



Sosial- og helsemelding

Årsrapport 2010



FYLKESMANNEN I HEDMARK
Sosial- og helseavdelingen



HELSETILSYNET
I HEDMARK



Terningen arena i Elverum – et kompetansesenter for helse, idrett og kultur – ble tatt i bruk høsten 2010.

INNHOOLD

Forord	3
Barn og Unge	4
Sosiale tjenester i Nav	9
Opptrappingsplanen for rusfeltet	12
Kvalifiseringsprogrammet	14
Klage- og tilsynssaker innen helsetjenesten	16
Hvor svikter det i primærhelsetjenesten?	19
Spesialisthelsetjenesten	21
Etter opptrappingsplanen for psykisk helse	25
Omsorgstjenester og eldresatsingen	27
Andre forvaltningsoppgaver	32
Ansatte i sosial- og helseavdelingen	34

Forsida øverst:

Utsikt mot Atnasjøen og Rondane.

Nederst til venstre:

Åsnes kommune ved helseleder Torhild Gundersen mottok Samhandlingsprisen for Hedmark av Helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen i desember 2010.

Fylkeslege Trond Lutnæs til venstre.

Nederst i midten:

Ny akuttavdeling i psykiatri er tatt i bruk ved Sykehuset Innlandet HF – Sanderud.

Nederst til høyre:

Prosjektleder Karl Petter Kristiansen fra Nav Hedmark på besøk til Nav Engerdal som er integrert i kommunehuset.

FORORD

Årets sosial- og helsemelding fra Helsetilsynet i Hedmark og sosial- og helseavdelingen hos Fylkesmannen i Hedmark prøver å gi noen inntrykk av vår virksomhet i året som har gått. Vi prøver også å komme med tilbakemeldinger til tjenesteområdene som et bidrag til forbedring og kvalitetsutvikling. Vi har oppgaver for flere departementer og sentrale direktorater, men vi synes det er viktig å se disse oppgavene i sammenheng. Våre tilsyns- og forvaltningsoppgaver retter seg mot kommuner, helseforetak og barnevernsinstitusjoner, og både tjenestene og brukerne har nytte av at vi prøver å få til en helhetlig tilnærming. Vi inngår jo også i fylkesmannens samlede virksomhet, hvor vi samarbeider med andre avdelinger på flere områder for å utføre de oppgavene vi får fra sentrale myndigheter.

Nytt av året for 2010 er at vi har fått tilsynsoppgaver når det gjelder de sosiale tjenestene i Nav-kontorene. Vi skal også føre tilsyn med det kommunale tilbudet om krisesenter. Det er likevel den ordinære klage- og tilsynsvirksomheten i helse- og sosialtjenesten som utgjør hovedtyngden av oppgavene våre. Vi har også mange ulike forvaltningsoppgaver som tar mye tid og ressurser.

Noen nøkkeltall fra 2010:

- 31 tilsynssaker i barnevernet
- 38 klagesaker fra barnevernet
- 2 planlagte tilsyn i kommunalt barnevern
- 47 tilsynsbesøk i 17 barnevernsinstitusjoner
- 11 planlagte tilsyn i sosialtjenesten
- 220 klagesaker etter sosialtjenesteloven
- 8 tilsynssaker i sosialtjenesten
- 132 tilsynssaker i helsetjenesten
- 60 rettighetsklager i helsetjenesten
- 16 planlagte tilsyn i helsetjenesten
- 464 separasjonsbevillinger
- 378 skilsmissebevillinger
- 1076 saker om helsemessige krav til førerkort
- 454 forskrivningstillatelser
- Overprøvd 55 kommunale vedtak om tvang etter sosialtjenesteloven
- 15 stedlige tilsyn for å kontrollere slike vedtak
- Kontrollert 63 vedtak om tvungen helsehjelp

Lista kan gjøres mye lengre, og i tillegg til det som kan telles på denne måten har vi omfattende oppgaver for å sette nasjonal politikk ut i livet – både når det gjelder Nav-reform, psykisk helse, rusomsorgen, eldreomsorg og folkehelse. På mange av områdene har vi omfattende kontakt med tjenestene og publikum for å orientere om regelverk og nasjonale målsettinger.

Ved inngangen til 2011 er det flere forhold som gir grunn til bekymring. Kapasiteten og kompetansen i de kommunale barnevernstjenestene er ikke god nok. Det blir derfor satt i gang et nasjonalt løft for å bedre situasjonen. Også i 2010 var det mange barn i Hedmark som ikke fikk hjelp innen den fristen som er fastsatt i loven.

Hedmark har mange unge som ikke fullfører videregående skole, og de lokale Nav-kontorene har en stor utfordring i å bidra til at mange unge klarer å komme seg inn i varige arbeidsforhold. På lang sikt vil dette være en av de viktigste velferdsutfordringene for oss.

Det er grunn til å minne både sosial- og helsetjenestene om viktigheten av reell brukermedvirkning i tjenestene. Selv om lovgivningen fastsetter at pasienter/klienter/brukere skal høres og skal få medvirke ved utformingen av tjenestene, tyder mange av sakene vi ser på at det er store forbedringsmuligheter her. Pasienter og brukere har jo lovfestede rettigheter, men dessverre tyder mye på at det er langt igjen før disse rettighetene fullt ut blir oppfylt.



Fylkeslege
Trond Lutnæs

A handwritten signature in blue ink that reads "Trond Lutnæs". The signature is written in a cursive, flowing style.

Hamar, februar 2011

BARN OG UNGE

Det er viktig og nødvendig å satse på barn og unge, og spesielt på forebyggende arbeid. Utviklingen av kunnskap om hva som er gode og effektive tiltak for barn og unge er stor, men også utfordringene med å få dette til er tydelige. Tverrfaglig samarbeid, tverretattlig samarbeid, sømløse tjenester, brukermedvirkning, m.m. er idealer vi deler. «Alt skal henge sammen med alt» er et mål, men hvordan vi skal få det til viser seg å være vanskelig. Dette gjelder på tvers av nivåer, instanser og fagområder. Vi ser hvor det svikter, men å omsette kunnskapen om hvordan det «burde» være til praksis som er til det beste for barn og unge er en jobb som må være enda mer i fokus framover.

Psykisk helse

Erfaringer fra brukerne

Mental Helse Ungdom i Hedmark har gitt tilbakemeldinger om at det er svært viktig å ha en god psykisk helsetjeneste for barn og unge i kommunene. Det bør være fokus på å forebygge, men når det er behov for hjelp bør behandlingen være på lavest mulig nivå og så nær hjemmet som mulig.

Lav terskel for hjelp og god tilgjengelighet er helt sentralt. Dette er i tråd med sentrale føringer og satsningsområder. Tilbudet i skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom eller i andre kommunale tilbud er ikke tilstrekkelig verken med hensyn til ressurser eller tverrfaglighet og mange blir derfor henvist spesialisthelsetjenesten. Mange av disse kunne vært hjulpet i kommunen om tilbudet var bedre utbygget, og den tverrfaglige kompetansen både var bedre og ikke minst bedre utnyttet.

Vi vet også fra resultater av brukerundersøkelser at informasjon om tilbud og tjenester er det målet kommuner skårer dårligst på. Dette er utfordringer det må jobbes med. Barn, unge og deres omsorgspersoner er de som best kan bidra til å si hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og er nyttige informanter for kvalitetsforbedring av tjenestene.

Drop-out fra skolen

Noe av det viktigste vi kan gjøre for barn og unge er å bidra til at de fullfører skolegangen. Samarbeid instanser i mellom er svært viktig, og skolen er en meget sentral aktør i det psykisk helsearbeidet for barn og unge. «Drop-out» problematikken og de bekymringsfulle høye tallene over ungdom som faller ut av skolen i Hedmark taler sitt tydelige språk. Å droppe ut av skolen kan få alvorlige følger for den psykiske helsen og for livet videre, og innsats som retter seg mot å finne de nødvendige tiltakene tilpasset den enkelte er viktig. Årsakene til at den enkelte dropper ut av skolen vil være ulike og sammensatte. Derfor må tiltakene for å få de tilbake i utdanning eller annen aktivitet også være differensierte.

Behovet for økt kompetanse – Høgskoletilbud

Synliggjøringen av behovet for økt kunnskap om barn og unges psykiske helse, og hvordan et psykisk helsearbeid



Kristin Langtjernet er prosjektleder for barn- og ungesamarbeidet mellom Tynset, Alvdal og Folldal kommuner.

med vekt på samarbeid bør være i kommunene, er bakgrunnen for at den tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge ble igangsatt. Høgskolen i Hedmark tilbyr denne videreutdanningen, og kull tre startet opp i 2010. Det gis god økonomisk støtte til kommuner som ønsker å tilføre sine ansatte den toårige videreutdanningen. Studiet fokuserer på mestring i og av dagliglivet og å bedre samarbeid og koordinering av tjenestene. Det er en praksisnær utdanning hvor målet er å knytte sammen praksis- og teorifeltet. Utdanningen skal muliggjøre systematisk kunnskaps- og tjenesteutvikling gjennom å skape dialoger på tvers av fagbakgrunn og tjenestested. Den skal også åpne for erfaringsutveksling og veiledning på eget arbeid. 87 studenter fra 17 av kommunene i Hedmark har så langt tatt denne utdanningen.

Etter Opptappingsplanen for psykisk helse

Opptappingsplanen for psykisk helse varte i ti år. I disse årene fikk kommunene øremerkete midler. Minst 20 % av disse skulle gå til tiltak for barn og unge. To år etter at

opptrappingsplanen er over ser vi at kommunene i Hedmark reduserer innsatsen på det psykiske helsefeltet, og da i størst grad på tiltak til nettopp barn og unge. Det skjer på tross av allmenn enighet om viktigheten av forebyggende arbeid, og innsats for barn og unge. Dette er bekymringsfullt.

Det er mange positive tiltak og endringer på gang i flere kommuner i Hedmark. Mye blir prøvd ut gjennom ulike prosjekter, men vi ser at det å gjøre gode tiltak varige, og å implementere de i organisasjonen slik at det ikke blir personavhengig kan være en utfordring. Det store antallet aktører, ulike tilbud og prosjekter gjør det vanskelig å ha oversikt. Fra fylkesmannens ståsted ser vi gjennom både vårt arbeid med tilsyn, klagesaker og kontakt ellers at samarbeid er en av de store utfordringene. Både med brukerne av tjenestene, men også instanser og nivåer i mellom.

Barneverntjenesten i kommunene

Fylkesmannen i Hedmark har i 2010 fulgt opp kommunene gjennom kvartalsmessig kontroll av at de overholder barnevernlovens frister. Dette er gjort gjennom kontroll av deres halvårsrapportering til departementet, samt gjennom henvendelser, tilsynssaker og tilsynsbesøk i kommunen.

Barnevernet på landsbasis og i Hedmark har hatt en bekymringsfull utvikling over tid; saksmengden har vært økende mens antall saksbehandlere ikke har økt tilsvarende. Derfor besluttet Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet å overføre økte frie midler til kommunene i 2010 for at disse kunne gå til flere stillinger i barnevernet. Oppsummeringen ved årsskiftet viste imidlertid at midlene ikke ble benyttet etter hensikten. Kun 1/4 av midlene gikk til stillinger i barnevernet på landsbasis, og i Hedmark var det kun 7 av 22 kommuner som styrket barnevernet med stillinger i 2010.

Barneverntjenestene i kommunene i Hedmark sender kvartalsvis rapporter til fylkesmannen over antall saker som er ferdigbehandlet og tidsbruken på disse, slik at fylkesmannen kan kontrollere om fristene i barnevernloven er overholdt. Etter lov om barneverntjenester skal bekymringsmeldinger gjennomgås innen en uke, og undersøkelser må gjøres innen tre måneder. I særlige tilfeller kan fristen for undersøkelser utvides til seks måneder.

Oppsummering av kvartalsrapportene fra 2010 viser en nedgang i antall barnevernssaker sammenliknet med fjoråret. Fristoverskridelser har også sunket fra 32 % i 2009 til 24,5 % i 2010. Tallet på henlagte saker har imidlertid økt noe, og kan ha sammenheng med nedgangen i fristoverskridelser. Manglende overholdelse av fristene er bekymringsfullt og kan føre til at utsatte barn ikke får nødvendig hjelp til rett tid.

Tilsynssaker - hendelsesbasert tilsyn

Fylkesmannen opprettet 2010 til sammen 31 tilsynssaker etter klager på barneverntjenestene i kommunene. Klagene

kommer fra foreldre, barna selv, familie eller fra andre offentlige instanser og dreier seg om hvorvidt barneverntjenesten har behandlet saker i henhold til loven.

Av disse tilsynssakene avdekket fylkesmannen at kommunen hadde brutt barnevernloven i 15 saker. I 5 av sakene ble det ikke påpekt lovbrudd, men funnet grunnlag for kritikk til kommunen. I 11 av sakene var kommunens oppfølging av sakene forsvarlig, og det ble ikke avdekket lovbrudd. Antall tilsynssaker i 2010 viser en betydelig økning fra året før, og vi ser at flere av dem har alvorlig innhold. Lovbruddene dreier seg om manglende oppfølging av fosterhjemsplasserte barn, tiltaksplaner, ettervern, fristoverskridelser og mangelfulle undersøkelser.

I tillegg behandlet fylkesmannen i 2010, 12 klager på enkeltvedtak. Vedtaksklagene kommer fra barnet eller foreldrene og dreier seg om avslag på eller reduksjon av tiltak etter barnevernloven. Fylkesmannen ga klager medhold i ett vedtak, fire vedtak ble opphevet og tilbakesendt til ny behandling i kommunen, i fire av vedtakene ble kommunens avgjørelse stadfestet, mens tre vedtak ble avvist på grunn av manglende klagerett.

Planlagt tilsyn

Fylkesmannen gjennomførte planlagt tilsyn med kommunale barneverntjenester i Elverum og Åsnes kommune. Tema for tilsynet var barneverntjenestens sikring av utarbeidelse av tiltaksplaner jf. barnevernloven § 4-5. Tilsynene ble gjennomført som kontroll og registrering av dokumentasjon, samt tilsyn med barneverntjenestens styringssystem for utarbeidelse av tiltaksplaner. Det ble avdekket flere avvik i begge kommuner. Eksempel på avvik var: «Barneverntjenesten sikrer ikke samarbeid, samforståelse og brukermedvirkning gjennom tiltaksplaner».

Informasjons- og veiledningsvirksomhet

Fylkesmannen har fortløpende veiledning overfor kommuner og publikum over telefon, primært i forhold til juridiske problemstillinger. Det er også jevnlig kontakt via e-post, og fylkesmannen bruker hjemmesiden til en del informasjonsmidling om barnevern.

Til tider er det en del forespørsler fra pressen vedrørende barnevernet i Hedmark, både i forhold til innsynskrav og forespørsler om uttalelser i enkeltsaker. Rundt årsskiftet hadde fylkesmannen i Hedmark særlig påtrykk i forbindelse med overgrepssaken i Alvdal.

