



# *Sosial- og helsemelding*

## ÅRSRAPPORT 2004



**FYLKESMANNEN I HEDMARK**  
Sosial- og helseavdelingen



**HELSETILSYNET**  
I HEDMARK



# INNHold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Ansatte</b> .....	<b>4</b>
<b>Fylkesmannens Sosial- og helseavdeling</b> .....	<b>5</b>
<b>Rusomsorgen i fylket og rusreformen</b> .....	<b>6</b>
<b>Tilsyn – Systemrevisjoner</b> .....	<b>8</b>
<b>Klage- og tilsynssaker i helsetjenesten</b> .....	<b>12</b>
<b>Klager etter sosialtjenesteloven</b> .....	<b>14</b>
<b>Tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede</b> .....	<b>16</b>
<b>Legetjenesten i kommunene</b> .....	<b>18</b>
<b>Opptappingsplanen for psykisk helse</b> .....	<b>19</b>
<b>Folkehelsearbeid</b> .....	<b>22</b>
<b>Smittevern og helsemessig beredskap</b> .....	<b>27</b>
<b>Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell – «Rekruttering for bedre kvalitet»</b> .....	<b>30</b>
<b>Sosial- og velferdspolitik</b> .....	<b>33</b>

Forsida øverst:

*Rusmiddelavdelingen ved Sykehuset Innlandet HF – Sanderud. Her ligger også Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighet.*

Nederst til venstre:

*Statlige beredskapslagre av helsemateriell som ble etablert i etterkrigstiden er under avvikling. Brukbart utstyr skal sendes til Kongo som nødhjelp. Her viser vaktmester Tor Engen fra Statsbygg store mengder tekstilvaskepulver ved et lager i Elverum.*

Nederst i midten:

*På fylkesmannens konferanse om røykfrie serveringssteder i mai 2004 hadde Solbjørg Ingebretsen fra Hotell- og restaurantarbeiderforbundet og Tore Haug fra Reiselivsbedriftenes Landsforbund innlegg om fagbevegelsens og bransjens syn på lovendringen.*

Nederst til høyre:

*I Alvdal kommune er Synnøve Finden Meierier viktig både som arbeidsplass og i smittevernsammenheng.*

## FORORD

Sosial- og helsetjenesten er av de sentrale velferdsordninger i samfunnet. I kommunene i Hedmark står denne sektoren for omtrent halvparten av de kommunale budsjetter. I tillegg kommer spesialisthelsetjenesten med sykehus og andre institusjoner, de statlige barnevernsinstitusjoner og en rekke private tilbud. Sosial- og helseavdelingen hos Fylkesmannen i Hedmark og Helsetilsynet i Hedmark fører tilsyn med alle helse- og sosialtjenester i fylket og bidrar i tillegg til iversetning av den nasjonale politikken på området. Vi har ikke fullstendig oversikt over alle aspekter ved disse omfattende tjenester, men gjennom våre tilsynsoppgaver, klagesaksbehandling og utstrakt kontakt med tjenestene og brukerne får vi et godt bilde av forholdene. Denne meldingen er et forsøk på å formidle de inntrykkene vi har av tjenesten – forhåpentligvis til nytte for utviklingen av tjenestemiljøet i fylket.



Fylkeslege  
Trond Lutnæs

For første gang utgir vi en felles sosial- og helsemelding for Hedmark. I 2004 ble de tidligere avdelingene hos fylkesmannen (helse og sosial/familie) slått sammen til en avdeling. Tilsynet med barnevernet hører også til i avdelingen, mens barnehage-

feltet er overført til Oppvekst- og utdanningsavdelingen. Når vi fører tilsyn med helse-tjenestene, opptrer vi som Helsetilsynet i Hedmark, men organisatorisk ligger denne funksjonen til fylkesmannen. Vi vil derfor utgi en samlet melding om våre erfaringer fra tilsyn med tjenestene og inntrykk fra den øvrige virksomhet vi driver på sosial- og helseområdet. På noen områder går sosial- og helse-tjenester sterkt over i hverandre. Et eksempel på dette er rusomsorgen, som både omfatter kommunale sosialtjenester og spesialisert tverrfaglig behandling – som etter rusreformen er en del av spesialisthelsetjenesten. Vi har derfor lagt vekt på omtale av dette feltet i meldingen.

Vi har ikke plass til omtale av alle deler av sosial- og helsetjenesten, men har foretatt et utvalg av de mest aktuelle områder. Enkelte deler av tjenesten, blant annet de somatiske sykehus, er sparsomt omtalt. Vi mottar gjerne tilbakemeldinger fra leserne med idéer til hvordan vi kan forbedre meldingen i framtida. Forhåpentligvis vil de siste års omorganiseringer og endringer falle på plass etterhvert slik at det blir bedre anledning til å gi tilbakemeldinger og analyser av tilstanden i sosial- og helsetjenesten i Hedmark.

*Trond Lutnæs*

Hamar, februar 2005

## ANSATTE



### Første rekke fra venstre:

Rådgiver Elisabeth Pettersen: Opptappingsplan for psykisk helse

Rådgiver Elisabeth Viken: Klage- og tilsynssaker sosialtjenesten og barneverntjenesten

Ass. fylkeslege Sven Anders Haugtomt: Klage- og tilsynssaker helsetjenesten og medisinske spørsmål

Fylkeslege Trond Lutnæs: Ledelse og medisinske spørsmål

Seniorrådgiver Øystein Ruud: Klage- og tilsynssaker helsetjenesten og juridiske saker

Rådgiver Åse Jofrid Sørby: Folkehelsearbeid

Seniorrådgiver Arne Georg Larsen: Pådriving og rådgivning sosialområdet

### Andre rekke fra venstre:

Rådgiver Bjørn Stårvik: Miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap og tilsyn helsetjenesten

Seksjonssjef Ellen Trosvik: Forvaltningssaker, juridiske saker, tilsyns og klagesaker sosialtjenesten

Seksjonssjef Inger Marie Tofthagen: Klage- og tilsynssaker sosialtjenesten og helsetjenesten og juridiske saker

Seksjonssjef Irene Hanssen: Pådriving og rådgivning, Rekrutteringsplan og klage- og tilsynssaker helsetjenesten

Lærling Jørn Vegard Jensbakk: Ekspedisjon

Konsulent Tove Thulien: Førerkortsaker, turnuskandidatsaker og forskrivningstillatelser

Førstekonsulent Unn Skogly: Ekspedisjon og ekteskapsaker

Førstekonsulent Sissel McQuade: Ekteskapsaker og mekling

Rådgiver Marit Amlien: Pådriving og rådgivning, rusområdet, klage og tilsyn sosialtjenesten

Rådgiver Lars-Erik Kvaale: Klage- og tilsynssaker sosialtjenesten

Rådgiver Vidar Flatby: Klage- og tilsynssaker barneverntjenesten og sosialtjenesten

### Fra venstre i lite bilde

Konsulent Kristin Høvde Antonsen: Ekspedisjon og ekteskapsaker

Rådgiver Nils Christian Faaberg: Klage- og tilsynssaker barneverntjenesten og sosialtjenesten

Ass. fylkeslege Helle Jørstad: Klage og tilsyn helsetjenesten, medisinske spørsmål

Rådgiver Marianne Cae: Klage- og tilsynssaker sosialtjenesten

### Portrett:

Rådgiver Hilde Mailand: Kvalitetsrådgivning, klage- og tilsynssaker helsetjenesten

## FYLKESMANNENS SOSIAL- OG HELSEAVDELING

### Organisering

Fra 1. februar 2004 ble Helseavdelingen og Sosial- og familieavdelingen slått sammen til en avdeling, kalt Sosial- og helseavdelingen. Samtidig ble fylkesmannens oppgaver på barnehageområdet overført til Oppvekst- og utdanningsavdelingen. Helsetilsynet i Hedmark sorterer fortsatt faglig direkte inn under Statens helsetilsyn med fylkeslegen som leder.

Avdelingen ledes av fylkeslegen og er delt inn i gruppen Forvaltning, Rådgivning/pådriving og Tilsyn – klage. Faggruppene ledes av seksjonssjefer.

Avdelingen, som for tida har 22 ansatte, har bred faglig kompetanse. Avdelingen er bemannet med 3 leger, 5 jurister, 1 psykolog, 4 sosionomer, 3 sykepleiere, 1 barnevernpedagog og 1 høgskolekandidat i natur- og miljøfag. Videre er det 4 ansatte med kontorfaglig bakgrunn samt en lærling i kontorfag. Bemanningen vil i 2005 bli styrket med ytterligere en sykepleier.

Samordningen har vært ressurskrevende og har til en viss grad påvirket omfanget av den utadrettede virksomheten i 2004.

### Forvaltningsgruppen

Gruppen har ansvaret for den interne forvaltningen og servicefunksjonen i avdelingen og løpende saksbehandling på følgende områder:

- separasjon og skilsmisser
- oppfølging av meklere etter ekteskapsloven og barneloven
- fritak for forvaltningsmessig taushetsplikt for helsepersonell og personer tilsatt i sosialtjenesten, barneverntjenesten, barnehager og skoler
- tillatelse til å rekvirere sentralstimulerende legemidler til barn og voksne med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og narkolepsi
- søknader om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav og tilråing ved inndragning av førerkort
- spørsmål om vilkårene for særfradrag i skatt for utgifter til behandling utenfor det offentlige helsevesen er oppfylt
- administrasjon av turnustjenesten for leger, fysioterapeutkandidater og jordmødre.

Noen nøkkeltall for behandlede saker i 2004:

Separasjoner:	484
Skilsmisser:	418
Nye saker knyttet til førerkortforskriften:	517
Fritak for taushetsplikt:	13
Nye tilfeller hvor det er gitt forskrivningstillatelse for sentralstimulerende midler:	127

### Klage- og tilsynsgruppen

Klage- og tilsynsgruppen har ansvaret for tilsyn med de kommunale helse- og sosialtjenester, pleie- og omsorgstjenester og barneverntjenester. Videre føres det tilsyn med rusinstitusjoner, spesialisthelsetjenesten, helsepersonell, familievernkontor og barneverninstitusjoner.

Gruppen behandler klager som gjelder brudd på helselovgivningen, klager etter barnevernloven, sosial- og helselovgivningen og saker etter vergemålsloven.

Klage- og tilsynsgruppen gjennomførte 30 systemrevisjoner i 2004. På barnevernsområdet ble det i tillegg til systemrevisjonene gjennomført 33 inspeksjonstilsyn i institusjonene. Det ble behandlet 83 tilsyns/rettighetsklager etter helselovgivningen, 15 klager på vedtak om tvangsmedisinering, 229 klager etter sosialtjenesteloven og det ble stadfestet 29 kommunale vedtak om bruk av tvang og makt etter sosialtjenestelovens kap. 4A.

Fylkesmannen stadfestet 86 % av kommunenes vedtak om økonomisk sosialhjelp og 45 % av klagesakene som gjaldt sosiale tjenester, i de vesentlige saker om hjemmehjelp og støttekontakt. I de øvrige sakene fattet fylkesmannen nytt vedtak eller opphevet kommunens vedtak og sendte saken i retur til ny behandling.

Fra 1. april 2004 er fylkesmannens myndighet etter lov om barn og foreldre i det vesentlige overført til domstolene. Fylkesmannens myndighet er nå begrenset til stadfestelse av avtaler som foreldrene har inngått og reiseutgifter ved samvær.

### Rådgivnings og pådrivningsgruppen

Gruppen har ansvaret for rådgivning innenfor helse- og sosialområdet og har ansvaret for initiering, samordning og gjennomføring av sentrale politiske satsingsområder.

Satsingsområder i 2004 har vært lokalt folkehelsearbeid, opptrappingsplan for psykisk helse, habilitering og rehabilitering, rusreformen, sosial- og helsemessig beredskap, kvalitetsforbedring, kompetanseutvikling i sosialtjenesten, handlingsplan for eldreomsorgen, tiltaksplan mot fattigdom og gjeldsrådgivning.

Rådgivningsgruppen har i 2004 gjennomført en rekke tiltak på de sentrale satsingsområdene. Vi viser til nærmere beskrivelse av tiltakene i egne artikler i denne meldingen.



Avdelingsdirektør Arne Georg Larsen (øverst) ledet Sosial- og familieavdelingen og konst. fylkeslege Sven Anders Haugtomt ledet Helseavdelingen da de ble slått sammen til en Sosial- og helseavdeling fra 1. 2. 2004.



## RUSOMSORGEN I FYLKET OG RUSREFORMEN

### Rusreformen

ble innført 1. januar 2004. Ansvaret for behandling av rusmiddelmisbrukere ble da overført fra fylkeskommunen til de statlige regionale helseforetakene. Helse Øst har ansvaret for å utvikle og sørge for behandlingstilbudene til rusmiddelavhengige som trenger tverrfaglige spesialiserte tjenester i regionen. Rusreformen har ikke endret sosialtjenestens ansvar for hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere. Sosialtjenesten skal tilby og iverksette tiltak utenfor institusjon, og henvise rusmiddelmisbrukeren til helsetjenesten ved behov.

Reformen har hatt som formål å

- Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere
- Styrke helsetjenesten for rusmiddelmisbrukere
- Bedre utnytting av ressursene
- Styrke brukerens rettigheter
- Tydeliggjøring av ansvar mellom forvaltningsnivåene
- Videreutvikle tjenestene.

Rusmiddelavhengige har nå vanlige pasientrettigheter etter pasientrettighetsloven og har ved dette rett å klage til Helsetilsynet herunder rett til klage dersom de ikke vises til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

### Rusomsorgen i Hedmark fylke

#### INSTITUSJONSTILBUD

Helse Øst har følgende institusjoner for rusmiddelavhengige i vårt fylke: Stiftelsen Fredheim, Stiftelsen Renåvangen, Rusmiddelavdelingen ved Sanderud sykehus, Stiftelsen Fossum-kollektivet, Veslelien og Tyrilistiftelsen. Disse gir tverrfaglig, spesialisert behandling til ulike grupper rusavhengige. Dagtilbud gis ved de distriktspsykiatriske sentra på Tynset og Kongsvinger samt ved poliklinikken ved Sanderud sykehus.

Det finnes også private omsorgsinstitusjoner og lignende tiltak for rusavhengige: Biri Opptreningscenter, Evangeliesenteret, P-22 Rehab Skogtun, Strømseng Vestre og Vangseter. Enkelt personer, bedrifter og kommuner kan kjøpe plasser i private tiltak.

#### Legemiddelassistert rehabilitering – LAR

LAR er et behandlings- og skadereduserende tiltak som er spesielt rettet mot rusmiddelmisbrukere med langvarig og omfattende bruk av narkotiske stoffer. Målet med LAR er å rehabilitere rusmiddelmisbrukeren eller forhindre en forverring av rusmiddelproblemer. LAR er, sammen med lavterskel helsetiltak, et sentralt element i en samlet innsats for å redusere overdosedødsfall og gi rusmiddelmisbrukere et bedre helsetilbud og bedret livskvalitet. Ved årsskiftet hadde Hedmark 110 pasienter i LAR-tiltak.

