen for fysisk aktivitet.*

Gjennom planarbeid i fylkesmannens arealplanarbeid er vi med å sette fokus på viktigheten av lokalmiljøet /nærmiljøet, samt tilgang og tilgjengelighet på mulighetene for å fremme en mer aktiv

hverdag i befolkningen.

Aktive skolebarn blir publisert som et tiltak og en metode i arbeidet med å få elevene til å være mer aktive. Gjennomføringen er opp til den enkelte skole og kommune.

Grønn resept er under utprøving i enkelte fysak-kommuner for å høste erfaringer og for raske og mer effektiv spredning.

### *Fysisk aktivitet og måltider i skolen:*

FM har gitt tilskudd til åtte grunnskoler og en kommune i forbindelse med prosjektet "Fysisk aktivitet og måltider i skolen". Det er avholdt en samling for prosjektskolene.

Prosjektet ble i 2005 utvidet til også å gjelde videregående skoler, men ingen av de videregående skolene i Finnmark deltok.

Av andre satsinger som vi jobber med mot skolen er frukt og grønt abonnement og tips og råd mot skolekantiner og andre skoletilbud verdt å nevne.

### *Røykfrihet:*

På dett området gjør ressursgruppen for tobakksforebygging i Finnmark en strålende jobb. Bred satsing på alt fra skoletiltak, VÆR røykFRI, røykesluttkurs, samt innenfor idretten, kommuner og på strategiske områder slik som fylkeskommunene og videregående skoler.

### *Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort.*

Fylkesmannen har fulgt opp kommuner, arrangert en konferanse, fått MSO (medisinernes seksualopplysning fra Tromsø) til å satse og involvere seg i Finnmark, samt lyst ut og tildelt midler etter søknad fra kommuner.

### *Rekrutteringsplan for helse- og sosial personell*

Fylkesmannen ser med bekymring på den høye gjennomsnittsalderen fylket har når det gjelder hjelpepleiere og den store andelen uten utdanning i den brukerretnede pleie- og omsorgssektoren. Vi har derfor prioritert arbeidet

med å få ansatte i tjenesten realkompetansevurdert og gitt tilskott til fylkeskommunen slik at ekstraordinære klasser for hjelpepleiere kunne opprettes. Kommunene i Finnmark driver en høy opplæringsaktivitet med stor egenfinansiering. Tilskottet gitt fra rekrutteringsplanen representerer en liten andel av de faktiske utgifter.

Helse- og sosialavdelingen er også involvert i noen spesielle prosjekter for å bedre legedekningen, spesielt i primærhelsetjenesten: Til sammen 43 turnusleger har deltatt i gruppebasert veiledning i 2005 og ca. halvparten av dem har fortsatt å arbeide i landsdelen etter endt turnustjeneste, derav 8 i kommunehelsetjenesten i Finnmark. Vi forvalter tilskudd til veiledning i for de legene som går inn i allmenn eller samfunnsmedisin i Nord-Norge. Til sammen 46 leger mottok slikt tilskudd i 2005. Vi driver en egen utdanningsgruppe i samfunnsmedisin (for tiden 12 deltakere), og er involvert i et prosjekt for primærlege-dekningen i Indre Finnmark.

### **Prioriteringer for virksomheten**

Fylkesmannen har i inneværende år prioritert arbeidet med handlingsplanene, samt arbeidet med å sikre rettsikkerheten i form av arbeid med klagesaker og gjennomføring av tilsyn.