Fremover

Fylkesmannen ser frem til barnevernsatsingen i 2011, og til å bidra til fordelingen av drøyt ti millioner til barneverntjenestene i kommunene. Midlene skal fordeles av fylkesmannen etter søknad fra kommunene. Målsettingen er å styrke de utsatte kommunene, redusere krisen i barnevernet og sørge for et mer likeverdig tilbud i landet. Satsningsområdet er nye fagstillinger og økt kompetanse. Departementet har ut fra statistisk tallmateriale om levekår og barnevern, utformet en rangering av kommunene over hvilke som er mest

Fylkesmannens kontroll med overholdelse av tidsfrister for meldinger og undersøkelser i barnevernet
jfr. lov om barneverntjenester § 6-9. Skjemaet gjelder avvikling av meldinger og undersøkelser i 2010.

Kommune	Totalt antall innsendte saker/skjema:	Antall meldinger overskredet:	Antall undersøkelser overskredet	Totalt antall fristoverskridelser:	Over- skridelser i % av totalt antall saker:	Antall henlagte meldinger:	Antall henlagte undersøkelser:	Totalt antall henlagte saker:	Henleggelse i % av total:
HAMAR	174	2	57	59	34	14	82	96	55
KONGSVINGER	158	0	3	3	2	38	65	103	65
RINGSAKER	296	1	125	126	42,5	8	159	167	56
LØTEN	45	3	15	18	40	2	27	29	64,5
STANGE	64	1	24	25	39	14	25	39	61
NORD-ODAL	53	0	0	0	0	21	13	34	64
SØR- ODAL	62	0	0	0	0	8	25	33	53
EIDSKOG	48	14	18	32	66,5	12	20	32	66,5
GRUE	52	1	9	10	19	13	25	38	73
ÅSNES	71	5	11	16	22,5	11	22	33	46,5
VÅLER	40	1	2	3	7,5	3	25	28	70
ELVERUM	164	1	20	21	13	26	100	126	77
TRYSIL	70	1	2	3	4	23	14	37	53
ÅMOT	51	0	6	6	11,5	6	17	23	45
STOR-ELVDAL	29	3	14	17	58,5	0	6	6	20,5
RENDALEN	5	0	0	0	0	3	0	3	60
ENGERDAL	8	1	0	1	12,5	2	4	6	75
TOLGA	11	0	3	3	27	3	7	10	91
TYNSET	21	0	5	5	24	4	9	13	62
ALVDAL	9	0	2	2	22	1	6	7	77,5
FOLLDAL	12	0	3	3	25	2	7	9	83
OS	19	0	7	7	37	0	5	5	26,5
SUM HEDMARK	1462	34	326	360	24,5	214	663	877	60

utsatt og bør prioriteres. Disse tallene, sammen med fylkesmannens vurdering av søknadene, vil avgjøre hvilke kommuner som får midler.

Statens helsetilsyn vil i 2011 gi alle fylkesmenn i oppdrag å utføre systemrevisjoner i 3 kommuner. Tema for revisjonen er kommunens arbeid med undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak til hjemmeboende barn.

Fylkesmannen ser at kommunene har en utfordring når det gjelder å se sitt samlede ansvar for å fange opp og iverksette nødvendige tiltak i forhold til utsatte barn og familier. Barneverntjenesten kan ikke alene sikre barn god omsorg; det er behov for å utvikle gode samarbeidsrutiner med andre kommunale instanser som ivaretar barnas oppvekstvilkår. Prosjekt barn og unge i Hedmark er ment å bidra til å bane vei for gode samarbeidstiltak.

Prosjekt Barn og Unge

Fylkesmannen har som oppgave å følge med på at utsatte barn og unge i Hedmark får riktige hjelp til rett tid. Det har vist seg at flere av kommunene ikke har gode nok systemer for å sikre at tjenestene samarbeider på en slik måte at utsatte barn blir fanget opp og får riktig hjelp til rett tid. Det er derfor et stort behov for en bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge i Hedmark. Tidlig innsats overfor barn og familier er av stor betydning for at barn skal få stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. For å kunne gi helhetlig og koordinert hjelp tidlig nok, må det derfor utvikles et bedre samarbeid mellom tjenestene både på statlig og kommunalt nivå. Dette er nødvendig for å sikre at barn og unge får riktig hjelp og støtte når behovet for dette er tilstede.

Lokale utviklingstiltak 2010 – 2013

På forsommeren 2010 tok fylkesmann Sylvia Brustad i samarbeid med Biskopen, Bufetat, Hedmark fylkeskommune, Nav, Sykehuset Innlandet og brukerrepresentanter fra Mental helse initiativ til at det ble etablert et eget prosjekt Barn og Unge i Hedmark. Prosjektet skal stimulere kommunene og statlige etater til å utvikle et bedre samarbeid mellom tjenestene for utsatte barn og unge. Gjennom tverretatlig og tverrfaglig samarbeid som omfatter utsatte barn, skal prosjektet stimulere til økt samarbeid mellom og på tvers av forvaltningsnivåene. Begrepet utsatte *barn og unge* brukes her om barn som trenger tilbud fra minst to av flere hjelpeinstanser. Tjenestene vil dermed ha et felles ansvar for å tilby helhetlige og koordinerte tjenester fremfor å arbeide i parallelle løp uten nødvendig samordning.

I dette prosjektet vil det bli lagt vekt på å prøve ut nye strukturelle grep når det gjelder organisering av kommuners tiltak for utsatte barn og unge. Kommunene vil også bli utfordret på hvordan støtte- og hjelpetiltakene kan styres og ledes slik at prosedyrer og oppfølging skjer i samsvar med forutsetningene. Det er derfor en felles faglig utfordring for alle parter at det blir gitt riktig og tidlig hjelp og at



Fungerende fylkesmann Anne Kathrine Fossum på Oppstartskonferansen for Barn og Unge i Hedmark.

tjenestene er hensiktsmessig koordinert med bakgrunn i familiens livssituasjon. Sett fra barnets perspektiv og foreldrenes ståsted er det spesielt viktig at de opplever at det er enkelt å få tilgang til hjelp og støtte.

Formålet med utviklingstiltakene i kommunene er å motivere og inspirere deltakere fra ulike fagmiljøer og etater til å få et helhetsperspektiv på barn og unges oppvekstkår. Tiltakene skal føre til at de ulike tjenestene for utsatte barn og unge blir sett i sammenheng. Utviklingstiltakene skal også ha fokus på at det skal utvikles gode samarbeidsrelasjoner mellom barn og foreldre. Det skal satses på å utvikle forebyggende og tverretatlige tiltak gjennom tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats overfor barn og unge med behov for særskilt støtte. Det er et overordnet mål at det skal settes inn tiltak så snart behovet for tiltak er erkjent av barnet, deres foreldre og av hjelpeapparatet. Barn og Unge prosjektet i Hedmark skal samlet sett bidra til å skape et felles engasjement for å styrke barn og unges muligheter til å mestre sin hverdag.



Annebjørg Soleim fra Fylkesmannen i Hedmark har arbeidet med Barn og Ungeprosjektet i Hedmark og professor Arne Holte fra Folkehelseinstituttet holdt foredrag om forebyggende innsats på Oppstartskonferansen.

Skjønnsmidler

Fylkesmannen har disponert avsatte skjønnsmidler til prosjektet. Dette er økonomiske virkemidler som kan bidra til å utvikle tverrfaglige tiltak på lokalet nivå i kommunene. Ambisjonsnivået og økonomisk innsats vil bli vurdert i forhold til kommunens budsjetter - og de personmessige ressursene som allerede er avsatt til formålet i deltakerkommunene. Prosjektet skal fokusere på hva fagmiljøene og ulike kommunale fagenheter kan oppnå ved å samordne innsatsen overfor barn og unge. Det skal handle om muligheter og vilje til å ta i bruk det handlingsrommet som kommunene har i et lokalt selvstyre.



Regiondirektør Farahnaz Bahrami, IMDI, Indre Østland orienterte om utfordringer knyttet til barn og unge med innvandrerbakgrunn på Oppstartskonferansen.

Forprosjekt - hovedprosjekt

I alt 12 kommuner ble tildelt midler til gjennomføre et forprosjekt høsten 2010. I forprosjektet er det fokusert på at utviklingsarbeidet forutsetter god dialog mellom fagmiljøene i kommunene.

Hovedprosjektet starter våren 2011 og skal omfatte kommunenes utviklingstiltak der kommunene har identifisert et forbedringspotensial overfor utsatte barn og unge på de ulike tjenesteområdene. Når skjønnsmidlene tildeles for 2011 vil det derfor bli stilt et krav om at det skal etableres fagnettverk mellom nærliggende kommuner. Dette er nødvendig for å kunne sikre et utviklende miljø for god faglig erfaringsutveksling om tiltak som prøves ut og som kan føre til at det utvikles en ny og bedre samordnet praksis overfor utsatte barn og unge.

SOSIALE TJENESTER I NAV

Med åpningen av Nav Kongsvinger den 27. november 2009 gikk Hedmark inn i 2010 med etablerte Nav-kontor i alle kommuner.

I forbindelse med gjennomføringen av Nav-reformen, ble det etablert en koordineringsgruppe for Nav i Hedmark med representanter fra Nav Hedmark, KS, rådmannsutvalget og fylkesmannen. Koordineringsgruppa har vedtatt å følge Nav-arbeidet i Hedmark videre også etter at implementeringen av Nav-reformen ble sluttført. I 2010 ble det besluttet at det skulle utformes en strategisk plan for Nav i Hedmark for 2011-2015. Hensikten med strategien er å peke ut en felles retning for Nav i Hedmark i årene framover. Planen er et resultat av en omfattende prosess i Nav i Hedmark, inkludert regionvise møter med rådmenn og Nav-ledere. Når planen er vedtatt, må partnerskapet i hver enkelt kommune sette lokale mål og prioriteringer.

Strategisk plan for Nav i Hedmark 2011-2015 ble i januar 2011 sendt på høring til alle kommuner i Hedmark og til Nav Hedmark. Oppfølging av ungdom er høyt prioritert i planen.

Fra 01.01.10 ble ny lov om sosiale tjenester i Nav (arbeids- og velferdsforvaltningen) gjort gjeldende for de tjenester som kommunene, etter Nav-loven (lov om arbeids- og velferdsforvaltningen), er pålagt å tilby i de lokale Nav-kontor.

Formålsbestemmelsen i lov om sosiale tjenester i Nav fremhever arbeid og aktivitet samt et fokus på barn og unge. Bestemmelsen fastslår at loven skal bidra til at barn og unge og deres familier får et helhetlig tjenestetilbud. Med dette samordningskravet møter kommunen i Nav en forventning og et særlig ansvar for samordning av tjenester til barn og unge og deres familier. Formålsbestemmelsen i

loven tydeliggjør de overordnede sosialpolitiske målene og er retningsgivende for tolkningen av enkeltbestemmelser i loven, utøvelsen av skjønn og kommunens generelle prioriteringer. Lov om sosiale tjenester i Nav presiserer også kommunens ansvar for å sikre forsvarlighet i tjenestene.

Fylkesmannen gir fortløpende veiledning til Nav-kontor og publikum over telefon, særlig gjelder dette problemstillinger knyttet til lovforståelse, anvendelse av skjønn og sosialfaglige vurderinger. Fylkesmannen har også gjennomført to møter med alle Nav-lederne i 2010 hvor temaene har vært Fylkesmannens utviklingsoppgaver mot Nav-kontorene samt informasjon og veiledning rundt internkontrollplikten.

Økonomisk sosialhjelp

Formålet med økonomisk sosialhjelp er å sikre at alle har tilstrekkelige midler til et forsvarlig livsopphold og bolig. Staten har fastsatt veiledende retningslinjer for utmåling av stønad til livsopphold. Alle kommuner i Hedmark tar nå utgangspunkt i de veiledende satsene.

For 2010 var det fastsatt følgende veiledende satser per måned:

Enslig	5197
Ektepar/samboere	8632
Person i bofellesskap	4316
Barn 0-5 år	1982
Barn 6-10 år	2632
Barn 11-17 år	3303



Direktør for Nav Hedmark Bjørn Lien (til venstre) takker av våre nestorer på sosial- og barnevernsområdet i Hedmark Vidar Flatby og Arne Georg Larsen sommeren 2010.

Satsene må betraktes som et utgangspunkt for det skjønne kommunen plikter å utøve. Lovens forutsetning om individuell behovsprøving er overordnet lokalt fastsatte normer og de statlige veiledende retningslinjer.

Økonomisk sosialhjelp skal være av kortvarig karakter, helst ikke over 6 mnd. Satsene skal i størst mulig grad stimulere sosialhjelpsmottakere til å bli selvforsørget ved eget arbeid. En del av sosialhjelpsmottakerne i Hedmark har andre inntekter enn sosialhjelp som sin primære inntektskilde. Noen av klagesakene handler derfor om supplerende sosialhjelp til pensjonister og trygdemottakere med lave trygdeytelser. Intensjonen om kort stønadslengde kombinert med nivået på de veiledende satsene for livsopphold, stiller særlige krav til individuell vurdering før fastsettelse av forsvarlig livsopphold for langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp.

Klagebehandling

Det kom inn 166 nye klagesaker i 2010. Dette er en økning på 18,5% sammenlignet med 2009. Fylkesmannen har behandlet 181 saker i 2010 (inkludert ubehandlede saker fra 2009). Dette utgjør en økning på 24% sammenlignet med 2009. Det er noe variasjon kommunene imellom med hensyn til antall innsendte klagesaker. Sør-Odal og Rendalen hadde ingen innsendte klagesaker til Fylkesmannen i 2010.

Utfallet av Fylkesmannens behandling av klagesaker på økonomisk stønad:		
Fylkesmannens vedtak	Antall	Prosentandel
Opphevet og tilbakesendt	7	3,8%
Endret	30	16,6%
Stadfestet	144	79,6%
Totalt behandlede saker 2010	181	100,0%

Vi har som målsetting å oppnå en maksimal saksbehandlingstid på 3 mnd. Dette har vi lyktes med i 71 % av sakene i 2010.

Fokuset på innføring av nye organiseringsformer, arbeidsmetoder og ytelser i Nav kan synes å ha gått noe på bekostning av vedlikehold og fornyelse av nødvendig kompetanse og faglighet knyttet til økonomisk sosialhjelp. Lovens krav om en konkret og individuell vurdering av den enkeltes faktiske behov, synes i liten grad å være synliggjort i saksfremstillingene som bærer preg av å være summariske oppstillinger av standardiserte regnestykker basert på «godkjente» utgifter og inntekter. Den enkelte særskilte utgifter som for eksempel utgifter til lege/medisiner, utgifter til barnepass og øvrige utgifter til barn, synes ofte ikke å være vurdert i saksfremstillingene. Fylkesmannen finner grunn til

å presisere at det foreligger særlige føringer for at barns behov skal vurderes og ivaretas ved fastsettelse av økonomisk stønad, og at kravet til individuell vurdering skal vektlegges og synliggjøres i vedtak om økonomisk sosialhjelp.

Tilsyn

Fylkesmannens plikt til å føre tilsyn med kommunenes forvaltning av de individuelle tjenestene etter Lov om sosiale tjenester i Nav ble innført fra 01.01.10. Det ble samtidig innført en plikt for kommunene til å føre internkontroll på de samme oppgaveområdene.