### RUS OG TVANG

Sosialtjenesteloven åpner for bruk av tvangsinnleggelse av personer som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk når andre mindre inngripende hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig.

Fylkesnemnda for sosiale saker behandlet i 2004 bare én tvangssak fra Hedmark etter sosialtjenestelovens § 6-2. Bruk av tvang er blitt forholdsvis lite benyttet også ellers i landet.

### KOMMUNENE

Det er den kommunale sosialtjenesten som har ansvaret for å bistå med å etablere et behandlingssopplegg. Dersom behandlingssopplegget er institusjonsopphold, skal kommunen følge opp før, under og etter institusjonsbehandling. Erfaringer fra tilsyn viser at rutinen i kommunene her kan være noe mangelfulle.

En nasjonal undersøkelse ved SINTEF høsten 2004 viser at sosialtjenestens rusmiddelomsorg i hovedsak er bemannet med personale som har høyere relevant utdanning og tilleggstudning. I Hedmark har de større kommunene egne ruskonsulenter med relevant kompetanse.

Sosialtjenesten skal primært tilby hjelp i nærmiljøet. Dette forutsetter bl.a. at kommunene har egnede boliger. Hamar kommune vil i løpet av våren og i samarbeid med Kirkens Sosialtjeneste åpne et nytt boligtiltak der målgruppen vil være personer i alderen 18 – 45 år. Tilbudet vil være aktuelt for personer som enten er under behandling for sitt rusproblem, som har gjennomgått slik behandling eller har lagt sitt rusproblem bak seg. Boligtiltaket har et langsiktig perspektiv. Det skal arbeides aktivt for at alle som får et botilbud skal ha tilbud om sysselsetting, arbeid eller skole. Beboeren skal ha individuell plan.



I Folkestadgate 23 på Hamar etablerer kommunen i samarbeid med Kirkens Sosialtjeneste et botilbud for rusmisbrukere i alderen 18 til 45 år.

## ØSTNORSK KOMPETANSESENTER – RUS OG AVHENGIGHET

Senteret ligger på Sanderud sykehus og er en del av et nasjonalt, faglig tilbud innen russektoren. Kompetansesenteret driver forskning innen rusmiddelproblematikk, psykiske lidelser og spilleavhengighet. Senteret skal stimulere til kompetanseutvikling og yte bistand i rus- og avhengighetsspørsmål overfor kommuner og spesialisthelsetjenesten. Senteret er en viktig samarbeidspartner i forbindelse med kompetanse- og opplæringstiltak for de som arbeider med tunge rusmiddelmissbrukere i kommunene, herunder legemiddelassistert rehabilitering.

## TILTAK FOR KVALITET OG KOMPETANSEUTVIKLING

I forbindelse med Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2002 – 2005 ble fylkesmannen tildelt ansvaret for å tilrettelegge og koordinere opplæringstiltak rettet mot den kommunale helse- og sosialtjenestens arbeid overfor langtids rusmiddelmissbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

## KOMMUNALE OG INTERKOMMUNALE RUSFORA

Det ble i løpet av 2003 – 2004 etablert 7 kommunale/interkommunale rusfora for ansatte i helse- og sosialtjenesten i Hedmark, ett i nordfylket, ett i Glåmdals-distriktet, ett i Solør, ett for kommunene Elverum, Løten og Trysil og i Hamar, Ringsaker, Stange.

De fleste fora har avtale om 2 – 3 møter pr. år. Tilbakemeldinger fra feltet har vist at det er

stadig behov for kunnskap. I de små kommunene er det behov for samarbeid på tvers av kommunegrensene. Fylkesmannen har samarbeidet nært med Østnorsk Kompetansesenter ved sin bistand til kommunene ved opprettelsen av slike fora.

Aktuelle tema på samlinger i de enkelte fora har vært rusreform I og II, etikk og rus og psykiske lidelser og samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten.

Foraene har i 2004 vært invitert til felleskonferanser om tvang overfor rusmiddelmissbrukere, sykehusreformen og rusfeltet, medikamentavhengighet og utfordringer og muligheter ved samarbeid.

Ringsaker kommune har dette året hatt et kompetanseutviklingsprogram i samarbeid med Østnorsk Kompetansesenter. Det er gjennomført 8 fagdager med 54 deltagere fra ulike etater i kommunen.

## RUSFORUM INNLANDET

som ble startet ved møte i Hamar i september 2004, er en samorganisering av Rusforum Oppland og Rusforum Hedmark. Her møtes fagfolk fra kommunene og spesialisttjenesten sammen med fylkesmenn, kompetansesenter, institusjoner og brukere. Rusforum skal særlig viderefordre informasjon fra departement og direktorat til praksisfeltet, samt bringe dilemmaer, utfordringer og spørsmål fra praksisfeltet til styrende myndigheter innen helse og sosialområdet.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter for RIO (rusmisbrukernes interesseorganisasjon) Innlandet, kommunene i Oppland og Hedmark, DPS-ene i Innlandet, avdeling for rusrelatert psykiatri, for de private institusjoner i innlandet, fylkesmennene i Oppland og Hedmark og Østnorsk kompetansesenter. Rusforums arbeidsgruppe vil ha ansvaret for å tilrettelegge informasjon mellom de ulike aktører både sentralt og lokalt.

*Tre representanter for arbeidsgruppen under Rusforum Innlandet. Fra venstre Torild Kielland fra Ringsaker, Helge Bjørnsen fra Sykehuset Innlandet HF - Sanderud og Atle Hoelstad fra Østnorsk kompetansesenter (bak).*



## TILSYN – SYSTEMREVISJONER

Sosial- og helseavdelingen og Helsetilsynet gjennomfører hvert år tilsyn og systemrevisjoner innen barnevern, sosialtjenester, rusomsorg og helsetjenesten. Vårt tilsynsansvar gjelder overfor kommunene innen de ulike fagområdene, men også overfor institusjoner innenfor barnevern og rusomsorg og ikke minst overfor spesialisthelsetjenesten. Tilsynsrapportene for helse- og sosialtjenestene er tilgjengelig på internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

I 2004 har vi gjennomført følgende tilsyn:

*Systemrevisjoner:*

spesialisthelsetjenesten	2
kommunehelsetjenesten	7
sosialtjenesten	3
barneverntjenesten	4
barneverninstitusjoner	11

*Institusjonstilsyn:*

sosialtjenesten	0
barnevern	31

### Helsetjenester

Det framgår av oversikten at vi i 2004 gjennomførte relativt få systemrevisjoner innenfor helsetjenesten sammenliknet med tidligere år (9 mot 16 i 2003). Av disse revisjonene er fire gjennomført som landsomfattende tilsyn, dvs. tilsynene er gjennomført ved alle helsetilsynene i landet. Områdene for de landsomfattende tilsynene var i 2004 fødeomsorgen i spesialisthelsetjenesten og helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente – innenfor kommunehelsetjenesten.

Hva vi fant ved tilsynene:

#### SPESIALISTHELSETJENESTEN

Tilsynene ble her utført med et felles team innenfor helseregion Øst. Innenfor sykehuset Innlandet ble det utført tilsyn med fødeomsorgen ved Tynset, Elverum og Gjøvik.

Tilsynet har vist at det er store ulikheter mellom fødeinstitusjonene i regionen i forhold til de myndighetskrav det ble revidert mot. Ved en avdeling ble det ikke påvist avvik i det hele tatt, mens det ved flere andre avdelinger ble påvist store og omfattende avvik. Selv om den faglige standarden jevnt over må sies å være tilfredsstillende, er tilsynsmyndigheten av den oppfatning at det ved flere avdelinger må arbeides med å forbedre systemene innenfor styring og ledelse av det faglige innholdet i virksomheten. Dette gjelder ansvarsforhold, dokumentstyring, internkontroll og bruk av resultatdata i forbedringsarbeidet. Ved flere avdelinger ble det påvist behov for bedre samhandling og kommunikasjon mellom jordmødre og leger. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved at det flere steder manglet faste, forpliktende fora for samarbeid og faglig utvikling for jordmødre og leger.

Ved Sykehuset Innlandet HF ble det ført tilsyn ved avdelingene på Gjøvik, Tynset og Elverum. Ved avdelingene på Gjøvik og Tynset ble det påvist avvik av mindre alvorlig karakter og som var relativt enkle å lukke. Ved disse avdelinger har Helsetilsynet i Hedmark gitt tilbakemelding om at de påviste avvik er ansett som lukket.

*Sykehuset Innlandet HF – Elverum hvor det ble ført tilsyn med fødeomsorgen i 2004.*





Helsepersonell fra Stor-Elvdal kommune som ble intervjuet ved det landsomfattende tilsynet med helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente. Fra venstre flyktninghelsesøster Hanne Holmvik, kommunelege Tone Hagen og ledende helsesøster Berit Bolstad Brænd.

Ved avdelingen på Elverum ble det – som omtalt ovenfor og som gjaldt flere avdelinger – bl.a. påvist avvik når det gjaldt den faglige styring og ledelse av virksomheten. Ved disse virksomheter er det ved to avdelinger foretatt oppfølgende tilsyn for å finne ut om avvikene er lukket. Slikt tilsyn vil også finne sted ved avdelingen på Elverum i mars 2005.

## KOMMUNEHELSETJENESTEN

De landsomfattende tilsynene innenfor helsetjenester til flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente avdekket at informasjonen om tuberkulosestatus for flyktninger og asylsøkere ikke rutinemessig ble kommunisert til ny kommune ved bosetting og flytting. Det var uklarerheter omkring hvem som var mottaker av meldingen i tilflyttingskommunen, og om den alltid kom fram til de som hadde behov for informasjonen. Det var likevel vår oppfatning at de som skulle følges opp med behandling, ble fulgt opp. Det kom også fram at selv om kommunene har smittevernplaner, er det en vei å gå før disse planene blir et godt arbeidsredskap for de som arbeider spesielt med denne brukergruppen. Vi så også at organiseringen av

de ulike tjenestene i kommunene gjør at det er en utfordring å ivareta det samlede behovet for helsetjenester som den enkelte flyktning, asylsøker eller familiegjennforente har.

Også i 2004 gjennomførte vi tilsyn med helsetjenester til eldre. Dette ble gjennomført i tre kommuner hvorav det ene også omfattet sosialtjenester for denne gruppen. Generelt må det sies at innenfor tjenester til denne pasientgruppen står det fortsatt mye igjen før tjenesten er god nok.

Vi så bl.a. på internkontroll, saksbehandling ved tildeling av tjenester, journaldokumentasjon, medisinske tjenester, ivaretagelse av grunnleggende behov og samarbeid mellom legetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Dette er områder vi også har sett på tidligere og omtalt bredt i Helsemeldingen i 2003. Vi vil fortsatt si at her har kommunene et stor forbedringspotensiale. Dette er helsetjenester som gjelder for en stor gruppe pasienter. Det er stor fare for at den enkelte pasient ikke får det en har rett på.

Tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer ble gjennomført i en kommune. Et av hovedtemaene ved dette tilsynet var samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer både innad i kommunen og med andre instanser, og om de fikk utarbeidet en individuell plan. Forholdene ved helsetjenesten for denne gruppen var ikke helt tilfredstillende. Det er et stykke igjen før alle får en god nok helsetjeneste og særlig står det igjen å se barnet/ungdommen og lage tilbudene rundt den enkelte. Det er grunn til å tro at det som ble avdekket i den kommunen vi var på tilsyn, også gjelder mange andre kommuner.

Vi var også i en kommune og så på det miljørettede helsevernet og smittevernet. Resultatet av dette tilsynet viste at internkontrollen ikke var tilstrekkelig utviklet samt at det manglet godkjenning av en videregående skole og at kommunen ikke fulgte opp sin tilsynsplikt i henhold til kravene innen miljørettet helsevern. Dette er forhold vi også tidligere har påpekt ved lignende revisjoner i andre kommuner tidligere.

## Sosialtjenesten

I 2004 gjennomførte vi tilsyn i tre kommuner som ledd i landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Det var første gangen

det ble gjennomført slike landsomfattende tilsyn sosialtjenesten. Tilsynet ble gjennomført i Tynset, Kongsvinger og Rendalen. Statens helse-tilsyn vil utarbeide en samlerapport for hele landet. Denne finnes på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Temaene for tilsynene var bl.a. tilgjengeligheten og saksbehandlingen rundt støttetiltak og oppfølging av rusmiddelmissbrukere som var under behandling. Når det gjaldt tilgjengeligheten til støttetiltakene var dette noe ulikt i de forskjellige kommunene. Det kan fra vårt ståsted se ut som om en fordeling av oppgaver og myndighet på mange etater/grupper i kommunene gjør at det er vanskelig å ha oversikt over hvorvidt den enkelte rusmiddelmissbruker får de tjenestene og tilbudene vedkommende har krav på etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Den organiseringen som mange kommuner nå har er en utfordring for brukerne av ulike tjenester.

Oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere som var under behandling så stort sett ut til å fungere, men dette var nok i noen tilfelle takket være rusinstitusjonene og enkeltsaksbehandlere i kommunene. Kommunene hadde ikke i alle tilfelle oversikt over hvilke rusmiddelmissbrukere som til enhver til var under behandling.

Det ble i 2004 ikke gjennomført tilsyn ved rusinstitusjonene i Hedmark.

## Barnevern

### TILSYN MED KOMMUNENE

Barne- og familiedepartementet besluttet våren 2004 å gjennomføre landsomfattende tilsyn i barneverntjenesten ved systemrevisjon i tre kommuner i hvert fylke. Tema for tilsynet var ulike sider ved kommunens oppgaver ved plassering av barn i institusjon og fosterhjem.

Fylkesmannen valgte å undersøke barneverntjenesten i Sør-Odal, Løten og Hamar. Det ble avdekket avvik i alle kommunene. De retter seg i det vesentlige mot mangler ved innhold og formkrav til tiltaks- og omsorgsplaner for barn i institusjoner og fosterhjem, at det ikke er oppnevnt tilsynsførere i alle fosterhjem og at tilsynsførerne ikke har gjennomført det forskriftsmessige antall tilsynsbesøk i alle tilfelle. Videre er det avdekket at flere kommuner ikke har fulgt opp fosterhjem og fosterbarn med det forskriftsmessige antall besøk.

Det landsomfattende tilsynet vil bli videreført i 2005.

Det ble dessuten gjennomført systemrevisjon ved barneverntjenesten i Kongsvinger kommune våren 2004. Det ble her avdekket en rutine som kan være i strid med taushetspliktsbestemmelsene, at vedtakskompetansen i



Klokkergårdenkollektivet i Åsnes er en viktig base for ungdom med rus- og adferdsproblemer. Stiftelsen disponerer til sammen 25 plasser her og på tre andre enheter i kommunen.

akuttsaker ikke var i samsvar med lovverket og at det ikke ble oppnevnt tilsynsfører i alle fosterhjem i kommunen.

## TILSYN MED BARNEVERNINSTITUSJONER

### Systemrevisjon:

Det ble gjennomført systemrevisjon i alle institusjonene i løpet av senhøsten 2004. Tilsynet omhandlet følgende emner:

- institusjonens internkontrollsystem
- beboernes rettigheter
- bruk av tvang
- behandling og oppbevaring av personopplysninger/taushetsplikt
- politiattester for ansatte.