Tilsynsoppdraget

Det landsomfattende tilsynet som ble initiert av Statens helsetilsyn har tatt utgangspunkt i en risikovurdering av antatt sårbare områder knyttet til sosiale tjenester i Nav. Statens helsetilsyn har lagt vekt på å komme frem til områder med fare for svikt og der konsekvensen av eventuell svikt er stor. Som følge av denne risikovurderingen, ble temaet for det landsomfattende tilsynet å sjekke om kommunen sikrer at søknader om økonomisk stønad behandles i henhold til lov- og forskriftskrav.

Hva fant vi?

Tilsynet ble gjennomført ved Nav-kontorene i Elverum og Løten kommune. Det er kommunen som er tilsynsobjekt. I Elverum ble det avdekket ett avvik og det ble gitt en merknad. I Løten ble det avdekket tre avvik. Fylkesmannens har i tilsynene bl.a. kontrollert at kommunene har systemer for å sikre tilstrekkelig utredning, vurdering og begrunnelse ved behandling av søknader om økonomisk stønad. Tilsynene viser at kommunene har utfordringer i forhold til å sikre tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig ivaretagelse av taushetsplikt ved mottak og behandling av søknader om økonomisk stønad.

Økonomisk rådgivning/gjeldsrådgivning

Hensikten med økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning er å hjelpe mennesker som har gjeld de ikke klarer å betjene, eller har problemer med å disponere pengene slik at de strekker til. Kommunens plikt til å yte denne tjenesten er hjemlet i den generelle veiledningsplikten i lov om sosiale tjenester i Nav § 17.

Utgangspunktet er alltid at gjeld skal betales fremfor å slettes. Noen er i en situasjon hvor de ikke har, eller vil få, evne til å betjene sin gjeld. Etter gjeldskrisen ved inngangen til 1990-årene, kom gjeldsordningsloven. Den forvaltes av Namsmannen og er ment for de tyngste gjeldsakene. De som søker gjeldsordning etter loven, har ofte fått hjelp fra kommunen/Nav i forkant.

Begrepet utenrettslig økonomisk avtale er frivillige avtaler med kreditorene som kommunen kan være behjelpelig



Møte i Engerdal kommune. Ordfører Reidar Åsgård (til venstre), Toril Storsnes og Arnstein Kjelstad fra Nav Engerdal og Karl Petter Kristiansen fra Nav Hedmark.

med. Også en utenrettslig gjeldsordning reguleres av regler både i lover, forskrifter og annet regelverk.

I embetsoppdraget fra Arbeidsdepartementet til Fylkesmannen for 2010 går det fram at arbeidet med utenrettslig økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning i kommunene og Nav-kontor skal videreføres og forsterkes. Dette er et virkemiddel i regjeringens politiske plattform om å øke innsatsen mot fattigdom. Fylkesmannen har blant annet i oppdrag å sørge for faglige fora og kurs/opplæring til de som jobber med dette området i kommunen/Nav. I 2010 ble det gjennomført fagsamling i mai og videregående kurs i økonomisk rådgivning i november for Hedmark/Oppland.

Boligsosialt arbeid

Arbeids- og velferdsdirektoratet lyser årlig ut midler kommunene kan søke på til boligsosiale prosjekter. Ordningen administreres gjennom Fylkesmannen, og prosjektene har en varighet på inntil 3 år. Fylkesmannen er representert i de fleste prosjektenes styringsgrupper.

Målet med ordningen er å styrke og utvikle de ordinære tjenestene i kommunen, slik at kommunen bedre kan ivareta bostedsløses og rusmiddelmissbrukeres behov for oppfølging i bolig. Ordningen bygger på den nasjonale strategien mot bostedsløshet «På vei til egen bolig» (2005-2007).

Hedmark har i 2010 gitt midler til 6 boligsosiale prosjekter. De fleste retter seg mot oppfølging av rusmisbrukere i bolig og er tett knyttet mot rusprosjektene som er omtalt under eget punkt (opptrappingsplan for rusfeltet).

Kommunene Elverum, Hamar, Kongsvinger, Stange og Våler har mottatt midler til 1 stilling hver, og Ringsaker har fått midler til 2 stillinger. Fokus er rettet mot en helhetlig oppfølging av definerte brukere i kommunene, og ofte mot konkrete boliger. Målet er å øke den enkeltes bo-evne samt sørge for at de klarer å skaffe og beholde en bolig.

Fylkesmannen har høsten 2010 jobbet for opprette et lokalt nettverk for prosjektene, slik at kommunene kan diskutere problemstillinger og lære av hverandre. Nettverket møttes første gang i februar 2011. Fylkesmannen har vinteren 2010 avholdt sin årlige boligsosiale Røros-konferanse for kommunene, i samarbeid med Husbanken og Fylkesmannsembetene i Oppland, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag.

Barnefattigdom

Arbeids- og velferdsdirektoratet lyser årlig ut midler kommunene kan søke på for å bekjempe barnefattigdom. Ordningen administreres gjennom Fylkesmannen, og prosjektene har en varighet på inntil 3 år. I 2010 er det i Hedmark gitt midler til to slike prosjekter, med 1 stilling til hver av kommunene Hamar og Eidskog. Fokus er i stor grad rettet mot ungdom som dropper ut av videregående skole, og å gi dem alternative tilbud for å få ungdommene tilbake i utdanning, arbeid eller andre relevante tiltak. Det ene prosjektet griper fatt i problemene allerede på ungdomsskolen og har en variert alternativ opplæringsarena i ungdomsskolens lokaler.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET

Regjeringens opptrappingsplan omfatter hele rusområdet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Opptrappingsplanen for rusfeltet ble igangsatt av regjeringen fra og med 2008 og skulle vare ut 2010. Denne er forlenget til ut 2012. I tråd med Opptrappingsplanen for rusfeltet har Hedmark på flere områder økt innsatsen for rusmiddelavhengige.

Mål og innhold

Målet for planen er å redusere de negative konsekvenser rusmidler har for enkeltpersoner og samfunnet.

Det knyttes fem hovedmål til opptrappingsplanen:

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Det overordnede målet med opptrappingsplanen er at rusmiddelavhengige tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes, brukerne skal gis økt innflytelse og pårørende, herunder barn og søsken av rusmiddelavhengige, skal ivaretas bedre.

Opptrappingsplanen for rusfeltet er i sitt fjerde år som satsingsområde. Fylkesmannen har i dette arbeidet sett sammenhengen mellom rus og psykisk helse og samarbeidet mellom rådgiverne innenfor fagområdene er godt. Fylkesmannen samarbeider tett med KoRus-Øst i dette arbeidet og vi har jobbet frem gode samarbeidsrutiner som er tilpasset kommunenes ønsker og behov.

I 2010 var Fylkesmannens fokus rettet mot en styrking av kapasiteten i rustjenestene i kommunene. Dette i tråd med målsetningen for årets tilskuddsforvaltning. Primært er det de store kommuner og deres randkommuner som har vært gjenstand for oppmerksomhet, men også mindre kommuner som får tilskudd til kommunalt rusarbeid, er blitt fulgt opp. Hedmark fikk ca. 18 millioner kroner til styrking av kommunalt rusarbeid i 2010. Dette utgjorde et betydelig løft for kommunene som fikk tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid, oppfølgingstjenester i bolig og til Tillitspersonsforsøket.

Satsingsområder i 2010 har vært:

- fokus på «Drop out» fra videregående skole
- opplæring i prosjektorganisering og prosjektledelse
- fokus på tvang etter lov om sosiale tjenester
- øke bruken av individuell plan
- styrke brukermedvirkning

Tilskuddsordningen

Stortinget bevilger hvert år midler som kommunene kan søke på. Helsedirektoratet har ansvaret for å fordele midlene. Helsedirektoratet har delegert sin oppfølging av tilskuddsordningene til kommunene, til Fylkesmannen ved rusrådgiver. Dette er gjort for å utnytte lokalkunnskapen om hvordan den enkelte kommune håndterer rusrelaterte tjenester, hva de lykkes med og hva som framstår som utfordrende. Fylkesmannen oppsøker aktivt og kommuniserer med den enkelte kommune for å få flere kommuner til å søke tilskudd til utvikling av den kommunale rustjenesten. Flere av prosjektene har god tverrfaglig profil og DPS, brukerorganisasjonene, politi og KoRus-øst er delaktige i flere prosjekter i Hedmark. Kommunene i Hedmark fikk tildelt prosjektmidler til rusfeltet for til sammen ca 18 millioner kroner i 2010.

En ufordring blir å implementere disse prosjektene i ordinær drift ute i kommunene. Flere kommuner jobber aktivt med dette gjennom bl.a. rullering av sine bolig-sosiale- og ruspolitiske handlingsplaner.

Brukermedvirkning

Fylkesmannen har utviklet et nært og godt samarbeid med ulike brukerorganisasjoner både lokalt og sentralt. Behovet for brukere med erfaringskompetanse er økende, og fylkesmannen prioriterer å bidra til utvikling av arenaer for samhandling og opplæring. Rådgiver for psykisk helse og rus samarbeider tett rundt disse utfordringene og deltar i ulike samhandlingsnettverk med og for brukerorganisasjonene. Dette samarbeidet har bla ført til at vi har fått prosjektmidler gjennom Helsedirektoratet til å ansette tre rådgivere med brukererfaring i 50% stillinger. Disse stillingene skal primært bidra til å styrke brukeropplæring, brukerdeltagelse og fortsette å rette fokus på brukermedvirkning i Hedmark. Hedmark har etter hvert blitt en nasjonal «spydspiss» i dette arbeidet og sammen med Sagatun brukerstyrt senter i Hamar, brukerorganisasjonene og våre rådgivere vil vi fortsatt rette særskilt fokus på dette utviklingsarbeidet fremover.



Fra regional samling på Tynset høsten 2010 om drop-out fra videregående skole.

To satsingsområder

Tvang etter lov om sosiale tjenester

Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3 har bestemmelsene som regulerer bruk av tilbakehold i institusjon med og uten eget samtykke overfor rusmiddelmissbrukere som setter sin fysiske og psykiske helse i fare, og ved graviditet. Reglene om tvang ble tatt inn i lovverket i 1995 og for gravide ble det utdypet i 1996.

Tall på landsbasis viser at det etter innføring av reglene om tvang har vært en økende bruk av tvangsinnleggelse av rusmiddelmissbrukere, også av dem som er gravide (henholdsvis §§ 6-2 og 6-2a).

I samarbeid med KoRus-Øst og Fylkesmannen i Oppland har fylkesmannen satt fokus på utfordringer knyttet til bruk av tvang etter lov om sosiale tjenester. Det ble gjennomført en stor konferanse i 2010 med dette som tema. Målgruppen for konferansen var kommunene, institusjonene og spesialisthelsetjenestene. Et fokustema var utfordringen å skaffe institusjonsplasser til de med vedtak om tvangsplassering. Dette har tradisjonelt vært en stor utfordring og vil fortsatt være fokustema i tiden som kommer. Det er i samarbeid med Sykehuset Innlandet nedsatt en ressursgruppe, forankret inn mot avgiftningsenheten, som skal bistå kommunene konsultativt når kommunene innstiller på å starte prosess etter tvangsbestemmelsene.

Det er utarbeidet egen arbeidsmanual for bruk av sosialtjenestelovens § 6-2 og 6-2a. Denne ligger nå elektronisk tilgjengelig på www.rus-ost.no

Tidlig intervensjon med fokus på barn og unge

I samarbeid med Hedmark Fylkeskommune og KoRus-Øst har fylkesmannen rettet særskilt fokus på «drop out» fra videregående skole og overgangene fra ungdomsskole til videregående skole. Det er gjennomført regionale samlinger med helsepersonell i skole, rådgivere i skolene, Nav og andre som er involvert i disse utfordringene.

Tidlig intervensjon har vært tema i hele 2010 og Fylkesmannen har oppfordret kommunen til å ha særskilt fokus på utfordringene i ungdomsgruppene i forbindelse med tilskuddsforvaltningen i 2011. Vår målsetning er å iverksette flere gode forebyggingstiltak ute i kommunene som ønskes forankret mot tjenester til barn og unge.

Oppsummering

I Hedmark er det 14 kommuner som i 2010 har eller er i ferd med å utvikle interkommunale samarbeidsavtaler innenfor rusfeltet. Kommunene oppfordres til å gjennomgå og rullere sitt planverk innenfor rusområdet. Mange kommuner er godt i gang med dette arbeidet.

Rusforumene fungerer ulikt i Hedmark og et klart mål er å utvikle disse til regionale «myldreplasser» for fagfeltet rus og psykisk helse. Rusforum Innlandet tar grep om de store spørsmålene gjennom en felles konferanse for Oppland og Hedmark. Ruskonsulentmøtet (R22) og nettverksarenaene for de ulike prosjektene, vitner om en kultur i Hedmark som bygges på samarbeid, både interkommunalt, nettverksbasert og gjennom hverdagsdialog. I tillegg har vi ulike samarbeidsarenaer hvor spesialisthelsetjenestene, kommunene og brukerne setter seg sammen med felles mål om å styrke tjenestetilbudet i Hedmark. Det vil i 2011 bli etablert et effektiviseringsnettverk i sørfylket (K6) som tar sikte på å utvikle bedre og mer koordinerte tjenester til mennesker med rus- og psykiske lidelser.

Rusfeltet i Hedmark består av aktive, engasjerte og dyktige medarbeidere. Gjennom prosjektene opplever vi at rus kommer på dagsorden på administrativt og politisk nivå ute i kommunene. Opptrappingsplanen er nå forlenget til 2012 og ny Stortingsmelding for rusfeltet kommer i 2011. Dette vil fortsatt bidra til at rusområdet blir på dagsorden og rusfeltet i Hedmark vil definitivt bidra til å skape bedre tilbud til de rusavhengige.

KVALIFISERINGSPROGRAMMET

Programmet ble lansert som regjeringens viktigste satsing for å bekjempe fattigdom i 2007. Målgruppa er mennesker som er langtidsmottakere av sosialhjelp eller står i fare for å bli det. Målet er å få flest mulig i arbeid og aktivitet. Det nye programmet gir en økonomisk rettighet og rett til individuell, tett oppfølging og er nå hjemlet i Lov om sosiale tjenester i Nav. I perioden 2008 – 2010 har implementering av kvalifiseringsprogrammet (KVP) vært prosjektorganisert. Nav Hedmark og Fylkesmannen har gjennom et tett samarbeid vært aktive pådrivere for å sikre de kvantitative målene og fremme best mulig kvalitative gode programmer. Det er utarbeidet sluttrapport fra prosjektperioden. I denne perioden har 141 deltakere utviklet sitt program på en planmessig måte. 58 av disse deltagerne har blitt skrevet ut til aktive løsninger. Dette representerer en andel på 42 % for perioden til arbeid, utdanning eller andre arbeidsrettede tiltak. Ved utgangen av 2010 var det i alt 357 deltagere på kvalifiseringsprogrammet i Hedmark. Sammen med Aust-Agder, Finnmark og Oppland var Hedmark det fylket som oppnådde de fastsatte målene.

Kvalitetsgjennomgang

Prosjektet hadde høsten 2010 møter med de fleste Nav-kontorene der fokus har vært kvalitet i KVP. Møtene har hatt form av dialog og gjennomgang av konkrete saker. Temaene har blant annet vært rutiner for saksbehandling, bruk av ARENA (elektronisk saksbehandlingsverktøy), arbeidsevnevurdering, programinnhold og oppfølging av den enkelte deltager. Når det gjelder rutiner for saksbehandling har dette mange steder preg av å være en ny bestemmelse som ikke var kvalitetssikret i kommunens internkontrollsystem. Begrunnelsen i vedtakene om kvalifiseringsprogram viste stor forskjell mellom de enkelte Nav-kontor. Vi så kontor som hadde omfattende individuelle begrunnelser for tiltaket som skriftliggjorde både utfordringer og aktuelle tiltak for deltager. De fleste kontor hadde

imidlertid tatt utgangspunkt i et standardvedtak og i større eller mindre grad utformet en individuell begrunnelse. Våre funn tyder på at det generelt er en utfordring å formulere individuelle og godt begrunnede vedtak der rettighetene til tett individuell oppfølging beskrives. For å sikre rettighetsperspektivet er det nødvendig at den faglige begrunnelsen for vedtaket og oppfølgingen dokumenteres. Mange ansatte gir uttrykk for at tett oppfølging kan være en utfordring. I en hverdag preget av mange «må» – oppgaver som bl.a generell inntektssikring, er erfaringene at det ikke alltid er like lett å prioritere det tette oppfølgingsarbeidet.

Deltagere i programmet har en lovfestet rett til individuell plan. Hedmark har, som i landet for øvrig, svært få brukere med vedtak om individuell plan. Temaet har vært oppe både på nettverkssamlinger og ledermøter. Vi har i den senere tid sett en større bevissthet omkring dette temaet. Flere kontorer har nå etter hvert - i forbindelse med vedtaksutformingen - gitt bruker informasjon om rettigheten til individuell plan.

Hovedinntrykket fra kommunebesøkene er at det er god dialog mellom bruker og veileder og at programmene i stor grad bygger på brukers ønsker, interesser og forutsetninger. Men det er fortsatt en utfordring å dokumentere brukermedvirkningen. Eksempelvis registrerte vi flere ganger at aktivitetsplanen ikke var undersøkt av bruker og veileder – eventuelt bare en av partene.

Veilederne i kontorene har brukt sitt eksisterende lokale nettverk for å få til gode arbeidspraksisordninger for deltagerne. En del tilbakemeldinger sier at det er uvant og en utfordring å rette fokus mer mot arbeidsgivere. Dette har det vært lite tradisjonen for i sosialtjenesten. I 2010 har Nav organisert markedsarbeidet i regionen i markedsteam. Her er mange av veilederne som arbeider med KVP med i slike team. Dette styrker markedskompetansen, samt kunnskap om virkemidler og verktøy.



Arnstein Kjelstad og leder Toril Storsnes ved Nav Engerdal.



Planlegging av regionale nettverkssamlinger i kvalifiseringsprogrammet. Fra venstre Henriette Holager fra Nav Stange, Oddveig Stenerud fra Nav Nord-Odal, Marit Skjervén Amlien fra Fylkesmannen i Hedmark, Jan-Thore Martinsen fra Nav Tynset og Wenche Ottesen Stendahl fra Nav Hamar.

Nettverkssamlinger – regionale og fylkesvis

Prosjektet arrangerte 4 regionale nettverkssamlinger og 2 dagskonferanser for hele fylket. På disse samlingene har det vært stort antall deltagere og bred representasjon fra ulike kontorer og fagmiljøer. Tematikk har vært Lov om sosiale tjenester i Nav, erfaringsutveksling, faglig utøvelse og «best practice» fra ulike kommuner. Det har også vært avholdt regionvise samlinger der kompetanseveilederne med regionansvar har vært trukket inn og også har hatt eget ansvar for samlingene. I planlegging av nettverkssamlingene har innspill og forslag fra Nav-kontorene vært førende for innholdet. Disse regionvise samlingene vil fortsette i 2011.

Helhetlig, Prinsippstyrt, Metodisk Tilnærming – HPMT

For å møte behovet for faglig støtte i arbeidet med kvalifiseringsprogrammet, er det utviklet et utviklings- og opplæringsprogram for ansatte.

Dette har vært tema på samling for hele fylket høsten 2010. I 2009 var Hedmark delaktig både på instruktør og deltagersiden i direktoratets HPMT pilot som ble en forløper for den bredere utprøving som skjer ved 20 Nav-kontor i 2011. Erfaringene var udelt positive og har gitt de medvirkende enheter en styrket faglig tilnærming og fokus på prosessrettet tilnærming i oppfølgingsarbeidet. En samstemmig styringsgruppe for kvalifiseringsprogrammet i Hedmark mener at dette bør innføres som felles oppfølgingsmetodikk for veiledere i Nav.

Utfordringer

Kvalifiseringsprogrammet er en rettighet. Loven har vært gjeldende fra november 2007. For å sikre felles forståelse og rettsikkerhet er det viktig at de forventede rundskriv og forskrifter nærmere avklarer hva tett individuell oppfølging innebærer og hvilke krav til dokumentasjon dette stiller.

Fylkesmannen er klageinstans for ordningen. Per 31.12.2010 hadde man kun mottatt to saker til klagebehandling.

Videre arbeid

Fylkesmannen vil i samarbeid med Nav Hedmark også i 2011 ha tett fokus på arbeidet med kvalifiseringsprogrammet.

Deltakere i kvalifiseringsprogrammet		
Kontor	Resultat	Måltall (gj.snitt)
0402 Kongsvinger	38	33
0403 Hamar	51	43
0412 Ringsaker	53	70
0415 Løten	18	15
0417 Stange	34	34
0418 Nord-Odal	12	10
0419 Sør-Odal	5	12
0420 Eidskog	8	12
0423 Grue	7	10
0425 Åsnes	21	18
0426 Våler	5	7
0427 Elverum	47	33
0428 Trysil	17	13
0429 Åmot	8	8
0430 Stor-Elvdal	4	4
0432 Rendalen	1	2
0434 Engerdal	2	1
0436 Tolga	5	3
0437 Tynset	11	9
0438 Alvdal	3	3
0439 Føllidal	1	1
0441 Os	5	4
SUM	357	345

KLAGE- OG TILSYNSSAKER INNEN HELSETJENESTEN

Tilsynssaker

Tilsynssaker er saker Helsetilsynet i fylket behandler på grunnlag av klager fra pasienter, pårørende og andre kilder og som handler om mulig svikt i helsetjenestene. Det er ikke noe vilkår for å reise tilsynssak at det foreligger klage i saken. Andre kilder til informasjon som opplysninger i media eller informasjon fra politi, pasientombud, arbeidsgiver eller andre tilsynsorgan kan også føre til at det reises tilsynssak. I den enkelte tilsynssak kan både virksomhet og helsepersonell bli vurdert. Vurderingen overfor de enkelte helsepersonell kan i de alvorligste tilfellene resultere i at vi oversender saken til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner i form av advarsel eller begrensning/tap av autorisasjon. Systemperspektivet har fått en økende plass i våre vurderinger overfor virksomhetene. I 2010 ble dette vurdert i 79 av totalt 186 forhold.

Tilsynssaker i 2010. Tallene for landet i parentes:

Saker inn	Antall saker per 100.000 innb.	Avsluttet med vurdering i Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Hedmark	Lokal avklaring ingen oppfølging	Avvist	Sum avsluttet	Restanser per 31.12.
143	75	132	20	16	168	55
(2781)	(57)	(2175)	(352)	(193)	(2720)	(1051)

Hedmark hadde ved inngangen av 2010 fortsatt restanser på tilsynssiden. Totalt ble det avsluttet 168 tilsynssaker fra Hedmark, flere enn noe år tidligere. Helsetilsynet i Hedmark hadde median saksbehandlingstid på tilsynssaker i 2010 på 208 dager. Fortsatt har hele 66 % av sakene hatt en saksbehandlingstid over kravet fra sentrale myndigheter på 153 dager (5 mnd.). Helsetilsynet i Hedmark jobber fortsatt for å få ytterligere redusert sin behandlingstid på tilsynssaker i løpet av 2011.

Helsetilsynet i Hedmark får fortsatt inn mange tilsynssaker. I Hedmark har vi 75 saker per 100 000 innbyggere mot landsgjennomsnittet på 57. Det er bare Troms og Finnmark som har flere saker per innbygger. Det høye antallet tilsynssaker i Hedmark har nok flere årsaker, men vi ser ikke bort fra at det kan skyldes at vi over flere år har vært et tydelig og aktivt tilsynsorgan. Det er flest klager på manglende undersøkelser, feil behandling og diagnostikk. Men også forhold rundt kommunikasjon, informasjon og uhøflig adferd i helsetjenesten blir påklaget. Det er også mange klager på mangler ved dokumentasjon og journalføring.

Samlet oversikt over tilsynssakene

Tjenester vurdert i tilsynssakene med resultat av vurderingene:					
Tjeneste	Antall vurderinger	Ingen merknad	Råd/veiledning gitt	Påpekt pliktbrudd	Oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av adm. reaksjon
Legevakt	21	10	4	6	1
Allmennlege/fastlege.	41	14	4	15	8
Fengsels-helsetjeneste	2	2			
Sykehjem	18	7	2	5	4
Hjemme-baserte tjenester	8	2		4	2
Helsestasjon	0				
Skolehelsetjeneste	0				
Tannhelse-tjeneste	5			1	4
Privat spesialisthelsetj.	5	1		3	1
Off. spesialist-helsetj. (helseforetak m.v.)	83	33	11	31	8
Annen 1. linje	3	1		2	
Sum	186	70	21	67	28

Tabellen viser at de fleste vurderingene som blir foretatt gjelder tjenestene legevakt, sykehjem, allmennlege/fastlege og den offentlige 2. linjetjenesten (spesialisthelsetjenesten). Det er ikke så overraskende at det er relativt mange tilsynssaker her med tanke på antallet konsultasjoner som foretas. Rundt 60 % av de påklagede forhold resulterer i merknader fra oss. Tabellen under viser hvilke medisinske områder det klages mest på i spesialisthelsetjenesten.

Tilsynssaker i offentlig spesialisthelsetjeneste

Medisinsk område med resultat av vurderingene:					
Medisinsk område	Antall vurderinger	Ingen merknad	Råd/veiledning gitt	Påpekt pliktbrudd	Oversendt Statens helse-tilsyn for vurdering av adm. reaksjon
Psykatri	11	5		4	2
Rus	1			1	
Fødselshjelp/kvinnesykdommer	16	2	3	7	4
Kirurgi	13	8	1	4	
Indremedisin	17	8	2	7	
Nevrologi	4	1	1	1	1
Onkologi/radiologi	5	2		3	
Annet	21	8	4	7	2
Sum	88	34	11	34	9

Innenfor kategorien «annet» er det bl.a. saker innen fysikalsk medisin og rehabilitering, barnesykdommer, anesthesiologi, patologi, øyesykdommer og laboratoriefag. En generell oppfatning av sakene innen spesialisthelsetjenesten er at de blir stadig mer kompliserte og sammensatte. Det er likevel få saker sett i forhold til antall kontakter.

Vurdering av helsepersonell

Vurdert helsepersonellkategori i tilsynssakene (kommune- og spesialisthelsetjenesten):							
Leger	Psykologer	Sykepleiere	Tannleger	Andre	Sum	System	Totalt antall vurderinger
78	1	8	5	15	107	79	186

I kategorien «andre» er det foretatt vurderinger av hjelpepleier, vernepleier, jordmor, kiropraktor, ambulansarbeider, helsesekretærer, apotekteknikere og uautorisert personell. I mange av tilsynssakene er problemstillingene som vurderes knyttet til institusjonenes organisering samt ledelsens kvalitetsstyring av tjenestene. Disse vurderingene er rubrisert under kategorien «system». I den enkelte sak kan det således være både en vurdering av helsepersonell og av systemet.

Det går klart fram fra oversikten at det er legene som det i det vesentlige reises tilsynssak overfor. 49 av legevurderingene gjaldt allmennpraktikere. I 24 tilfeller hadde vi ingen bemerkning, i 19 tilfeller ble det gitt råd/påpekt pliktbrudd, mens 6 saker ble oversendt til Statens helse-tilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.



Det er relativt mange klage- og tilsynssaker fra legevakt i Hedmark. Legevakten for Hamar, Stange, Løten og Ringsaker (bildet) har tilhold i Sykehuset Innlandet HF – Hamar.

Pasientrettighetssaker

Pasientrettighetssaker er henvendelser fra pasienter som mener at de ikke får oppfylt sine rettigheter etter blant annet pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. Eksempler på dette er rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, rett til valg av sykehus, rett til individuell plan mv.

Pasientrettighetssaker i 2009. Tallene for landet i parentes:					
Saker inn	Antall saker per 100.000 innb.	Avsluttet med vedtak	Avvist/Trukket	Sum avsluttet	Restanser per 31.12.
65	34	60	2	62	9
(1070)	(22)	(911)	(63)	(974)	(251)

Kravet fra sentrale myndigheter er at 90 % av disse sakene skal være behandlet innen 92 dager (3 mnd.). Helsetilsynet i Hedmark behandlet 31 rettighetsklager hvorav 68 % av sakene innen 92 dager. Det betyr at vi har en nærmere måloppnåelse her enn for tilsynssakene. Det har vært et bevisst valg fra vår side å prioritere rettighetssaker. Disse sakene anses å kunne ha betydning for pasientens videre behandling, og for å sikre ivaretagelse av de rettsikkerhetsprinsipper som er formålet bak dagens helselovgivning. Vi behandlet videre 29 klager på dekning av transportutgifter for behandlingsreiser hvorav 97 % av sakene ble behandlet innen 92 dager.

Tjenesteområde med utfall av klagebehandlingen				
Tjeneste	Antall vedtak	Helt/delvis medhold i klagen	Ikke medhold i klagen	Vedtak opphevet
Psykiatri	8	3	5	
Somatikk	5	3	2	
Hjemmesykepleie	2	1	1	
Rus	5		5	
Sykehjem	7	1	4	2
Privat helsetjeneste	3	1	2	
Syketransport	29	5	24	
Sum	61	15	44	2

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke – tvangsmedisinering

I 2010 behandlet fylkesmannen 9 klagesaker over tvangsmedisinering fra pasienter som er under tvunget psykisk helsevern. Dette er en nedgang fra 2009 hvor vi behandlet 14 klager. Av de 9 klagen ble 6 vedtak stadfestet og tvangsmedisineringen gjennomført. Vedtak om å tvangsmedisinere pasienter er meget inngripende. Vår behandling av sakene medfører bl.a. at vi har en samtale både med den enkelte pasient og med faglig ansvarlig for vedtaket.



Om lag 45 % av klage- og tilsynssakene i Hedmark kommer fra spesialisthelsetjenesten - her representert ved Sykehuset Innlandet HF – Hamar.

HVOR SVIKTER DET I PRIMÆRHELSETJENESTEN?