Det ble avdekket avvik ved samtlige institusjoner.

Kravet om at alle institusjoner skal føre internkontroll kom ved forskrift av 27. oktober 2003, (kvalitetsforskriften). Vi har derfor ikke stilt strenge krav til institusjonsplanene dette året. Alle institusjonene hadde imidlertid utarbeidet en skriftlig plan for sin virksomhet, men enkelte planer har behov for videreutvikling. En institusjon hadde plan som ikke tilfredstilte kvalitetsforskriften.

Forskrift om rettigheter og bruk av tvang i barneverninstitusjoner åpner for ulike former for tvangsinngrep, beslag av farlige gjenstander og rusmidler, begrensninger i bevegelsesfriheten og kontrolltiltak. Det er et krav om at gjennomføring av slike tiltak skal skje ved individuelt begrunnede vedtak som skal protokolleres. Det ble avdekket at flere institusjoner ikke har tilfredstillende rutiner og praksis på dette området.

Revisjonene avdekket at det er relativ stor usikkerhet i de private tiltak om oppbevaring av dokumenter etter at beboeren er utskrevet. Flere av tiltakene oppbevarer dokumenter i for lang tid i forhold til Datatilsynets retningslinjer.

De fleste tiltakene oppbevarer verdigjenstander mv. for beboerne på en trygg måte, men dokumentasjonen over hva som faktisk er oppbevart til enhver tid, er mangelfull i mange tiltak.

Bare 3 av 11 institusjoner kunne legge fram politiattest for alle medarbeiderne i henhold til forskrift om politiattest.

### Inspeksjonstilsyn:

Det er i alt 14 godkjente barneverninstitusjoner i Hedmark med til sammen 85 plasser. Det er i det vesentlige barn mellom 12 og 18 år som anbringes i institusjon. Ved årsskiftet var ca 15 av disse fra Hedmark. Fylkesmannen skal besøke alle institusjonene to ganger i året, eller fire ganger dersom institusjonen tar i mot barn og unge med rus- eller andre atferdsproblemer.

Ved inspeksjonstilsynene er det lagt særlig vekt på å kontrollere at barn og ungdom ikke holdes tilbake uten lovlig vedtak eller samtykke. Videre kontrollerer vi at det foreligger tiltaks- og handlingsplaner for oppholdet som gir oppholdet mål og mening, og det blir påsett at det ikke anvendes ulovlig tvang eller kontroll o.l. overfor beboeren. Beboerne har krav på å få snakke med tilsynet alene.

Vårt inntrykk er at barneverninstitusjonene i vårt fylke gjennomgående gir et godt tilbud, både faglig og materielt. Beboerne gir i stor grad uttrykk for at de er tilfreds med tilbudet, og det er få klager. Institusjonene synes å følge opp med ansvarsgrupper hvor også beboeren selv vanligvis deltar sammen med foreldre og samarbeidsinstanser. Kommunenes tiltaksplaner kan i en del tilfelle være noe tynne, slik at institusjonens handlingsplaner i noen grad må kompensere for dette.

Noen av tiltakene anvender såkalte «skjermingsturer» som en del av sin metode. Etter anmodning fra tilsynsmyndigheten skrives det egne rapporter fra disse turene, som blir sendt tilsynet. Rapportene har gitt nyttig informasjon, og vi tror de har bidratt til mer bevisst holdning til bruk og innhold av turene. Vi har innskjerpet at skjermingsturer må baseres på frivillighet, men fortsatt kan det forekomme indirekte eller direkte tvang i tilknytning til disse turene. Vårt inntrykk er at beboerne opplever skjermingsturene som noe negativt og skaper en del usikkerhet. Blant annet blir det i mange tilfelle ikke opplyst hvor turen skal gå, om varighet eller innhold. Turene kan vare i opp til to til tre uker, men det normale synes å være tre til seks dager.

## KLAGE- OG TILSYNSSAKER I HELSETJENESTEN

### Innledning

I denne artikkelen omtales det som kalles hendelsesbasert tilsyn (dvs tilsyn som skyldes hendelser som har funnet sted i helsetjenesten og som vi får kjennskap til på forskjellige måter – de fleste i form av klager fra pasient eller pårørende). Videre redegjøres det for klagesaker etter helsetjenestelovgivningen (rettighetsklager) samt for de klagesakene som gjelder behandling uten eget samtykke for pasienter som er under tvungent psykisk helsevern (tvangsmedisinering). Til sammen behandlet vi i 2004 114 saker innenfor disse kategoriene.

### Hendelsesbasert tilsyn

De fleste sakene i denne kategorien blir tatt opp av pasientene selv eller deres pårørende. Det er imidlertid grunn til å understreke at vi kan få kjennskap til sakene på mange andre måter, og det er ikke noe vilkår for å reise tilsynssak at det foreligger klage i saken. Kilder til informasjon som kan føre til at det reises tilsynssak, kan være opplysninger i media eller informasjon fra politiet, pasientombudet, arbeidsgiver eller andre tilsynsetater. Da det er tilsynsaspektet og ikke den enkeltes klagerettigheter som skal være i forgrunnen ved ivaretagelsen av denne oppgaven, vil det være relativt underordnet hvor de aktuelle opplysning-

ene om hendelser i helsetjenesten og hos helsepersonell stammer fra. De sentrale formålene ved dette tilsynet er:

- sikkerhet i helsetjenesten og sikkerhet for pasientene
- trygghet og tillit
- kvalitetsutvikling i helsetjenesten
- pasientrettigheter.

Ved behandlingen av disse sakene skal man ha både virksomheten og helsepersonellens handlemåte for øye. Tradisjonelt har hovedfokus vært rettet mot personellens utførelse av deres oppgaver, men i den senere tiden har man i stadig større grad også fokusert på de rammene som personellet arbeider innenfor. Denne utviklingstendensen har ført til at virksomhetene blir stadig mer gjenstand for tilsynsmyndighetenes interesse, noe som er i samsvar med den tankegangen som er rådende innenfor nyere kvalitetsstrategi i helsevesenet.

Klage- og tilsynssakene inneholder et bredt spekter av klagegrunner. De klagegrunner som oftest forekommer er dårlig behandling og feil eller for sen diagnose. Andre klagegrunner er helsepersonellens atferd (herunder seksuelle forhold, rus mv), brudd på taushetsplikt, manglende eller for dårlig informasjon/kommunikasjon, uhøflig opptreden mv.

Helsetilsynet i Hedmark behandlet i 2004 83 saker under denne kategorien. Saksbehandlingstiden har for noen saker vært for lang grunnet arbeidspress for øvrig og mangel på personell. Vi har derfor hatt for mange restanser av disse sakene. På nyåret 2005 fikk vi hjelp fra Helsetilsynet som overtok ca. halvparten av disse sakene til behandling – dvs. ca 40 saker. Dette reduserte våre restanser til ca 45 saker.

Vi har et lite antall saker som utløser alvorlige reaksjoner overfor helsepersonellet.

Det er påpekt pliktbrudd og/eller gitt råd og veiledning i ca 2/3 av sakene. I ca 1/3 av sakene har vi ikke hatt noe å bemerke til den behandlingen som er gitt. Seks saker er oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering. I ett tilfelle har helsepersonell mistet sin autorisasjon og det ble gitt en advarsel.

Denne typen tilsyn gir informasjon om hvordan helsepersonellet og helsetjenesten fungerer i enkeltsaker. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at sakene også kan gi informasjon av mer generell karakter som det



Ved behandlingen av klagesaker hos Helsetilsynet i fylkene er det ofte helt nødvendig med en tverrfaglig tilnærming. Her Øystein Ruud (jurist) og Helle Jørstad (lege) hos Helsetilsynet i Hedmark.

kan være viktig for tilsynsmyndighetene å se nærmere på. I en del tilfeller gir således denne informasjonen grunnlag for oppfølging fra tilsynsmyndighetene i andre sammenhenger.

### **Klager etter helsetjenestelovgivningen – Rettighetsklager**

I den senere tiden er det etablert flere nye rettigheter for pasienter, jf bestemmelsene i pasientrettighetsloven. Det gjelder blant annet rett til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, rett til valg av sykehus og rett til individuell plan mv. Disse rettigheter supplerer de rettighetsbestemmelser vi tidligere har hatt, blant annet kommunehelsetjenestelovens bestemmelser om rett til helsehjelp. Særlig har bestemmelsene her vært aktuelle for spørsmål om sykehjemsplass og hjemmesykepleie.

I 2004 behandlet vi 16 slike saker. Dette må sies å være et relativt lite antall i forhold til det høye antall saker som behandles av den utøvende helsetjeneste på dette område. Årsaken er sannsynligvis bl.a. at regelverket på dette området ikke er så godt kjent blant pasientene som ønskelig.

I disse sakene fikk pasientene helt eller delvis medhold i 10 saker. Det må i klagesaksammenheng kunne sies å være en høy andel. Flere av sakene har dreid seg om klage over avslag på sykehjemsplass – en tjeneste som er av stor betydning for livssituasjonen og livskvaliteten for den enkelte som blir berørt av slike vedtak. Det blir derfor viktig for den som søker hva slags resultat som kommer ut av klageinstansens behandling. Generelt er det vårt inntrykk at helsetilstanden hos den som søker må være svært dårlig om man skal få plass på sykehjem.

### **Undersøkelse og behandling uten eget samtykke for pasienter som er under tvungent psykisk helsevern – tvangsmedisinering**

Det foreligger en egen forskrift om denne typen behandling. Den mest aktuelle behandlingsformen er medisinerer, og det er gitt detaljerte regler for hvordan tjenesten skal foregå. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan klage til fylkesmannen på vedtak etter denne forskriften.

Fylkesmannen behandler gjennomsnittlig 10–15 slike saker årlig. Praksis her er at det gjennomføres samtaler med pasienten på sykehuset hvor det innhentes nødvendig dokumentasjon og opplysninger fra relevant behandelende personell.

I 2004 behandlet vi 15 klager etter dette regelverk. I ett av tilfellene ble det gitt delvis medhold ved klagebehandlingen.

## KLAGER ETTER SOSIALTJENESTELOVEN

I henhold til sosialtjenesteloven § 1-1 er formålet med sosialtjenesteloven å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre er det å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Bestemmelsen skal fungere retningsgivende og veiledende for sosialtjenestens virksomhet og sosialtjenesten må tenke forebygging ved vurdering av hjelpebehovene og ved tildeling av tjenester.

Fylkesmannen i Hedmark har i 2004 behandlet 229 klagesaker etter sosialtjenesteloven, i hovedsak klager etter lovens kap. 5 – økonomisk stønad. Det totale antall saker har holdt seg noenlunde stabilt gjennom de siste fem årene, men klager etter sosialtjenesteloven kap. 4 – pleie- og omsorgstjenester – har hatt en økning de siste to årene. Andre saker etter sosialtjenesteloven dreier seg i hovedsak om klager over beregning av vederlagskrav for opphold i institusjon.

### Kapittel 4 – pleie- og omsorgstjenester

Kapitlet inneholder dels en lovfesting av hvilke sosiale tjenester kommunen skal ha (§§ 4-1, 4-2), dels bestemmelser om når en person har krav på sosiale tjenester (§§ 4-1, 4-3 og 4-5). Videre har kapitlet en bestemmelse om at private omsorgsyttere har krav på at sosialtjenesten fatter vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, eventuelt med hvilke tiltak (§ 4-4).

Fylkesmannen behandlet 60 klager på vedtak om pleie- og omsorgstjenester i 2004. Nesten halvparten av disse sakene var klage over avslag eller reduksjon av antall timer med støttekontakt. Den andre halvparten var klager over avslag eller reduksjon av antall timer med hjemmehjelp eller omsorgslønn.

Av de 60 sakene ble 55 % (33 saker) omgjort eller sendt tilbake til kommunen for ny behandling. Hovedårsaken til at så mange saker ble sendt tilbake til kommunene for ny behandling var at saksfremstillingen ikke tilfredstilte de krav til opplysninger og dokumentasjon som var nødvendig for at fylkesmannen kunne fatte vedtak i saken. Det store omfanget av tilbakesendte klagesaker medførte at fylkesmannen sendte ut et brev til alle fyl-

kets kommuner med en presisering av hvilke krav som stilles til kommunenes oversendelse av saksfremlegg i fremtidige saker. Brevet ble sendt med den målsetting å redusere antall saker som sendes tilbake med pålegg om å foreta nærmere undersøkelser, og for å sikre klagerne en raskere klagesaksbehandling. Brevet vil videre bli fulgt opp med kurs for saksbehandlere innen pleie- og omsorgstjenesten.

Omgjøringene er vedtatt som følge av åpenbart urimelig skjønn i kommunene. Flere av sakene bar preg av kommunens beslutninger om en reduksjon i tjenestenivået som følge av en anstrengt kommuneøkonomi i stedet for å foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov for omsorg.

Det er utarbeidet en egen veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten. Veilederen er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (IS-1040) og har en grundig gjennomgang av hele saksbehandlingsprosessen i kommunene. Behandling av klagesaker og krav til dokumentasjon i hele prosessen gjennomgås også. Det foreligger også en kortversjon av veilederen (IS-1041) som har henvisninger til de ulike kapitlene i selve veilederen.

### Kapittel 5 – økonomisk stønad

Kapittel 5 inneholder regler om tildeling av økonomisk sosialhjelp. Hovedformålet med bestemmelsene om økonomisk stønad er å sikre alle økonomisk trygghet. Sosial stønad skal være en subsidiær og midlertidig ytelse. Dette betyr at hver enkelt først og fremst forutsettes å utnytte alle muligheter for å forsørge seg selv. Før sosialhjelp ytes skal det derfor klarlegges om det er mulig å skaffe søkeren arbeid eller om det finnes andre økonomiske rettigheter som kan gjøres gjeldende. Den økonomiske stønad skal gis med sikte på å gjøre den enkelte selvhjulpel. Sosial- og helsedepartementet har i rundskriv 1-34/2001 utarbeidet retningslinjer for hvordan bestemmelsene i kapittel 5 skal forstås.

Tildeling og utmåling av økonomisk sosialhjelp skal skje etter en individuell behovsprøving i hvert enkelt tilfelle på grunnlag av søkerens/familiens økonomiske, sosiale og helsemessige forhold. Kommunene skal anvende skjønn, og loven har ingen bestemmelser om stønadsnivået. I rundskriv U-2/2004, som er et tilleggskriv til 1-24/2001, ble det utarbeidet statlige

veiledende satser for utmåling av stønad til livsopphold etter sosialtjenesteloven. Det er et hovedinntrykk at de aller fleste kommuner i Hedmark har tatt i bruk de statlige veiledende satser ved utmålingen av økonomisk stønad.