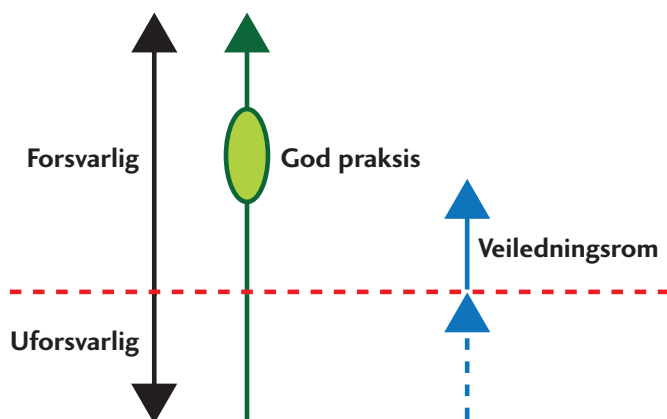
Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark skaffer seg på ulike måter oversikt over hvordan primærhelsetjenesten fungerer. Vår klage- og tilsynsvirksomhet gir oss den viktigste kunnskapen om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Men også gjennom andre kilder som medieoppslag, våre egne ulike aktiviteter innen rådgivning, kursvirksomhet og utviklingsoppgaver får vi verdifull informasjon om tjenestene.

Klage- og tilsynssakene knyttet til primærhelsetjenesten er av to ulike kategorier:

- **Tilsynssaker** som enten er *hendelsesbaserte* og bygger på klager fra pasient/ pårørende og er rettet mot den virksomhet eller person som har gitt helsetjenesten eller de er *planlagte* som til eksempel systemrevisjoner som er en systematisk gjennomgang av om lovkravene for tjenesten er oppfylt.
- **Rettighetsklager** som kommer fra pasienter som mener de ikke har fått tjenester de har rett til etter kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven.

Tilsynssaker

En modell som forklarer enkelte begreper og handlingsrom innen tilsynssakene er vist her:



Modellen kan sees på både som forståelse av tilsynsmyndighetens reaksjonsmønster og som utdyping av kvalitetsforbedrings- og prioriteringsarbeidet. I de hendelsesbaserte tilsynssakene vurderes det om tjenestene som blir gitt er forsvarlige eller uforsvarlige. Eller sagt med andre ord om tjenestene ligger innenfor eller utenfor de lovkravene myndighetene har stilt til tjenestene. Innen kvalitetsarbeidet vil det være et mål å bevege seg opp fra det nivået som utgjør grensen mellom det forsvarlige og det uforsvarlige og opp til det som betegnes god praksis. Denne nivåhevingen utgjør et forbedringspotensiale eller et råd- og veiledningsrom.



Kommuneoverlegene er viktige rådgivere i kvalitetsarbeidet i primærhelsetjenesten. Fra venstre Helle Jørstad, Ringsaker, Åge Henning Andersen, Kongsvinger og Hege Raastad Basmo, Hamar.

Hedmark er et av de fylkene med flest tilsynssaker per innbygger. De dominerende tjenestene innen primærhelsetjenesten er allmennlegetjenesten, legevakt, sykehjemstjenesten og hjemmebaserte tjenester. En opptelling av tilsynssaker fra disse områdene for 2009 og det meste av 2010 viser at av totalt 175 saker, så fordeler reaksjonen fra tilsynsmyndigheten seg slik tabellen under viser.

Tjeneste	Ingen bemerkning	Råd og veiledning	Pliktbrudd (lovbrudd)	Totalt antall
Legevakt	50 %	23 %	27 %	44
Allmennlegetjeneste	35 %	14 %	51 %	80
Sykehjem	27 %	21 %	52 %	33
Hjemmebasert helsetjeneste	17 %	0 %	83 %	18
				175

Vi ser av tallene at andelen av tilsynssaker som ender opp uten bemerkning er høyest ved legevakt og allmennlegetjenesten. Dette må sees i lys av det meget høye antall pasientkontakter vi har ved disse tjenestene. Hedmark har 176 fastleger og tre store legevakter - med base i Hamar, Elverum og Kongsvinger. Andelen pliktbrudd (lovbrudd) er rimelig høyt ved allmennlegetjenesten og sykehjem, men spesielt høyt er den ved de hjemmebaserte tjenestene. Dette er urovekkende.

Ved pliktbrudd ved legevakt blir det ofte påpekt mangelfull undersøkelse. Dette gjelder både for leger og sykepleiere. I tillegg er det i noen tilfelle mangler ved behandling hos leger. Der det gis råd og veiledning er det oftest påstand om dårlig oppførsel og mangelfull undersøkelse. Dette gjelder både for leger og sykepleiere. Også her er det i enkelte tilfeller mangler ved behandling hos leger. I noen tilfeller hvor legevaktoperatøren avviser pasienter, kan det i ettertidsvis seg at lege ikke er rådspurt om problemene. For kommunen påpekes gjerne mangelfull styring (internkontroll) av legevakten.

Innen allmennlegetjenesten er det oftest dårlig oppførsel/manglende kommunikasjon og mangler ved undersøkelse og behandling, journalføring og demensutredning/oppfølgning som er årsaken til bemerkninger og pliktbrudd.

Innen pleie- og omsorgstjenestene er det først og fremst mangler ved undersøkelse, behandling, oppfølging, rapportering og journalføring som påpekes der det gis råd- og veiledning eller påpekes pliktbrudd. I tillegg ser vi manglende samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten og i noen tilfeller dårlige ernæringsforhold og styringssvakheter.

Dette er tjenester vi har relativt god oversikt over. Når det gjelder andre deler av primærhelsetjenesten, er det større usikkerhet omkring eventuell svikt siden antallet tilsyn- og klagesaker er langt lavere og antallet planlagte tilsyn/systemrevisjoner er få. Dette gjelder helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Ut fra andre kilder som nevnes innledningsvis, er det vårt inntrykk at det er stor variasjon på disse tjenestene fra kommune til kommune.

Rettighetsklager

Rettighetsklagene baserer seg på at pasienter ikke får oppfylt rettighetene sine etter kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven. Dette dreier seg om rett til: vurdering, nødvendig helsehjelp, fornyet vurdering, individuell plan og valg av sykehus. Av 26 saker i 2009 og det meste av 2010 fra primærhelsetjenesten, var hele 22 saker fra sykehjem. Av disse fikk klager helt eller delvis medhold i 23 % av sakene, ikke medhold i 59 %, mens i 18 % av sakene ble vedtaket opphevet.

For de øvrige deler av primærhelsetjenesten er antallet rettighetsklager så få at det er vanskelig å se noen klare trender.

Oppsummering

Hvor skjer så svikten? Med utgangspunkt i den oversikt Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark har, kan det tyde på at sykehjem og de hjemmebaserte helsetjenestene er den delen av primærhelsetjenesten hvor utfordringene er størst. Selv om det også i allmennlege- og legevaktstjenesten skjer svikt, må en ta i betraktning det meget store antall pasientkontakter innen disse tjenestene.

For de øvrige deler av primærhelsetjenesten er det knyttet større usikkerhet, men vi ser at det er store forskjeller i kvaliteten på tjenestene kommunene imellom.



Selv om det påpekes en del svikt, foregår det også mye bra kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene. Her fra demenskonferanse på Olrud ved Hamar.

SPESIALISTHELSETJENESTEN



Det er fortsatt relativt mange klage- og tilsynssaker innen psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF – Sanderud (bildet).

Helsetilsynet i Hedmark fører tilsyn med Sykehuset Innlandet HF sammen med Helsetilsynet i Oppland. Selv om vi i utgangspunktet fører tilsyn med de geografiske enheter i de respektive fylker, bidrar både funksjonsfordelingen i sykehusene og divisjonene som har fylkesovergripende aktivitet til at det er nødvendig med et nært samarbeid om både klagesaker og planlagt tilsyn.

Psykisk helsevern

Gjennom enkeltsaker og planlagt tilsyn har vi sett at det er grunn til bekymring for om psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet drives i samsvar med myndighetskravene. Oppfølgingen av det landsomfattende tilsynet på distriktspsykiatriske sentra i 2008 og 2009 har vist at det har tatt lang tid å bringe forholdene i samsvar med kravene i helselovgivningen. Denne bekymringen er formidlet til Sykehuset Innlandets ledelse i flere kontaktmøter, og da saken ble tatt opp i et møte i september 2010, ble vi enige med sykehuset om at vi skulle konkretisere hvilke forhold det dreide seg om. Et notat med beskrivelse av våre funn og erfaringer ble drøftet med sykehusets ledelse i desember 2010. Sykehuset har fremlagt en sak for styret hvor bekymringene fra Helsetilsynet inngår som grunnlag for en gjennomgang av tjenestetilbudet i divisjonen. Sykehuset er bedt om tilbakemelding på de konkrete forholdene som er påpekt tidlig i 2011.

Notatet peker på følgende bekymringspunkter:

- Samhandling innad i divisjonen.
 - I flere klagesaker har det vist seg at de ulike deler av psykiatridivisjonen har hatt et mangelfullt samarbeid når enkeltpasienter har trengt bistand fra flere avdelinger eller enheter
- Samhandling med kommunene
 - I flere saker – både i Hedmark og Oppland – har det vært et dårlig samarbeid mellom psykiatrien og kommunene. I deler av fylkene er dette samarbeidet bedre,

men de vedtatte samarbeidsrutiner er i mange tilfeller lite kjent ute i tjenesten.

- Selvmordrisikovurderinger
 - Manglende systematikk og bruk av vedtatte rutiner er påpekt i flere saker hvor pasienter er blitt ansett å ha stor selvmordsrisiko. I 2010 ble det gjennomført planlagt tilsyn ved 4 avdelinger i divisjonen (2 i Hedmark og 2 i Oppland) for å se hvordan selvmordrisikovurderinger ble foretatt. Det var stor forskjell mellom avdelingene, og på akuttavdelingen på Sanderud ble det påpekt avvik fra myndighetskravene på dette området. Dette var særlig påfallende da sykehuset hadde forsikret oss om at forholdene nå var tilfredsstillende. Tilsynet følges nå opp for å sikre at det blir foretatt forsvarlige selvmordrisikovurderinger.
- Journalføring
 - Gjennom lengre tid har vi sett manglende journalføring i flere klagesaker vi har behandlet – særlig ved akuttavdelingene på Sanderud. Påpekning av manglende journalføring ser ikke ut til å ha medført at forholdene har blitt rettet.
- Forholdet til kontrollkommissjonen
 - Samarbeidet mellom sykehuset og kontrollkommissjonen ved Sanderud har til tider vært vanskelig. Kontrollkommissjonen har ment at forståelsen for tvangsbestemmelsene i psykisk helsevern mange ganger har vært for dårlig.
- Mangelfull forståelse for bestemmelsene i pasientrettighetsloven
- Uklarheter rundt behandling av rusmisbrukere som skal legges inn etter tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven

Alt i alt gir disse forholdene grunn til bekymring for hvordan psykiatridivisjonen etterlever de myndighetskrav som gjelder for virksomheten. Vi har et inntrykk av at sykehuset nå har tatt tak i utfordringene, men at vi vil avvente mer konkrete tiltak før vi avslutter oppfølgingen av saken. Det blir her særlig sentralt hvordan ledelsen på alle nivåer i sykehuset følger opp og sikrer seg at forholdene nå er brakt i orden.



Helse Sør-Øst RHF flytter inn i nybygg i tilknytning til Statens hus på Hamar våren 2011.

Strategiprosessen i Sykehuset Innlandet

Sykehuset har gjennomført en strategiprosess i 2010 som har munnnet ut i dokumentet «Strategisk fokus 2011-2014» som ble sendt på høring i september 2010. Rapporten bygger både på de tidligere strategiprosessene som er gjennomført i sykehuset, men også på de forventninger og føringer som ligger fra eier (Helse Sør-Øst RHF). I tråd med disse føringene er det foreslått å samle akuttkirurgisk beredskap til færre sykehus. Det er i dag slik beredskap ved 6 sykehus i Hedmark og Oppland, mens Helse Sør-Øst har foreslått at det bare skal være akuttkirurgisk beredskap ved ett sykehus i hvert sykehusområde. (Hedmark/Oppland med ca. 370000 innbyggere utgjør et slikt sykehusområde). Rapporten angir imidlertid ikke på hvilken måte akuttkirurgien skal samles, og hvilke grep som må tas for å gi et forsvarlig tilbud i fylkene. Også på andre områder (for eksempel fødselsomsorgen) er det foreslått en gjennomgang for å bringe tilbudet i Sykehuset Innlandet i samsvar med nasjonale anbefalinger, men det er ikke gått konkret inn i hvordan dette skal gjøres.

Fylkesmannen i Hedmark har derfor gitt en høringsuttalelse hvor vi påpeker nødvendigheten av at sykehuset nå tar et overordnet strategisk grep for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i innlandsfylkene i framtida. Mange av de

foreslåtte utviklingsområdene i høringsdokumentet viser til utfordringene man står overfor med mange og desentraliserte sykehusstilbud. Befolkningen i Sykehuset Innlandets opp-taksområde vil ikke ta til takke med spesialisthelsetjenester hvor de risikerer dårligere kvalitet enn det som tilbys ellers i landet. Dersom tjenestene skal utvikles til det beste for innbyggerne i Hedmark og Oppland, må tjenestene samles mer enn hva tilfellet er i dag. En gjennomgang av funksjons- og oppgavefordeling på de ulike områdene i sykehuset slik det er lagt opp i strategidokumentet vil fort bli detaljorientert. Samtidig vises nødvendigheten av at man legger opp til en mer langsiktig utviklingsstrategi for spesialisthelsetjenestene i Innlandet.

Planlagt tilsyn

I 2010 besto den planlagte tilsynsvirksomheten av tilsyn med psykisk helsevern. I tillegg til de to nevnte tilsyn med selvmordsrisikovurderinger ved to avdelinger på Sanderud sykehus førte vi tilsyn med to private avtalespesialister i psykisk helsevern. Det ble ikke gjennomført landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten i 2010, men det ble besluttet

at vi i helseregion Sør-Øst skulle føre tilsyn med privatpraktiserende psykiatere/psykologer som har avtale med det regionale helseforetaket.

Tilsyn med private avtalespesialister

Det har ikke tidligere vært gjennomført planlagt tilsyn med avtalespesialister i psykisk helsevern. Årsaken til at man nå ønsket å føre tilsyn med disse er at avtalepraksis utgjør en betydelig del av regionens samlede polikliniske spesialisttilbud på området psykisk helsevern. Mange pasienter med behov for psykologisk/psykiatrisk hjelp har imidlertid opplevd det vanskelig å finne frem til avtalespesialister som kan gi dem et tilbud. Også henvisende leger har opplevd det vanskelig å finne frem til spesialister med ledig kapasitet. Ulike rapporter har pekt på at kontakt og samhandling mellom avtalespesialister i psykisk helsevern og fastleger er mindre utviklet enn for somatiske spesialiteter.

I helseregion Sør-Øst utgjør de private avtalespesialistene en stor del av det polikliniske tilbudet innen psykiatrien. Avtalespesialistene står for 40 % av de polikliniske konsultasjonene innen psykisk helsevern for voksne, og dette er høyest i landet. Det er store forskjeller innen regionen, og de fleste spesialistene praktiserer i Oslo/Akershus-området.

Hendelsesbaserte tilsynssaker i helsetilsynene i fylkene i regionen indikerer at det hos praktiserende spesialister innen psykisk helsevern – herunder avtalespesialister – foreligger risiko for svikt på flere områder. Spørsmål knyttet til forsvarlighet ved diagnostikk og behandling, mangelfull journalføring og uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler hos psykiatere, er blant de områdene som hyppigst har ført til at det har blitt opprettet tilsynssak.