Fylkesmannen behandlet 163 klager på økonomisk sosialhjelp i 2004. Av disse ble 14,2% (23 saker) omgjort eller sendt tilbake til kommunen for ny vurdering, 85,8% (140 saker) av kommunens vedtak ble stadfestet. Også her er det svært mange saker med til dels mangelfulle opplysninger. Fylkesmannen har i stor grad tatt telefonisk kontakt med kommunene for å innhente supplerende opplysninger i de saker hvor det har vært mulig. Denne fremgangsmåten er valgt for å sikre at klagerne unngår en uforholdsmessig lang saksbehandlingstid. Fylkesmannen ser imidlertid at det er et behov for å iverksette tiltak overfor kommunene for å bedre saksfremleggene i klagesaker. Det vil derfor bli sendt ut et brev med nærmere presisering av saksbehandling og krav til dokumentasjon i slike saker, samt at fylkesmannen planlegger et kurs med opplæring i klagesaksbehandling etter sosialtjenesteloven kapittel 5 for saksbehandlere i sosialtjenesten.

Som et ledd i oppfølgingen av St.melding nr. 6 (2002 – 2003): «Tiltaksplan mot fattigdom» skal fylkesmennene samarbeide med sosial- og helsedirektoratet om tiltak for å styrke sosialtjenestens rådgivende og forebyggende rolle overfor personer med økonomiske vansker og gjeldsproblemer. Kommunenes veiledningsplikt er også presisert i gjeldsordningsloven § 1-5. Et av de tiltakene som er iverksatt gjennom klagesaksbehandlingen er at fylkesmannen i sine vedtak henviser til kommunens ansvar for å gi opplysninger, råd og veiledning for å bistå personer med gjeldsproblemer der dette anses aktuelt. Dette gjelder særlig i saker hvor det ikke fremgår av saksfremlegget at slik veiledning er gitt. På den måten vil kommunen få økt fokus på sitt ansvar for å gi økonomisk veiledning. I rapport fra Sosial- og helsedirektoratet IS-1177 kommer det frem at 4,1% av befolkningen i Hedmark er sosialhjelpsmottakere. Dette ligger noe over landsgjennomsnittet på 3,8%. For ungdom i alderen 18 – 24 år mottar 10% økonomisk sosialhjelp i Hedmark mot 8% på landsbasis.



For å sikre en helhetlig hjelpetjeneste gjøres det i Løten kommune forsøk med å integrere sosialkontoret i et velferdskontor sammen med Aetat og trygdeetat.

## Andre bestemmelser i sosialtjenesteloven

Kapittel 6 inneholder bestemmelser om særlige hjelpetiltak innrettet på å hjelpe misbrukeren bort fra rusmiddelmissbruket. Sosialtjenesten har ansvar for å gi råd og veiledning, men har også et særlig ansvar for å tilby hjelp til misbrukerne i deres eget lokalmiljø. Tiltakene kan også være frivillig opphold i institusjon, tvangsvedtak for opphold og om tilbakeholdelse i institusjon. Fylkesmannen behandlet ingen klagesaker etter kapittel 6 i 2004, men har bidratt med råd og veiledning overfor rusmiddelmissbrukere som har vært misfornøyd med kommunenes oppfølging.

Egenbetaling for opphold i institusjon beregnes av den enkelte kommune. Klage over denne beregningen behandles av fylkesmannen i henhold til sosialtjenesteloven § 8-7. Fylkesmannen har behandlet 6 slike saker i 2004.

## TVANG OG MAKT OVERFOR PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

Den 19. juli 1996 ble det vedtatt egne bestemmelser i sosialtjenesteloven kap. 6A «Om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming». Loven trådte i kraft den 1. januar 1999 og var midlertidig.

Den 15. juni 2001 besluttet Stortinget å forlenge lovens virketid med to år – til 31. desember 2003.

Formålet med reglene var å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruken av tvang og makt. Reglene gjelder bare psykisk utviklingshemmede.

Evaluering av loven viste at bestemmelsene bidro til å redusere bruken av tvang og makt og en høyere erkjennelse av tjenestemottakerens rett til respekt for sin integritet og selvbestemmelse. Reglene førte også til en bedre kontroll og oversikt med bruk av tvang og makt.

Med unntak av noen få endringer ble lovbestemmelsene i det store og hele videreført i et permanent regelverk i nytt kapittel 4A i sosialtjenesteloven.

Siktemålet er fortsatt å utvikle tjenestetilbudene, noe som er understreket ved at reglene fortsatt i hovedsak skal gjelde tjenestekapitlet i sosialtjenesteloven og kommunehelse- tjenestelovens § 6-10 – ved gjennomføring av hjemmesykepleietjenester eller ved opphold i sykehjem. Rettssikkerheten skal fortsatt være i fokus.

Fylkesmannens rolle er å stadfeste kommunenes vedtak og føre tilsyn med at kommunenes virksomhet er i samsvar med kap. 4A. Fylkesmannen har jevnlig møter med habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede.

**NÆRMERE FORKLARING AV TABELLEN:** Tabellen viser oversikt over antall meldinger om skadeavvergende tiltak i enkelttilfeller og godkjente vedtak om bruk av tvang og makt for årene 1999 – 2004.

Skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner – (§ 6A-4, 2. ledd bokstav a/§ 4A-5 3. ledd bokstav a). I disse tilfellene er tvang anvendt for å hindre eller begrense vesentlig skade i akutte nødssituasjoner. Beslutning om bruk av tvang treffes av den omsorgsyteren som har ansvaret for tjenestemottakeren når situasjonen oppstår og melding om at det er anvendt tvang skal sendes fylkesmannen i ettertid. Disse tilfellene omfatter alt fra situasjoner hvor tjenestemottakeren skader seg selv, utsetter seg for en farlig situasjon eller ved at han eller hun går til angrep på andre personer. Antall meldinger som er mottatt av fylkesmannen i perioden viser en betydelig nedgang. Denne nedgangen må ses i sammenheng med antall vedtak som er truffet. I 1999 var regelverket nytt og det var ennå ikke truffet vedtak om bruk av tvang og makt etter de andre bestemmelsene. Kommunene måtte derfor sende inn melding om gjennomført tiltak i hvert enkelt tilfelle. Nedgangen kan også tilskrives økt realkompetanse i kommunene i forhold til hvordan man kan møte utagering med alternative tiltak som ikke innebærer bruk av tvang og makt.

Teknisk innretning for varsling – (§ 6A-5/4A-5 3. ledd bokstav b). Sosialtjenesteloven kap. 6A hadde egen bestemmelse for tekniske innretninger for varsling. Etter kap. 4A er en slik særskilt bestemmelse ikke videreført. Anvendelse av denne type tiltak faller nå inn under bestemmelsene om planlagte skadeavvergende tiltak og omsorgstiltak jf nedenfor. Tekniske innretninger for varsling omfatter for eksempel automatisk varsling i tilfeller hvor tjenestemottakeren har behov for omsorg og tilfeller hvor tjenestemottakeren har behov for tilsyn for å hindre at vedkommende utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade.

Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner – (§ 6A-4 2. ledd bokstav c/ § 4A-5 3. ledd bokstav b) – Disse sakene omfatter bruk av tvang og makt i de samme situasjonene som ved skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner. Forskjellen ligger i at det ved planlagte skadeavvergende tiltak er foretatt en utredning av kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, verge/hjelpeverge og pårørende. Som resultat av dette arbeidet har

OVERSIKT OVER MELDINGER OG VEDTAK I HEDMARK FOR PERIODEN 1999 – 2004:

År	Antall beslutninger § 6A-4, 2. ledd bokstav a	Antall personer det er meldinger på	Antall vedtak 6A-5	Antall vedtak § 6A-4, 2. ledd bokstav c
1999	1400	37	3	10
2000	700	70	6	19
2001	603	45	4	19
2002	501	40	4	17
2003	430	38	14	25
Ny lov	§ 4A-5, 3.l a		§ 4A-5, 3.l, b	§ 4A-5, 3.l, c
2004	390	30	9/ 4 b og c	12/ 4 b og c

For 2004 er registreringer noe endret fra tidligere da tiltak om teknisk innretning for varsling ikke fremkommer i egen lovparagraf, men skal knyttes til vedtak etter lovens § 4A-5, 3. ledd, bokstavene b og c.

kommunen utarbeidet et vedtak som gir en detaljert beskrivelse av hvordan gjentatt utagerende adferd skal stoppes. Før vedtaket kan iverksettes må dette stadfestes av fylkesmannen. Gjennomføring av denne type tiltak krever at det er to tjenesteytere til stede og at minst en av tjenesteyterne oppfyller de fastsatte utdanningskravene. Det skjer etter gjennomføringen av tiltaket en registrering i kommunen. Etter de erfaringer fylkesmannen har gjort synes det som om det har vært en nedgang i antall tilfeller det er anvendt tvang og makt i saker hvor det er fattet vedtak om planlagte skadeavvergende tiltak. Årsaken til dette kan være bevisstgjøring hos tjenesteyterne i forhold til bruk av tvang og makt, at tjenestemottakerne blir tryggere i situasjonen og at tjenestemottakeren får en læringseffekt gjennom tiltakene.

Omsorgstiltak (§ 6A-4 2. ledd bokstav c/ § 4A-5 4. ledd bokstav c). Disse sakene omfatter tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat, drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene, herunder opplæring og treningstiltak. Tiltak etter denne bestemmelsen kan omfatte alt fra dusj, begrensning av matinntak osv. I likhet med planlagte skadeavvergende tiltak må det også for omsorgstiltak treffes særskilt vedtak om bruk av tvang og makt som må stadfestes av fylkesmannen. Det skal være to tjenesteytere tilstede ved gjennomføring av tiltakene og utdanningskravene skal være oppfylt.

## Bekymringer:

Mange psykisk utviklingshemmede er avhengige av offentlige tjenester gjennom hele livsløpet. Den kommunale økonomi er for tiden svært presset, og dermed kan også tilbudene til utsatte grupper bli utsatt for press. Særlig kan dette gå ut over tilbud som ikke er lovpålagt så som arbeids-/aktivitetstilbud, kulturtilbud og fritids-/ferietilbud.

Tall fra habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede i Hedmark viser at ferietilbudene til psykisk utviklingshemmede er redusert med 50 % de siste 5 årene, og at arbeids-/aktivitetstilbudet er redusert med 13,8 % i samme periode. Habiliteringstjenestens tallmateriale viser også at lovpålagte tjenester er redusert med 18 % på 2 år. Dette gjelder bl.a. støttekontakt. Fylkesmannen mottar også klagesaker til behandling som viser reduksjon i tilbudet.



*Det er bygd mange nye boliger for psykisk utviklingshemmede i de seinere årene, som her i Stange kommune.*

Ved gjennomføring av skadeavvergende tiltak skal det være to tjenesteytere til stede. Ved planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner skal den ene av tjenesteyterne minst ha gjennomført og bestått utdanning i helse-, sosial-, og pedagogiske fag på høyskolenivå. Ved omsorgstiltak skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Listen over personer det gis dispensasjon for er ofte lang. For 2004 ble det gitt dispensasjon i 16 av 25 saker. Som det framgår er utdanningsnivået på tjenesteytere som deltar i tvangstiltak sjelden i overensstemmelse med lovkravet. Ofte er det svært mange tjenesteytere med små stillingsbrøker. Fylkesmannen må – om tiltaket skal gjennomføres – gi dispensasjon fra utdanningskravet. Et eventuelt avslag på søknader om dispensasjon vil medføre at vedtakene ikke kan stadfestes, noe som igjen kan føre til at skadeavvergende tiltak eller omsorgstiltak ikke kan gjennomføres. Dette vil kunne være til skade for klienter ved at de ikke får nyttiggjort seg tilbud om deltakelse og opplæring i de daglige gjøremål. Denne krysspress-situasjonen er ikke gunstig.

Etter vår mening er det nå nødvendig med en diskusjon om kompetansekravet – slik det er utformet i loven – bør opprettholdes, eller om det må settes inn andre og mer effektive tiltak for å sørge for nødvendig kompetanse i kommunene.

## LEGETJENESTEN I KOMMUNENE

Fastlegeordningen fungerer nå greit etter forutsetningene i de fleste kommuner i fylket. Noen små kommuner har noe ustabilitet i legedekningen, men det har ikke vært nødvendig å suspendere fastlegeordningen i noen kommuner i 2004. Ved årsskiftet 2004/2005 er det avtaler med fast ansatte leger i alle kommuner, men i noen kommuner er enkelte fastlegehjemler bemannet med vikarer for kortere eller lengre tid. De kommuner som de siste årene har hatt problemer med kontinuitet i legedekningen i perioder, er særlig Rendalen, Folldal, Engerdal og Tolga. Det er likevel færre personer som ikke har fastlege i Hedmark nå enn tidligere.

Også i større kommuner er det problemer med tilgjengelighet til fastlege. I Elverum kommune er det 16 fastlegeavtaler, mens det bare er en av legene her som har ledige plasser på listene. I Tynset kommune er det ingen ledige plasser hos fastlegene, og for nyinnflyttede, studenter og andre med kortvarig opphold kan det være et problem. I Stange kommune, som har 16 fastlegehjemler, er det ingen ledige plasser hos legene i de tettest befolkede områdene i Stange sentrum/Ottestad.

Fastlegeordningen har bidratt til en klarere ansvarsplassering av den medisinske oppfølgingen av den enkelte pasient. Når det gjelder pasienter med omfattende behov for helsetjenester ser vi imidlertid fortsatt at samarbeidet i

forhold til den enkelte pasient kan bli bedre. Konklusjonen fra tilsynet med hjemmetjenestens tilbud til hjemmeboende eldre i Elverum kommune i 2004 er nok dessverre også symptomatisk for flere kommuner. Det ble her påvist et manglende formalisert og systematisk samarbeid mellom hjemmesykepleien og brukernes fastleger. Et slikt samarbeid er nødvendig for å ivareta det samlede tjenestetilbudet til den enkelte. Også ved institusjoner for eldre er det påvist mangler i forhold til legetjenestetilbudet til pasientene. Det kan stilles spørsmål ved om tilsynslegeoppgaver og andre samfunnsmedisinske oppgaver har fått tilstrekkelig omfang i noen kommuner.

Mens to kommuner i Hedmark har heltidsansatte kommuneoverleger, har mange kommuner redusert ressursene i de offentlige samfunnsmedisinske oppgaver til et minimum. I vår oppfølging av kommunenes smittevernarbeid og arbeid med helsemessig og sosial beredskap i 2004 har vi sett at flere kommuner har hatt problemer med å få på plass de faglige premissene for disse planene. Flere steder mangler tilstrekkelige faglige ressurser for å utarbeide tilfredsstillende grunnlagsmateriale for disse planene og for arbeidet med miljørettet helsevern generelt. Det er en utfordring for kommunene å sørge for tilstrekkelig omfang av de samfunnsmedisinske legeoppgaver.



Interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern og smittevern var tema på et møte i Kongsvinger i 2004 hvor fylkesmannen og Sosial- og helsedirektoratet ved seniorrådgiver Anders Smith (stående) innledet. Kommuneleger, administrative helseledere og mattilsyn fra Kongsvinger-regionen og miljørettet helsevernpersonell fra Hedmark og Oppland deltok.

## OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

### Kommunene

Kommunene i Hedmark har fått tilført statlig øremerket tilskudd til oppbygging av det psykiske helsearbeidet siden Opptrappingsplanen for psykisk helse startet i 1999. Det øremerkete tilskuddet skal komme i tillegg til kommunene sin egen finansiering av det psykiske helsearbeidet.

Det øremerkete tilskuddet ble i 2004 holdt tilbake for noen kommuner i fylket fordi vilkårene for utbetaling ikke var oppfylt. Eksempler på dette var manglende politisk vedtatt og oppdatert plan for det psykiske helsearbeidet og manglende vedtak om bruk av overførte midler. Andre kommuner fikk merknader fordi bruken av det øremerkete tilskuddet ikke var i samsvar med intensjonene i Opptrappingsplanen. Noen hadde tatt med generelle tiltak for eldre, tiltak for demente, rene barnevernstillinger og kjøp av institusjonsplasser utenfor fylket. Alt dette forsettes rettet opp for videre utbetaling i 2005. Store summer til særlig resurskrevende brukere er heller ikke innenfor intensjonen for bruk av opptrappingsmidlene, da disse omfattes av en annen støtteordning.

TABELLEN UNDER VISER UTVIKLINGEN AV ØREMERKET TILSKUDD FRA 2001 TIL 2005 I HEDMARK (SUM I 1000 KR).

2000	2001	2002	2003	2004	2005
27,973	37,682	46,491	57,548	68,166	85,316

Tallene omfatter ikke Nord-Odal kommune som var med i et 4-årig forsøksprosjekt fra 2000 til og med 2003 der tilskuddet fra Opptrappingsplanen for psykisk helse ble lagt direkte inn i rammetilskuddet.

### PERSONELL OG KOMPETANSE

Det øremerkete tilskuddet har i hovedsak vært brukt til å finansiere stillinger. Dette skyldes blant annet at den økte utbyggingen av omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser har medført økt behov for personell til å gi bistand i disse boligene.

TABELL PÅ UTVIKLINGEN AV ANTALL ÅRSVERK (EKSKL. NORD-ODAL)

	2001	2002	2003
Årsverk samlet	122,54	130,62	157,39
Årsverk barn /unge	16,59	17,8	26,13
Psykologer	2	2	2,04

Et mål i Opptrappingsplanen er å utvikle tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene både overfor barn, unge og voksne. Tilskuddsordningen for høgscoleutdannet personell som tar tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, blir godt benyttet i Hedmark. Alle søknader om tilskudd ble innvilget, og samlet fikk kommunene i Hedmark kr. 2 372 500,- i statlig støtte til dette i 2004. Det er en tendens til at kommunene etter hvert tilbyr flere profesjoner kompetanseheving innen psykisk helsearbeid, men fremdeles utgjør sykepleiere det store flertallet som videreutdanner seg i psykiske helsearbeid.

### BRUKERMEDVIRKNING

Det er forventet at kommunene benytter deler av tilskuddet sitt til å styrke brukerorganisasjonene lokalt og gjennomføre brukermedvirkning internt i kommunen. Brukerorganisasjonene er i en etablerings- og oppbyggingsfase og trenger både praktisk og økonomisk støtte for å kunne bli sterkere. Det er en utfordring i mange kommuner å konkretisere brukermedvirkning i det kommunale utviklingsarbeidet.

Brukermedvirkning ble stilt som nytt vilkår for å få utbetalt øremerket tilskudd i 2004. Det er viktig at kommunene videreutvikler og styrker samarbeidet med bruker- og pårørende organisasjoner om planlegging og gjennomføring av tiltak innen psykisk helsearbeid. Det er vist at dette samarbeidet er viktig for å lykkes med å utvikle gode tjenester. Det er forutsatt at slikt samarbeid er etablert i løpet av 2005.

BRUKERMEDVIRKNING – PROSENTVIS BRUK AV SAMLET ØREMERKET TILSKUDD I KOMMUNENE I HEDMARK

	2001	2002	2003
% av disp. sum	0,7%	0,5%	0,7%
Tilskudd (i 1000 kr)	289	268	422

### OMSORGSBOLIGER TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

Hedmark har gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse fått tilsagn om å bygge 132 nye boliger til mennesker med psykiske lidelser fordelt etter kommunestørrelse og behov i løpet av planperioden. Hedmark har ved utgangen av 2004 fått økonomisk støtte fra Husbanken til å bygge disse boligene og dermed fylt sin kvote.

Det er nå igangsatt et arbeid gjennom Sosial- og helsedirektoratet hvor en ønsker å

kartlegge behovet for boliger utover kvoten på de 132 boligene som det er gitt tilsagn på i Hedmark.

## BARN OG UNGE

Det er et overordnet mål at minst 20% av det øremerkete tilskuddet til Opptappingsplanen for psykisk helse skal benyttes til tiltak til barn og unge som har psykiske problemer eller står i fare for å utvikle dette. Samlet sett i 2003 bruker kommunene i Hedmark 20,1% av midlene til barn og unge. Det er imidlertid store forskjeller på kommunene, fra helt ned i 3,2% og opp til 35,1% av opptappingsmidlene. 12 av kommunene bruker mindre enn 20% av midlene på barn og unge, men fem av disse ligger tett opp mot målet på 20%. Disse tallene kan være høyere fordi de ikke viser midler brukt til kompetanseheving, opplysningsarbeid og styrking av brukermedvirkning rettet mot barn og unge.

BARN OG UNGE – PROSENTVIS BRUK AV SAMLET TILSKUDD TIL KOMMUNENE I HEDMARK

	2001	2002	2003
Gjennomsnitt kommunene i Hedmark	15,8%	16,7%	20,1%
Landsgjennomsnitt	15%	18%	16%

\* Tall fra alle kommuner unntatt forsøkskommunen Nord-Odal

Et viktig spørsmål er hvorvidt de øremerkete midlene til barn og unge i for stor grad blir benyttet til primærforebyggende tiltak, mens behandlingstilbud og oppfølging/tiltak rettet mot barn og unge som har psykiske vansker er for lite utbygd. Arbeidet med barn og unge er tradisjonelt forankret i forebyggingstenkingen, noe som kan resultere i at kommunene mangler et godt behandlings- og tiltakstilbud. Lang ventetid på hjelp går igjen som et problem når brukerne blir spurt.

### Eksempler fra Hamar

Hamar kommune opprettet høsten 2003 et familieteam bestående av psykolog og to helseøstere med videreutdanning. Teamet er planlagt utvidet fra våren 2005. Teamets målsetting er å nå barn og unge som trenger hjelp tidlig, både i forhold til alder og problemutvikling. Familieteamet er et lavterskeltilbud hvor både foreldre og fagpersoner kan henvende seg direkte. Teamet ønsker å utvikle ulike metodisk kompetanse som familierapi og Marte Meo.



Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) skal gi et behandlingstilbud til barn og unge med psykiske lidelser og være en viktig samarbeidspartner for kommunen. Her BUP – Hamar som ligger i Vangsvegen.

Familieteamet er organisert som prosjekt og er således fristilt i forhold til andre instanser, noe som fører til at de kan ha fokus på helhet i forhold til psykisk helse. Erfaringene så langt viser at de fleste henvisningene gjelder de yngste barna. Dette er positivt ettersom spesialisthelsetjenesten ikke får så mange små barn henvist, selv om dette er ønskelig i forhold til å komme tidlig inn i en problemutvikling.

Ungdomskontaktene i Hamar er også et tilbud til ungdom som er mye brukt. De når andre målgrupper enn det øvrige hjelpeapparatet. Det kan være ungdom som trenger voksenkontakt, har ulike oppfølgingsbehov og tiltak i forhold til individuelle behov. De følger også opp ungdom med psykiske vansker som trenger støtte etter ordinær arbeidstid. Fleksibilitet i åpningstid hos hjelpeapparatet og mulighet for å kunne nå noen etter arbeidstid og i helger er etterspurt av ungdom, og ungdomskontaktene er så langt de som har dette tilbudet.

### Eksempel fra Nord-Odal

Nord-Odal kommune hadde i to år et prosjekt med miljøterapeuter i skolen som ble evaluert som så vellykket at det nå er en del av den daglige driften i kommunen. Det er to vernepleiere som er ansatt på full tid, og de arbeider både i barneskolen og ungdomsskolen med ulike problematikk. Behovet for denne kompetansen i skolen er stort og økende ettersom lærere blir kjent med miljøterapeutenes arbeidsmåter og de har blitt kjent med utfordringene i skolen. Miljøterapeutene jobber mot enkeltelever og

grupper, og de gir veiledning både til foreldre og personale på skolen. Veiledning rettet mot assistenter har vært svært vellykket. De er og engasjert i forebyggende arbeid i samarbeid med barnevernet og i forhold til forebyggende rusarbeid. Tilbakemeldingene fra kommunen er at alle er svært fornøyd med dette arbeidet, og at det kanskje er det første tiltaket i skolen hvor tilbakemeldingene utelukkende er positive. Det fungerer svært bra å trekke andre yrkesgrupper inn i skolen. Kommunen selv mener at en av årsakene til at det er så vellykket er at miljøterapeutene er fristilt, og legger selv opp arbeidsdagen og prioriteringer i samarbeid med rektor.

### *Mental Helse ungdom*

Det ble i 2004 etablert en ungdomsgruppe av Mental Helse, «Mental Helse ungdom, Hamar». De ønsker å være et tilbud for ungdom som ønsker kontakt og å spre informasjon om psykiske vansker.

### *VIP-prosjektet*

Fylkesmannen har også i 2004 deltatt i arbeidet med implementering av VIP-prosjektet (Veiledning og Informasjon om Psykiske problemer og lidelser) i de videregående skolene i Hedmark. Samtlige videregående skoler i fylket har nå deltatt på oppstartkonferanser og er i gang med prosjektet. Dette skal være et tilbud til alle elever på grunnkurs for å øke kunnskapen om psykisk helse.

### **SAMARBEID MED SPESIALIST-HELSETJENESTEN**

Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er vesentlig for at mange av pasientene med psykiske lidelser skal få den hjelpen de trenger. På nasjonalt plan har dette vært satt søkelyset på i kjølvannet av noen tragiske enkelthendelser. Dette fungerer ikke alltid godt i Hedmark heller, noe vi blant annet har kjennskap til fra vår klagesaksbehandling og gjennom tallrike henvendelser fra pasienter og pårørende til oss. I mange tilfeller fungerer dette samarbeidet utmerket, men i alt for mange tilfeller gjør det ikke det. Samarbeidet bør i større grad formaliseres. Dette må skje på to nivåer.

For det første må det lages generelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det er i løpet av året inngått en generell avtale mellom Sykehuset Innlandet og

kommunene samt fylkeskommunene i Hedmark og Oppland som vedrører alle typer helsetjeneste. Avtalen er meget generell og sier lite om hvordan samarbeidet konkret skal organiseres med fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver.

For det andre må det utarbeides avtaler om samarbeidet rundt enkeltpasienter. Pasienter med langvarige og sammensatte behov har krav på en slik avtale i form av en individuell plan. Både ved våre planlagte tilsyn (systemrevisjoner) og i enkeltsaker finner vi fortsatt at individuell plan i alt for lite grad brukes for å sikre koordinering av tjenestene.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten mottar øremerkede tilskudd knyttet til Opptappingsplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet via de regionale helseforetak. En av hovedmålsettingene for spesialisthelsetjenesten i Opptappingsplanen er utbyggingen av DPS'er som et lokalsykehus tilbud innen psykisk helsevern. Utbyggingen av DPS'er i Hedmark har stått nærmest på stedet hvil i 2004, mens planlegging pågår.

Det har heller ikke i 2004 skjedd noen konkret forbedring av akuttpostene på Sanderud. Bygging av ny akuttavdeling, som var planlagt startet i 2003, ble utsatt i påvente av ytterligere planlegging. En meget begrenset utbygging er startet opp og forventes ferdig i april 2005.

Begge disse forholdene har vært gjengangere i de siste års helsemeldinger.

### **ANDRE TILTAK**

Fylkesmannen i Hedmark har i 2004 arrangert flere konferanser og samlinger i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse. I februar arrangerte fylkesmennene i Oppland og Hedmark i samarbeid konferansen «Sammen om barn og unges psykiske helse» på Hafjell. På konferansen i oktober var temaet «Samhandling mellom tjenesteytere, og helhetlig tilbud til personer med psykiske lidelser, med fokus på barn/unge og voksne».

I desember arrangerte fylkesmannen en samling for kontaktpersonene innen psykisk helsearbeid i kommunene i Hedmark hvor temaene var knyttet til Opptappingsplanen generelt og eksempler på gode tiltak.

## FOLKEHELSEARBEID

### Generelt

Stortingsmelding nr.16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge (folkehelsemeldingen) danner rammen for fylkesmannens arbeid på folkehelseområdet.

I tråd med signaler vi har fått fra Sosial- og Helsedirektoratet har vi også i 2004 hatt hovedfokus på livsstilsområdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet. Ett annet sentralt tema har vært forebygging av psykososiale lidelser hos barn og unge, men dette omtales i artikkelen om Opptappingsplanen for psykisk helse.

I Hedmark er folkehelse fra 1. januar 2004 ett av de temaene som inngår i prosjektet

«Hedmark som enhetsfylke». Forsøket innebærer at Fylkesmannen i Hedmark og Hedmark fylkeskommune gjennomfører et prosjekt med målsetting om tettere samarbeid og mer samordnet opptreden innen utvalgte satsingsområder. Folkehelse er ett av disse. I forsøket inngår også utprøving av nye organisatoriske løsninger i forhold til de rammene for arbeidsfordeling som er lagt i folkehelsemeldingen. Ved oppstarten på samarbeidet ble det i høst arrangert en konferansen hvor tema var «Kommunale utfordringer - folkehelsearbeid med vekt på barn og unge».

Sosial- og helsedirektoratet bidro med til sammen kr 480 000,- til å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid på livsstilsområdene ernæring, fysisk aktivitet og tobakks-skadeforebygging i Hedmark i 2004 på lokalt og regionalt nivå.

### Tobakk

Det har i likhet med i resten av landet blitt færre daglig røykende hedmarkinger i løpet av en fem årsperiode. I perioden 1995 – 1999 var 33 prosent av innbyggerene i alderen 16 – 74 år dagligrøykere, mens antallet dagligrøykere er redusert til 29 prosent i perioden 2000 – 2004. På landsbasis har det de siste årene vært like stor nedgang av dagligrøykere blant menn og kvinner. Nedgangen har vært størst i aldersgruppen 16 – 24 år.

Vi ligger akkurat på landsgjennomsnittet for det prosentavise antall daglig røykere i begge periodene. Utvalgene statistikken baseres på er for små til å gi sikre tall for hvor stor nedgangen i Hedmark har vært i det enkelte år. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i 2004 røykte 26 prosent av den voksne befolkning



Representanter for ressursgruppa for tobakk i Hedmark delte ut gerberaer i gågata på Hamar i anledning Verdens røykfrie dag som hadde røykfrie serveringssteder som tema i 2004. Fra venstre Rune Sjødin, Berit Staff Johnsen, Anne Cathrine Dolgaard og Åse Jofrid Sorby.

daglig. I tillegg var det rundt 11 prosent som sa at de røykte av og til. Gravide og småbarnsforeldre er en særlig viktig gruppe å fokusere på. På landsbasis røyker 22 prosent daglig eller av og til ved svangerskapets begynnelse. 16 prosent røyker ved svangerskapets slutt. Majoriteten begynner igjen etter fødsel. I følge tall fra medisinsk fødselsregister i 2002 ligger Hedmark over landsgjennomsnittet for antall røykende gravide.