Temaet for dette tilsynet var:

- Mottak/håndtering av henvisninger
- Utredning
- Behandling
- Avslutning av behandling

I Hedmark utførte vi to tilsyn, et med en psykologspesialist og et med en psykiater. Tilsynet ble gjennomført ved et samarbeid mellom Helsetilsynet i Oslo/Akershus og Helsetilsynet i Hedmark med bistand fra fagrevisorer (psykiater og psykolog). Det ble ikke avdekket avvik hos dem vi førte tilsyn med.

Det vi så som var positivt her i Hedmark var at det var igangsatt et internkontrollarbeid, selv for såpass små virksomheter og at det i noen tilfeller var startet med veiledning/samarbeid mellom flere enkelt-terapeuter. Vi ser det som positivt at samarbeid er igangsatt fordi det kan gjøre enkelte små virksomheter mindre sårbare. At det er etablert et fagmiljø hvor problemstillinger kan diskuteres, kan medføre en kvalitetsforbedring for tjenesten, og det er alltid positivt.

Behandling av enkeltsaker

Pasienter som er blitt feilbehandlet, eller mener det er andre grunner til å kritisere helsepersonell, kan be

Helsetilsynet om å vurdere dette. Det samme gjelder pasienter som mener de ikke har fått oppfylt sine rettigheter i helsetjenesten. Klagen kan komme fra pasienten selv, fra pårørende eller fra Pasient – og brukerombudet.

Helsetilsynet i Hedmark avgjorde i 2010 13 klager fra pasienter som mente de ikke fikk oppfylt sine rettigheter i spesialisthelsetjenesten. Disse sakene gjaldt bl.a. rett til journalinnsyn, til informasjon og medvirkning, og til rett til nødvendig helsehjelp på sykehus. Seks av klagerne fikk medhold i klagen sine.

Vi behandlet 60 enkeltsaker hvor vi vurderte om enkelt pasienter hadde fått forsvarlig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Temaene i disse sakene er bl.a. om den medisinske behandlingen eller diagnostiseringen har foregått innenfor forsvarlighetskravet, om helsepersonell har ytt omsorgsfull hjelp, om pasienten har fått den informasjonen han har krav på, om retten til pasientansvarlig lege er oppfylt og om journalen er ført i tråd med lovkravene.

Resultatet av vår behandling av sakene ble:

- 7 oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av reaksjon
- 25 påpekt pliktbrudd
- 10 gitt råd og veiledning
- I de resterende sakene var det ingen ting å bemerke

Vi ser av klagen at det er en tendens til at flere klager over helsepersonell oppføres i møte med pasienter og pårørende. Årsaken til dette skal vi ikke spekulere på, men



Instrumenter og utstyr for diagnose og behandling på avdeling for øre, nese og hals ved Sykehuset Innlandet HF – Elverum.

vi ser med bekymring på den utviklingen. En viktig forutsetning for å oppnå en god behandlingsrelasjon er at det eksisterer tillit til helsepersonell. Dersom pasienter opplever at de ikke blir møtt på en respektfull og omsorgsfull måte vil dette være en negativ utvikling. I denne type saker vil vi ofte ende opp med «påstand mot påstand» og det er ikke mulig for oss å slå fast hva som virkelig har hendt. Pasientenes beskrivelser av opplevelser i møtet med helsepersonell, og at de tar seg bryet med å klage til oss, mener vi bør medføre at sykehuset selv tar tak i saken for å se om de har noen utfordringer i kommunikasjonen som kan forbedres.

En annen stor utfordring for Sykehuset Innlandet HF er å sørge for at de pasientene som har behov for det får utnevnt en pasientansvarlig lege (PAL). Vi ser i saker som er komplekse og hvor pasientene er svært syke og kanskje dør, at det ofte klages over mangelfull informasjon eller dårlig kommunikasjon. Det er nettopp i disse tilfellene det er viktig å oppnevne en PAL. Vi ser at en PAL, som fungerer etter intensjonen, i flere tilfeller kunne medført mindre frustrasjon og maktesløshet for pasienter og pårørende.

Et siste gjennomgående trekk er utfordringer med journalføringen. I flere av sykehusets divisjoner er det utstrakt

bruk av leger i små stillingsbrøker og vikarer. Dette stiller ekstra strenge krav til journalføringen. I en journal skal det være mulig å følge pasientenes kliniske utvikling, se medisinske resonnementer, vurdering av iverksatt behandling og evaluering av behandlingen. Dette er en del av faglig forsvarlig behandling. Dette er dessverre ikke tilfelle i mange av de journalene vi leser og sykehuset har en jobb å gjøre på dette området.

Helsetilsynet i Hedmarks vurdering av en slik sak får ingen direkte betydning for pasientens rettigheter. En konstatering av at det er gitt uforsvarlig behandling gir for eksempel ikke rett til ny behandling, og heller ikke rett på erstatning. Likevel vil det, i de sakene hvor det påpekes regelbrudd eller gis råd eller veiledning til helsepersonell, kunne forventes bedre kvalitet på fremtidige helsetjenester. Dette betyr med andre ord at en pasient kan bidra til at andre pasienter får en bedre behandling enn han eller hun selv fikk ved å fortelle sin historie til Helsetilsynet i Hedmark. I mange av enkeltsakene vi mottar er det nettopp dette som er budskapet fra klageren. De er ikke ute etter å «ta» eller «straffe» noen, men forteller sin historie i håp om at andre skal slippe å oppleve det samme.



I den framtidige samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Hedmark vil kommuneoverlegene (bildet) spille en viktig rolle.

ETTER OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

Psykisk helse skal fortsatt prioriteres. Det er klart uttrykt i føringene fra sentrale myndigheter at kommunenes innsats på feltet opprettholdes og videreutvikles. Brukerorganisasjoner og andre gjør en stor innsats for å holde trykket oppe på psykisk helsefeltet. Fylkesmannen skal også bidra til, og følge med på dette. Dette gjør vi på ulike måter, gjennom tilsyns- og klagesaksbehandling, gjennomgang av rapporter, og ved kontakt med brukere og tjenesteapparatet.

På samme måte som under opptrappingsplanperioden for psykisk helse har vi innhentet informasjon om kommunenes budsjetter på dette feltet for 2010, og faktisk bruk av midler til psykisk helsearbeid i 2010. Hensikten er å følge utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Nå som perioden med øremerkede midler er over rammer trang kommuneøkonomi også psykisk helsefeltet, og innsatsen reduseres i mange kommuner.

Samarbeid

En av de faglige utfordringene vi tydelig ser er behovet for bedret samarbeid i mange sammenhenger. Dette gjelder både mellom ulike instanser, nivåer, etater og med brukerne eller deres representanter. Kommunene har en plikt til å sørge for at de ulike tjenestene samhandler når det er nødvendig. Samarbeid er nødvendig for at brukerne av tjenestene skal få rett hjelp til rett tid. For at hjelpen skal være rett er det nødvendig at tjenestene er tilpasset den enkelte. Det vil si at brukermedvirkning og ivaretagelse av de individuelle behovene ligger som en grunnleggende forutsetning for tjenestene. En annen viktig forutsetning for å få rett hjelp til rett tid er at tjenestene er koordinert og at samarbeidet er organisert på en hensiktsmessig måte slik at de framstår helhetlige og samordnende. Det innebærer at hver instans er tydelige på sitt ansvar og oppgaver, ivaretar dette og følger opp overfor brukere og samarbeidende instanser.

Kvalitetsforbedring i regionene

Disse utfordringene er synliggjort og det er satt i gang arbeid for å gjøre noe med dette i Hedmark. I Nord-Østerdal fungerer samarbeidet mellom kommunene, brukerorganisasjonene og spesialisthelsetjenesten bra. I de to andre regionene i fylket har utfordringene vært større. Det ble derfor i midt-fylket etablert nettverk for kommune, brukerorganisasjonene og spesialisthelsetjenesten, det såkalte K8 samarbeidet. K8 viser til de åtte kommunene som er i DPS/BUP Hamar sitt område. K8 samarbeidet har som mål «å etablere et koordinert og helhetlig tjenestetilbud innen psykisk helse med tydelig fokus på muligheter og løsninger, basert på brukeres og pårørendes behov. Visjonen til K8 er: Sammen om muligheter og løsninger». Arbeidet startet i 2008, og vil gå inn i sitt siste år i 2011. Det blir spennende å følge med på resultatene av et omfattende arbeid over flere år.



Grue kommune er en av deltakerkommunene i K6-samarbeidet i sør-fylket.

Det er gledelig at det i 2010 ble satt i gang et arbeid med dette også i sør-fylket, kalt K6. Dette fordi det er seks kommuner som omfattes av dette samarbeidet, og som hører til DPS/BUP Kongsvinger. Også her er både brukerorganisasjoner, alle kommunene og spesialisthelsetjenesten med. I 2011 vil arbeidet skje ved hjelp av KS sitt effektiviseringsnettverk for rus- og psykisk helsefeltet. Hva som skjer videre etter det avhenger av hvor langt man har kommet og hva deltakerne ønsker. I sør-fylket har det vært noen utfordringer med brukerdeltakelse i dette arbeidet fordi ikke alle kommuner har fungerende lokallag. Det er et ønske at deltakerne er organisert slik at de representerer bredden av brukere. Dette er noe de to ansatte rådgiverne i brukermedvirkning hos fylkesmannen i Hedmark (se avsnitt under) jobber med i samarbeid med K6 nettverket. Målet er å bedre samarbeidet mellom DPS/BUP Kongsvinger, kommunene i opptaksområdet og brukerorganisasjonene for å oppnå et bedre tjenestetilbud og kvalitetsforbedring av tjenestene

Samarbeidet med brukerorganisasjonene

Det er opprettet flere arenaer hvor brukerorganisasjonene, fylkesmannen og andre aktuelle parter møtes. Vi har et sterkt fokus på alle nivåer av brukermedvirkning, men spesielt på systemnivå. Dette innen rus- og psykisk helsefeltet som sees i nær sammenheng. Vi har hos fylkesmannen ansatt to rådgivere i brukermedvirkning som dekker disse feltene. De skal bidra til å rekruttere flere med brukererfaring da behovet og etterspørselen etter denne kompetansen er stor. Brukernes syn er et nødvendig bidrag i utviklingen av



Adrian Lorentsson er rådgiver i brukervedvirkning hos Fylkesmannen i Hedmark.

tjenestene. De skal også bidra til å styrke de brukerne som allerede er der, og hjelpe lokallag og andre der det trengs. De to ansatte rådgiverne i brukervedvirkning, Adrian Lorentsson og Morten Brodahl, startet i 2010 et arbeid for å kartlegge hvordan det står til når det gjelder brukervedvirkning i alle kommunene i Hedmark som en del av grunnlaget for det videre arbeidet. Brukervedvirkning er ikke noe tjenestene kan velge bort, det er lovpålagt. For å få reell brukervedvirkning i kommunene og spesialisthelsetjenesten har de et ansvar for å legge til rette for et godt miljø for ulike organisasjoners arbeid. Når det gjelder hva dette innebærer er det imidlertid fortsatt en vei å gå når det gjelder forståelse og det vil rådgiverne i brukervedvirkning bidra til.

I 2010 har vi gjennomført opplæring av tjenesteapparatet og brukere i tre regioner i Hedmark i samarbeid med brukerorganisasjonene ved hjelp av metoden «Verktøykassa for

brukervedvirkning». Det ble også tilrettelagt for en fagdag for brukere og ansatte fra nord-fylket på Sagatun Brukerstyrt senter.

Arbeid og psykisk helse

Antall unge som dropper ut av videregående skole i Hedmark er høyt. Alt for mange av disse benytter seg av ulike årsaker ikke av de tilbud som eksisterer. Vi vet også at antallet som er sykemeldt over lang tid eller blir uføre med bakgrunn i psykiske vansker og/eller rus er høye. Dette kan medføre høye omkostninger og tap for den enkelte, og også for samfunnet. Vi vet også at det å ha noe å gå til er svært viktig for den psykiske helsen, enten det er jobb, skole eller annen aktivitet. Dette er oftest positivt for den psykiske helsen fordi det bidrar til fellesskap, mening i tilværelsen og økonomisk trygghet. Psykiske lidelser er den nest største diagnosegruppen innen uførepensjonering. Økningen er sterkest i den yngre del av befolkningen og er den som medfører flest tapte arbeidsår.

Sogatun Brukerstyrt senter og Jobbsupport i Storhamar Dragons er to tiltak i Hedmark som arbeider med nettopp å få folk tilbake i aktivitet, og som i høy grad får det til. Suksesskriteriene deres er blant annet at de som benytter seg av tilbudene blir del av et inkluderende miljø hvor en har tilhørighet, og et fokus på individuell tilrettelegging og mestring. Verdensdagen for psykisk helse 2010 hadde arbeid og psykisk helse som tema. Den ble også i år markert i mange kommuner i Hedmark slik at dette temaet ble satt på dagsorden. Når opptrappingsplanen for psykisk helse ble evaluert, var et av funnene at brukerne av tjenestene mente det var for stort fokus på behandling av symptomer, og for lite på arbeid, aktivitet og mestring.



Fylkesmannen holdt gjestebud for representanter fra Sagatun Brukerstyrt senter og BARM-senteret i desember 2010.

OMSORGSTJENESTER OG ELDRESATSINGEN

Hjemmeboende eldre får mangelfull oppfølging av demens og ernæringsproblemer

Gjennomførte tilsyn med tjenester til hjemmeboende eldre i Folldal, Stange, Ringsaker og Stor-Elvdal har vist mangler på flere områder. Tema for tilsynet var identifisering og utredning av demens, oppfølging av ernæringsproblemer og tildeling av avlastning. Tilsynet var en del av et landsomfattende tilsyn i 2010.

Temaer for tilsynet var:

- Systemrevisjon av tjenester til personer med demenssykdom og/eller underernæring
- Fastlegetilsyn om utredning og oppfølging av demenssykdom
- Stikkprøvetilsyn av saksbehandling ved tildeling av avlastning

I alle 4 kommuner ble det avdekket avvik fra lovbestemmelsene når det gjelder forsvarlig identifisering, kartlegging og oppfølging av tiltak for å forebygge og behandle underernæring. I to av kommunene ble det også funnet avvik fra kravene til forsvarlig identifisering og utredning av demens. I de to øvrige kommunene var det betydelig forbedringspotensiale på dette området.

Tilsynet med fastlegene viste avvik fra forsvarlighetsbestemmelsen for utredning og oppfølging av demens hos 3 av 6 leger. Dette var et tilsyn med yrkesutøvelsen hos enkeltleger, men ga også informasjon om samarbeidet med kommunens øvrige helsetjeneste.

I alle 4 kommuner ble det også påpekt avvik fra myndighetsbestemmelsene ved tildeling av avlastningsopphold i sykehjem. Det var særlig i forhold til forvaltningslovens § 17 (utredningsplikten) og §§ 24 og 25 (mangelfull begrunnelse i vedtak) hvor vedtakene ikke var i samsvar med lovkravene.