Alle som røykte daglig, av og til eller som hadde røykt før, ble i en helseundersøkelse gjennomført i 2000 og 2001, spurt hvor gamle de var da de begynte. For gutter var gjennomsnittsalderen 13 år, mens jentene var mellom 13 og 14 år da de begynte å røyke. Tallene var nokså like i alle de fem fylkene (Oslo, Hedmark, Oppland, Finmark og Troms) som deltok i undersøkelsen.

En nyere undersøkelse om røyking og snusbruk blant ungdom i tre fylker viser at både i Hedmark, Oppland og Oslo røyker 15 prosent av jentene daglig. Det er ingen forskjell mellom de tre fylkene på den prosentvise antall daglig røykende 15–16 årige jenter. Blant gutter er det litt vanligere å være dagligrøyker i Hedmark enn i Oppland og Oslo. Både blant jenter og gutter i Hedmark er det mest vanlig å røyke av og til. Jentene i Sør-Østerdal og guttene i Hamar-regionen røyker mest. Det er færrest antall dagligrøykende både blant jenter og gutter i Fjellregionen.

Dersom man greier å holde ungdom røykfrie inntil 20-årene er det stor sannsynlighet for at de heller ikke senere begynner å røyke. Hele 80% av dagens 50-åring som røyker, begynte før de hadde fylt 20 år. Risikoen for alvorlige helseskader ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. Tidlig røykestart reduserer veksten av lungene og lungenes funksjonsnivå.

Det er få klasser i Hedmark sammenlignet med landsgjennomsnittet som pr. 15. januar 2004 var påmeldt til «VÆR røykFRI» som er et opplysningstiltak om tobakk og helse beregnet på elever i ungdomsskolen. Den opprinnelige evalueringen av prosjektet viste at dersom programmet gjennomføres slik som forutsatt på alle de tre klassetrinnene i ungdomsskolen, reduseres andel som røyker daglig eller ukentlig når de går ut av 10. klasse med omtrent 30%.

I den tidligere nevnte undersøkelsen om røyking og snusbruk blant ungdom i Hedmark, Oppland og Akershus oppgir mellom 3 og 5% av guttene og nesten ingen jenter daglig snusbruk. 2% av jentene og 17% av guttene i Hedmark oppgir at de bruker snus av og til. 4% av guttene i Hedmark bruker snus daglig.

I Hedmark utpeker Glåmdalsregionen seg negativt i forhold til snusbruk. Slår man sammen av og til-brukere og dagligbrukere i denne regionen finner en at 30 % av guttene bruker snus.

Snussalget har økt siste året. Det gjenstår derfor å se om nyere tall vil vise at vi nå er inne i en type «snusboom».

### TILTAK MOT TOBAKKSSKADER:

I arbeidet med de ulike innsatsområdene innen tobakkskadeforebygging er den gruppa av ressurspersoner fylkesmannen har knyttet til seg sentral. I ressursgruppas fire, fem årlige møter

diskuteres og planlegges strategier for å få i gang regionale og lokale tiltak. Ressursgruppa er sammensatt av personer med ulik yrkesmessig bakgrunn og representerer forskjellige virksomheter. De skal være pådrivere for det tobakkskadeforebyggende arbeidet i de virksomhetene de representerer. Ressursgruppa er ikke minst viktig i forhold til det nettverksskapende arbeidet.

Et av oppdragene fra Sosial- og helsedirektoratet er å etablere et fylkesnettverk for kursledere i røykeslutt.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har de siste årene fått tildelt midler som oppfølging av nasjonal kreftplan for å bistå i dette arbeidet i Hedmark og Oppland. Antallet avholdte røykesluttkurs i Nasjonalforeningens regi øker stadig. Det ble avholdt 21 røykesluttkurs i 2003. I 2004 var antallet røykesluttkurs økt til 32. Av de 72 røykesluttkursene Sosial og helsedirektoratet annonserte i forbindelse med høstens annonsekampanje ble 30 prosent arrangert i Hedmark og Oppland. Nasjonalforeningen har for øvrig meddelt at det er flere kommuner i Oppland enn i Hedmark som bestiller røykesluttkurs for sine ansatte.

Lovendringen med innføring av røykfrie serveringssteder har hatt stor oppmerksomhet i 2004. Fylkesmannen har i samarbeid med Fylkesmannen i Oppland arrangert dagskonferanse for de lokale tilsyn: kommuner og arbeidstilsyn. Det var en omfattende markering på mange steder i fylket i forbindelse med Verdens røykfrie dag 1. juni 2004 – som hadde røykfrie serveringssteder som tema. Det er



Foredragsholdere ved konferansen for Hedmark og Oppland i mai 2004 om endringene i tobakkskadeloven for serveringssteder. Fra venstre Per Rasmussen fra Arbeidstilsynet, Vera Vislie og Siri Næsheim fra Sosial- og helsedirektoratet og Gudbrand Skinnerli fra Miljørettet helsevern i Sør-Gudbrandsdal.

også innhentet erfaringer fra kommunene om gjennomføring av lovendringen og tilsynet med serveringssteder i den forbindelse.

I arbeidet med å redusere tobakksforbruket hos ungdom er det for Fylkesmannens Sosial- og helseavdeling en utfordring å få tilgang til de rette kanalene for å påvirke at flere skoler i fylket tar i bruk undervisningsprogrammet «VÆR røykFRI». I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet arrangerer vi hvert år kompetansehevede kurs for «VÆR røykFRI»-lærere og for personell i skolehelsetjeneste, men det er dessverre forholdsvis få påmeldte.

Det er i 2004 fattet politisk vedtak og innført røykfri skoledag ved alle de videregående skolene i fylket og hvor elevene har medvirket. Det er også etablert folkehelsegrupper ved de videregående skolene.

Også fritidsarenaene er viktige i det tobakkskadeforebyggende arbeidet. Indre Østland fotballkrets har fått tildelt midler til et prosjekt innen fysisk aktivitet – kosthold og røykfrihet. De gjennomfører en kampanje for å få røykfrie arenaer. 50 klubber er så langt med i kampanjen. For å nå den nasjonale målsettingen om å halvere tobakksbruken hos ungdom er det viktig at også fritidsklubber og andre engasjeres i det tobakkskadeforebyggende arbeidet.

## Ernæring og fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er nødvendig for barn og unges utvikling av muskler, skjelett og motorikk. På landsbasis er tre av fire barn for lite fysisk aktive i forhold til anbefalingene om en times fysisk aktivitet pr. dag. Fysisk aktivitet er også viktig for å forebygge overvekt hos barn og unge fordi grunnlaget for overvekt og helseproblemer senere i livet ofte legges i barndommen.

Anbefalingen for voksne er en halv times daglig fysisk aktivitet med en intensitet som tilsvarer raske gange. Aktiviteten kan deles opp i mindre bolker i løpet av dagen, f. eks av fem til ti minutters varighet. Under halvparten av den voksne norske befolkning har et slikt aktivitetsnivå.

Eldre og gamle mennesker er i utgangspunktet like trenbare som yngre. Selv meget skrøplige sykehjemspasienter kan trene. Fysisk aktivitet reduserer ikke den normale aldringsprosessen, men den utsetter og reduserer fallet i kondisjon, muskelstyrke, muskelmasse og mus-

klenes utholdenhet. Fysisk aktivitet bedrer også balanse og kroppskontroll.

I en artikkel Nasjonalt folkeinstitutt publiserte 27. oktober 2003 står det at hedmarkingene følger trenden og blir rundere og rundere. I følge denne artikkelen har 25 prosent av de voksne helseskadelig overvekt mens andelen fysisk inaktive har gått opp.

I følge den grensen Verdens helseorganisasjon setter for fedme (sterkt overvektige) kommer en av fire 60-åringer og 75-åringer over grensen i Hedmark. I de yngre aldersgruppene (30- og 40 åringer) kommer nesten en av fem over grensen. Gjennomsnittelig kroppsvekt og andelen overvektige blant 40-åringene har vært økende helt siden den første helseundersøkelsen i Hedmark i 1988. Bare siden forrige undersøkelse i 1997 har gjennomsnittsvekten blant menn økt med 3,3 kg og for kvinner med 2,2 kg.

Ungdom har en annen fordeling av kroppsvekt i forhold til høyde enn voksne, og det foregår et internasjonalt arbeid for å finne frem til standarder og grenseverdier for overvekt og fedme hos barn og unge. Det er derfor vanskelig å si noe om andel overvektige blant 15–16 åringer, men ved sammenlikning av KMI (Kropps masseindeks) med samme metoder og omtrent på samme tidspunkt i tre fylker har Oslo-ungdom en noe lavere gjennomsnittsverdi enn ungdom i Hedmark og Oppland. Ungdommene i Troms og Finmark både drikker mer brus og veier mer enn ungdommene i Oslo, Hedmark og Oppland. For stort sukkerinntak helt fra tidlig barnealder representerer likevel en helsemessig risikofaktor i Hedmark som i landet for øvrig.

Store avstander og sentralisering har medført at mange av skolene i Hedmark har en stor andel av barn som får tilbud om skoleskys. I tillegg er det mange som blir kjørt til skolen av foreldrene. I grisevilt strøk blir dessuten mange av barna kjørt til fritidsaktiviteter.

I følge ungdomsundersøkelsen er 10 % av guttene og 13 % av jentene i aldersgruppen 15–16 år fysisk inaktive (samme andel som Oppland og Oslo). Dette innebærer at de blir svette sjeldnere enn en gang per uke. Det er en noe høyere andel ungdommer i Hedmark enn i Oppland og Oslo som sitter mer enn fem timer pr. dag foran TV, PC eller video (24 % av guttene og 16 % av jentene). 60–70 % av ungdommene i Hedmark bruker skog og mark til rekreasjon (40–50 % i Oslo).

Psykiske lidelser er mindre utbredt hos fysisk aktive barn. Barn som er mye i aktivitet har også lettere for å konsentrere seg på skolen.

En ny handlingsplan for fysisk aktivitet basert på samarbeid mellom sju departementer danner rammen for arbeidet på dette området framover.

## TILTAK INNEN ERNÆRING OG FYSISK AKTIVITET:

Arbeid for å fremme sunt mattilbud og økt fysisk aktivitet i grunnskolene har stått sentralt i 2004.

Ti skoler i Hedmark fordelt på fem kommuner ble i 2004 plukket ut til å være med i et to-årig nasjonalt prosjekt for økt fysisk aktivitet og gode rammer for måltidet i grunnskolen. Foruten alle de seks grunnskolene i Åsnes er Søbakken skole i Elverum, Presterud skole i Hamar, Sør-Odal ungdomsskole og Stafsberg skole i Hamar med i prosjektet. Søknadene ble vurdert etter fastsatte kriterier som for eksempel grad av elevmedvirkning og om skolen følger de anbefalte retningslinjer for skolemåltidet. De skolene som ble plukket ut fikk til sammen kroner 210 000,- i stimuleringsstøtte. Som et ledd i arbeidet med dette prosjektet arrangerte fylkesmannens Oppvekst- og utdanningsavdeling og Sosial- og helseavdeling i samarbeid dagskonferanse hvor målet var å sette søkelyset



*Fersk, fet fisk med tilbehør klar for grillen – sunn og god mat!*

på sammenhengen mellom fysisk aktivitet, måltider og helse/trivsel/læring. Det var langt flere påmeldte enn det arrangementet ga plass til.

Det er også tildelt midler som oppfølging fra Nasjonal kreftplan til flere skoler som har satt i gang tiltak for mer vann og mindre brus.

Å øke inntaket av frukt og grønt er en sentral ernæringspolitisk målsetting. Alle grunnskolene i Hedmark får tilbud om å delta i skolefruktordningen. Skolefruktordningen er en subsidiert abonnementsordning for frukt og grønnsaker i grunnskolen. Det er i løpet av det siste året gjort en del forberdinger i ordningen slik det nå leveres frukt av god varekvalitet og variasjon. Ordningen er også gjort lettere å administrere.



*Konsentrerte elever og lærer i gang med å tilberede sunn mat ute på Skogmuseet i Elverum ved fylkesmannens kurs høsten 2004.*



*Spreke damer på ski i Vangsåsen. Inger Wictorsen til venstre er turleder i Hamar og Hedemarken Turistforening både for barn, voksne og eldre. Her sammen med Kate Fredhjem (82) som har osteoporose og er i fysisk aktivitet flere ganger i uka.*

Fylkesmannen er fortsatt opptatt av frisklivssentralene som et viktig lavterskeltilbud i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Tynset friskliv har i 2004 fått midler til videreutvikling av sitt tilbud.

Ekstra gledelig er det at vi i løpet av 2004 har inngått samarbeid med flere frivillige organisasjoner som er opptatt av å fremme friluftsliv som en viktig ressurs i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Hedmark. Et «Naturlos-prosjekt» er under utarbeidelse. Dette prosjektet går ut på å organisere vandringer i naturen sammen med en natur- og kulturveileder. Vi håper også at etableringen av ei ressursgruppe i ernæring som nå er i gang vil bidra til enda større fokus og flere tiltak innen dette området.

### **Trygge lokalsamfunn og eldresikkerhet**

Det er mange ulykkeskader blant eldre i Norge. Hvert år vil ca. 9% av eldrebefolkningen over 65 år oppsøke lege/legges inn på sykehus eller dø av en ulykke. Over 80% av alle ulykker blant eldre over 65 år er fallulykker.

Antall innleggelser pga. lårhalsbrudd stiger og osteoporose er en av faktorene som gir økt risiko for brudd. Anslagsvis 10% av alle sykehussengene i Norge er hele tiden opptatt av eldre med lårhalsbrudd. Man regnet i 2001 med at ett lårhalsbrudd kostet 250 000 kroner å reparere og rehabiliterer. Det antas å være ca. 9000 lårhalsbrudd årlig i Norge, noe som utgjør en samfunnskostnad på vel 2,2 milliarder kroner. 2/3 av lårhalsbruddene skjer hos kvinner.

Hedmark er et av de seks fylker der Skadeforebyggende forum gjennom prosjektet «eldresikkerhet» planlegger/tilbyr en spesiell satsing for å redusere antall fallulykker. Ett av målene er at antall lårhalsbrudd skal reduseres med 20% i kommuner hvor innsatsen har vært målrettet i minst 3 år.

I forbindelse med planlegging av dette prosjektet er det nylig innhentet skadestatistikk fra fem kommuner i Hedmark (Hamar, Os, Tynset, Alvdal og Nord Odal). Hedmark ligger over landsgjennomsnittet for andelen av skader som skyldes lårhalsbrudd hos personer over 65 år.

## SMITTEVERN OG HELSEMESSIG BEREDSKAP

Etter at det i 2003 ble gjennomført kursvirksomhet for kommunene både på smittevern- og helseberedskapsområdet har fylkesmannen og Helsetilsynet i Hedmark i 2004 foretatt flere kartlegginger for å fastslå om kommunene har utarbeidet det planverket som er nødvendig i forhold til aktuelle krisesituasjoner.