Mangelfull oppfølging av feilernæring er et betydelig problem hos hjemmeboende eldre. Det er utarbeidet klare nasjonale retningslinjer for arbeidet. Svikt kan føre til nedsett livskvalitet for brukerne, men også balanseproblemer og økt hjelpebehov. Demens er et økende problem hos en stadig eldre befolkning, men finnes også i forholdsvis yngre alder. Det er viktig å fange opp tilstanden tidlig og sørge for riktig kartlegging og oppfølging, slik at tjenestetilbudet blir mest mulig tilpasset den enkelte. Dette har betydning ikke bare for livskvalitet og helsetilstand, men kan også forhindre tidlig avhengighet av hjelpeapparatet. Feil ved saksbehandlingen ved tildeling av avlastningstjenester kan føre til at brukerne ikke får de tjenester de trenger, og rettssikkerheten til den enkelte kan bli skadelidende. Det er derfor viktig at kommunene tar tak i de forhold som er påpekt ved tilsynet, og sørger for å forbedre tjenestene slik at de er i samsvar med de krav som gjelder. Også de kommunene hvor det ikke har vært tilsyn vil ha nytte av å se på tilsynsrapportene for å sammenholde funnene med forholdene i egen



Statssekretær Ragnhild Mathisen fra HOD innleder om framtidens utfordringer i pleie- og omsorgstjenesten på demenskonferansen for innlandet i januar 2011.

kommune. Observasjonene kan også brukes til å forbedre tjenestene i andre kommuner.

Klagesaker i pleie- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet i Hedmark avsluttet 132 tilsynssaker i 2010. De fleste klagenes fra kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) kom fra pasientene selv og/eller deres pårørende. Sakene handlet for det meste om klager på feil eller dårlig behandling og oppfølging, kritikk av helsepersonells opptreden eller mangel på nødvendig helsehjelp. Under feil eller dårlig behandling og oppfølging var det flere berørte områder som ble påpekt, deriblant mangelfull oppfølging av ernæring, medisiner, dårlig kommunikasjon og holdninger. Klagenes som handler om at pasientene mener de ikke har fått oppfylt sine rettigheter er oftest rettet mot manglende informasjon og medvirkning, avslag på korttids- eller langtidsopphold i institusjon og på at de må ligge på dobbeltrom mot sin vilje når de har fått plass i sykehjemmet.

De fleste klagenes var rettet mot almenleger/fastleger, sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

På bakgrunn av de opplysningene som kom fram i brevene startet vi i mange tilfeller en såkalt «tilsynssak» mot helsepersonell eller virksomhet/kommune. I de sakene der



Lege og filosof Reidar Pedersen fra Universitetet i Oslo holdt foredrag for ca 60 fastleger fra Hedmark høsten 2010 om pasientrettigheter og samtykkekompetanse.

avgjørelsene førte til at en virksomhet fikk såkalt pliktbrudd viste det seg ofte at virksomhetene manglet systemer for å oppdage feil og mangler. Blant annet manglet internkontrollens siste ledd med å kontrollere og evaluere/forbedre egne rutiner. I tillegg kom det fram at de fleste virksomheter ikke har fulgt opp de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Disse retningslinjene skal bidra til å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i helseinstitusjoner og hjemmetjenestene. Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter følges opp etter et faglig begrunnet opplegg.

I mange saker fant vi også mangelfull dokumentasjon og journalføring. For å kunne rekonstruere den samlede innsats som er blitt pasienten til del må alle relevante og nødvendige opplysninger nedtegnes. De fleste kommuner har en jobb å gjøre på dette området.

I noen saker fant vi ikke grunner for å rette kritikk mot helsetjenesten, i andre saker ble det gitt råd og veiledning eller saken ble løst ved dialog mellom pasienten og helse-tjenesten. Vi har også sendt alvorlige saker til Statens helsetilsyn for vurdering av eventuell reaksjon mot helsepersonell eller virksomhet.

I 2010 har vi også hatt fokus på vedtak om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Målet med denne nye bestemmelsen i pasient-

rettighetsloven har som formål å sikre somatisk helsehjelp til personer med demens, utviklingshemming og fysiske og psykiske forstyrrelser. Å yte helsehjelp til en person som motsetter seg helsehjelpen, krever en faglig og etisk utfordring i å tilrettelegge helsehjelpen slik at respekten for pasientens integritet og verdighet ivaretas. Det er fattet vedtak om tvungen helsehjelp i 13 av fylkets 22 kommuner. Helsetilsynet i Hedmark får kopi av alle vedtak og har vurdert om vilkårene i loven er oppfylt.

I 2011 vil vi følge med på kommunenes saksbehandlingsprosedyrer når det gjelder å fatte vedtak om opphold i institusjon, særlig hvis det er mangel på sykehjemsplasser.

Tilsyn med tjenester til utviklingshemmede i fellesboliger

Fylkesmannen har de siste 2-3 årene gjennomført 4 tilsyn med tjenestene til utviklingshemmede og funksjonshemmede som bor i samlokaliserte boliger. Tilsynene er fortsatt under oppfølging.

En vanlig boform for mange er at man har egen leilighet i samme hus som flere andre, og at det er fellesrom og felles personalstab som yter tjenestene. Fylkesmannens tilsyn har vist at det er flere mangler ved tjenestene som beboerne mottar. Manglene knytter seg både til kartlegging av tjenestemottakernes faktiske hjelpebehov, vurdering av hvordan

hjelpebehovet skal dekkes, og at de faktisk får de tjenestene som de har fått vedtak om. I tillegg ser vi at det i enkelte tilfeller brukes ulovlig tvang og makt ved at det ikke er truffet nødvendig vedtak etter sosialtjenesteloven kap. 4A.

Det kan synes som om mange får tjenester ut fra størrelsen på personalstaben som er tilgjengelig, og ikke ut fra en kartlegging av hva den enkelte faktisk trenger. I utgangspunktet skal kommunen foreta en grundig kartlegging av hjelpebehovet. Siden mange av tjenestemottakerne er avhengig av hjelp over flere år, må hjelpebehovet også evalueres med jevne mellomrom, noe som ofte ikke ble gjort. På samme måte har vi sett at vedtak om tjenester ikke er tilstrekkelig gjennomarbeidet ved at det i mange tilfeller kun endres dato uten at tjenestene er evaluert og justert i forhold til endring av behov.

Et vedtak om tjenester skal angi omfang av tjenestene, som oftest et visst antall timer, hvordan hjelpen skal gis og for hvor lang tid vedtaket gjelder. Tilsynet fant uklare beskrivelser i vedtakene om hvor mye hjelp som skal gis, og det blir dermed vanskelig å si om vedkommende faktisk får de tjenestene som han/hun har vedtak om og har behov for. I enkelte tilfeller ser vi at bemanningen i boligen ikke er tilstrekkelig til å gi den hjelpen brukerne har behov for og som er innvilget gjennom vedtakene kommunen har fattet.

I tilsynene fant vi også mangler ved styring av tjenestene. Det er særlig svikt i hvordan kommunene selv kontrollerer at lovkravene er oppfylt, og at tjenestene holder nødvendig minstestandard. Videre er det lite fokus på opplæring, blant

annet ved at det i liten grad er kartlagt hvilken type kompetanse som er nødvendig i tjenesten kombinert med at det ikke er laget opplæringsplaner.

Tilsyn med 4 boliger i løpet av de siste 2-3 årene gir ikke et generelt bilde av kvaliteten på tjenestetilbudet til utviklingshemmede. Funnene er likevel såpass tydelige at det gir grunn til bekymring for hvordan rettsikkerheten og kvaliteten på tjenestene ivaretas.

Kompetanseløftet 2015

Regjeringen har høye ambisjoner for kommunenes helse- og omsorgstjenester. «Tjenestene skal ha høy kvalitet, være sikre og trygge. De skal være tilgjengelige innen akseptable ventetider og tilbudene skal nå ut til alle avhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn, funksjonsevne og etnisk bakgrunn». Dette er en av flere utfordringer som beskrives i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2011. Det er mange tiltak som må iverksettes for å løse denne utfordringen, men ett viktig tiltak, kanskje det viktigste, er å sikre tilstrekkelig med personell som har de rette kvalifikasjoner til å løse de sammensatte oppgavene som kommunene har og vil få.

Kompetanseløftet 2015 er en av flere satsingsområder i Omsorgsplan 2015. Det skal særlig legges vekt på å rekruttere, beholde og videreutvikle ansatte, samt tilrettelegge for gode læringsmiljøer i kommunene. I den sammenheng er det nødvendig at forståelsen og tenkningen i



Demenskonferansen for innlandet i januar 2011 samlet ca 300 deltakere og viser interessen for ny kunnskap på dette området.

forbindelse med kompetanseutviklingen er forankret i alle ledd i organisasjonen. Det betyr at god kvalitet på blant annet mottak og opplæring av helsefagarbeidere som har fått læreplass, veiledning av sykepleierstudenter og etablering av kunnskapsmiljøer er viktig. Videre er utarbeiding og vedtak av kommunale kompetanseplaner med involvering av kommunepolitikere nødvendige tiltak.

Fylkesmannen har gjennom flere år hatt mye fokus på kompetanseutvikling, både gjennom Kompetanseløftet 2015, gjennom enkeltsaker i forbindelse med klage- og tilsynssaker og gjennom systemrevisjoner av tjenesten. Både systemrevisjoner og klage- og tilsynssaker viser at det er stort behov for å styrke kunnskapen og ferdighetene på flere områder.

Kompetanseløftet 2015 retter seg i hovedsak mot pleie- og omsorgssektoren og har fem delmål:

- 12 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen 2015
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene
- Sikre brutto tilgang på 4500 helsefagarbeidere hvert år
- Skape større faglig bredde
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Hva skjer i Hedmark?

Alle kommunene i Hedmark har iverksatt noen opplærings-tilbud for sine ansatte. Dette er veldig positivt, i 2010 var det første året alle kommunene søkte om tilskudd via Kompetanseløftet 2015. Kommunene har forskjellige utfordringer og omfanget av tiltak innenfor kompetanseutvikling varierer.

Fylkesmannen mener imidlertid at alle kommunene, uavhengig av utfordringer, må utarbeide en kompetanse- og rekrutteringsplan. Denne planen må inneholde en analyse av nåværende og fremtidige personellbehov, eksisterende og fremtidige kunnskapsbehov og hva som er viktig for å sikre gode kompetansetilbud. Med andre ord bør kommunene gjøre en grundig analyse og deretter utarbeide en plan med konkrete målsettinger. Fylkesmannen har bare kjennskap til at 4 av 22 kommuner har utarbeidet og vedtatt en fullgod kompetanseplan. De fleste kommunene har en årlig tiltaksplan som mangler en analyse av behov og som heller ikke er en del av en helhetlig kommuneplan. Det er også viktig i denne sammenheng å bruke resultatene fra klage- og tilsynssaker og systemrevisjoner for å kartlegge hvor det er behov for å iverksette opplæringstiltak.

Personellutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten

Endelig personellstatistikk for 2010 blir ikke offentlig før 15. juni 2011. Personellstatistikken for 2009 viser at fra 2008 til 2009 var det en økning med 206 årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste, det vil si en økning med 4,9 %. Denne statistikken forteller ikke hvilke tjenesteområder som har blitt styrket. På landsbasis viser det seg at personellveksten de siste årene i hovedsak har kommet i de hjemmebaserte tjenester, og hele nettovæksten har tilfalt brukere under 67 år. Jf rapport 2010:1 fra NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning). Kommunene har fått og har tatt ansvar for yngre brukere som har store bistandsbehov. De utgjør ca 1/3 av mottakere av hjemmetjenester, men kostnadene er ca 54 % av brutto driftskostnader. Det betyr at personelløkningen på sykehjem og i hjemme-tjenester for eldre har økt minimalt de siste årene.

Utdanningsnivå i omsorgstjenestene

Pleie- og omsorgstjenestene er en sammensatt og stor sektor. I 2009 var det 5653 årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene i Hedmark. Kompetanseutvikling har vært en sentral satsing i flere år og det har vært tildelt stimuleringsmidler til kommunene hvor hovedmålet har vært å heve den formelle kompetansen i sektoren. Flere kommuner har arbeidet systematisk og målrettet for å styrke den formelle kompetansen både i forhold til grunnutdanninger og videreutdanninger i helsefaget. Til tross for dette er fremdeles ca 30 % av årsverkene besatt av personer uten formell godkjent helsefagutdanning. Alvdal, Rendalen, Trysil, Elverum, Sør-Odal og Stange kommune har flere ansatte uten fagutdanning enn lands- og fylkesgjennom-



Ottestad sykehjem (tidligere undervisningssykehjem) er nå Utviklingssenter for sykehjem.

snittet som er ca 30 %. Fylkeskommunen vedtok i fylkestinget i desember 2010 en helhetlig plan for voksenopplæring i Hedmark. Ansatte uten formell fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten er en viktig målgruppe i denne sammenheng.

I 2010 hadde Fylkesmannen 4,5 mill kroner til fordeling via Kompetanseløftet 2015. I 2010 ble ca 1,7 mill kr bevilget til helsefagarbeiderutdanning, ca 300 000 kr til støtte til fagskoleutdanning for helsepersonell og kr ca 1.9 mill kr til videreutdanning for høgskolepersonell. Resterende ble brukt til grunnutdanning i sykepleie og demensomsorgens ABC.

En annen viktig satsing er å styrke kompetansen både ved å øke andelen ansatte med høgskoleutdanning og øke andelen ansatte med videreutdanning for høgskolepersonell. Andelen årsverk som blir utført av ansatte med høyere utdanning er lavere i Hedmark enn landsgjennomsnittet. Landsgjennomsnittet er på 28,3 % mens gjennomsnittet i Hedmark i 2009 er på 25,6 %. Målsettingen i Kompetanseløftet 2015 er 30 %. Det er bare Tolga kommune som har nådd denne målsettingen i 2009. Nord-Odal, Sør-Odal, Trysil og Engerdal kommune har 20 % eller færre enn 20 % ansatte med høyere utdanning. Fylkesmannen har derfor

gjennom Kompetanseløftet 2015 prioritert støtte til kommuner som stimulerer ansatte til å ta videreutdanning i helsefag. I 2010 bevilget vi ca 2 mill kroner i støtte til ovennevnte tiltak.

Å legge til rette for at ansatte kan ta formelle utdanningsløp er viktige tiltak for å heve kvaliteten på tjenestene i helse- og omsorgssektoren. Det er også viktig at kommunene benytter seg av den nye kunnskapen og legger til rette for gode læringsmiljø på arbeidsplassen. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (tidligere undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester) er gode eksempler på at fokus på fagutvikling og læring tiltrekker seg fagfolk som igjen fører til bedre kvalitet på tjenestene.

ANDRE FORVALTNINGSOPPGAVER

Fylkesmannen har en sentral rolle i en del forvaltningssaker av stor betydning for mange mennesker. Dette gjelder ved separasjon og skilsmisser, ved dispensasjoner og inndragning av førerkort og ved administrering av turnustjeneste. På disse områdene bruker Sosial- og helseavdelingen mye tid og ressurser.

Familiesaker – separasjon og skilsmisser

Det er et stort behov for råd og veiledning i disse sakene. Særlig gjelder det ved separasjonssøknader og i tilknytning til barnefordeling og skifte mellom ektefellene.

I 2010 ga Fylkesmannen bevilling til 464 separasjoner og 378 skilsmisser.

Foreldremekling – veiledningsansvar

Fylkesmannen har fortsatt veiledningsansvar overfor publikum, selv om selve ansvaret for meklingsordningen er overført til Bufetat.

Anerkjennelse av utenlandske separasjoner og skilsmisser

I 2010 behandlet Fylkesmannen 36 saker om anerkjennelse av utenlandske skilsmisser. Sakene er ofte kompliserte og arbeidskrevende. Anerkjennelse er først og fremst aktuelt i forbindelse med gjengifte. Før ekteskap inngås skal det skje en prøving av om ekteskapsvilkårene er oppfylt. Fylkesmannen må anerkjenne den utenlandske skilsmissen for at folkeregisteret eller norsk utenriktjenestemann skal kunne skrive ut en såkalt prøvingsattest for partene. Det kan også i andre sammenhenger bli bedt om Fylkesmannens godkjenning. Søknader om stønad og trygd, spørsmål om utenlandsk skilsmisse kan registreres her i landet og saker for utlendingsmyndighetene, er eksempler på dette. Dersom en utenlandsk separasjon skal danne grunnlag for en skilsmisse her i landet, kreves det også vedtak av Fylkesmannen.

Adopsjoner – biologisk opphav

I adopsjonssaker har Fylkesmannen i 2010 behandlet 5 saker om biologisk opphav, en liten nedgang fra foregående år.

Fylkesmannens oppgaver i førerkortsaker

Leger, optikere og psykologer skal melde til oss når en pasient ikke fyller helsekravene for å ha førerkort. Vi vurderer meldingene og gir eventuelt politiet råd om å inndra førerkortet. I 2010 behandlet vi 526 saker, mot 404 i 2009 (inkl. andre uttalelser og tilrådninger). En del av økningen kommer av at leger overholder meldeplikten i større grad, spesielt med hensyn til psykiske lidelser og bruk av beroligende medisiner.

Vi kan gi dispensasjon fra helsekravene når sykdommen utgjør en minimal risiko i trafikken. Vi behandlet 550 slike søknader i 2010, mot 459 i 2009.



På E6 (bildet) og riksveg 3 gjennom Hedmark er trafikkbildet preget av stor fare for viltpåkørsler og stor andel tungtrafikk. Streng helsekrav til førerkort er nødvendig.

I november 2010 holdt vi kurs for allmennleger. Om lag hver tredje allmennlege i Hedmark fikk undervisning i hvilke plikter legen har i forbindelse med førerkort. De skal melde fra til Fylkesmannen for eksempel ved bilkjøring og medikamentmisbruk og ved demens.

Helsekravene i førerkortforskriften ble endret 1. juli 2010 i tråd med endringer i de europeiske retningslinjene. Samtidig ble Helsedirektoratets veileder for vårt arbeid med saken revidert. Veilederen utdypet helsekravene og for psykiske lidelser ga dette en del diskusjon i media. For 2011 blir utfordringen vår å øke kapasiteten på saksbehandlingen i takt med at saksmengden øker. I 2010 behandlet vi 1076 saker mot 863 i 2009.

Turnustjeneste

Obligatorisk turnustjeneste for leger og fysioterapeuter har lang tradisjon i norsk helsevesen som overgang fra studiesituasjon til selvstendig yrkesutøvelse. For legene har ordningen vart helt fra 1955. Mens turnuslegene er 12 måneder ved sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten er turnusfysioterapeutene 6 måneder på hvert sted.

På sentralt hold er det SAFH (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) som administrerer turnustjenesten, og som hvert år tildeler turnusplasser til det enkelte fylke. Fylkesmannen sørger for at det opprettes og kvalitetssikres et tilstrekkelig antall turnusplasser i kommunehelsetjenesten. Ved for få plasser kan Fylkesmannen anmode SAFH om å gi en kommune pålegg om å opprette turnusplass – noe som sjelden er aktuelt.

Turnusleger

Fylkesmannen har de senere årene administrert ordningen med elektronisk trekning av turnussted for turnusleger hvert halvår. Kandidatene velger selv kommune/legekontor etter et på forhånd tildelt nummer. Dette har fungert meget godt.

Høsten 2010 hadde vi for første gang på mange år turnuslege i samtlige 22 kommuner i Hedmark. Dette tyder på bra stabilitet i legedekningen og stedlig veiledningskompetanse – da dette kreves for å få kvalitetssikret turnusplassen. Også for våren 2011 er det godkjent turnusplass i samtlige kommuner, men frafall etter trekning og for få «dedige» turnusleger fører til at 6 kommuner i Nord-Østerdal blir uten turnuslege i perioden februar-august 2011.

Turnusfysioterapeuter

Antallet turnusfysioterapeuter både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten er relativt lavt i Hedmark og har de seinere årene ligget på mellom fem og ti kandidater på hvert sted.

Økt kvalitet

Ved turnustjenesten står de kliniske ferdighetene i sentrum. For å øke kvaliteten i tjenesten i vid forstand, har Fylkesmannen fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å tilby ulike kurs og aktiviteter. I 2010 har dette i Hedmark vært følgende:

- Turnusseminar i offentlig helsearbeid for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Vi samarbeider med Fylkesmannen i Oppland som er hovedansvarlig for seminarene hver vår og høst.
- Praktisk rettet kurs i legevaktmedisin (akuttmedisin) for at turnuslegene skal bli trygge i utøvelsen av legevakt. Utvikles og gjennomføres ved Sykehuset Innlandet, Elverum for turnusleger i Hedmark.

- Gruppeveiledning for turnusleger hvor legerollen er i fokus og hvor bedre rekruttering til primærhelsetjenesten er et mål. I Hedmark fordeles turnuslegene i to grupper hver vår og høst. Hver gruppe ledes av en erfaren allmennlege og møtes ved tre dagssamlinger.
- Kurs i veiledningsmetodikk for veiledere av henholdsvis turnusleger og turnusfysioterapeuter holdes annenhvert år i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland. Kurs gjennomføres i 2009 og 2011.

Turnustjenesten i framtida

Spørsmålet om turnustjenestens framtid er både på den forvaltningsmessige og den helsepolitiske dagsorden for tiden. Turnusordningen er i ferd med å bryte sammen som følge av et stadig økende antall søknader om turnustjeneste blant annet fra utenlandske leger (544 av 911 i august 2010), en omfattende administrering av ordningen og manglende antall turnusplasser. Helsedirektoratet har i en utredning foreslått et nytt system. De ønsker å erstatte dagens ordning, som innebærer sentral loddtrekning, med to-årige nybegynnerstillinger med ett år i sykehus og ett år i kommune etter søknad. Arbeidsgiver vil da få en tydeligere rolle, og staten slipper å opprette turnusstillinger for EØS-leger.

Distriktskommuner og distriktsmedisinske miljøer er skeptiske til forslaget fordi turnusleger har vært et viktig element i legedekningen i distriktene siden 1955 samtidig som alle nyutdannede leger har fått viktig kvalifisering for selvstendig arbeid. Saken er oversendt til departementet. Hva den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet konkluderer med i dette spørsmålet vil ha stor betydning både for den utøvende helsetjenesten og forvaltningen i tida framover.



Turnusleger fra kommunehelsetjenesten i Hedmark på kurs i legevaktmedisin i Elverum i oktober 2010.

ANSATTE I SOSIAL- OG HELSEAVDELINGEN



Trond Lutnæs
Fylkeslege/avdelingsdirektør
Leder for avdelingen



Ellen Trosvik
Seksjonssjef Sosialeksjonen
Sosiale saker, barnevern og
internforvaltning. Sosiale
tjenester i Nav.



Kristin Høvde
Seniorkonsulent
Merkantile oppgaver,
ekteskapsaker,
fører kort saker



Bente Nygaard Lindstad
Seniorrådgiver
Sosiale tjenester i Nav,
økonomisk rådgivning,
boligsosialt arbeid,
barnefattigdom



Sissel McQuade
Seniorkonsulent
Ekteskapsaker,
familiesaker



Marianne Cae
Seniorrådgiver
Sosiale saker og rus.
Klagesaker og tilsyn



Solveig Hansen
Seniorrådgiver
Sosiale tjenester i Nav,
klagesaker og tilsyn



Nils Christian Faaberg
Seniorrådgiver
Sosiale saker og barnevern,
klagesaker og tilsyn



Jørn Kroken
Rådgiver
Sosialtjenesteloven spesielt
kapittel 4A – tvang og makt
overfor psykisk utviklings-
hemmede



Marit Skjerven Amlie
Seniorrådgiver
Sosiale tjenester i Nav –
Kvalifiseringsprogrammet



Arild Bækkevold
Rådgiver
Opptrappingsplanen
for rusfeltet



Ida Kerschow Harstad
Seniorrådgiver
Barnevern – klager
og tilsyn



Arne Throndsen
Seksjonssjef Helseeksjonen
Helsesaker og
internforvaltning



Sven Anders Haugtomt
Ass. fylkeslege
Klagesaker og tilsyn innen
spesialist- og kommune-
helsetjenesten



Tove Thulien
Førstekonsulent
Fører kort saker, turnus-
tjenesteordning, forskriv-
ningstill. av legemidler



Trude Vestli
Seniorrådgiver
Klagesaker og tilsyn innen
spesialisthelsetjenesten



Elisabeth Viken
Seniorrådgiver
Klagesaker og tilsyn innen
kommunehelsetjenesten



Irene Hanssen
Seniorrådgiver
Pleie og omsorg,
Omsorgsplan 2015,
tilsyn helse



Elisabeth Pettersson
Seniorrådgiver
Psykisk helsearbeid –
Klager og tilsyn innen
spesialisthelsetjenesten



Bjørn Stårvik
Seniorrådgiver
Miljørettet helsevern,
smittevern, helseberedskap,
tilsyn helse, turnustjeneste



Berit Staff Johnsen
Seniorrådgiver
Folkehelse, fører kort saker,
helsestasjons- og skole-
helsetjeneste



Sissel Engebakken
Seniorrådgiver
Klagesaker og tilsyn innen
kommunehelsetjenesten



Jon Iver Fougner
Ass. fylkeslege
Klagesaker og tilsyn innen
spesialisthelsetjenesten,
fører kort saker



Anne Beathe Horten
Rådgiver
Klagesaker og tilsyn innen
spesialisthelsetjenesten

Følgene medarbeidere sluttet i løpet av 2010:

Seniorrådgiver Vidar Flatby, seniorrådgiver Arne Georg Larsen, førstekonsulent Unn Skogly og rådgiver Heidi Syverstad



Vinterlandskap med gravhaug – Lalum i Stange.

Utgiver:

Fylkesmannen i Hedmark,
Sosial- og helseavdelingen/Helsetilsynet i Hedmark
Postboks 4034, 2306 Hamar.
Besøksadresse: Parkgt. 36, Hamar.
Tlf.: 62 55 10 00 Faks: 62 55 13 51
E-post: postmottak@fmhe.no

Redaktør: Trond Lutnæs
Redaksjon: Bjørn Stårvik (leder), Solveig Hansen,
Berit Staff Johnsen, Arne Throndsen og Ellen Trosvik

Foto:

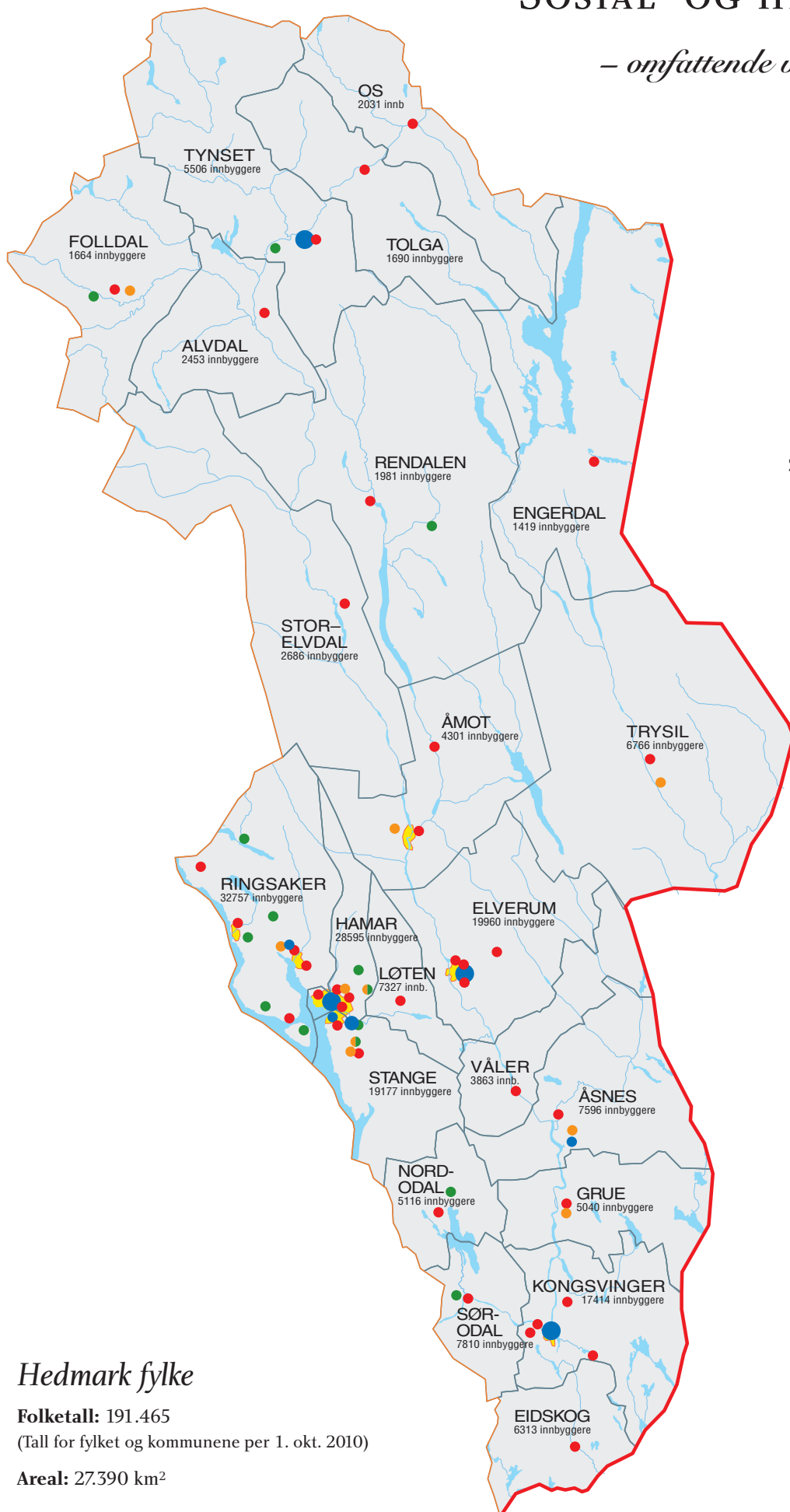
Fylkesmannen i Hedmark

Layout og grafisk produksjon:

idé trykk as
www.idetrykk.no

SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

– omfattende virksomheter i Hedmark



Sykehjem ●



Sykehuset Innlandet HF – enheter ●



Rusinstitusjoner ●



Barneverninstitusjoner ●



Hedmark fylke

Folketall: 191.465

(Tall for fylket og kommunene per 1. okt. 2010)

Areal: 27.390 km²