### Smittevern

På smittevernområdet har to kommuner i perioder av året 2004 (som i 2003) vært uten smittevernlege, men situasjonen ser noe lysere ut ved utgangen av året.

Flertallet av kommunene har revidert sine første generasjons smittevernplaner som ble utarbeidet i perioden 1997–2003, til også å omfatte tuberkulosekontroll, forebygging av Hiv-aids og influensapandemier og oppdaterte varslingslister. Dette er viktig da planverket til enhver tid må være tilpasset den aktuelle smittevernsituasjon og det personell og de ressurser en har til rådighet. Kommunene bør derfor utarbeide rutiner som sikrer at planene er oppdaterte til enhver tid.

Basert på noen enkelte tilsyn og øvrige inntrykk synes den praktiske tuberkuloseoppfølging i kommunene å fungere tilfredsstillende – med et lite unntak knyttet til videresending av opplysninger om tuberkulosestatus for enkeltper-

soner ved flytting til ny kommune. En viktig samarbeidspartner for tuberkulosekontrollen er Sykehuset Innlandet HF som nå har fått tilsett en tuberkulosekoordinator i halv stilling for Hedmark.

Når det gjelder smittevernet ved sykehjemmene eller mer korrekt infeksjonskontrollprogrammet ved de kommunale helseinstitusjoner, så gjenstår fortsatt mye arbeid før dette er på plass. Ser en bort fra et par av de største kommunene og tre kommuner i sør-fylket som har gjort avtale om smittevernbistand fra sykehuset på Kongsvinger, så har flertallet av hedmarkskommunene bare så vidt kommet i gang med arbeidet med infeksjonskontrollprogram ved sykehjem. Selv om infeksjonskontroll ved kommunale helseinstitusjoner har vært tatt opp ved tidligere kurs, har fylkesmannen planer om ytterligere bistand til kommunene/sykehjemmene i form av kurs på i 2005.

### Helsemessig beredskap

En kartlegging vinteren 2004 viste at bare en kommune i Hedmark, nemlig Os hadde utarbeidet nødvendig planverk etter lov og forskrift om helsemessig og sosial beredskap, som kom i henholdsvis 2000 og 2001. I følge forskriften skulle planverket vært på plass til 1. juli 2003. Hele 21 av 22 kommuner fikk avvik fra Helse-



Etablering av en tilfredsstillende vannforsyning er et viktig smitteverntiltak i en kommune. Hovedvannverket i Alvdal som baserer seg på grunnvann fra løsmasser ved elv, ble godkjent av Mattilsynet i 2004.

tilsynet i Hedmark for manglende beredkapsplaner for sine sosial- og helsetjenester i mars 2004. Felles frist for å lukke avviket ble satt til 21. april 2004.

Ved den tilsynsmessige oppfølging for sommeren 2004 viste det seg at ytterlige syv kommuner fikk sin plan for helsemessig og sosial beredskap ferdigstilt og vedtatt før sommeren 2004. De øvrige 14 kommuner befant seg av ulike grunner på stadier fra «så vidt begynt» til «nesten ferdig». Sakene for disse kommunene ble oversendt Statens helsetilsyn for vurdering av eventuelt pålegg. Etter en helhetsvurdering sommeren 2004 fikk ingen av kommunene varsel om pålegg siden de var i gang med beredkapsplanene. Statens helsetilsyn forutsatte at beredkapsplan for kommunenes helse- og sosialtjenester ble vedtatt snarest mulig og seinest innen 1. februar 2005 og at de ulike beredkapsplanene i kommunen ble samordnet. Helsetilsynet/Fylkesmannen i Hedmark merket en økende grad av forespørsler fra de aktuelle kommunene på slutten av 2004 knyttet til prosess og innhold i beredkapsplan for helse- og sosialtjenestene. Flere ferdige beredkapsplaner er mottatt på nyåret 2005.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten så har heller ikke Sykehuset Innlandet HF kommet i mål med sin beredkapsplan for sine enheter i 2004 slik intensjonen og fremdriften la opp til. Arbeidet har imidlertid kommet langt og mange aktører har vært involvert.

#### UTFORDRINGER PÅ SMITTEVERN- OG BEREDSKAPSOMRÅDET

Etter snart ti års erfaring med det nye smittevernregelverket og noen års erfaring med den nye helse- og sosialberedkapslovgivningen er det grunn til å merke seg at det tar uforholdsmessig lang tid å få iverksatt nytt planverk og nye tiltak på smittevern- og beredkapsområdet i kommunene. Denne tregheten i systemet etter at nytt regelverk er vedtatt og fastsatt har trolig flere årsaker - av både faglig, organisatorisk og ressursmessig karakter, men er uansett et tankekors for lovgiver, sentral helseforvaltning og tilsynsorganer. Dessverre kan det synes som om det forebyggende smittevern- og beredkapsarbeidet må ha jevnlig «drahjelp» i form av alvorlige epidemier eller naturkatastrofer for å få nødvendig fokus og prioritering i kommunene.



*Den helsemessige beredskapen på Hedemarken forbedres nå når HIAS-vannverkene i Hamar og Stange knyttes sammen med en vannledning over Åkersvika.*



Beredskapslagre av helsemateriell i Hedmark og ellers i landet er under avvikling og mye utstyr er overtatt av den humanitære organisasjonen Christian Relief Network. Etter tømning av lagrene og sortering av materiellet vil brukbart utstyr som dette i Elverum bli sendt som bistand til Kongo.

## Helsemateriell-lager

Gjennom flere år har det pågått et arbeid med å få avviklet de mange statlige helseberedskapslagrene som ble bygget opp over det ganske land i etterkrigstiden og spesielt under «den kalde krigen». I Hedmark er det snakk om et ti-talls lokaliteter spredt rundt i fylket med sykehus-, pleie- og kirurgiske enheter. Sentrale helsemyndigheter og fylkeslegen hadde etter tidligere lovgivning en sentral rolle i ansvaret for og disponeringen av dette materiellet. Ansvarsprinsippet i ny lovgivning har medført at den enkelte helseinstitusjon også er ansvarlig for nødvendig beredskapsforberedelser herunder materiellforsyninger ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig. Bedre transport og logistikk har medført mindre behov for forhåndslagring av helsemateriell.

Sosial- og helsedirektoratet har nå ansvaret for avviklingen av de gamle lagrene – med bistand fra fylkesmannen. I påvente av avviklingen har det vært lite tilsyn med materiellet de siste årene, og det er skjedd endringer i eier- og leieforhold ved flere av lagrene.

Det var liten interesse blant kommuner og helseforetak da de ble tilbudt materiellet fra Sosial- og helsedirektoratet i 2003. Den huma-

nitære organisasjonen Christian Relief Network (CRN) har nå overtatt det meste av materiellet i Hedmark (og fra fem andre fylker) for nødhjelpsformål i Kongo. Tømming og rydding av lagrene, transport og ompakking for videresending har vist seg å være en langt mer arbeidskrevende operasjon enn først antatt. Tømming av de enkelte lagrene i Hedmark som skulle vært slutført i 2004, er utsatt flere ganger. Sosial- og helsedirektoratet har nå gitt CRN en endelig frist til 1. juli 2005 med avhending av helsemateriell-lagrene.

Fylkesmannen har i 2004 brukt mye tid for å skaffe seg oversikt over status ved det enkelte beredskapslager slik at avviklingen kan skje på en mest mulig smidig måte. Fra ansvarlig hold ved et par av lagerlokalitetene har en mottatt kritikk på at informasjonen omkring CRN's overtakelse av lagrene og utsettelsen på tømning av lagrene har vært for dårlig.

## REKRUTTERINGSPLAN FOR HELSE- OG SOSIALPERSONELL – «REKRUTTERING FOR BETRE KVALITET»

Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006 er en oppfølging av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998 – 2001. Hovedmålet er å styrke rekrutteringen og ha fokus på kompetanseheving i helse- og sosialsektoren og da spesielt i pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Fylkesmennene får hvert år tildelt øremerkede midler som skal benyttes til rekruttering/kompetanseheving i helse- og sosialsektoren og primært pleie- og omsorgssektoren. I 2004 delte vi ut ca. 4,5 millioner kroner, inkludert ca. 450 000 til ufaglærte innen psykisk helsearbeid. Midlene ble tildelt etter søknad fra kommunene. Alle kommunene fikk en større eller mindre andel av disse midlene, men det var store variasjoner både på innholdet i søknadene og hvilke planer den enkelte kommune hadde i forhold til kompetansetiltak.

### Tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Ett av hovedmålene i rekrutteringsplanen er at andelen av tilsatte uten formell fagutdanning skal reduseres vesentlig. Det ideelle er at alle som jobber i pleie- og omsorgssektoren har en eller annen form for helsefaglig bakgrunn eller annen relevant utdanning, f.eks aktivitør. De siste tallene (2003) viser at 1602 årsverk i

pasient- og brukerrettet arbeid i pleie- og omsorgstjenesten i Hedmark er besatt av ansatte uten helse- og sosialfaglig bakgrunn. Det vil si at 33 % av årsverkene i pleie- og omsorgstjenesten er besatt av personell uten helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Til tross for satsing på å redusere denne andelen i flere år har det i Hedmark vært en jevn økning de siste årene. Samtidig viser personelloversikten som er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet at antall årsverk for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere også har blitt redusert fra 2002 til 2003. I tillegg er 18,7 % av årsverkene for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere besatt av personer som er over 55 år og det er beregnet et årlig erstatningsbehov på 203 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten.

Fylkesmannen er bekymret over denne utviklingen og er av den oppfatning at kommunene som arbeidsgiver og fylkeskommunen som skoleeier og ansvarlig for voksenopplæring har et spesielt ansvar i forhold til disse gruppene.

Relativt mange som har rett til og fått vurdert sin realkompetanse, har ønske om å ta helse- og omsorgsfag i videregående skole. Utfordringen for fylkeskommunen er å tilrettelegge et reelt tilbud som den enkelte søker kan ha mulighet til å gjennomføre. Vi er kjent med at flere voksne arbeidstagere som ikke har en spesiell rett, har ønske om ta utdanning som



Framtidige hjelpepleiere/omsorgsarbeidere sammen med lærer Magnhild Børresen (nr tre bak fra venstre) ved Storhamar videregående skole, helse- og sosialfag.

hjelpleier – eller omsorgsarbeider. Disse må også få et tilrettelagt tilbud. Kommunene bør samarbeide tett med fylkeskommunen får å få tilrettelagt akseptable tilbud som fører fram til en offentlig godkjenning. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et program for opplæring av personell uten formell fagutdanning i pleie- og omsorgssektoren.

Ett annet viktig område er rådgivertjenesten ved grunnskolene og videregående skole. De bør ha et godt kjennskap til innholdet i helseutdanningene og mulighetene for yrkeskarriere etter endt utdanning. Samtidig må kommunene arbeide for at det blir en reell jobbmulighet etter at studentene er ferdig utdannet som hjelpepleier eller omsorgsarbeider. Situasjonen i dag er at mange kommuner kun har små brøkstillinger å tilby den enkelte. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er 75,6 % i Hedmark. I disse tallene skjuler det seg mange små stillingsstørrelser helt ned i 15 %. Uønsket deltid er en av utfordringene kommunene må finne en løsning på hvis en skal klare å opprettholde søkermassen til denne yrkesgruppen.

Ett annet spørsmål er hvordan en skal beholde de hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne som har lang erfaring og mye kunnskap i pleie- og omsorgssektoren. Enn mulighet er å opprette fagstillinger med karrieremulighet med krav om etterutdanning. Hedmark fylkeskommune har i disse dager vedtatt å opprette en fagskole med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid og eldreomsorg. Det er søkt om godkjenning om deltidsutdanning som tilsvarer ettårig videreutdanning for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som har minst to års praksis. Fylkesmannen er av den oppfatning at dette er et viktig tiltak for å beholde kvalifiserte fagfolk i sektoren.

I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet arbeidet med flere rekrutteringskampanjer for å opplyse ungdom om hvilke muligheter en helsefagutdanning på videregående nivå gir.

## Personell med høyere utdanning

Det har i flere år blitt satset på å øke antall studenter ved sykepleierutdanningen også ved Høgskolen i Hedmark. Resultatene begynner nå å vise seg i noen kommuner ved at det er flere søkere på enkeltstillinger som utlyses. Det er imidlertid fremdeles noe problematisk

for noen kommuner å få besatt enkelte stillinger. I Hedmark er det også etablert to desentraliserte utdanninger for sykepleiere, henholdsvis på Tynset og i Kongsvinger. Dette har bidratt til at sykepleierdekningen i kommunene både nord og sør i fylket har bedret seg. Via rekrutteringsplanen er det avsatt noen øremerkede midler til å støtte kommuner som vil gi et lite tilskudd til ansatte som ønsker å ta sykepleierutdanning via et desentralisert tilbud.

Fylkesmannen er bekymret over mangel på fagfolk som arbeider i forhold til psykisk utviklingshemmede og det tilbud som kommunene gir til en relativ liten, men sammensatt gruppe med store bistandsbehov. I 2004 ble det stadfestet 25 tvangsvedtak. Fylkesmannen gav dispensasjon til 16 ansatte som ikke oppfylte utdanningskravene ved gjennomføring av vedtatte tiltak etter kapittel 4a i Lov om sosiale tjenester. Det er stor mangel på både ansatte med utdanning fra videregående nivå og ansatte med treårig høgskoleutdanning, f.eks vernepleiere og sykepleiere.

## Personell med videreutdanning utover høgskolenivå

Kommunene i Hedmark er flinke til å benytte seg av tilskuddsordningen i forbindelse med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Det vises til artikkelen om opptrappingsplan psykisk helse.

Når det gjelder videreutdanning av sykepleiere til helsesøstere har fylkesmannen fått tilbakemelding fra noen kommuner om at det er ingen eller få søkere på ledige helsesøsterstillinger. I forbindelse med opptrappingsplan psykisk helse er det viktig at kommunene satser på å bedre tilbudet til barn og ungdom. I den sammenheng er blant annet helsesøstrene en viktig gruppe. Det er her et stort behov for etterutdanning for å få innsikt og forståelse for barn og unges psykiske helsebehov.

I rekrutteringsplansammenheng har etterutdanning i form av klinisk stige blitt sett på som et viktig virkemiddel for å heve kompetansen og øke rekrutteringen til blant annet pleie- og omsorgstjenesten. Dette er en etterutdanning som det enkelte fagforbund godkjenner og er en kombinasjon mellom teori og veiledning på arbeidsplassen. I 2004 avsluttet Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag i samarbeid med flere andre instanser et program for klinisk spesialist i aldring og



Ved nye institusjoner innen pleie og omsorg som Tømmerli bo- og aktivitetssenter i Brumunddal som åpnet i 2004, bør det bli lett å rekruttere kompetent personell.

eldreomsorg. Fem kommuner i Hedmark har deltatt med til sammen 24 studenter.

Sosial- og helsedirektoratet har i tillegg initiert eller støttet flere prosjekter hvor målsetting har vært å rekruttere, beholde eller stimulere til kompetanseheving i helse- og sosialsektoren. Det er blant annet utarbeidet et program for minoritetspråklige. Det er videre etablert to prosjekter ved henholdsvis Nordlandssykehuset og Sørlandet sykehus hvor intensjonen er å styrke kompetansen for å lette overføringene av pasientene mellom forvaltningsnivåene.

Universitetssykehjemmene har nå blitt permanente tiltak. Hovedintensjonen med disse sykehjemmene var at det skulle etableres avtaler mellom høyskoler og universitet for å utvikle arenaer for forskning, bedre undervisningen til studentene og styrke kompetansen ved sykehjemmene. Her har de utpekte sykehjemmene en stor oppgave i å videreformidle sine erfaringer til de øvrige kommunene. Fylkesmannen er av den oppfatning at Sosial- og helsedirektoratet også har et ansvar for at denne erfaringen spres til kommunene.

## Utfordringer – Rett person med rett kompetanse på rett sted

Kompetanse, ledelse og styring er stikkord som har betydning for å rekruttere og beholde personell i pleie- og omsorgstjenesten. Det er igangsatt mange positive tiltak ute i kommunene for relativt små midler. Dette er tiltak som

har betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet til den enkelte bruker/pasient, men også for den enkelte ansatte.

Slik fylkesmannen vurderer situasjonen er de største utfordringene i forhold til rekrutteringsplanen nå:

- Fylkeskommunen må tilby en utdanningsplass til de med rett til videregående opplæring innen rimelig tid etter at den enkelte har fått vurdert sin realkompetanse.
- Kommunene må samarbeide tett med fylkeskommunen både i forhold til de som har en personlig rett, men også de som ikke har en lovfestet rett til utdanning i forhold til videregående opplæring.
- Kommunen må stimulere og støtte de erfarne hjelpeleiere og omsorgsarbeidere som ønsker å ta videreutdanning.
- Kommunene må arbeide for å redusere små brøkstillinger til ansatte i pleie- og omsorgssektoren - fjerning av uønsket deltid bør være et mål for alle kommunene i Hedmark.
- Kommunene bør fortsette å stimulere enkeltpersoner til å ta høyere utdanning og legge til rette for at ansatte kan få videreutdanning.
- Kommunene bør spesielt være opptatt av å øke kompetansen til ansatte som arbeider med brukere med store sammensatte behov, f. eks psykisk utviklingshemmede som har behov for korrigerende tiltak i forhold til adferd.

For å nå disse målene bør det være et tett samarbeid mellom alle ansvarlige instanser i fylket.

## SOSIAL OG VELFERDSPOLITIKK

### Samordning mellom helse/sosialtjeneste, trygd og arbeidsmarkeds-etaten

Det har i 2004 vært drevet et aktivt arbeid for å utvikle samarbeidet mellom etatene. På fylkesnivå har arbeidsgruppen som fylkesmannen oppnevnte i 1997 og som har representanter fra fylkesmannen, Aetat Hedmark, Fylkesstrygdekontoret, Helse- og sosiallederlaget samt Fylkesutdanningsjefen, hatt flere møter. De har i 2004 avholdt regionale dagsseminarer om individuelle planer for å samordne dette arbeidet i de forskjellige etater. Totalt deltok over 300 saksbehandlere, særlig fra kommunene og trygdetaten. Samarbeidsavtalen som første gang ble inngått i 1999 mellom Fylkesmannen, Aetat Hedmark, Fylkestrygdekontoret og fylkeskommunen er forlenget frem til det foreligger en avklaring om NOU 2004:13, «En ny arbeids- og velferdsforvaltning».

### NAV-PROSJEKTET

I NAV-prosjektkommunen Løten er trygdekontor og sosialkontor slått sammen, og det er opprettet et nært samarbeid med arbeidskontoret som har sine medarbeidere i samme fellesskap. De har i 2004 drevet et aktivt informasjonsarbeid om sitt prosjekt både i Hedmark og landet for øvrig. Det har også kommet svært mange delegasjoner fra andre kommuner/etater for å se på prosjektet. Prosjektet har i perioder slitt særlig med IT-spørsmålet og organiseringen, men synes nå å være i godt gjenge.

De fleste kommunene i Hedmark har nå et aktivt samarbeid med trygde- og arbeidskontoret. Noen har utviklet et kontorfellesskap og andre planlegger å gjennomføre samlokalisering. Fylkesmannen sitter i styringsgruppa for prosjektet og har ansvar for at informasjon om arbeidet spres slik at disse tiltakene gir inspirasjon til et bedre og nærmere samarbeid til brukeres beste.

### SAMORDNING AV VIRKEMIDLER INNEN SYSSELSETTINGSPOLITIKKEN

Det drives også et prosjekt i Glåmdalen i samarbeid med fylkeskommunen. Kommunen og arbeidskontoret samarbeider om å få arbeidsledige tilbake til arbeid ved å bruke arbeidsledighetstrygden til aktivisering og videreutdanning. Prosjektet har fått en særlig tillatelse til å bruke trygdemidlene på denne måten for å se om dette kan bringe flere i arbeid. Fylkesmannen er medlem av styringsgruppen.

### Tiltaksplan mot fattigdom

Det ble i 2004 gjennomført en konferanse i samarbeid mellom Husbanken og Fylkesmannen i Oppland om boligsosialt arbeid. Samarbeidet vil bli videreført og videreutviklet på dette området. Det vil også bli etablert et samarbeid mellom fylkesmennene, namsmennene, psykiatrien, kriminalomsorgen, UDI og økonomirådgiverne i kommunene. Dette for å følge opp regjeringens målsetting om færre utkastelser og mindre bruk av midlertidige boliger for utsatte grupper. Særlig gjelder dette rus- og psykiatripasienter.

### ØKONOMISK RÅDGIVNING

Arbeidet med økonomisk rådgivning har blitt et viktig tiltak i kommunene. Dette har både en forebyggende og en avhjelpende effekt for utbetalingen av økonomisk sosialhjelp i de fleste kommuner. Det er også her etablert et nært samarbeid med Fylkesmannen i Oppland om et årlig møte for å oppdatere og opprettholde den høye kvaliteten vi har på økonomisk rådgivning i de fleste kommunene. I samarbeid er det lettere å engasjere gode foredragsholdere. Det er samtidig viktig at regionens økonomiske rådgivere som er plassert hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus får kontakt med flest mulig av de kommunale økonomiske rådgiverne. Fylkesmannen bruker også de økonomiske rådgiverne i de større kommunene til opplæring



I Løten kommune gjøres forsøk med sammenslåing av sosial- og trygdekontor. Også Aetat og kommunens servicekontor er nær knyttet til dette velferdskontoret. Ved skranken ses bak fra venstre Ruth Hoel, Ruth Lilly Granli og Kirsten Høye. Foran sitter Bjørn Bergersen.

av saksbehandlere i økonomisk rådgivning. Det har vært avholdt opplæringsmøte i nord- og sørfylket i Hedmark i 2004. Midt fylket vil bli fulgt opp i 2005.

## KIS

KIS-kartleggingsverktøyet for vurdering av arbeidsevnen hos sosialhjelpssøkere er en del av tilbudet til kommunene i Regjeringens fattigdomsmelding. KIS ble introdusert av Sosial- og helsedirektoratet høsten 2004. 18 av 22 kommuner i Hedmark deltok på introduksjonen og opplæringen av KIS. Omlag 50% av dem har tatt kartleggingsverktøyet i bruk.

Hos oss er Ringsaker den kommunen som har lengst erfaring og hvor de andre kommunene kan hente råd.

## Andre tiltak

### FAMILIER MED FUNKSJONS- HEMMEDE BARN

Regjeringen har i 2005 familier med funksjonshemmede barn som satsningsområde. Kommunene Elverum og Os søkte i 2003 om midler til forsøk for å skape et mer funksjonelt og samordnet tilbud til disse familiene i samarbeid med sykehuset og hjelpemiddelsentralen. Kommunen er godt i gang med arbeidet, og har nå inne søknad om midler for siste året i forsøksperioden. Fylkesmannen er representert i styringsgruppa.

### KOMPETANSE OG KVALITETSUTVIKLING I SOSIALTJENESTEN

Dette arbeidet er ivarettatt gjennom tilrettelegging for faglig nettverk og å skape arenaer for kompetanseutvikling. Arbeidet har i 2004 vært prioritert i embetsoppdraget og gjennom øremerkede midler fra Sosial- og helsedirektoratet. Oppdraget er å følge opp kompetanse- og kvalitetsutviklingen i den kommunale sosialtjenesten gjennom opplæring, vedlikehold og utvikling av faglige fora og faglig veiledning, samt utvikle nettverket for ansatte i sosialtjenesten med vekt på sosiallederfora.

### SOSIALLEDERFORUM

Det er avholdt to dagsmøter med sosiallederne i fylket i 2004. Tema på samlingene har bl.a vært rusreformen, kommunenettverket for fornyelse og effektivisering, veiledning og «Flink med folk». Et av møtene var lagt til Løten hvor en presentasjon av kommunens prosjekt vedrørende ny organisering av velferdstaten ble gjort.

Dette er et forum med mulighet for dialoger som mange sosialledere prioriter og er selv aktive med innspill til tema for samlingene.

### INTERKOMMUNAL FAGGRUPPE

Gruppen ble opprettet i forbindelse med handlingsplan «1-0910 N Kunnskap og brubygging» og arbeider med fagutvikling. Gruppens medlemmer oppnevnes av sosiallederne og representerer de ulike regionene i fylket. Medlemmene er særlig faglig engasjert og omlag halvparten har også lederansvar. Gruppen har hatt fire møter i 2004. Et av møtene skjedde i forbindelse med deltagelse i en landsomfattende konferanse med tema psykisk helse. Gruppen som utarbeider egen årsrapport – har vært bidragsyttere til ulike opplæringstiltak.



*Interkommunal gruppe for fagutvikling i sosialtjenesten har eksistert i ti år. Her planlegges aktivitetene i 2005. Fra venstre rundt bordet sitter Gudny Unhjem fra Våler, Marie Brun Høisveen fra Ringsaker, Bente Lindstad fra Hamar, Line Rustad fra Kongsvinger, Marit Skjervén Amlien fra fylkesmannen og Anne Ragnhild Lie fra Stor-Elvdal.*



*... og hva med disse framover?*

**Utgiver:**

Fylkesmannen i Hedmark,  
Sosial- og helseavdelingen/Helsetilsynet i Hedmark  
Postboks 4034, 2306 Hamar.  
Besøksadresse: Parkgt. 36, Hamar.  
Tlf.: 62 55 13 50 Faks: 62 55 13 51  
E-post: [postmottak@fmhe.stat.no](mailto:postmottak@fmhe.stat.no)

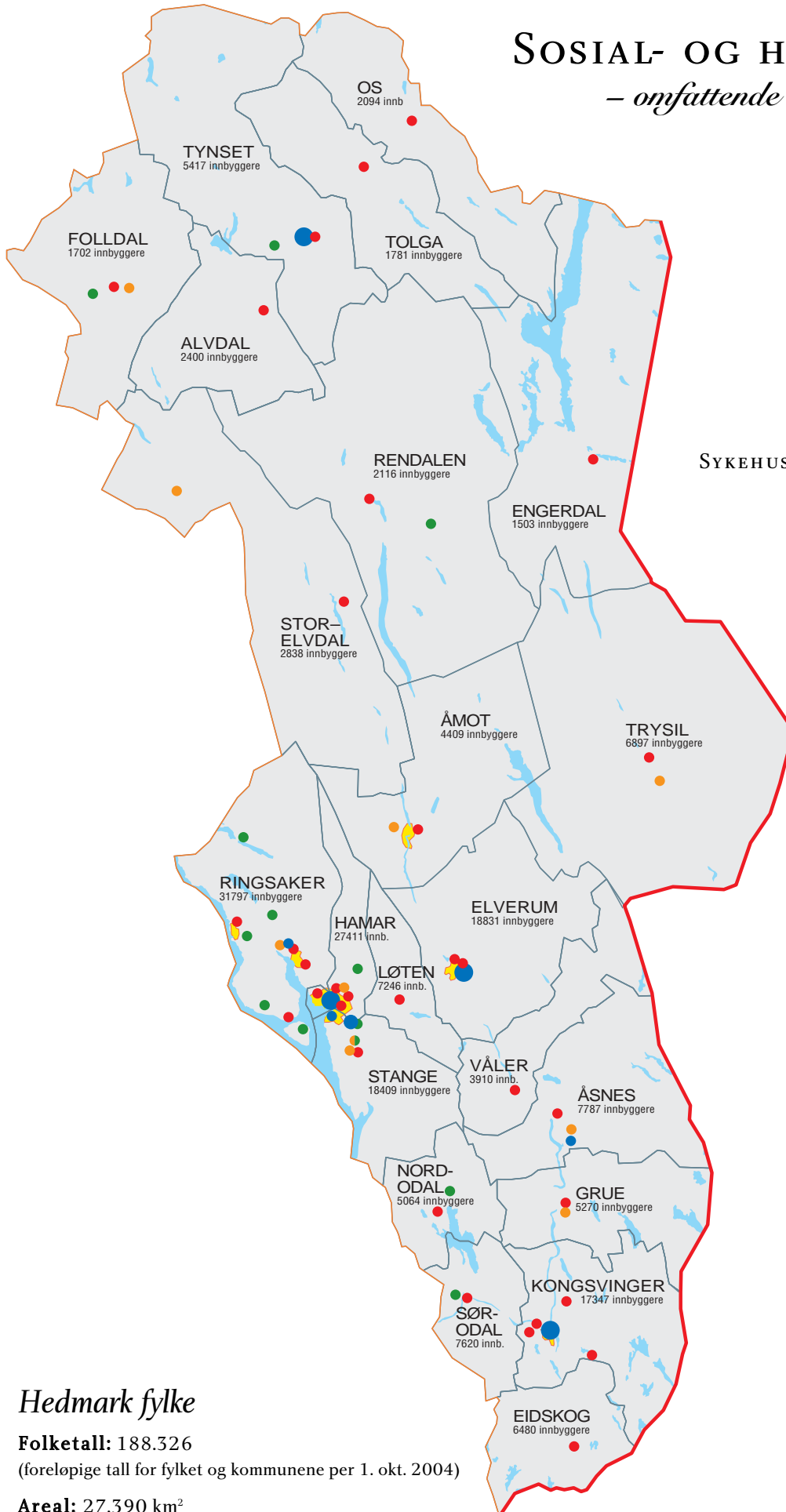
**Foto:**

O.T. Ljøstad, side 25.  
Alle øvrige bilder: Fylkesmannen i Hedmark,  
Sosial- og helseavdelingen

**Layout og grafisk produksjon:**

idé trykk as, Hamar

## SOSIAL- OG HELSETJENESTENE – omfattende virksomheter i Hedmark



SYKEHJEM ●



SYKEHUSET INNLANDET HF – ENHETER ●



RUSINSTITUSJONER ●



BARNEVERNINSTITUSJONER ●



*Hedmark fylke*

**Folketall:** 188.326

(foreløpige tall for fylket og kommunene per 1. okt. 2004)

**Areal:** 27.390 km<sup>2</sup>